

HET GRIJZE GOUD

Hoe de babyboomers van
ouderenzorg een succesverhaal
kunnen maken



HET GRIJZE GOUD

Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken

Brieuc Van Damme
Fellow Itinera Institute
Gastdocent Universiteit Antwerpen

M.m.v Ivan Van de Cloot en Marc De Vos

Omslagillustratie: Leo Timmers

Vormgeving: Stipontwerpt, Antwerpen

© 2010 by Roularta Books

Tel. 051/266 559

Fax 051/266 680

roulartabooks@roularta.be

ISBN 978 90 8679 382 2

NUR 740/860

Wettelijk depot D/2010/5166/14

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, op elektronische of welke andere wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever.

DEEL 1	
UITDAGINGEN	11
1 Inleiding: het ouderenzorg nirvana	12
2 De grijze tsunami	36
3 Hoe robuust zijn onze institutionele dijken?	60
DEEL 2	
OPLOSSINGEN	89
4 Micro – Geef het individu meer slagkracht	90
5 Meso – Woonzorgalternatieven: van zwart-wit naar grijs	134
6 Macro – De rol van de overheid, de rol van de markt	162
DEEL 3	
VOORSTELLEN	217

HET GRIJZE GOUD

Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken

DE CIJFERS VAN HET REALISME

Een verschuiving van de bevolkingspiramide zorgt er voor dat onze samenleving tegen 2050 twee keer meer zorgbehoevend zal zijn dan vandaag. Sommige projecties gaan er van uit dat hierdoor de residentiële zorgbehoefte 150%, en de niet-residentiële zorgbehoefte 120% zullen stijgen. De professionele ouderenzorgverlening – nu al een knelpuntberoep – zou daarmee 120 000 nieuwe werkrachten moeten aantrekken. De sector staat voor een titanische organisatorische uitdaging terwijl de samenleving binnen nu en 40 jaar tegen een extra financieringsbehoefte voor langdurige zorg van 160% aankijkt. Ondertussen stapelt de sociale zekerheid de tekorten op, zal de economische groei in decennia gemiddeld niet meer zo laag geweest zijn en gaat zelfs de meest optimistische vergrijzingstrategie uit van een financieringstekort van 20%.

OUDERENZORG: VAN UITDAGING NAAR OPPORTUNITEIT (SWOT)

Het worden dus uitdagende maar mooie tijden voor de sector: gestage en gegarandeerde groei gedurende decennia! De sector hoeft zich niet te schamen de uitdagingen vanuit zijn eigen sterktes aan te gaan, noch te vrezen voor zijn zwaktes. Onze SWOT-analyse staat in de tabel hiernaast samengevat.

DE WEG NAAR HET GRIJZE GOUD: DOELSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

1. OUDERENZORG VAN GOEDE KWALITEIT

- Objectieve en vergelijkbare informatie over de zorgverleners is onontbeerlijk (focus op output i.p.v. op input).
- Om het nakende personeelstekort op te vangen denken we aan promotiecampagnes, een nieuwe functieclassificatie, opleiding, administratieve en huishoudelijke assistentie, alternatieve personeelsvereisten, competentieherkenning, flexibele arbeidswetgeving, detachering, een strategisch HRM beleid (zoals het zelfrooster), etc.
- Ontwikkel het zorgcontinuüm via multidisciplinaire teams, “een single entry point-systeem” op gemeentelijk niveau, een aangepaste nomenclatuur, etc. De schatkist van Vadertje Staat zal er ook beter bij varen.

- Het thuisgevoel kan zonder veel moeite worden bevorderd.
- Houd rekening met kwaliteit in de ouderenzorgfinanciering (bonus-systeem).

2. TOEGANKELIJKE OUDERENZORG;

- Durf de programmatienorm in vraag te stellen. Een vraaggestuurd systeem kent haar evenknie in het opvangen van vraagevoluties niet.
- De subsidiemodaliteiten zijn aan herziening toe.
- Forfaits moeten dichter op de werkelijke zorgnoden aansluiten.
- De gebruiker moet in zijn consumentenrol worden versterkt via “case managers”, budgethoudersverenigingen, GIS-technologie, etc.
- Dankzij een middelentoets kunnen verzekeringspremies gesubsidieerd worden.
- De verschillende spelers moeten binnen een “gelijk speelveld” met elkaar kunnen interageren.

3. GESPREIDE OUDERENZORG;

- Breng de beperkingen die er vandaag nog zijn op het bouwen van woonzorgcentra in kaart.
- Het concept van woonzorgzone moet als toetssteen worden gebruikt bij buurt- en dorpsontwikkelingen.
- Laat de sector naar de oudere komen, en niet omgekeerd.

4. OUDERENZORG MET MAXIMALE KEUZEVRIJHEID;

- Schakel over van object- naar subjectfinanciering.
- Bereid senioren voldoende op tijd voor, via lifecoaches bijvoorbeeld, om echte keuzevrijheid te garanderen.
- Versoepel reglementering en interne regels van woonzorgcentra en benader senioren altijd vanuit hun resterende capaciteiten.
- De zorgrekening kan als basismodel fungeren met het oog op meer bestedingsautonomie van de gebruikers.

5. OUDERENZORG DIE DE AUTONOMIE VAN DE OUDERE ZOVEEL MOGELIJK KANSEN GEEFT;

- De ouderen preventief leren omgaan met autonomieverlies.

STERKTES	ZWAKTES	OPPORTUNITEITEN	BEDREIGING
Kwaliteit	Geen objectieve kwaliteitsindicatoren	Internationaal als troef uitspelen	"Reglementitis"
Betaalbaarheid	Armoederisico senioren hoger dan Belgische gemiddelde	Beleid van slimme solidariteit voeren via Matteüs-toets Plus	Misplaatst egalitarisme en rantsoenering
Beschikbaarheid	Aanbodbeperkingen en wachtlijsten	Dreigend onderaanbod beste argument voor een paradigmaverschuiving	Onderaanbod dreigt in de toekomst. Programmatieregels zijn rem voor verdere aanbodontwikkelingen
Bereikbaarheid	In huidige systeem budgettaire trade off	Laat de zorg naar de senioren komen	Centrale aanbodsturing
Bestaande dynamiek	Gebrek aan coherente, globale visie.	Juiste stap in de richting van de integratie van het zorgaanbod	Zelfgenoegzaamheid van het beleid
Institutionele verstandhouding	Institutioneel doolhof	Coherente institutionele hervorming op basis van subsidiariteitsprincipe	Moral hazard tussen federale financiering en strategisch beleid van de deelstaten
Gefragmenteerde markt betekent hoog concurrentievermogen	Aanbodzijde versnipperd	Integratie- en coördinatiebeleid versterken	Kwaliteit en efficiëntie kunnen in gevaar komen
Goede bedoelingen van subsidiebeleid	Aanbodzijde op ongelijke voet	Budgettaire besparingen en zweepslageffect voor alle zorgverstrekkers	Scheefftrekking level playing field fruikt capaciteit en innovatie
Er is nog tijd om vraagzijde voor te bereiden	Vraagzijde onvoorbereid	Plaats voor individuele verantwoordelijkheid	Onhoudbare financieringsdruk
Plaats om in te spelen op diversiteit	Vraagzijde heterogeen	Slimme solidariteit beschermt zonder de individuele vrijheid te beperken	Zwaksten mogen niet door de mazen van het net vallen
→ Sociale en economische opportuniteiten	→ Belangrijke nieuwe rol voor overheid. Hervormingen dringen zich op.	→ Vraaggestuurd systeem	→ Plaats voor privé-initiatief en sociaal ondernemerschap

- Levenslang wonen, zowel thuis als in de buurt, moet gestimuleerd worden.
- Technologische mogelijkheden zijn eindeloos. Aanbieders en overheden kunnen nog meer doen om die te promoten: laten we deze economische opportuniteit niet aan ons voorbijgaan.

6. OUDERENZORG DIE INZET OP (INTER) GENERATIONELE SAMENWERKING;

- Mantelzorg kan gefaciliteerd worden via aanpassingen in het arbeidsrecht.
- Geef mantelzorgers de kans op adem te komen.
- Nieuwe woonzorgvormen dienen aangemoedigd te worden: van woonzorgcentra naar woonzorghubs.

7. OUDERENZORG AAN EEN HOUDBARE KOST VOOR DE MAATSCHAPPIJ.

- Ouderen moeten geïnformeerd worden van de door de collectiviteit gedragen uitgaven.
- Ook in de ouderenzorg dient de eerste lijn te worden versterkt.
- Het debat over een ouderenzorgverzekeringssysteem moet, naar het Duitse voorbeeld, uit de startblokken schieten. Een kapitalisatie-component mag hierbij geen taboe zijn.
- Een doeltreffend mededingingsbeleid staat garant voor lagere prijzen en hogere kwaliteit.
- Gestroomlijnde procedures, administratieve vereenvoudiging, rechtszekerheid en vraasturing zijn de sterkhouders van een daadkrachtig ouderenzorglandschap.

VOORWOORD

Ouderenzorg is vandaag nog een miskend thema, om twee redenen. Ten eerste onderkennen we nog onvoldoende de enorme impact die de vergrijzing van de grote babyboomgeneratie de komende jaren en decennia zal hebben. Ten tweede wordt ouderenzorg nog te veel geïdentificeerd met afhankelijkheid en rusthuizen, met een levenseinde dat we als familie en als samenleving torsen maar die we onze ouderen eigenlijk beklagen.

Kortom, in de brede publieke opinie blijft ouderenzorg vooral geassocieerd met een levensfase van hulpbehoefendheid en groeiende isolatie van de oudere generaties uit onze naaste omgeving. Dit nogal treurige beeld zal in de nabije toekomst grondig veranderen.

Vooreerst is er de kwantitatieve dimensie. De babyboomers laten in België het aantal 65-plussers tegen 2050 met nagenoeg één miljoen toenemen, tot bijna dertig procent van de totale bevolking. Dit zal het aanzicht en de context van onze samenleving grondig veranderen. Binnen die vergrijzing piekt ook de subgroep van 75-plussers, met zekere maar moeilijk voorspelbare gevolgen voor de zorgbehoeften en de zorginfrastructuur.

Daarnaast is er de kwalitatieve dimensie. De vooruitgang van geneeskunde en levenskwaliteit betekent dat pensionerende babyboomers door de band 15 à 20 jaar in goede gezondheid en relatieve onafhankelijkheid zullen kunnen leven alvorens geleidelijk zorgafhankelijker te worden. Gecombineerd met een gemiddeld vermogen dat hen tot de rijkste generatie uit onze geschiedenis maakt, ontspruit een enorme consumentenmarkt voor levenscomfort en persoonlijke diensten, die vandaag al investeringen en innovaties in bijvoorbeeld huisvesting en zorgtechnologie stimuleert. Dit is het economische potentieel van de vergrijzing, dat wereldwijd een groep van 600 miljoen babyboomers zal dienen.

Alle landen die de babyboomgeneratie in hun demografische opbouw hebben, staan dus aan de vooravond van een waarachtige zorgomwenteling. Extra middelen en extra infrastructuur zullen nodig zijn in een economische en budgettaire context die de reflexmatige inschakeling van de sociale zekerheid, die nu al kreunt onder de vergrijzinglast in pensioenen en gezondheidszorg, onmogelijk maakt. Een culturomwenteling die de oudere emancipeert en centraal stelt, en waarbij de oudere ook voor zichzelf zorgt, zal door de dynamische en kapitaalcrachtige babyboomgeneratie zelf worden gedreven.

Het komt er op aan onze structuren, instellingen en financieringsmechanismen oordeelkundig aan te passen aan deze tektonische verschuivingen. Wanneer we daarin slagen, dan zal de vergrijzing zich in de ouderenzorg langs haar beste kant laten zien: een leeftijdsvriendelijkere en rijpere samenleving, een meer effectieve en doelgerichte solidariteit, en een brede dynamiek van aanhou-

dende economische groei. Wanneer we daarin falen, dan zullen wachtlijsten, verschraling en rantsoenering ons deel zijn, in een samenleving waarin hoogstaande zorg het voorrecht zal blijven van zij die het zorgsysteem kunnen inruilen voor privédiensten.

We hebben dus nood aan een strategische reflectie over de toekomst van ouderenzorg. We moeten durven “out of the box” te gaan, de begane paden te verlaten en bestaande mechanismen vrank te beoordelen. Dat is de doelstelling van het voorliggende boek. Het biedt een duidelijke analyse van de uitdagingen, identificeert de kansen, evalueert onbevooroordeeld de huidige zorgstructuur en formuleert concrete aanbevelingen om deze uitdaging van de vergrijzing tot de opportuniteit van de vergrijzing te maken. Eenieder die duurzame, solidaire en renderende ouderenzorg in België nastreeft, zal in dit boek stof tot reflectie en inspiratie tot actie vinden.

Marc De Vos
Directeur van het Itinera Institute
Hoofddocent UGent

DANKWOORD

Er zijn heel wat mensen die rechtstreeks en onrechtstreeks hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit boek. Mijn oprechte dank gaat in de eerste plaats uit naar Marc De Vos die mij de verantwoordelijkheid over dit project heeft toevertrouwd en actief heeft helpen meedenken aan de strategische lijnen van het boek. Ivan Van de Cloot wens ik te bedanken voor zijn waardevolle bijdrages aan het laatste hoofdstuk en om al zo vele maanden als mijn economisch klankbord te fungeren. Isabelle Martin, Katrien Schollaert en Miriam Morrens namen tijdens de intensieve redactieperiode heel wat verantwoordelijkheden van mij over. Zonder hun steun was het niet gelukt. En zonder het bureau van Jean Hindriks en François Daue evenmin. Ook de 19 experts van het stuurcomité bleken van onschatbare waarde voor de afbakening van het project en de aanlevering van cijfers en menig creatief idee. Ik wens in het bijzonder te bedanken Pierre Gillet van de Waalse overheid, Marc Vlaeminck en Bart Bots van Senior Living Group en Mireille Goemans van de FOD Sociale Zekerheid. Nicolas Van Damme was ik nog een bedanking verschuldigd.

Ik draag dit boek op aan mijn grootouders Cécile, Brigitte en Pierre.

«Rien dans la vie n'exige plus d'attention que les choses qui paraissent naturelles ; on se défie toujours assez de l'extraordinaire.»

Honoré de Balzac



DEEL 1
UITDAGINGEN

01

INLEIDING: HET OUDERENZORG NIRVANA

«People grow old only by deserting their ideals. Years may wrinkle the skin, but to give up interest wrinkles the soul. »

General Douglas MacArthur



Waarom worden mensen eigenlijk oud en waarom zorgen we voor oude mensen? Hoever moet die zorg dan gaan? Hoe vullen we ouderenzorg best kwalitatief in? Met welke parameters dienen we rekening te houden en hoe verhouden die parameters zich tegenover elkaar? In dit inleidende hoofdstuk zetten we het normatieve kader uiteen waarbinnen onze redenering plaats zal vinden.



OUDERENZORG, WAAROM?

Eén van de bekendste Griekse mythologie verhalen is ongetwijfeld Sophocles' *Oedipus de Koning*. Om de stad Thebe van haar sfinx te verlossen en om zelf niet te worden vermoord moet Oedipus volgend raadsel oplossen: "Welk dier wandelt 's morgens op vier, 's middags op twee en 's avonds op drie poten?". Na enige aarzeling antwoordt Oedipus "de mens" waarmee hij de sfinx overwint en met Koningin Iocaste, die eigenlijk zijn moeder is, mag trouwen.

Ouder worden verandert onze manier van door het leven gaan drastisch, en dat is ook Oedipus in de vijfde eeuw voor Christus niet ontgaan. Naarmate dat de mens ouder wordt verzwakt het lichaam en moet het beroep doen op hulpmiddelen allerhande: eerst de wandelstok (de derde poot in Sophocles' raadsel), en in modernere tijden het looprek en uiteindelijk de rolstoel. Op een gegeven moment moeten ook de anderen in de bres springen om voor de zorgbehoevende oudere te zorgen. Men wordt zorgafhankelijk. Maar waarom worden mensen eigenlijk oud? Waarom moeten we voor hen zorgen, en moeten we eigenlijk wel voor hen zorgen? Hoever moet die zorg dan gaan? Hoe vullen we ouderenzorg kwalitatief dan het beste in? Anders gesteld: wat verstaan we onder ouderenzorg?

Het is misschien een vreemde vraag voor velen, maar waarom maken mensen een verouderingsproces door? Zoals voor heel wat verklaringen denken huidige wetenschappers dat het antwoord hiervan genetisch/evolutief is. Het onderhoud van een lichaam kost energie terwijl vanuit evolutie van de soort bekeken de baten van een wezen sterk afnemen nadat ook zijn reproductieve capaciteiten afnemen. Enkel niet complexe wezens waarvan het levensonderhoud om het zo te zeggen evolutief gezien weinig middelen absorbeert, kennen biologisch een lang leven, zoals bij de schildpad. Het goede nieuws is dat de mens door zijn intelligentie de biologie te slim af kan zijn en dus zijn levensverwachting kan verhogen.

Het verschil in de gemiddelde levensverwachting tussen de middeleeuwen en nu is daar een goed voorbeeld van. In het begin van de 14^e eeuw, nog voor de 'zwarte dood' uitbrak in 1348, was de gemiddelde levensverwachting van een man in onze contreien nog geen 30 jaar (Jonker, 2003). Vandaag is dat in het Westen een halve eeuw meer. In

landen waar de moderne geneeskunde nog niet is doorgedrongen door economische redenen merken we een gelijkaardige tendens op. De Wereld Gezondheidsorganisatie komt tot de schatting dat in Haïti slecht 5% van de bevolking overleeft tot de leeftijd van 65 tegenover 85% voor de moderne Westering. Het kan dan wel zijn dat we genetisch niet geprogrammeerd zijn om extreem lang te leven, maar de biologische limiet is in elk geval nog niet bereikt. We hebben al een redelijk goede kennis van de risicofactoren en veel ervan zijn controleerbaar met bestaande technieken. Als we erin slagen deze toe te passen, gaan we nog grote sprongen maken in de gemiddelde levensverwachting van de mens.

In de oudste maatschappijen genoten ouderen vaak een bijna magisch respect. In die maatschappijen hechtten de mensen veel waarde aan leeftijd. Oude mensen waren een bron van kennis, ervaring en de enige mogelijke opslagplaats van het collectief geheugen, omdat het schrift in de meeste gevallen nog niet bestond. In Afrika bestaat nog steeds het gezegde: als een oude mens sterft, brandt een bibliotheek af. Oude mensen werden gezien als belangrijk voor de overlevingskansen van de stam en haar cultureel patrimonium. Zij genoten dan ook van veel ontzag en werden, ondanks hun verminderde productieve capaciteiten, goed verzorgd (Pillemer en Finkelhor, 1988).

Toen het aantal ouderen, en daarmee het aantal zwakke en dementerende ouderen, gevoelig toenam, groeide echter de perceptie dat zij een last aan het worden waren voor hun families en de maatschappij. Bovendien kon kennis, ervaring en cultuur met de tijd op allerlei manieren worden opgeslagen en doorgegeven, waardoor de ouderen hun "comparatief voordeel" ten opzichte van vroeger verloren. De redenen om vandaag voor ouderen te zorgen worden dus in de eerste plaats gedreven door humanistische bekommernissen. Omdat zij vroeger voor ons hebben gezorgd, omdat iedereen op een dag oud en hulpbehoevend wordt, omdat we als maatschappij solidair willen zijn voor iedereen, omdat iedereen recht heeft op een menswaardig leven en levenseinde, of nog omdat we zeer gehecht zijn aan de persoonlijke band die we met onze voorouders tot op vandaag onderhouden.

Voor een tal van zeer goede redenen hebben onze ouderen recht door de maatschappij te worden verzorgd. Geen sprake van een verwaarloosde generatie zoals dat in bepaalde landen het geval is geweest na de val van het ijzeren gordijn. De vraag op

Voor een tal van zeer goede redenen hebben onze ouderen recht door de maatschappij te worden verzorgd. De vraag op hoeveel zorg de ouderen

recht hebben, of wat ouderenzorg precies inhoudt, is minder voor de hand liggend.

Ouderenzorg mag niet volledig als een zaak van zorgbehoevendheid en afhankelijkheid worden gezien..

Wanneer de Belgen op pensioen gaan – in theorie op hun 65° maar in de praktijk gemiddeld op hun 58° – en aan de derde leeftijd beginnen kunnen mannen gemiddeld nog rekenen op 20 levensjaren en vrouwen zelfs op 25. Men staat een lange, welverdiende gezonde periode te wachten waarin vormen van zorg bijdragen aan comfort, levenskwaliteit en later geleidelijk ook steeds meer beantwoorden aan medische noden.

hoeveel zorg de ouderen recht hebben, of wat ouderenzorg precies inhoudt, is minder voor de hand liggend. Dit is in de eerste plaats een politieke keuze, of de vrucht van maatschappelijke consensus. Dit betekent dat ouderenzorg op zeer veel verschillende manieren kan worden ingevuld, en zowel in de tijd als in de ruimte kan evolueren. De oudere van vandaag is minder en anders zorgbehoevend dan vroeger. Ouderenzorg gaat vandaag over meer dan alleen hoe om te gaan met leeftijdsgebonden afhankelijkheid. In tegendeel, zoals we in het vierde hoofdstuk zullen zien evolueert moderne seniorenzorg naar het zo veel mogelijk terugwinnen van de onafhankelijkheid. Vandaar de ietwat provocatieve vraag: moeten we überhaupt wel voor onze bejaarden zorgen. Ouderenzorg mag niet volledig als een zaak van zorgbehoevendheid en afhankelijkheid worden gezien. Het heeft met andere woorden niet veel zin een rigide ouderenzorgpakket te willen definiëren, dan wel een paar algemene *kwalitatieve* principes op te lijsten waar goede ouderenzorg moet aan voldoen. Deze werden de zeven deugden van het ouderenzorgnirvana gedoopt. Maar vooraleer we deze zeven deugden, die als klankbord voor onze beleidsvoorstellen zullen dienen, bespreken, is het toch interessant twee algemene, overkoepelde *kwantitatieve* principes nader toe te lichten.

HOEVEEL OUDERENZORG?

De levenscyclus van ouderenzorg

Wanneer de Belgen op pensioen gaan – in theorie op hun 65° maar in de praktijk gemiddeld op hun 58° – en aan de derde leeftijd beginnen kunnen mannen gemiddeld nog rekenen op 20 levensjaren en vrouwen zelfs op 25. Bij de meeste senioren begint de zorgafhankelijke periode pas vele jaren na het vertrek op pensioen. Eerst staat hen een lange, welverdiende gezonde periode te wachten waarin vormen van zorg bijdragen aan comfort, levenskwaliteit en later geleidelijk ook steeds meer beantwoorden aan medische noden. Tijdens die eerste pensioenjaren zijn senioren nog fit en proberen ze die vrije tijd op een actieve manier in te vullen. “Tussen 1975 en 2000 zijn de vrijetijdsbestedingen van de [Nederlandse] bevolking, na correctie voor inflatie, met maar liefst 78% gestegen. Van die groei werd 27% in de periode tussen 1995 en 2000 gerealiseerd. Volgens onderzoekers van het Sociaal Cultureel Planbureau is het zeer aannemelijk dat die fors gestegen vrijetijdsbestedingen aan senioren kunnen worden toegeschreven. De groei van de vrijetijdsindustrie de afgelopen jaren valt ook precies samen met het op leeftijd komen van de babyboomers” (NCRV, 2005, p.18). In termen van omvang en

Een Belg heeft in 2008 gemiddeld 1920€ gekost aan de verzekering voor geneeskundige verzorging. In vergelijking met 2007 is dat een stijging van 8,31% en tegenover 2006 gaat het om een toename van 14,54%. De kost voor 90 jaar en ouder bedraagt echter 12 294€, tegen 664€ gemiddeld voor de categorie tussen 10 en 19 jaar.

koopkracht vormen 50- plussers een belangrijke en fors groeiende consumentengroep. Ze hebben in de loop der jaren rijkdom vergaard en beschikken over meer besteding-macht dan eender welke andere leeftijdsgroep in de geschiedenis. Bovendien zouden de cijfers voor deze groep consumenten in de toekomst alleen maar exponentieel toemen (Pak en Kambil, 2005). 60-plussers nemen nu al 35% van de onroerende inkomens voor hun rekening en zelfs 55% van de roerende inkomens. En niet alleen de babyboomers spenderen meer. Hoewel voor de ouderen het beschikbaar inkomen misschien onvoldoende is om hun levenswijze, consumptiestijl ("train de vie") in stand te houden, lijken zij eerder te ontsparen dan hun levensstijl aan te passen (Pacolet et al., 2006).

We moeten er van af om de oudere als een patiënt te zien en dito te behandelen. We moeten stoppen ouderenzorg uitsluitend te bekijken door het prisma van de sociale zekerheid. Ouderenzorg beperkt zich niet tot zorgen voor ouderen in de geneeskundige zin van het woord alleen en moet vanuit een veel breder perspectief worden benaderd. Toch speelt ook het medische vanaf een zekere leeftijd een belangrijke rol omdat senioren veel meer dan jongere leeftijdscategorieën medische zorgen behoeven en gebruiken. Een Belg heeft in 2008 gemiddeld 1920€ gekost aan de verzekering voor geneeskundige verzorging – aan de sociale zekerheid dus. In vergelijking met 2007 is dat een stijging van 8,31% en tegenover 2006 gaat het om een toename van 14,54%. De kost voor 90 jaar en ouder bedraagt echter 12 294€, tegen 664€ gemiddeld voor de categorie tussen 10 en 19 jaar (RIZIV, 2010). Triviaal is de vraag welke de medische ouderenzorglimiet kan zijn dus niet. Maar de vraag hoever ouderenzorg – medische component inclusief – moet of kan gaan is voor een tweede reden belangrijk. Door de lichamelijke en psychische aftakeling van bepaalde senioren tijdens hun meest zorgbehoevende jaren kan hun menswaardigheid in gevaar komen. Op die momenten moet we ons de vraag durven stellen of de tijd niet is aangebroken de klassieke ouderenzorg-recepten links te laten liggen en over stappen naar alternatieve zorgvormen die de menswaardigheid van de senior tijdens die levensfase meer kansen geven.

Hoeveel gezondheidszorg?

Er ontstaat veel commotie en zelfs verontwaardiging wanneer de vraag wordt gesteld hoeveel gezondheidszorg maatschappelijk moet worden aangeboden. Nochtans is het een essentiële vraag, hoewel de commotie die rond dergelijke debatten ontstaat perfect te begrijpen is. Het mag dan wel een Nieuwjaars cliché zijn, maar gezondheid is wel degelijk ons meest waardevolle bezit. Onze psychologische en lichamelijke integriteit,

Niet de vergrijzing is dé katalysator achter onze gezondheidsuitgaven, wel onze behoefte naar meer gezondheidszorg.

en die van onze ouderen, staan boven alles en die wensen we uit individueel standpunt dan ook, letterlijk, koste wat het kost te verdedigen. Zo blijkt ook uit onderzoek. In een bekend artikel stellen Hall en Jones (2005) vast dat het nut van een extra levensjaar – in tegenstelling tot een derde of vierde televisietoestel – niet afneemt. De Studiecommissie voor de Vergrijzing berekende dat de vraag naar gezondheidszorg sneller stijgt dan onze welvaart.

Niet de vergrijzing is dé katalysator achter onze gezondheidsuitgaven, wel onze behoefte naar meer gezondheidszorg (Van de Cloot, 2003 en NBB, 2003). Getzen (2008) maakte prospecties voor de gezondheidszorguitgaven voor de verre toekomst en gaat er van uit dat in sommige landen meer dan 1/3^e van het BBP aan gezondheidszorg zal worden gespendeerd (tegen iets meer dan 1/10^e vandaag). In de postmoderne maatschappijen van het rijke westen is welzijn de logische verderzetting van welvaart. De technologische en epidemiologische ontwikkelingen laten steeds meer gezondheidswinsten toe, maar wel aan een steeds hogere prijs. Economen noemen dit de wet van de dalende marginale productiviteit: het wordt moeilijker, en daarom ook kostelijker, eenzelfde eenheid gezondheid te produceren.

Op zich is dit niet per se een probleem. Zolang de vraag stijgt, moet het aanbod in een goed werkende markteconomie volgen. Maar de markt voor gezondheidszorg mag uiteraard niet over dezelfde kam worden geschoren als bijvoorbeeld de markt voor televisietoestellen. Vanwege het vitale solidariteitscomponent dat in onze sociale markteconomie gevlochten zit, wordt ongeveer 70% van onze gezondheidsuitgaven via onze sociale zekerheid betaald. Zolang de meeruitgaven kunnen worden gefinancierd dankzij de meerinkomsten is er niets aan de hand. Er stelt zich echter wel een probleem wanneer de uitgavengroei gevoelig hoger ligt dan de welvaartsgroei. Dan kom je tot het scenario van vandaag waarbij de gezondheidsuitgaven de welvaart geleidelijk aan kannibaliseert ten koste van andere interessante uitgavenposten. Op termijn is dit niet haalbaar en we moeten goed beseffen dat, hoezeer we dat ook zouden willen, niet al onze zorg- en gezondheidswensen zullen kunnen worden terugbetaald. Ooit bereikt de exponentiële uitgavengroei zijn budgettaire grens. De vraag is daarom niet alleen hoeveel het individu bereid is maximaal aan zijn gezondheid uit te geven, maar vooral hoeveel gezondheid door de overheid moet worden gefinancierd.

Om dergelijke ethisch zeer ingewikkelde en emotioneel zeer beladen kwesties te benaderen kunnen kosten-batenanalyses worden gebruikt. Een kosten-batenanalyse verge-

We moeten goed beseffen dat, hoezeer we dat ook zouden willen, niet al onze zorg en gezondheidswensen door de overheid zullen kunnen worden terugbetaald.

lijkt de geïnvesteerde middelen, in ons geval belastingsgeld, met de bereikte uitkomst, in ons geval gezondheid. Dit lijkt simpeler dan het is want wie een kosten-batenanalyse in de gezondheidszorg wil uitvoeren wordt al snel geconfronteerd met een dubbel probleem: 1) hoe meet je gezondheidswinsten?, en 2) hoe druk je gezondheidswinsten uit in geld, want daar moet het ten slotte mee vergeleken worden?.

Om de eerste hindernis te omzeilen hebben gezondheidseconomen beslist om gezondheidswinsten uit te drukken in levensjaren in goede gezondheid, de QALY's genaamd (Quality Adjusted Life Years). Stel dat een harttransplantatie van 100 000 euro het leven met gemiddeld 2 jaar in goede gezondheid verlengt, dan kost één jaar in goede gezondheid, of 1 QALY, via deze behandeling 50 000 euro. Vervolgens hebben economen berekend hoeveel één levensjaar gemiddeld waard is. Hiervoor bestaan verschillende technieken. Vroeger keek men hoeveel levensverzekeringen waard zijn, of door het gemiddelde inkomen van een individu op te tellen (we zijn wat we produceren). Sinds de jaren '90 gebruiken sociale wetenschappers vooral de techniek van de "revealed preferences" waarbij de onderzoekers nagaan hoeveel mensen bereid zijn te betalen om een risico op sterfte te vermijden. Zo werd in de Verenigde Staten de contante waarde van één levensjaar in goede gezondheid geschat op 80 000€ (Cutler, 2005).

Nu kunnen we gaan vergelijken. Een harttransplantatie kost 100 000€ en levert twee gezonde jaren op. Er wordt dankzij de harttransplantatie wel voor 160 000€ gezondheid gecreëerd (twee keer 80 000). De baat is veel groter dan de kost, en het is bijgevolg een waardevolle interventie vanuit puur economisch standpunt. Had de kostprijs van de harttransplantatie echter boven de 160 000€ gelegen, dan zouden de kosten de baten overstijgen en zou een econoom het advies geven het bedrag in andere behandelingen te investeren.

Wanneer de kosten van een medische interventie de baten - uitgedrukt in jaren in goede gezondheid (QALY) - overstijgen, zal een econoom het advies geven het bedrag in andere behandelingen te investeren.

🕒 DOELSTELLING

We moeten een manier bedenken om medische behandelingen onderling te evalueren. Zij dienen rekening te houden met input (de geïnvesteerde middelen), output (de gegenereerde gezondheidswinsten) en de relatie tussen input en output: welke gezondheidszorgverbeteringen werden uiteindelijk bereikt, en aan welke prijs? **Subtiele kosten-batenanalyses** zouden als een eerste kwantitatief "limietprincipe" gebruikt kunnen worden.

Als maatschappij kiezen we nog vaak – onbewust – voor mensonwaardig leven, in plaats van voor menswaardig sterven.

😊 AANBEVELING

- Richt naar het Franse voorbeeld een onafhankelijke Hoge Raad voor de Gezondheid op die de maatschappelijke opportuiniteitskost van medische behandelingen evalueert en goede praktijken binnen ons gezondheidszorgsysteem promoot.

De menswaardigheid van senioren niet op het spel zetten

Het tweede principe betreft de menswaardigheid van de senior. Door ziekte en lichamelijke en psychologische aftakeling komt die bij ouderen in gevaar. Therapeutische hardnekkigheid brengt dan zelden nog soelaas. Als maatschappij kiezen we nog vaak – onbewust – voor mensonwaardig leven, in plaats van voor menswaardig sterven. Een waardig levenseinde betekent leven geven aan de dagen die resten, veeleer dan extra dagen aan het leven geven (Charlot *et al.* 2009). We noemen dit ook wel palliatieve zorgen. De term “wordt dikwijls geassocieerd met de allerlaatste fase van het leven. Er wordt echter meer en meer gewezen op het belang van de vaak veel langere periode waarin personen op het einde van hun leven specifieke zorgen nodig hebben. Deze zorgbehoefte neemt in intensiteit toe tot aan de terminale fase. Vandaar het belang van de vraag: ‘wat is een palliatieve patiënt?’” (KCE, 2009). Volgens ons Federaal Kenniscentrum (KCE), moet de status van palliatieve patiënt worden verruimd en toegekend op basis van de behoeften van de persoon en niet op basis van zijn levensverwachting, zoals nu nog het geval is. Patiënten moeten als “palliatieve patiënten” worden erkend wanneer ze zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte bevinden.

🕒 DOELSTELLING

De definitie dat het Federaal Kenniscentrum (KCE) voor palliatieve zorgen hanteert kan als tweede kwantitatieve grens fungeren: wanneer het menswaardig leven van chronisch zieke personen in gevaar komt, moet men durven inzetten op menswaardig sterven. Dit geldt volgens het KCE ook voor dementerende patiënten die de meest zorgbehoevende groep uitmaken van de klassieke ouderenzorgpopulatie.

Door op de behoefte van personen te focussen, verhoogt men de kans op een menswaardig levenseinde. Dat is niet alleen goed voor de persoon in kwestie zelf. Uit de resultaten van een pilootstudie van het KCE blijkt dat de

Door op de behoefte van de persoon te focussen, verhoogt men de kans op een menswaardig levenseinde. Dat is niet alleen goed voor de persoon in kwestie zelf. Uit de resultaten van de pilootstudie van het KCE blijkt dat “de dagelijkse gemiddelde kosten van de patiënten minder hoog waren indien in hun dossier vermeld stond dat zij pal-

dagelijkse gemiddelde kosten van die patiënten ook minder hoog zijn.

liatieve zorg hadden gekregen: vooral de vaste kosten van het RIZIV waren buidend lager. Dit kan wijzen op een ommekeer op gebied van therapeutische keuzes, met minder medische interventies wanneer een zorgverlener de patiënt als ‘palliatieve patiënt’ identificeerde.”

😊 AANBEVELING

- In zijn rapport erkent het KCE het belang van een goede **identificatie** van de palliatieve patiënten, maar ook van een aangepaste **opleiding voor zorgverleners**. Tot slot pleit het KCE voor een **multidisciplinair zorgmodel** op maat van de individuele palliatieve patiënt en een versterking van de banden tussen de verschillende zorgmilieus om de patiënten een **continue verzorging** te kunnen aanbieden.

DE ZEVEN DEUGDEN VAN OUDERENZORGBELEID

Nu we de leidmotieven van ouderenzorg hebben achterhaald, besproken hebben wat onder ouderenzorg wordt verstaan¹, en de medische grenzen van ouderenzorg hebben bepaald, rest ons nog te uit te tekenen hoe ouderenzorg er idealiter zou moeten uit zien. Ons “ouderenzorgnirvana” bestaat uit zeven variabelen, parameters eigenlijk, in het licht van dewelke al onze beleidsvoorstellen zullen worden gehouden (zie memento). Zeven toetsstenen, zeven deugden, die elk apart, maar ook als één geheel gebruikt moeten worden:

- Ouderenzorg van goede kwaliteit;
- Toegankelijke ouderenzorg;
- Ouderenzorg gespreid over het ganse land;
- Ouderenzorg die de keuzevrijheid respecteert;
- Ouderenzorg die de autonomie van de oudere zoveel mogelijk kansen geeft;
- Ouderenzorg die samenwerkt met de familie en de directe omgeving;
- Ouderenzorg aan een houdbare kost voor de maatschappij.

Anders gesteld, in de door ons voorgestelde beleidsanalyses en -aanbevelingen zal zoveel als mogelijk, en gegeven de natuurlijke beperkingen (demografie, budget, insti-

¹ Op pagina 131 (De stand van het land) vindt de geïnteresseerde lezer reeds een overzicht van de bestaande ouderenzorgalternatieven. Voor lezers die minder met de sector vertrouwd zijn kan dit een handige leessleutel blijken. Achter het begrip ouderenzorg steekt namelijk een diversiteit van zorgen en diensten.

Kwaliteit kan op twee manieren worden geëvalueerd. Objectieve kwaliteit meet de technische en commerciële aspecten van zorgverleners op basis van kwaliteitindicatoren. Subjectieve kwaliteit wordt gemeten aan de hand van tevredenheidsquêtes bij patiënten, inwoners, personeel en familie.

tutionele complexiteit, etc.) rekening worden gehouden met onderstaande deugden. Het betreft hier nog geen evaluatie maar wel een summiere bespreking van wat de zeven parameters inhouden of kunnen inhouden.

1. Kwaliteitsvolle ouderenzorg

Zorgkwaliteit kan gedefinieerd worden als de mate waarin een product of een dienst beantwoordt aan de behoeften van de klant (Quaethoven, 2003). Kwaliteit kan op twee manieren worden geëvalueerd. Objectieve kwaliteit meet de technische en commerciële aspecten van zorgverleners op basis van kwaliteitindicatoren. Dat kan gaan van het aantal opgelopen nosocomiale infecties, de mortaliteitsgraad, het naleven van nauwkeurig uitgewerkte zorgprocessen en de aanwezigheid van zorgondersteunend personeel, tot het aantal gangen op het menu van de kantine². Subjectieve kwaliteit wordt gemeten aan de hand van tevredenheidsquêtes bij patiënten, inwoners, personeel en familie, zoals die van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Voor een zo volledig mogelijk beeld zijn beide kwaliteitsmetingen complementair.

De kwaliteit van de geleverde zorg is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de bevoegde individuele zorginstellingen (residentieel en niet-residentieel). Het zijn zij die dag in dag uit met de zorgbehoevende ouderen omgaan en bijgevolg het best geplaatst zijn om aan de noden van hun bewoners te voldoen. Uiteindelijk weten zij het best hoe ze, gegeven de beschikbare middelen van de instelling, zo veel mogelijk zorg en welzijn uit iedere euro kunnen halen. Beleidsmatig is het daarom interessant instellingen voor hun kwaliteitsverantwoordelijkheden te plaatsen en hen daarvoor te responsabiliseren. Is de kwaliteit van de geleverde zorg hoogstaand, dan worden ze ervoor beloond, is die ondermaats, dan moet de instelling dit ook voelen.

Het volstaat echter niet dat elke instelling een kwaliteitsbeleid uitwerkt om aan de gebruikers ervan daadwerkelijk een verantwoorde zorg te kunnen aanbieden. De seniorenpopulatie bestaat namelijk ook uit een deel verzwakte ouderen aan wie de mondigheid en energie ontbreekt voor zichzelf op te komen en zorg van kwaliteit te eisen mocht die te wensen overlaten (*"Homo homini lupus"*). Anderzijds kan zorgkwaliteit ook niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van de overheid zijn. Instellingen moeten de nodige

² Voor een vollediger overzicht van (klinische) kwaliteitsindicatoren: KCE (2006). *Klinische kwaliteitsindicatoren*, KCE rapporten 41A.

De mate waarin instellingen kunnen bijdragen tot een ouderenzorg van kwaliteit hangt af van de randvoorwaarden waarbinnen ze dienen te functioneren. In het streven naar kwaliteit zijn micro- en macroaspecten met andere woorden niet van elkaar los te koppelen.

manoeuvrerruimte krijgen om hun ding te doen en zich van de andere instellingen te onderscheiden. Een te strak, bureaucratisch keurslijf kan nooit de gewenste klantendynamiek tot stand brengen. Deze twee alternatieven schieten schromelijk tekort. Een kwaliteitsvolle ouderenzorg kan dus pas gegarandeerd worden indien zowel stappen worden gezet op het niveau van de voorzieningen (het zogenaamde microniveau) als op het niveau van het overheidsbeleid (het zogenaamde macroniveau). De mate waarin instellingen kunnen bijdragen tot een ouderenzorg van kwaliteit hangt af van de randvoorwaarden waarbinnen ze dienen te functioneren. In het streven naar kwaliteit zijn micro- en macroaspecten met andere woorden niet van elkaar los te koppelen.

Responsabilisering van de voorzieningen op het vlak van kwaliteit betekent dan ook geenszins een terugtreden van de overheid op dit vlak. Het mag dan wel de core business van de instellingen zijn hun kwaliteit te bewaken, omdat er altijd een paar rotte appels in de mand zitten is publieke interventie onontbeerlijk. Normaal spelen deontologie en reputatie een belangrijke rol maar waterdicht werken dergelijke mechanismen niet. De overheid dient dus ook de hefboomen te voorzien om de bestendinging van het kwaliteitsstreven te waarborgen. Zo staat een ondervoorziening van de instellingen door de overheid haaks op de betrachting van een kwaliteitsvolle zorgverlening. Hiermee bedoelen we dat zonder goed overheidsbeleid de instellingen ook niet verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor ondermaatse kwaliteit. Micro- en macroaspecten zijn in het kwaliteitsstreven onlosmakelijk.

DOELSTELLING

Kwaliteit moet in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zijn, maar de beleidsmakers moeten de instellingen de nodige manoeuvrerruimte en middelen geven om de gewenste kwaliteitsnormen te halen.

2. Een toegankelijke ouderenzorg

Kwaliteitsvolle ouderenzorg blijft een hol concept indien het gros van de ouderen er geen gebruik van kan maken. Uit bekommernis voor de zwakkeren van onze maatschappij – en dat zijn een deel van de zorgbehoevende senioren zeker – is het daarom even belangrijk een toegankelijke ouderenzorg te garanderen.

Een eerste aspect van toegankelijkheid is betaalbaarheid, een begrip dat uit verschillende niveaus bestaat. Bij betaalbaarheid is de vraag niet alleen of de mensen bereid zijn te betalen, maar ook of de mensen in staat zijn te betalen.

Een eerste aspect van toegankelijkheid is **betaalbaarheid**, een begrip dat uit verschillende lagen bestaat. Bij betaalbaarheid is de vraag niet alleen of de mensen bereid zijn te betalen, maar ook of de mensen in staat zijn te betalen en wie geacht wordt te betalen – want ook collectieve stelsels kunnen tekort schieten en leiden bij afwezigheid van het prijsmechanisme per definitie tot een vorm van rantsoenering. Voor ons combineert betaalbaarheid willen en kunnen, niet het één of het ander.

Mensen die een (hogere) prijs voor een dienst *willen* betalen mogen dan ook die mogelijkheid niet ontnomen worden. Het heeft niet veel zin de vraag naar een waardevolle dienst af te remmen uit egalitairistisch fetisjisme. Daar tegenover staat natuurlijk dat aanbieders van diensten voor ouderenzorg in staat moeten zijn die meerwaarde aan te bieden en daar naar behoren voor worden vergoed. Omdat die meerwaarde economisch en sociaal waardevol is, is het belangrijk mensen de vrijheid te geven meerwaarde te creëren. Het is gewoon onmogelijk om mensen te verbieden diensten en producten te kopen die ze willen. Mensen met middelen zullen consumeren wat ze willen en kunnen betalen, ook in de ouderenzorg. Ook indien men zou bezwijken voor een drang van misplaatst egalitarisme in de publieke organisatie, zal er daarnaast altijd privékeuze zijn. De beleidsvraag is of we op die realiteit willen inspelen binnen de publieke organisatie, dan wel er blind voor blijven en economische kansen laten schieten. Zoals in het zesde hoofdstuk duidelijk zal worden opteren we primair voor een systeem van autofinanciering gekoppeld aan keuze en autonomie, met sluitende solidariteit als opvang.

Minstens even belangrijk is echter ook dat mensen ouderenzorg *kunnen* betalen opdat kwaliteitsvolle ouderenzorg niet het privilege wordt van enkele bevoorrechten. Hier kan een belangrijke taak voor de overheid weggelegd zijn. Dit houdt niet per se in dat de overheid zelf in ouderenzorg voorziet, hoewel dit natuurlijk wel een valabele beleids optie is. Voor ons gaat de essentie echter over het creëren van een institutioneel kader dat garant staat voor zowel toegankelijkheid als vrijheid. Hoe zo'n institutioneel kader er zou kunnen uitzien komt in het zesde hoofdstuk uitvoerig aan bod.

Een voldoende uitgebouwd aanbod is het tweede belangrijke toegankelijkheidsaspect. Een toegankelijke ouderenzorg is een ouderenzorg waarvan de capaciteit ver genoeg reikt om aan de noden van de bevolking te voldoen.

Een voldoende uitgebouwd aanbod is het tweede belangrijke toegankelijkheidsaspect. Een toegankelijke ouderenzorg is een ouderenzorg waarvan de capaciteit ver genoeg reikt om aan de noden van de bevolking te voldoen. **Wachlijsten** kunnen daarbij een goede indicator van toegankelijkheid zijn: hoe langer de wachlijsten, hoe minder toe-

gankelijk de zorg. Gezien de demografische uitdagingen die op ons afkomen zal een holistische benadering die alle spelers samenbrengt waarschijnlijk de enige realistische beleids optie zijn om wachtlijsten of een ondervoorziening van zorg tegen te gaan.

DOELSTELLING

Toegankelijkheid is een begrip met verschillende lagen. Ouderen moeten in de eerste plaats kunnen betalen, maar de ouderen die meer wensen te betalen mogen ook die mogelijkheid niet ontnomen worden. Een salamiworstbenadering kan dus geen optie zijn. Bovendien moet er voldoende capaciteit zijn, want als ouderenzorg niet voor iedereen toegankelijk is, is ze helemaal niet toegankelijk.

3. Gespreide ouderenzorg

De ruimtelijke spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen kan als een derde toegankelijkheidsindicator worden beschouwd (Steenbekkers, Simon en Veldheer, 2006), maar gezien het belang ervan voor senioren die vaak in hun vertrouwde omgeving oud wensen te worden, en de potentiële spanningsvelden met andere waardevolle beleidsdoelstellingen, bespreken we ze hier afzonderlijk. Spreiding gaat overigens over meer dan toegankelijkheid alleen. De nabijheid van de gegeven zorg zal immers ook een impact hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg. Lange verplaatsingen van en naar het zorgcentrum brengen stress en vermoeidheid met zich mee en kunnen bij sterk verzwakte ouderen een reëel gezondheidsrisico inhouden. Ouderen kiezen daarboven stevast in hun vertrouwde omgeving te blijven waar de drempel voor vrienden- en familiebezoek het kleinst is, waar de oudere het streekdialect en de gewoontes kent, en waar de kans op maatzorg bijgevolg het grootst is. Een voldoende gespreide ouderenzorg is met andere woorden ook een belangrijke doelstelling met het oog op een kwaliteitsvolle dienstverlening.

De nabijheid van de gegeven zorg zal ook een impact hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg.

De zorg moet naar de oudere komen, en niet omgekeerd. Door de bestedingsverantwoordelijk bij de senioren zelf te leggen versterkt men de consumentenkracht van de gebruikers en krijgt de spreiding meer kansen.

De zorg moet dus naar de oudere komen, en niet omgekeerd. Door bijvoorbeeld de bestedingsverantwoordelijk meer bij de ouderen zelf te leggen wordt de consumentenmacht van de gebruikers versterkt. De stimuli om iedereen, ongeacht de woonplaats, de toegang tot een kwaliteitsvolle ouderenzorg aan te bieden komen tot stand. In het huidige systeem zijn veel doelgroepen van (medische) zorg echter geconcentreerd in de (grote) steden, wat ten kosten kan gaan van voorzieningen op het platteland. De zorgverstrekkers – al dan niet ambulante – worden er niet toe aangezet creatief om te gaan met (nieuwe) klantenniches.

Daarnaast spelen binnen de residentiële (gezondheids)zorgvormen schaalvergroting en schaalvoordelen een belangrijke rol wat de lokale versnippering van kleine nabijheidvoorzieningen niet in de hand speelt. Door de belangrijke vaste kosten die aan ouderenzorgvoorzieningen zijn verbonden, speelt de omvang van het rusthuis en de nabijheid met andere zorgvoorzieningen een belangrijke rol voor de kostprijs en de werkingskosten van een instelling. Zo wordt geschat dat een rusthuis om rendabel te zijn uit minstens 80 woongelegenheden moet bestaan. In het huidige systeem is er geen ontkomen aan de budgettaire trade-off: hoe meer instellingen over het territorium worden gespreid, hoe hoger het prijskaartje. Omgekeerd zal de budgettaire krapte beleid en instellingen er toe aanzetten de concentratie op te zoeken. Zonder hervorming van het bestedingsstelsel moet ook met deze budgettaire trade-off rekening worden gehouden.

DOELSTELLING

Spreiding van de zorgvoorzieningen is een belangrijke doelstelling, zowel voor toegankelijkheid als voor kwaliteit. Door de bestedingsautonomie bij de ouderen te leggen vergroot je de kans opdat de zorgsector naar de oudere komt, en niet dat de oudere naar de zorg moet gaan.

4. Met een vrijheid van keuze

Senioren voldoende keuzevrijheid garanderen moet een belangrijke beleidsprioriteit worden. Dit veronderstelt dat verschillende zorgalternatieven aangeboden worden, en de oudere in kwestie ook daadwerkelijk de mogelijkheden heeft geïnformeerde keuzes te maken. In die zin zou men kunnen spreken van een patiëntbestuurde ouderenzorg. Het *US National Institute on Consumer-directed Long-term Care* definieert patiëntbestuurde ouderenzorg als *“a philosophy and orientation to the delivery of home and community-based services whereby informed consumers make choices about the services they receive”*.

Hoewel in het Vlaamse Woonzorgdecreet, noch het woord vrijheid, noch het woord keuze voorkomen, voorziet het decreet dat erkende voorzieningen, woonzorgnetwerken en verenigingen “de [...] zelfverantwoordelijkheid van de gebruiker en zijn mantelzorgers [zal] vrijwaren, ondersteunen en stimuleren”³. Zelfverantwoordelijkheid veronderstelt evenwel een minimale vorm van keuzevrijheid, waardoor men kan stellen dat

Keuzevrijheid veronderstelt een voldoende gediversifieerd aanbod en betrouwbare informatie over dat aanbod.

³ Woonzorgdecreet, artikel 4, 6^e alinea.

Een evenwicht vinden tussen bescherming enerzijds en vrijheid anderzijds, en tussen individu en maatschappij wordt een moeilijke en subtiele beleidsoefening.

de Vlaamse overheid de vrijheid van keuze als beleidsdoelstelling erkent. Het niet expliciet vernoemen ervan kan echter ook betekenen dat dit beleidsmatig een hekel punt is, omdat niet iedereen evengoed met die gegeven vrijheid overweg kan – verzwakte ouderen al zeker niet.

Het is duidelijk dat de oudere in zijn keuzes moet worden begeleid, maar in hoeverre de oudere moet worden beschermd is veel minder evident. Sommige mensen kunnen goed met keuze en vrijheid overweg terwijl anderen net liever binnen goed omliggende structuren functioneren. Het gevaar bestaat er in dat te veel individuele keuzevrijheid er op neerkomt dat bepaalde mensen het gevoel krijgen aan hun lot te worden overgelaten. Anderzijds kan een gebrek aan keuzevrijheid de betutteling in de hand werken wat dan weer heel frustrerend is voor mensen die wel (nog) goed voor zichzelf kunnen beslissen. Ook kan de individuele keuze tegen een maatschappelijke doelstelling ingaan, terwijl een maatschappelijke keuze soms een individuele doelstelling kan verdringen. Daar beleidsmatig een consensus voor vinden blijft een delicate evenwichtsoefening.

Neem nu een oudere die resoluut tegen een rusthuisopname is en alleen zorg aan huis wenst te krijgen. Zolang de gezondheidstoestand van de oudere het toelaat is hier in het beleid plaats voor voorzien. Naargelang de gezondheidstoestand van de bejaarde er op achteruit gaat, stijgen de kosten voor thuiszorg tot dat ze op een gegeven moment de kosten van residentiële zorg overstijgen, omdat de oudere bij manier van spreken 24 uur op 24 verzorging behoeft. De maatschappelijke doelstelling om iedereen waardig oud te laten worden en die om dat op een budgettair verantwoorde manier te doen, kan in schril contrast staan met de individuele wens thuis te sterven. Moet de overheid de oudere in kwestie thuis laten, maar zich financieel (deels) terugtrekken (met het gevaar dat de hulploze oudere in mensonwaardige omstandigheden verder moet), of moet de overheid voor de budgettair meest verantwoorde oplossing kiezen en de oudere tegen zijn wil in intramurale zorg opleggen? Deze ethische kwesties zijn minder triviaal dan men zou kunnen denken. Enerzijds omdat zij een impact zullen hebben op de manier waarop ouderenzorg zal worden georganiseerd en gefinancierd, en anderzijds omdat de naoorlogse ouderen mondiger en veeleisender zijn dan hun voorgangers.

🕒 DOELSTELLING

De individuele keuzevrijheid moet beleidsmatig stevast als een toetssteen worden gebruikt. Mensen die (intensieve) begeleiding en omkadering behoeven moeten die wel kunnen krijgen. De beste manier opdat individuele voorkeuren maatschappelijke belangen niet zouden verdringen is aan de gegeven vrijheid de nodige verantwoordelijkheid te koppelen.

5. De autonomie van ouderen kansen geven

In 1994 zijn alle OESO landen het er over eens geraakt dat de algemene beleidsrichting er naar zou streven de ouderen zo lang mogelijk thuis te laten in plaats van in zorginstellingen. Dit weerspiegelt ook de wensen van de senioren zelf. Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (2005) komt dit omdat het welzijn van de ouderen er jaar na jaar op vooruit gaat. Het gezondheidsniveau en de graad van zorgonafhankelijkheid blijven stijgen, ondanks de toenemende gemiddelde leeftijdsspanne. Volgens de OESO leven mensen niet alleen langer, ze leven ook langer in goede gezondheid. Deze stelling wordt in de literatuur ook wel de theorie van de morbiditeitcompressie genoemd.

Dat we steeds langer leven betwist niemand. Dat we langer leven in goede gezondheid, en we dus op steeds latere leeftijd zorg nodig hebben, kan op minder eensgezindheid rekenen binnen de onderzoekswereld. Omdat morbiditeitcompressie – en zijn tegenhanger morbiditeitexpansie – een belangrijke impact hebben op de zorgafhankelijkheidsgraad, is dit een belangrijke hypothese met verrijkende gevolgen (kaderstuk 1). Om de toekomstige zorgbehoevendheid in kaart te brengen bijvoorbeeld, of om een duidelijker beeld te krijgen over het type zorg dat zal moeten worden gegeven (acuut versus chronisch). In onderstaand kaderstuk wordt deze problematiek nader toegelicht.

Een tweede aangehaalde reden is dat de nieuwe ouderen gemiddeld gezien ook welvarender zijn geworden en nu al genieten van betere huisvesting. Dit bevordert niet alleen hun autonomie, het maakt het daarenboven gemakkelijker zorg aan thuis toe te dienen. Ten derde hebben de vergrijzing en de stijgende levensverwachting ook tot gevolg dat veel meer mensen op pensioen beschikbaar zullen zijn om mantelzorg toe te dienen aan zorgbehoevende vrienden en kennissen (Lakdawalla en Philipson, 2002). Ook voor die reden moet volgens de specialisten worden ingezet op thuiszorg en de autonomie van onze senioren. Tot slot tonen bepaalde studies aan dat de leeftijd van opname in een

Dat we steeds langer leven betwist niemand. Dat we langer leven in goede gezondheid, en we dus op steeds latere leeftijd zorg nodig hebben, kan op minder eensgezindheid rekenen binnen de onderzoekswereld.

Bovendien zijn de nieuwe ouderen welvarender dan hun voorgangers en genieten ze van een betere huisvesting. Dit bevordert niet alleen hun autonomie, maar maakt het gemakkelijker om zorg aan thuis toe te dienen.

residentiële zorginstelling gemiddeld kan worden verlaagd door meer nadruk te leggen op de autonomie van de senioren. Daarmee is echter niet gezegd dat het budgettaire prijskaartje daarmee lager zal zijn (Pacolet, Merckx en Peetermans, 2008).

DOELSTELLING

Inzetten op de autonomie van de oudere lijkt een terechte beleidsstrategie. Hiermee geeft de overheid de oudere en haar directe omgeving meer vrijheid en ook meer verantwoordelijkheid. Gegeven dat daar iets tegenover staat, met name de mogelijkheid om op verantwoorde manier die verantwoordelijkheid op te nemen, is dat positief. Beleidsmatig moet men ervoor zorgen dat de oudere zoveel als mogelijk voor zichzelf kan zorgen. De nodige omkadering, via diensten allerhande en bijhorende financiële instrumenten, is hierbij onontbeerlijk.

KADERSTUK 1 | LEEFTIJD, GEZONDHEID EN ZORGAFHANKELIJKHEID

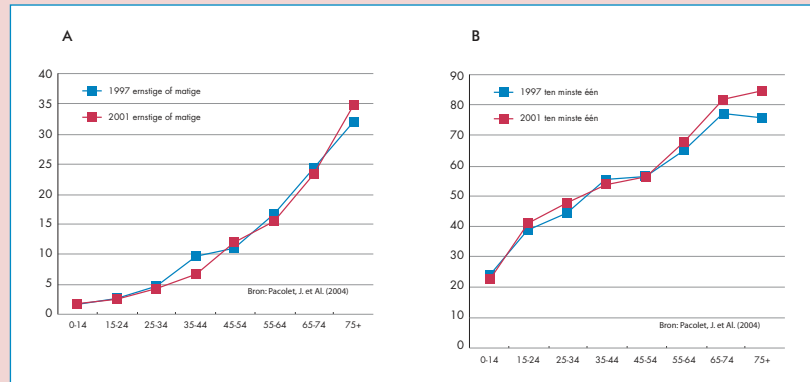
Ons lichaam verslijt naarmate het ouder wordt. Het lijkt dan ook niet onlogisch dat oudere mensen met een minder goede gezondheid kampen dan jongeren en dat deze gezondheid er met de jaren bovendien alleen maar op achteruit gaat.

Leeftijd en gezondheid

hieronder toont duidelijk aan dat de kans op een chronische ziekte en er beperkingen van te ondervinden, toeneemt met de leeftijd. De gekende demografische veranderingen (meer ouderen die bovendien steeds ouder worden, zie hoofdstuk 1) kondigen dan ook een belangrijke toename aan naar de vraag van medische en niet medische zorgen. Dit betekent echter nog niet dat alle 65-plussers die met de ene of de andere aandoening kampen zorgafhankelijk zijn of niet meer autonoom kunnen functioneren.

FIGUUR 1.1

- Personen met ernstige of matige beperkingen veroorzaakt door chronische ziekte (%)
- Chronische aandoeningen tijdens het afgelopen jaar, per leeftijdsklasse (%)

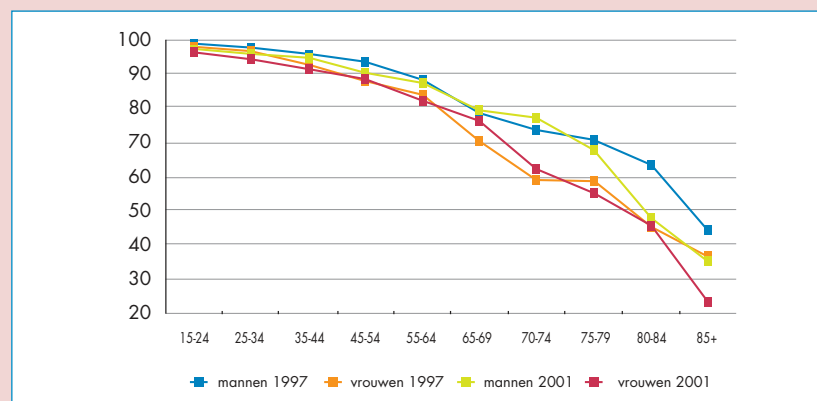


BRON: PACOLET, J. ET AL. (2004)

Om zorgafhankelijkheid te meten bestaan in de zorgliteratuur verschillende indicatoren*. Één van die internationaal erkende indicatoren is de "SF 36 score". Deze meet de fysieke functioneringsgraad voor het uitvoeren van 10 specifieke activiteiten, zoals een grote inspanning leveren (lopen, aan sport doen) of een gematigde inspanning leveren (zoals een tafel verplaatsen of trappen oplopen). De score is gelijk aan 100 voor een normaal functioneren (volledige onafhankelijkheid) en 0 voor iemand die beperkt is in alle activiteiten. Onderstaande figuur geeft de relatie weer tussen leeftijd en de SF 36 Score. Ook hier blijkt duidelijk dat zorgonafhankelijkheid afneemt met leeftijd.

* In Pacolet, J. et al., (2004) p.78 – 106, kan de geïnteresseerde lezer een overzicht vinden.

FIGUUR 1.2: SF36 SCORE NAAR LEEFTIJDSCATEGORIEËN EN GESLACHT, 1997-2001



BRON, MESTDAGH, J. EN LAMBRECHT, M., (2003)

Levensverwachting, gezondheid en zorgafhankelijkheid

Men verwacht een belangrijke toename van het aantal ouderen en van het relatieve aandeel ouderen in de totale bevolking. Dat meer mensen zorgen zullen nodig hebben staat met andere woorden buiten kijf. Er komen echter niet alleen ouderen bij, de ouderen zullen ook langer oud zijn. Betekent dit dat de mensen daarom langer en steeds meer zorgbehoevend zullen zijn? Karakaya (2009) zet de drie belangrijkste theorieën over de evolutie van de gezondheid en/of afhankelijkheid met de verlenging van de levensduur op een rij.

1. De theorie van de morbiditeitexpansie. Volgens deze theorie leven we langer door een terugval van de dodelijkheid van chronische aandoeningen, niet door een terugval van de chronische aandoeningen. Aanhangers van deze theorie verwachten daarom dat het verwachte aantal jaren in zorgafhankelijkheid zal stijgen.
2. De theorie van de morbiditeitcompressie. De aanvang van chronische aandoeningen, weet deze theorie, komt steeds later in het leven voor waardoor morbiditeit ook uitgesteld wordt naar een latere leeftijd. Het aantal gezonde levensjaren gaat dankzij de medische vooruitgang naar omhoog, terwijl het aantal jaren "in afhankelijkheid" daalt.
3. De dynamische evenwichtstheorie combineert de vorige twee scenario's. Het aantal zorgafhankelijke jaren blijft dus relatief constant naarmate de levensverwachting stijgt.

Zowel voor de oudere zelf als voor de gemeenschap is intrafamiliale solidariteit een belangrijke motor van meerwaardecreatie.

6. In samenwerking met de familie en de directe omgeving

Ook dit lijkt een evidentie, maar blijft vanuit beleidsoogpunt geen evidente oefening. Zowel voor de oudere zelf als voor de gemeenschap is intrafamiliale solidariteit een belangrijke motor van meerwaardecreatie en moet ze daarom worden gekoesterd. In een familiale omgeving is de kans op kwalitatief hoogstaande zorg groter. Zorg verleend door familie of bevriende derden zoals burens wordt mantelzorg genoemd. Volgens de Christelijke Mutualiteit is mantelzorg "de extra zorg die aan een zorgbehoevende persoon wordt gegeven door één of meerdere leden van zijn of haar directe omgeving, waarbij de zorgverlening voortvloeit uit de sociale relatie, buiten het kader van een hulpverlenend beroep of georganiseerd vrijwilligerswerk". Per definitie is mantelzorg een privéaangelegenheid, want voortvloeiend uit een sociale relatie. Mantelzorg valt buiten het kader van een hulpverlenend beroep of georganiseerd vrijwilligerswerk, en kan op het eerste gezicht dus maar moeilijk worden aangemoedigd. En ook hier bestaan niet te onderschatten spanningsvelden. In hoofdstuk 4 komen we hier op terug.

DOELSTELLING

Niet alleen de zorgbehoevende oudere moet worden ondersteund, ook zijn directe omgeving moet kunnen worden ontlast. Dat is de beste manier om de jongere generaties niet te ontmoedigen voor afhankelijke ouderen te zorgen.

7. Aan een houdbare kost voor de maatschappij

Dit wordt ongetwijfeld één van de belangrijkste uitdagingen van het vergrijzingsdebat: hoe houden we onze pensioenen en gezondheidszorg betaalbaar? Een blik op onderstaande tabellen vertelt ons dat dit geen sinecure wordt⁴:

TABEL 1.1 DE BUDGETTAIRE VERGRIJZINGKOST ALS % VAN HET BBP IN 2030 VOLGENS 9 OPEENVOLGENDE RAPPORTEN

Rapport	Apr /02	Mei/03	Apr/04	Mei/05	Mei /06	Mei /07	Mei /08	Jun /09	Jun/10
Totale kost in vergelijking met 2000	3,1	4,2	4,5	5,1	4,6	5,1	4,7	6,8	7

BRON: STUDIECOMMISSIE VOOR DE VERGRIJZING, JAARRAPPORTEN 2002-2009, EIGEN BEREKENINGEN

⁴ In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op de **zorggerelateerde** vergrijzingskosten. We beperken ons voorlopig tot een algemene bespreking.

TABEL 1.2 DE BUDGETTAIRE VERGRIZINGKOST ALS % VAN HET BBP IN 2050 VOLGENS 5 OPEENVOLGENDE RAPPORTEN

Rapport	Mei /06	Mei /07	Mei /08	Jun /09 (2060)	Jun/10 (2060)
Totale kost in vergelijking met 2000	6,6	6,9	6,7	8,8	9,6

BRON: STUDIECOMMISSIE VOOR DE VERGRIZING, JAARRAPPORTEN 2006-2009, EIGEN BEREKENINGEN

De jaarlijkse meerkost van de vergrijzing wordt systematisch onderschat. Volgens de laatste schattingen van de Hoge Raad van Financiën schommelt die ergens tussen de 6,3 en de 9,6% van het BBP. De vergrijzing plaatst ons voor een enorme budgettaire uitdaging. En dit is nog zonder de technologische en epidemiologische vooruitgang gerekend.

Uit deze tabellen leren we twee dingen. Ten eerste werd de jaarlijkse meerkost van de vergrijzing vanaf 2030 systematisch onderschat. In 2002 schatte de studiec commissie voor de vergrijzing dat de staat vanaf 2030 ieder jaar 3,1% van het BBP vergrijzingkosten meer zou betalen. In het laatste rapport van de studiec commissie wordt die meerkost op 7% van het BBP geschat, oftewel een onderschatting van 120%. Vanaf 2006 heeft de Studiec commissie ook schattingen voor de nog langere termijn gedaan. De eerste keer kwam de commissie uit op 6,6% van het BBP in 2050. In 2010 was dat cijfer al opgelopen tot 9,6%, een stijging van 3 procentpunten van het BBP (of 10 miljard euro). Of nog: een onderschatting van om en bij de 45%. De tweede vaststelling is dus dat na 2030 het ergste nog moet komen. In het volgende hoofdstuk komen we uitvoerig terug op de specifieke vergrijzinggebonden lange termijn kost van zorg en gezondheidszorg.

Het belang van deze parameter voor het ouderenzorgnirvana komt pas echt aan het licht wanneer we er enkele macro-economische cijfers van de Nationale Bank bij halen⁵. Onze staatsschuld overschrijdt in 2010 de magische kaap van 100%. Volgens het budgettaire traject van het zeer ambitieuze stabiliteitsprogramma boeken we nog begrotings tekorten tot 2015. Dat de budgettaire ruimte eerder aan de krappe kant is moet zowat de understatement van het jaar zijn. De belastingdruk bedraagt 44% van het BBP. Ook daar stuiten we stilaan op een limiet. 30% van het BBP gaat al naar sociale bescherming maar toch betalen we al 30% van de gezondheidszorguitgaven uit eigen zakken. We kampen met een loonkostenhandicap van 15% tegenover Duitsland, Nederland en Frankrijk en sinds 1990 verloren we al 23% marktaandeel tegenover diezelfde landen⁶. De jaarlijkse gemiddelde groeivoet van ons potentieel Bruto Binnenlands Product wordt door het Federaal Planbureau (2010) tot en met 2015 op een bescheiden 1,6% geraamd. Sinds de jaren '80 werden de groeivoorzichten nog nooit zo laag ingeschat. .

⁵ Zie Belgostat online: <http://www.nbb.be/app/cal/N/belgohome.htm>

⁶ Dit zijn gegevens van de Centrale Raad voor het Bedrijfsleven.

De benarde situatie van onze overheidsfinanciën en onze economie zal ons voor moeilijke keuzes plaatsen. Het huidige financieringssysteem zal zonder taboes moeten worden herzien

De benarde situatie van onze overheidsfinanciën en onze economie zal ons voor moeilijke keuzes plaatsen. Zo zullen we ons moeten afvragen waar we de bijkomende financiering kunnen vinden. Of nog: wie moet wat primair betalen? Kiezen we voor de sociale zekerheid of voor een gelijkaardig parallel systeem op regionaal niveau; of geven we een rol – en zo ja welke rol? – aan een alternatief verzekeringsstelsel?

DOELSTELLING

De vergrijzing plaatst ons voor een enorme budgettaire uitdaging. Dit is nog zonder de technologische en epidemiologische vooruitgang gerekend die, zoals reeds besproken, de drijvende kracht zijn achter onze exponentieel stijgende zorg- en gezondheidszorguitgaven. Om de solidariteit tussen de generaties niet in gevaar te brengen lijkt het dan ook niet overdreven te stellen dat we in het formuleren van beleidsvoorstellen de budgettaire component in achtig moeten nemen. Daarnaast zullen we het huidige financieringssysteem moeten herzien en zonder taboes de vraag durven stellen wie wat moet financieren.

Het is overigens verheugend te lezen dat mensen van de sector zelf geen vragende partij zijn van meer middelen. In de memorandum voor de verkiezingen 2009 van Solidariteit voor het Gezin VZW, een private zorgverlener die meer dan 5200 mensen tewerkstelt, lezen we: “Het strijkt wellicht wat tegen de haren in als we plegen dat het antwoordt op de vergrijzing in de toekomst er nu misschien eens niet zou in bestaan om de sector meer middelen te verschaffen.” Geen extra middelen, maar wel een betere besteding van de middelen wordt met andere woorden ons mantra. Via een efficiëntere organisatie en dito financiering kunnen we de koers van het ouderenzorgnirvana varen. Dit is althans de opzet van deze studie.

AANBEVELINGEN

- Richt naar het Franse voorbeeld een onafhankelijke Hoge Raad voor de Gezondheid op die de maatschappelijke opportuniteitskost van medische behandelingen evalueert en goede praktijken binnen ons gezondheidszorgstelsel promoot.
- In zijn rapport erkent het KCE het belang van een goede identificatie van de palliatieve patiënten, maar ook van een aangepaste opleiding voor zorgverleners. Tot slot pleit het KCE voor een multidisciplinair zorgmodel op maat van de individuele palliatieve patiënt en een versterking van de banden tussen de verschillende zorgmilieus om de patiënten een continue verzorging te kunnen aanbieden.

02

DE GRIJZE TSUNAMI

«You don't need a weatherman to know which way
the wind blows.»

Bob Dylan



In dit hoofdstuk wordt de socio-economische impact van de naoorlogse babyboom op de sector voor ouderenzorg in kaart gebracht. De vergrijzing is een enorm maatschappelijk succes. Nog nooit konden zo veel mensen zo oud worden in zo'n goede gezondheid. Hoewel de vergrijzing de mooiste illustratie van het succes van onze welvaartsstaat is, legt ze ook een grote druk op de overheidsuitgaven en op het groeipotentieel van onze economie. We zullen zien dat de naoorlogse verschuiving van onze bevolkingspiramide onze maatschappij vandaag minder innovatief en veel zorgbehoevender heeft gemaakt. Het domino-effect dat daaruit volgt heeft de vraag naar ouderenzorgvoorzieningen de hoogte in gestuwd en de vraag naar werkkrachten spectaculair doen toenemen. De budgettaire gevolgen hiervan zullen de meesten verontrusten, maar hopelijk ook sommigen aanzetten om fundamenteel in te grijpen



In dit hoofdstuk wordt de socio-economische impact van de naoorlogse babyboom op de sector voor ouderenzorg in kaart gebracht. De vergrijzing is een enorm maatschappelijk succes. Nog nooit konden zo veel mensen zo oud worden in zo'n goede gezondheid. Hoewel de vergrijzing de mooiste illustratie van het succes van onze welvaartsstaat is, legt ze ook een grote druk op de overheidsuitgaven en op het groeipotentieel van onze economie. Vooral dat laatste komt in dit hoofdstuk aan bod. Daarom wordt dit hoofdstuk – dat thans de verwezenlijkingen van het vergrijzingproces zo helder mogelijk zal trachten aan te tonen – paradoxaal genoeg ook het meest “zorgwekkende” deel van dit onderzoek.

De bedoeling is geenszins paniek te zaaien en toegegeven, misschien hadden we wel een minder catastrofistische titel moeten kiezen. Toch is het belangrijk bepaalde cijfers in de verf te zetten – om dingen in beweging te zetten zijn “eye-openers” vaak een zeer doeltreffend instrument. Onwetendheid mag voor sommigen dan wel een zegen zijn, wij kijken de uitdagingen liever recht in de ogen om ze zo goed mogelijk het hoofd te kunnen bieden.

WAT VOORAF GING: EEN DEMOGRAFISCHE AARDBEVING

Een erfenis van het verleden

De afgelopen decennia heeft de structuur van de Belgische bevolking belangrijke veranderingen ondergaan. Dankzij de vooruitgang van de wetenschap, technologische doorbraken, economische groei en sociale verworvenheden zagen we de sterftcijfers drastische naar beneden gaan. Hetzelfde gebeurde echter ook met de vruchtbaarheidsgraad van de Belgische vrouwen – dankzij de sociale emancipatie van de vrouwen tijdens de *golden sixties* – met als gevolg dat de leeftijdspiramide in de loop van de 20^e eeuw niet alleen breder werd van boven, maar tegelijkertijd ook slanker van onder. Voeg daar nog de naoorlogse babyboom aan toe en je krijgt wat we vandaag “de vergrijzing” noemen: relatief meer ouderen voor relatief minder jongeren. Dit blijkt duidelijk uit onderstaande figuur.

Er zijn twee lange termijn oorzaken voor de vergrijzing: de stijgende levensverwachting en de dalende vruchtbaarheidsgraad. De tijdelijke naoorlogse babyboom heeft deze twee effecten ook nog eens versterkt.

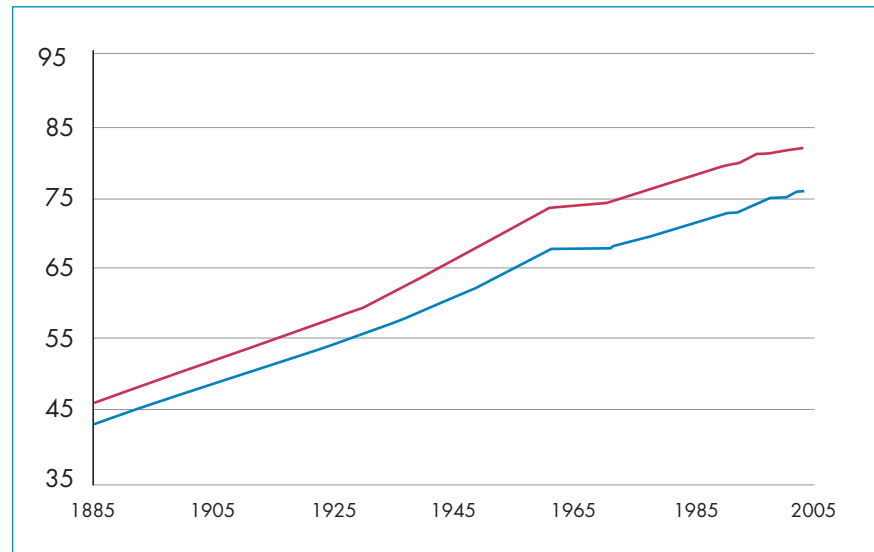
FIGUUR 2.1 STRUCTUUR VAN DE BELGISCHE BEVOLKING 1881-2008



BRON: FOD ECONOMIE

Zelfs zonder nieuwe babyboom en ondanks een verjonging van de grootstedelijke bevolking als gevolg van de verkleuring, zet onze bevolkingsstructuur zijn demografische revolutie ongestoord verder. De levensverwachting bij de geboorte van de babyboomers, mensen geboren tussen 1945 en 1955 dus, lag op 62 jaar voor de mannen en 67 jaar voor de vrouwen. 65 jaar later mogen mannelijke 65-jarigen nochtans rekenen op nog 17 bijkomende levensjaren, vrouwelijke 65-jarigen op 21⁷. Bovendien is de levensverwachting bij de geboorte (en op latere leeftijd) sindsdien altijd blijven stijgen, zoals ook blijkt uit onderstaande figuur.

FIGUUR 2.2 EVOLUTIE VAN DE LEVENSV ERWACHTING BIJ DE GEBOORTE IN BELGIE (1885-2004)

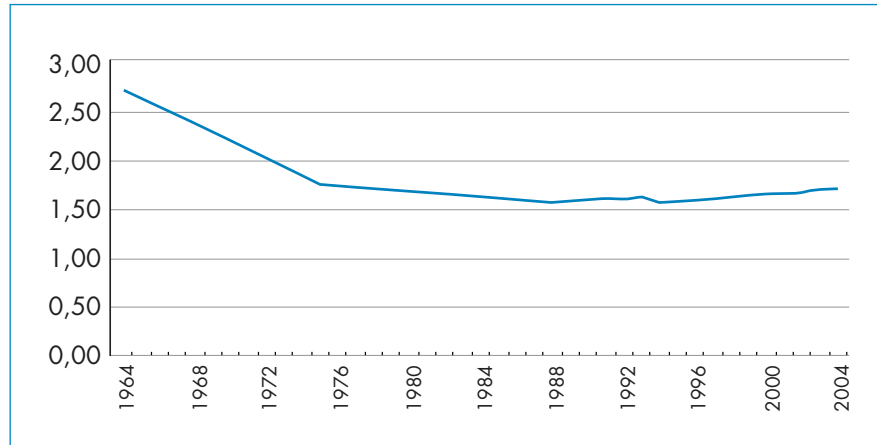


BRON: FOD ECONOMIE

⁷ Cijfers van de FOD Economie en Eurostat.

Soms wordt wel eens gezegd dat bij ieder geleefd jaar men er bijna een seizoen gratis bij krijgt. Dit komt natuurlijk omdat de levensverwachting bij de geboorte om de 10 jaar met ongeveer 2 jaar stijgt. Het is natuurlijk de vraag hoe lang deze trend verder kan worden gezet⁸.

FIGUUR 2.3 EVOLUTIE VAN DE VRUCHTBAARHEIDSCIJFERS VOOR VROUWEN VAN 15 TOT 49 JAAR, 1964-2004.



BRON: FOD ECONOMIE EN EIGEN BEREKENINGEN

⁸ Volgens Olshnansky et al. (1990) ligt er een limiet van 85 jaar op de levensverwachting bij de geboorte. Vallin (1993) schat die limiet dan weer op 95-100 jaar terwijl Vaupel et al. (1995) gelooft dat men zo ver kan gaan als 120 jaar in de schattingen. Volgens die laatste wordt minstens de helft van de baby's geboren in de jaren 2000 100 jaar oud (Vaupel et al., 2009). Niet onmogelijk als je weet dat een team Amerikaanse onderzoekers in 2009 ontdekte dat het geneesmiddel rapamycine, dat bij transplantaties wordt gebruikt, de levensverwachting van mannelijke muizen met 28, en van vrouwelijke muizen met 38 procent verlengt (De Standaard, 09/07/2009). En de Universiteit van Leeds investeerde onlangs nog 55 miljoen euro in het project "50 active years after 50" met de bedoeling tiental onverslijtbare "vervangstukken" voor ons aftakelend lichaam te ontwikkelen (De Morgen, 21/10/2009).

In het begin van de jaren 70 dook de vruchtbaarheidsgraad van vrouwen voor het eerst onder de 2,1 kinderen per vrouw om er sinds dien nooit meer terug over te gaan – gedaan dus met de generatiewissels (Figuur 2.3).

☑ VASTSTELLING

Zelfs zonder nieuwe babyboom en ondanks een verjonging van de grootstedelijke bevolking als gevolg van de verkleuring, zet onze bevolkingsstructuur zijn demografische revolutie ongestoord verder. Dit komt natuurlijk omdat de levensverwachting bij de geboorte om de 10 jaar met ongeveer 2 jaar stijgt. Minder jongeren, en meer ouderen die langer leven. Ziehier de basisingrediënten voor één van de grootste uitdagingen van de toekomst.

Een uitdaging voor de toekomst

Op basis van de bevolkingsvooruitzichten van het Planbureau en de FOD Economie krijgt men een duidelijker beeld van de omvang van die uitdagingen. Zo stelt men vast dat de gemiddelde leeftijd van de Belgische bevolking om de 10 jaar met 1 jaar stijgt. In 2000 was de Belg gemiddeld 39 jaar oud. In 2060 stijgt die gemiddelde leeftijd naar 45. De bevolking in zijn geheel wordt dus ouder. Maar de ouderen worden gemiddeld ook ouder. De gemiddelde leeftijd van de 65-plussers stijgt van 74 jaar in 2000 naar 78 jaar in 2060. Uit Tabel 2.1 blijkt dat ook de evolutie van het aantal senioren boekdelen spreekt. Het aantal 60-plussers stijgt met 83% in 50 jaar, dat zijn meer dan twee miljoen 60-plussers meer, terwijl het aandeel 80-plussers meer dan verdrievoudigt, een stijging met 750 000 zielen! De babyboomers worden *babybusters*.

De gemiddelde leeftijd van de Belgische bevolking stijgt vanaf nu om de tien jaar met 1 jaar. Tegen 2050 telt ons land meer dan 2 miljoen 60-plussers meer dan vandaag en het aantal 80-plussers zal tegen dan verdrievoudigd zijn.

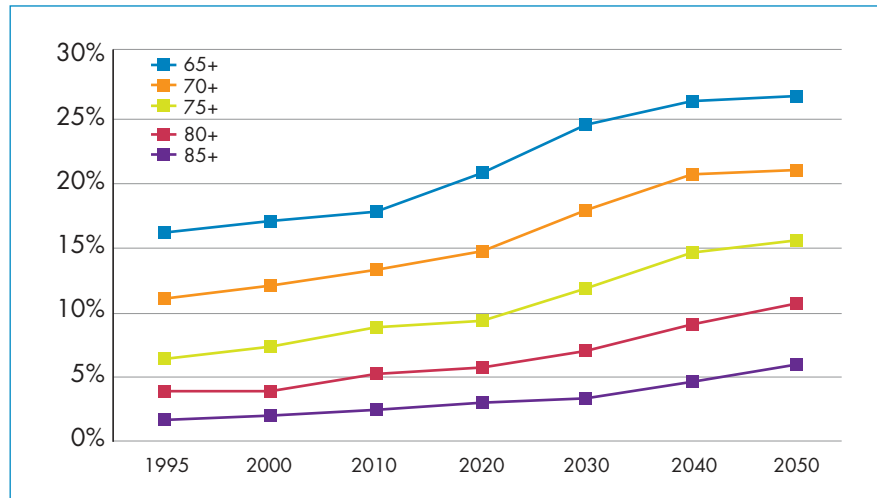
TABEL 2.1 BEVOLKINGSPERSPECTIEVEN 1995 - 2050

	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050	Totaal
60-80 (x1000)	2 174	2 249	2 504	2 928	3 343	3 500	3558	+ 1384
60-80 (%)		3,4	11,3	16,9	14,2	4,7	1,7	+ 64
80+ (x1000)	386	377	539	609	748	982	1135	+ 749
80+ (%)		-2,3	42,9	12,9	22,8	31,3	15,6	+ 194
Tot. (x 1000)	2560	2626	3043	3537	4091	4482	4693	+ 2133 = + 83%

BRON: BEVOLKINGSVORUITZICHTEN PLANBUREAU

Maar ook het aandeel senioren volgens verschillende leeftijdscategorieën stijgt in de totale bevolking.

FIGUUR 2.4 AANDEEL VAN DE SENIOREN IN DE TOTALE BEVOLKING, 1995-2050



BRON: PACOLET, J. ET AL. (2004)

Er zal dus ook een vergrijzing plaatsvinden binnen de vergrijzing, ook wel verzilvering genoemd. De “vergrijzingintensiteit” neemt toe: het deel zeer oude mensen neemt toe binnen de groep van de 65-plussers. Vooral dit laatste zal een impact hebben op de omvang van de verwachte zorgafhankelijke bevolking⁹.

☑ VASTSTELLING

Dé vergrijzing bestaat eigenlijk uit drie vergrijzingstromen tegelijkertijd: 1) de gemiddelde leeftijd van de ganse bevolking gaat naar omhoog, 2) de gemiddelde leeftijd van de ouderen stijgt en 3) het aandeel zeer oude ouderen neemt spectaculair toe. Vooral dit laatste zal een impact hebben op de omvang van de verwachte zorgafhankelijke bevolking.

⁹ Men denkt wel eens dat de vergrijzing een typisch product is van de ontwikkelde landen. Omdat ook ontwikkelingslanden een belangrijke demografische transitie meemaken zullen ook zij op lange termijn verouderen. Het absolute aantal ouderen zal daar op termijn spectaculair hoog liggen simpelweg omdat deze landen nu al zo bevolkt zijn. Er leven nu al bijna een half miljard 60-plussers in ontwikkelingslanden en hun aantal zou tegen 2050 verdrievoudigen (The Economist, 25/06/2009).

GEVOLG: EEN MEER ZORGAFHANKELIJKE BEVOLKING

In het inleidende hoofdstuk toonden we reeds het verband aan tussen *leeftijd* en *zorgafhankelijkheid* (kaderstuk 1). We bespraken ook het verband tussen *levensverwachting* en *zorgafhankelijkheid*. Dit onderscheid is belangrijk want hoewel we zeker zijn dat hoe ouder mensen worden, hoe meer zorg ze nodig hebben, is het helemaal niet zo duidelijk wat een stijgende *levensverwachting* doet met zorgafhankelijkheid. Volgens de “morbiditeitsexpansionisten”, of de pessimisten, staan ons meer zorgafhankelijke jaren te wachten, wat uiteraard een impact heeft op het volume zorgbehoefte. De “morbiditeitscompressionisten”, de optimisten dus, verwachten daarentegen dat we per persoon minder zorgafhankelijke jaren tegemoet gaan. Volgens de “dynamische evenwichtstheoretisten” blijft het aantal zorgafhankelijke jaren constant, ondanks een toegenomen levensverwachting.

Het Planbureau meet 566 000 mensen met matige tot ernstige zorgbehoefes in 2007 en voorspelt een netto toename van maar liefst 600 000 (!) matige tot ernstige zorgbehoefigen in 2060.

Om met deze drie tegenstrijdige morbiditeittheorieën rekening te houden in het maken van projecties met betrekking tot zorgafhankelijkheid, stellen de onderzoekers meestal verschillende scenario's op: pessimistische (expansie), optimistische (compressie) en centrale (*status quo*). Wij baseren onze voorspellingen op Karakaya's (2009) centrale scenario en maken daarbij gebruik van de meest recente bevolkingsprojecties van het Planbureau¹⁰. Karakaya gebruikt administratieve data voor zijn voorspellingen die het nadeel hebben het huidige zorggebruik te meten, in tegenstelling tot de reële zorgbehoefte. Toch zien we dat het aantal Belgische zorgafhankelijke 75-plussers spectaculair zal stijgen in de komende decennia (Tabel 2.2).

TABEL 2.2 PROJECTIES VAN AFHANKELIJKE 60- EN 75-PLUSSEERS VOLGENS HET CENTRALE SCENARIO

	2001	2010	2020	2030	2040	2050	Vershil
Aantal afhankelijke 75+	121 000	143 000	153 000	173 000	212 000	237 000	116 000

BRON: KARAKAYA 2009A, PLANBUREAU, EIGEN BEREKENINGEN

Volgens het centrale scenario telt België binnen 10 jaar 10 000, binnen 20 jaar 50 000 en binnen 40 jaar 116 000 zorgafhankelijke 75-plussers meer. Er zijn echter belangrijke regionale verschillen waar Vlaanderen het slechts uit komt. Vlaanderen kampt nu al met de grootste afhankelijkheidsgraad bij 80 plussers – de grootste risicogroep en de sterkst stijgende bevolkingsgroep.

¹⁰ Het is belangrijk hier op te merken dat de verschillen naar scenario zeker niet verwaarloosbaar zijn. Voor een gedetailleerde bespreking van deze verschillen verwijzen wij door naar de uitstekende studie van Karakaya.

KADERSTUK 2 | AFHANKELIJKHEIDSGRAAD EN DE KATZ-SCHAAL

De afhankelijkheidsgraad is de mate waarin een zorgbehoevende afhangt van derden om dagdagelijkse taken uit te voeren. De Katz-schaal is de schaal die in België wordt gebruikt om de afhankelijkheidsgraad van personen te meten aan de hand van een aantal criteria, zoals: zich zelfstandig kunnen kleden, eten, wassen, verplaatsen, gebruik maken van het toilet,Deze schaal wordt door de behandelende dokter samen met een verpleegkundige ingevuld. Nadien wordt de schaal nog nagekeken door een arts of verpleegkundige van de mutualiteit. Voor elke bejaarde krijgt de instelling voor ouderenzorg van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitverzekering (RIZIV) een zorgforfait op dagbasis, afhankelijk van de graad van zorgbehoefte (Van Camp-Van Rensbergen en Prims, 2004). De residentenclassificatie hiervoor gebruikt is de aangepaste Katz-schaal. Deze Belgische Katz-schaal onderscheidt vier hoofdcategorieën van zelfredzaamheid, of omgekeerd van afhankelijkheid: O is valide; A is semi-valide; B is zorgbehoevend en C zwaar zorgbehoevend. Er bestaat voor residentiële zorg ook nog een Cd categorie voor bejaarden die kampen met een vergevorderde vorm van dementie.

Het KB van 3 juli 1996 (art. 150) beschrijft de zorgcategorieën als volgt:

Categorie O: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die fysisch volledig onafhankelijk zijn en niet dement zijn;

Categorie A: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die:

- fysisch afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;
- psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in
- tijd en ruimte, én zijn fysisch volledig onafhankelijk;

Categorie B: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die:

- fysisch afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;
- psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

Categorie C: daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die:

- fysisch afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, en zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;
- psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, én zij zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan, en/of om te eten.

Categorie Cc: Hier worden de zogeheten “comapatiënten” in ondergebracht. Het betreft patiënten die, ingevolge een ernstig voorval (ernstig hersentrauma, hartstilstand, aderbreek...), gevolgd door een coma waarvan de ontwakings technieken de toestand niet hebben kunnen verbeteren.

Voor categorieën A, B en C bestaat ook nog eens een “dementievariant”.

Ook het Planbureau (Willemé, 2010) gaat er in haar projecties vanuit dat de afhankelijkheidsgraad van de Belgische bevolking constant blijft. Om de reële zorgbehoefte te meten maakt het Planbureau gebruik van enquêtes en het actuele aantal residentiële zorggebruikers (die niet in die enquêtes opgenomen zijn). Zij meet 566 000 mensen met matige tot ernstige zorgbehoefte in 2007 en voorspelt een netto toename van maar liefst 600 000 (!) matige tot ernstige zorgbehoefte in 2060, een verdubbeling dus.

VASTSTELLING

We hebben gezien dat het aantal afhankelijke senioren en daarmee de vraag naar (niet-medische) seniorenzorg zeer snel, en naargelang het morbiditeitsscenario en de gebruikte data, bijna exponentieel kan/zal beginnen stijgen. Waarschijnlijk onderschatten administratieve data de reële zorgbehoefte, terwijl het extrapoleren van enquêtes tot overschattingen kunnen leiden. De toename is in beide gevallen hoe dan ook spectaculair: een verdubbeling in 40 jaar.

WAT DAT BETEKENT VOOR OUDERENZORGVOORZIENINGEN

Grijze migratie – grijze getto's

In het inleidende hoofdstuk werd een spreiding van de ouderenzorgvoorzieningen als één van de 7 kwaliteitscriteria naar voor geschoven. We stellen echter vast dat de ouderen zelf niet gelijk over het koninkrijk verspreid zijn en dat sommige regio's ouderenreservaten aan het worden zijn. En de term reservaat is amper overdreven. In Zeeland, in Nederland, hebben ze al vergevorderde plannen voor een stad voor 55-plussers. In de Verenigde Staten bestaan dergelijke steden al langer; daar migreren senioren massaal naar Florida op zoek naar een plaatsje onder de zon om de laatste jaren door te brengen. Met zijn 40 000 inwoners is Sun City, weliswaar in Arizona, een notoir voorbeeld. Spanje kan zowaar het Florida van het Oude Continent worden genoemd. In België is de seniorentrekpleister natuurlijk de kust¹¹ – er is zelfs een speciale website aan gewijd www.kustsenioren.be.

Op zich is daar natuurlijk niks mis mee, alleen mogen seniorensteden geen getto's worden van verzuurde ouderen. Één van de uitdagingen van het ouderenzorgbeleid zal erin bestaan de noodzakelijke sociale vermenging te creëren. Om de verzuring tegen te gaan, maar ook voor een tal van andere redenen die in hoofdstuk 5 aan bod komen is dat van belang. Dus hoewel gespreide ouderenzorg een nobele kwaliteitsdoelstelling is, gaan we hoogstwaarschijnlijk toch deels evolueren naar een concentratie van de ouderenzorgvoorzieningen. Organisatorisch wordt de moeilijkheid een evenwicht vinden tussen geografische spreiding en grootschalige concentratie, en de mensen (zowel ouderen als jonge gezinnen) ertoe aanzetten in de richting van dat evenwicht te evolueren.

Laten we nu wat dieper ingaan op het toekomstige volume ouderenzorgvoorzieningen. Daarin maken we een belangrijk onderscheid dat in dit onderzoek nog verschillende keer ter sprake zal komen: het verschil tussen residentiële en niet-residentiële, of extramurale, ouderenzorg. Gemakkelijkheidshalve verengen we in deze studie het begrip extramurale zorg naar thuiszorg.

¹¹ Daarenboven wonen nog eens 37 500 Belgische bejaarden in het buitenland.

Het Planbureau schat dat er tegen 2050 180 000 extra rusthuisbedden nodig zullen zijn.

🕒 DOELSTELLING

Één van de uitdagingen van het ouderenzorgbeleid zal erin bestaan de noodzakelijke sociale vermenging te creëren.

Toekomstige residentiële ouderenzorgnoden in België en zijn regio's

Met residentiële ouderenzorg bedoelen we zorg die aan ouderen toegediend wordt in het kader van een door de overheid erkende ouderenzorgvoorziening. Tabel 2.3 geeft de kwantitatieve toestand van de ouderenzorgvoorzieningen in ons land weer.

TABEL 2.3 BEDDEN VOOR OUDERENZORG PER ORGANISATIEFORM PER GEWEST¹²

	Vlaanderen		Wallonië*		Brussel		België	
	Bedden	%	Bedden	%	Bedden	%	Bedden	%
Commercieel	9 607	14	23 889	50	9 793	63	43 289	33
Overheid	23 880	35	13 339	28	3 793	24	41 012	31
VZW	34 189	51	10 774	22	1 882	13	46 845	36
Totaal	67 676	100	48 002	100	15 468	100	131 146	100
		52		37		11		100

BRON: RIZIV, AUGUSTUS 2010

* De Duitstalige Gemeenschap (goed voor 741 bedden in totaal) is hier al inbegrepen.

Net zoals met de zorgbehoevendheid verwachten de specialisten ter zake een forse stijging naar de behoefte van residentiële ouderenzorg. Mestdagh en Lambrecht (2003) verwachten een stijging van meer dan 150% voor de vraag naar rusthuisbedden tegen 2050, of een stijging van meer dan 180 000 extra bedden. Om een idee te geven van wat dit concreet betekent: gemiddeld telt een rusthuis ongeveer 90 bedden. Dit betekent dat er tegen 2050 2000 extra rusthuizen nodig zijn (180 000/90). Om op schema te zitten en te blijven moeten dus in de komende 40 jaar netto 50 rusthuizen per jaar worden bijgebouwd, oftewel bijna één per week. Dat is gigantisch.

☑ VASTSTELLING

Als we de voorspellingen van het Planbureau moeten geloven dan moet er de komende veertig jaar gemiddeld één rusthuis per week worden gebouwd aan het nationale gemiddelde van 90 bedden per rusthuis.

¹² Stand op 31/08/2010

Als we verschillende gegevens van het Planbureau samenbrengen blijkt dat België in 2050 ongeveer 400 000 extra thuiszorggebruikers zal tellen.

Toekomstige thuiszorgnoden in België en zijn regio's

Pacolet, Merckx en Peetermans (2008) definiëren thuiszorg als de hulp- en dienstverlening die er specifiek op gericht is de gebruiker te handhaven in zijn natuurlijke milieu. Het omvat onder andere thuisverpleging, gezinszorg, poetshulp, klusjesdiensten, diensten voor oppashulp, maaltijdbedeling, etc. Thuiszorg is met andere woorden een paraplubegrip voor een heel resem diensten en gaat, zoals de definitie het aantoont, over veel meer dan thuisverpleging alleen. Mestdagh en Lambrecht (2003) doen een voorzichtige schatting naar de toekomstige noden voor die thuisverpleging. Op basis van RIZIV gegevens schatten zij dat thuisverpleging tussen 2001 en 2050 met zo'n 124% zal zijn toegenomen tot zo'n 277 000 gebruikers, een stijging van om en bij de 154 000 gebruikers.

Betrouwbare statistische data om de toekomstige thuiszorgnoden te voorspellen zijn een ander paar mouwen. Eenzelfde persoon kan gebruik maken van verschillende thuiszorgdiensten en zal daardoor ook verschillende keren boekhoudkundig worden verwerkt. Om toch een idee te krijgen van de omvang ervan moeten we beroep doen op een andere methode. Uit wat voorafging kennen we het aantal verwachte zorgbehoevenden. We weten ook ongeveer hoeveel residentiële bedden er in 2050 nodig zullen zijn om een deel van de zorgbehoevende ouderen op te vangen. Door deze twee van elkaar af te trekken zouden we een goede schatting moeten bekomen van het aantal te verwachten, niet-residentiële zorgbehoevende ouderen. We gebruiken hiervoor de cijfers van Willemé, omdat Karakaya's data alleen rekening houden met matige tot zware zorgbehoevenden, terwijl men weet dat ook veel licht zorgbehoevende ouderen een beroep doen op thuiszorgdiensten (poetshulp bijvoorbeeld) en thuisverpleging. We moeten ook veronderstellen dat het nodige aantal rusthuisbedden in 2060 niet anders zal zijn dan in 2050 om de cijfers in eenzelfde bewerking te kunnen gebruiken. Ook dit lijkt geen overdreven hypothese. Hieruit volgt dat we in 2050 ongeveer 400 000 extra thuiszorggebruikers zullen tellen. Dit betekent niet dat het gebruik van thuiszorgdiensten met evenveel zal toenemen.

VASTSTELLING

Ook de vraag naar niet-residentiële diensten zal spectaculair stijgen met mogelijk bijna een half miljoen extra gebruikers.

In se gaat zorg niet over aantallen bedden of diensten, maar over mensen die die zorg kunnen verlenen. Zonder die mensen, heb je niet veel aan je bedden. Een verpleegkundige is de nucleus van de sector voor ouderenzorg.

WAT DAT BETEKENT VOOR ZORGVERLENERS

Formele of professionele zorgverlening

In 2000 waren ongeveer 85 000 personen actief in de basisactiviteiten van de seniorenzorg in België, het is te zeggen het gekwalificeerd verpleegkundig en verzorgend personeel. Het administratief personeel, maar ook de relevante overheidsdiensten, administraties, seniorenorganisaties, VZW's en andere werden niet opgenomen in deze berekeningen. Het betreft hier dus een ruwe onderschatting van de totale tewerkstelling. 46 000 verpleegkundigen en verzorgenden waren actief in rusthuizen, 39 000 in de thuiszorg. 60% van de werkgelegenheid vindt plaats in de Vlaamse Gemeenschap, tegen een kleine 40% in de Franse en Duitse Gemeenschap, zoals ook blijkt uit onderstaande tabel.

TABEL 2.4 WERKGELEGENHEID VAN GEKwalificeerde verpleegkundigen en zorgkundig personeel per activiteit, naar Gemeenschap, 2000

	Vlaamse Gemeenschap	Franse en Duitse Gemeenschap	België	Aandeel
Rusthuizen	28 364	18 018	46 382	54,3%
Thuiszorg	24 847	14 185	39 032	45,7%
Totaal	53 211	32 203	85 414	100%
Aandeel	62,3%	37,7%	100%	

BRON: PACOLET J., ET AL. (2005)

Op het terrein werken natuurlijk veel meer mensen rechtstreeks en onrechtstreeks met of voor zorgbehoevende ouderen. Denk maar aan het ziekenhuispersoneel (167 865 medewerkers in 2005), het overige medische personeel (huisartsen, specialisten, kinésitherapeuten, tandartsen, apothekers etc.), de "seniorenindustrie" (zoals looprekproducenten, makers van protheses, etc.), de leveranciers van goederen en diensten aan de zorginstellingen, een deel van de ziekenfondsen,...¹³.

¹³ De geïnteresseerde lezer kan een veel vollediger overzicht vinden van de tewerkstelling in de gezondheidszorg in Dauve, F en Crainich, D. (2008), p. 31-36.

9 op de 10 Vlaamse rusthuizen zijn nu al op zoek naar verpleegkundigen. Volgens onze extrapolaties zal de sector voor ouderenzorg nochtans 120 000 professionele werkrachten moeten kunnen aantrekken tegen 2050.

Het aantal verpleegkundigen dat 10 jaar geleden in de sector voor ouderenzorg werkte is echter volledig ondergeschikt aan het aantal verpleegkundigen dat de sector binnen 10 jaar nodig zal hebben. De rusthuizen smeken nu al om personeel. 9 op de 10 Vlaamse rusthuizen zijn momenteel op zoek naar verpleegkundigen (Van Buggenhout, 2010). Dat belooft voor de toekomst. Fons Leroy, gedelegeerd bestuurder VDAB, duidt de gigantische uitdagingen in tewerkstelling in Vlaanderen. “Tussen 2007 en 2013 moet de zorgsector 65.600 nieuwe jobs gecreëerd hebben om aan de zorgvraag te voldoen”¹⁴. Ook Vlaams minister van Welzijn Jo Vandeuren windt er geen doekjes om: “Op basis van regionale economische vooruitzichten van het Planbureau wordt voor de gezondheidszorg en maatschappelijke diensten samen, tegen eind 2014 een groei geraamd van meer dan 60 000 extra arbeidsplaatsen. [...] Vandaag vertegenwoordigt deze bedrijfstak 11,5% van de totale werkgelegenheid in het Vlaamse Gewest. De vooruitzichten voorzien een stijging tot 13% in 2014”.

We deden zelf ook een voorzichtige schatting op basis van de werkgelegenheidscijfers van Pacolet *et al.* (2005) en de voorspellingen van Mestdagh en Lambrecht (2003). Als de personeelsvraag de vraag naar ouderenzorg volgt, betekent dit dat er tegen 2050 bijna 70 000 extra werkrachten moeten worden gevonden voor de rusthuizen, en bijna 47 000 voor thuiszorg. In het totaal betekent dit dat de sector 120 000 werkrachten zal moeten weten aan te trekken. Volgens onze berekeningen zullen in 2050 meer dan 200 000 mensen professioneel in de seniorenzorg werken.

☑ VASTSTELLING

De ouderenzorgsector wordt met 120 000 extra werkrachten één van de werkgelegenheidsmotoren van de toekomst. Er van uitgaande dat we de vraag kunnen betalen en het aanbod kunnen brengen: dat zijn de beleidsuitdagingen.

Informele zorgverlening

Ook de rol van informele zorgverleners of mantelzorgers zal in de toekomst aan belang toenemen. Een mantelzorger is iemand die onbetaald en uit liefde zorg draagt voor iemand uit zijn omgeving. Het aantal vrienden en familieleden van een oudere noemt men zijn sociaal kapitaal. Hoe groter het sociaal kapitaal, hoe groter de kans een succesvol verouderingsproces door te maken. Men schat dat in Europa ongeveer één

¹⁴ Tijdens het seminarie “HRM in de zorgsector: wie vult de Pool?” van 02 maart 2009.

Men schat dat in Europa ongeveer één vierde van de bevolking zorg verleent binnen of buiten de familiekring. Door de licht stijgende convergentie van de levensverwachting tussen mannen en vrouwen leven ouderen voorlopig nog langer samen met hun partner, zo het informele zorgaanbod spijzend.

vierde van de bevolking zorg verleent binnen of buiten de familiekring (Alber en Köhler, 2004). Volgens Eurostat (2003) zijn mantelzorgers nog vaak vrouwen en is de mediaanleeftijd van mantelzorgers 55. Ander onderzoek vond dat 6% van de Europeanen ouder dan 25, zo'n 19 miljoen mensen, op zijn minst 20 uur per week mantelzorg verleent. 24% van hen is ouder dan 65. De verwachting is dat tegen 2030 dit nummer met 2 miljoen zal zijn toegenomen, waarvan 31% ouder dan 65 (Grammenos, 2005). Een positief neveneffect van de vergrijzing is ook dat er een groter potentieel mantelzorgreservoir van jonge, gepensioneerde senioren vrij komt. Door de licht stijgende convergentie van de levensverwachting tussen mannen en vrouwen leven ouderen voorlopig nog langer samen met hun partner (Audenaert en Vanderleyden, 2004), zo het informele zorgaanbod spijzend.

Volgens Lakdawalla en Philipson (2002) zouden de kosten van seniorenzorg hierdoor wel eens kunnen dalen. Pacolet (2008) is het daar niet mee eens. Het is waar dat door de dalende levensverwachtingkloof tussen mannen en vrouwen koppels beter voor elkaar zullen kunnen zorgen. Omdat koppels geen of minder behoefte hebben aan het gezelschap van derden en voor elkaar een oogje in het zeil kunnen houden, zullen zij ook langer thuis verzorgd willen worden – en minder snel beroep doen op intramurale zorg. Vanaf een bepaalde zorgafhankelijkheidsgraad is het echter veel duurder mensen thuis te verzorgen dan in een instelling. Zo komt Pacolet tot de contra-intuïtieve hypothese dat de grotere beschikbaarheid aan mantelzorgers, in de eerste plaats binnen het koppel, wel eens tot kosteninflatie zou kunnen leiden. Anderzijds is het nog maar de vraag in welke mate koppels in de toekomst nog samen oud zullen worden en kinderen voor hun ouders zullen willen/kunnen zorgen. De observaties van Audenaert en Vanderleyden zijn zeker van toepassing voor de stille of (voor)oorlogse generatie en de vroege babyboomers, maar *quid* met de late babyboomers en de generatie X die vanaf 2020-25 op pensioen zullen gaan? Zal een generatie die gekend staat voor zijn individualisme en echtscheidingsplaag nog in koppel oud worden en voor hun zorgbehoevende ouders willen mantelzorgen? En welke zal de impact hiervan op de uitgaven zijn? Het is hoog tijd dat we de Studiecommissie voor de Vergrijzing aan het woord laten om te horen wat zij te vertellen hebben over de budgettaire zorg- en gezondheidszorgimplicaties van verouderende babyboomers.

Minder Belgen zullen moeten bijdragen voor meer mensen die meer zorg en gezondheidszorg nodig zullen hebben. Tussen 2000 en 2060 zullen we bijna een verdrievoudiging van de uitgaven voor lange termijnzorg vaststellen.

☑ VASTSTELLING

De plaats van mantelzorgers in het toekomstige zorglandschap is onduidelijk. Het staat echter buiten kijf dat de nood aan mantelzorg evenredig zal evolueren met de globale zorgbehoefte.

WAT DAT BETEKENT VOOR DE BELASTINGBETALER

De demografische ontwikkelingen van de voorbije 65 jaar zorgen er vandaag voor dat er veel minder werkende mensen de pensioenen van de babyboomers moeten financieren. De afhankelijkheidsgraad, zoals dat heet, is toegenomen: minder mensen dragen bij voor meer uitgaven. Voor zorg en gezondheidszorg is dat niet anders. Zij worden gefinancierd door de sociale bijdragen van de relatief kleiner wordende groep werkende Belgen. Bovendien doen heel wat chronische ziektes zich maar op latere leeftijd voor. Kanker, Parkinson en Alzheimer zijn de bekendste seniorenandoeningen. Het hoeft daarom niet te verwonderen dat onze senioren de meeste gezondheidszorg “gebruiken”. Zo wordt een dubbele druk op ons overheidsbudget, en met name de sociale zekerheid, uitgeoefend. Dat die laatstgenoemde virtueel failliet is bleek nog maar eens uit een ontwerprapport van de Commissie voor Begrotingscontrole¹⁵. Het crisisjaar 2009 eindigde voor de sociale zekerheid met een tekort van 2,2 miljard euro. Dat was al bekend. Over de hele periode 2010-2015 zal men in realiteit 23,8 miljard tekorten hebben opgestapeld. In de wetenschap dat we daarbovenop recurrent 25 miljard euro zullen moeten besparen om geen bijkomende tekorten op te stapelen wordt het plaatje al helemaal grimmig.

Uit Tabel 2.5 blijkt dat het “vergrijzingfenomeen” de **zorg en gezondheidszorguitgaven** vanaf 2030 met 3,3% van ons BBP doen toenemen – meer dan 10 miljard euro op jaarbasis vandaag. Uit Tabel 2.6 blijkt dat het uitzicht vanaf 2060 nog bedreigender wordt met een bijkomende uitgavenlast van 5,3% van het BBP, een goede 18 miljard euro vandaag. Vanaf 2030 kost langdurige zorg alleen – *grosso modo* ouderenzorg – bijna 0,6% en vanaf 2060 bijna 2% van het BBP meer in vergelijking met vandaag – in euro’s van 2010 respectievelijk 2 en 7 miljard € per jaar extra dus. De financieringsbehoefte zal binnen hier en 20 jaar met 50% en binnen hier en 50 jaar met 160% toegenomen zijn.

¹⁵ De Standaard, 02/09/2010.

TABEL 2.5 DE BUDGETTAIRE ZORG- EN GEZONDHEIDSZORGKOST VAN DE VERGRIJZING ALS PERCENT VAN HET BBP IN 2030, VOLGENS 9 OPEENVOLGENDE RAPPORTEN.

Report publication	Apr /02	May/03	Apr/04	May/05	May /06	May /07	May /08	Jun /09	Jun/10 (2060)
Total HC cost compared to 2000	2%	2,5%	3,1%	3,3%	3,3%	3%	2,7%	3,3%	3,6%
LT HC cost compared to 2000				0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,9%	1,1%
Acute HC cost compared to 2000				2,5%	2,5%	2,3%	2%	2,4%	2,5%

BRON: STUDIECOMMISSIE VOOR DE VERGRIJZING EN EIGEN BEREKENINGEN

TABEL 2.6 DE BUDGETTAIRE ZORG- EN GEZONDHEIDSZORGKOST VAN DE VERGRIJZING ALS PERCENT VAN HET BBP IN 2050, VOLGENS 5 OPEENVOLGENDE RAPPORTEN.

Report publication	May /06	May /07	May /08	Jun /09 (2060)	Jun/10 (2060)
Total HC cost compared to 2000	4,6%	4,3%	4,2%	5,3%	5,5%
LT HC cost compared to 2000	1,5%	1,3%	1,4%	2%	2,3%
Acute HC cost compared to 2000	3,1%	3%	2,8%	3,3%	3,2

BRON: STUDIECOMMISSIE VOOR DE VERGRIJZING EN EIGEN BEREKENINGEN

Als we er van uit gaan dat het vergrijzingsfenomeen op 9,6% van het BBP zal kosten – steeds in vergelijking met 2000¹⁶ – dan tekent ouderenzorg voor bijna één vierde van de totale vergrijzingskost. Alleen al uit budgettaire overwegingen zou daarom veel meer beleidsaandacht naar ouderenzorg moeten gaan. De vergrijzing is meer dan pensioenen en gezondheidszorg alleen. De nodige eye-openers in de verf zetten opdat beleidsmakers zich voldoende bewust zouden worden van de te komen uitdagingen is één van de doelstellingen van dit boek. Dit is echter geen pleidooi voor paniekvoetbal. In tegendeel, onze opzet is vandaag constructief bij te dragen aan het debat in het licht van de nakende socio-economische uitdagingen van morgen. In alle openheid, zonder

¹⁶ De sociale uitgaven lopen in 2000 op tot 22,2% van het BBP blijkt uit het rapport van de Studiecommissie voor de Vergrijzing uit 2002. Uit het laatste rapport blijken die in 2060 op te lopen tot 31,8%; een verschil van 9,6 procentpunten.

taboes noch ideologische vooroordelen en steeds zo nauw mogelijk aansluitend met de realiteit van het beleid en het terrein.

☑ **VASTSTELLING**

Vanaf 2030 kost langdurige zorg alleen – *grosso modo* ouderenzorg – bijna 0,6% en vanaf 2060 bijna 2% van het BBP meer in vergelijking met vandaag – in euro's van 2010 respectievelijk 2 en 7 miljard € per jaar extra dus. De financieringsbehoefte zal binnen hier en 20 jaar met 50% en binnen hier en 50 jaar met 160% toegenomen zijn.

GEVOLG VOOR GROEI EN INNOVATIE

Naarmate de mensen op pensioen zullen vertrekken, en steeds minder jongeren hun plaats zullen innemen, zal de beroepsbevolking krimpen, waardoor de economische groei zal zakken tenzij productiviteit sneller stijgt. De OESO heeft berekend dat de economische groei van de komende drie decennia hierdoor 30% lager zal uitvallen in vergelijking met de voorbije drie decennia

Rest ons nog één belangrijk gevolg van de vergrijzinggolf te bespreken: wat met innovatie en groei? Een belangrijke vraag want economische groei spijs de pot sociale bijdragen die gebruikt wordt om ouderenzorg te financieren. Omgekeerd zou een zwakke groei desastreuze gevolgen kunnen hebben voor de houdbaarheid van onze welvaartstaat.

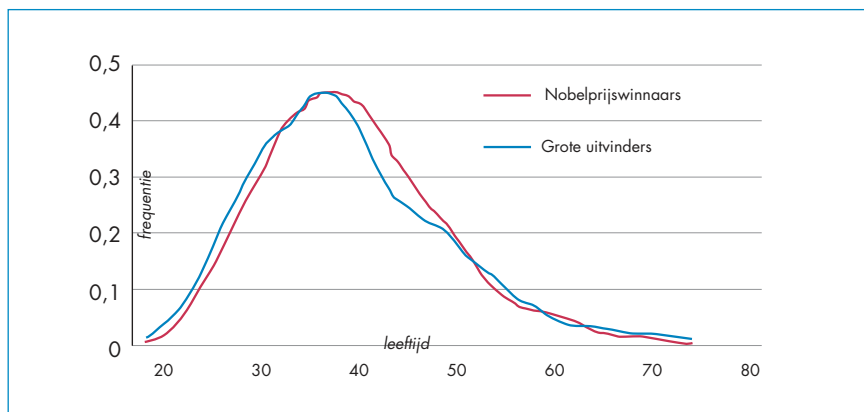
Tussen vandaag en 2050 daalt de ratio van mensen op arbeidsleeftijd ten opzichte van de seniorenpopulatie sterk. Vandaag tellen we ongeveer 3,4 personen tussen de 20 en 65 jaar per 65-plusser. Nog voor 2020 duikt die ratio nog onder de 3 en tegen 2050 staat ieder koppel op arbeidsleeftijd in voor één 65-plusser. Dit blijkt uit figuur 2.5. Op lange termijn kan de dreiging van een ontoereikend arbeidsaanbod het economische groeipotentieel in gevaar brengen. Relatief gezien zal per persoon veel meer geproduceerd moeten worden om meer aan onze sociale zekerheid te kunnen bijdragen dan dat vandaag al het geval is. Naarmate de mensen op pensioen zullen vertrekken, en steeds minder jongeren hun plaats zullen innemen, zal de beroepsbevolking krimpen, waardoor de economische groei zal zakken, tenzij productiviteit sneller stijgt. Mensen zullen ontmoedigd worden te werken en te ondernemen om welvaart te creëren, het brengt namelijk minder op, wat op macro-economische schaal als een werkelijke groei-last zal doorwegen. De OESO heeft berekend dat de economische groei van de komende drie decennia hierdoor 30% lager zal uitvallen in vergelijking met de voorbije drie decennia¹⁷. Die cijfers komen overeen met de Belgische projecties van de Europese

¹⁷ In The Economist, 25/06/2009.

Een verouderende bevolking is gemiddeld ook een minder innovatieve bevolking.

Maar het economisch potentieel is eigenlijk nog zwakker dan we op het eerste gezicht zouden kunnen denken. Binnen de bevolking op arbeidsleeftijd zelf verandert de demografische structuur ook op een manier die weinig goeds voorspelt wat nu net die veronderstelde productiviteitsgroei betreft. Neem de cohorte 30 – 45 jaar. In elke maatschappij is dat de leeftijdscategorie waar innovatie en grote creatieve doorbraken meer dan proportioneel geconcentreerd zijn. Jones (2005) heeft data verzameld over Nobelprijswinnaars en uitvinders van de belangrijkste patenten en vond dat een overgrote meerderheid van hen tussen de 30 en de 45 waren op het moment van hun meest memorabele verwezenlijkingen (Figuur 2.7).

FIGUUR 2.7 DE LEEFTIJDVERDELING VAN DE GROOTSTE INNOVATIES



BRON: JONES, B. (2005)

Jammer genoeg voor ons zal de groep mannen en vrouwen die zich in die creatieve leeftijdscategorie bevinden in Europa snel dalen de komende 20 jaar. Volgens Eberstadt en Groth een daling van 20 à 25% naargelang het land. In België stelden de 30-45-jarigen 30% van de bevolking voor. In 2040 zal dat amper nog 24% zijn. Ook wij ontsnappen met andere woorden niet aan het fenomeen en de kans is reëel dat we hierdoor ook aan innovatiecapaciteit en productiviteitsgroei zullen moeten inboeten, met alle gevolgen van dien voor onze economie.

☑ VASTSTELLING

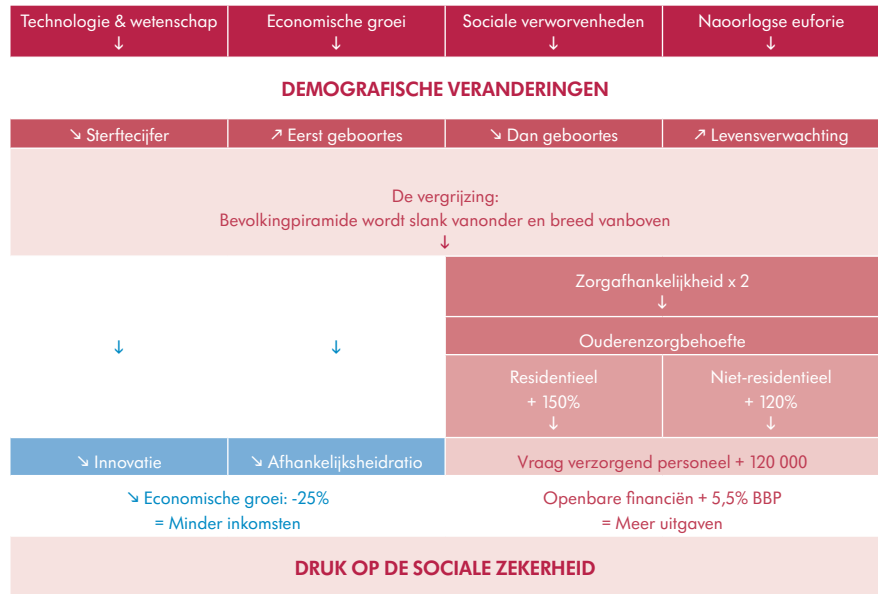
De dreiging van een ontoereikend arbeidsaanbod, opgepept door een stijgende afhankelijkheidsratio, brengt het economische groeipotentieel in gevaar. De OESO heeft berekend dat de economische groei van de komende drie decennia hierdoor 30% lager zal uitvallen in vergelijking met de voorbije drie decennia. Bovendien is een oudere bevolking ook een minder innovatieve, en dus minder productieve, bevolking.

BESLUIT: DE CIJFERS VAN HET REALISME

De cijfers die in dit hoofdstuk werden besproken spreken boekdelen: de vergrijzingsgolf die op ons af komt heeft veel weg heeft van een tsunami. Indien we ons niet goed voorbereiden zal zij een sociale en economische ravage achter zich laten. Enerzijds zullen de uitgaven spectaculair stijgen, anderzijds is het zeer waarschijnlijk dat de inkomsten zullen dalen omdat we tegen een lager economisch groeipotentieel zullen moeten opboksen. Het domino- of watervaleffect van de demografische verschuiving op de sector voor ouderenzorg, de dynamiek van onze economie en de budgettaire vooruitzichten wordt geïllustreerd in Figuur 2.8 hieronder. Een verschuiving van de bevolkingspiramide naar aanleiding van de naoorlogse sociale en economische veranderingen heeft er voor gezorgd dat onze samenleving meer zorgbehoevend is en wordt. Hierdoor is de vraag naar infrastructuur en verzorgend personeel de hoogte ingegaan. De grotendeels overheidsgefinancierde ouderenzorgvoorzieningen moeten volgen wat niet zonder budgettaire gevolgen zal blijven. Ook daarom is de vraag in welk keurslijf we de financiering willen steken belangrijk. De vraag wie wat primair zal moeten betalen is onvermijdelijk en het debat zal zonder taboes gevoerd moeten worden.

De vraag wie wat primair zal moeten betalen is onvermijdelijk en het debat zal zonder taboes gevoerd moeten worden. Macro-economisch gaat zelfs de meest optimistische vergrijzingsstrategie, die op onrealistische premissen gebaseerd is, ervan uit dat er een financieringstekort van 20% is.

FIGUUR 2.8 DE CIJFERS VAN HET REALISME¹⁹



Macro-economisch gaat zelfs de meest optimistische vergrijzingsstrategie, die op onrealistische premissen gebaseerd is, ervan uit dat er een financieringstekort van 20% is (Hoge Raad van Financiën, 2009). De tsunami komt, die is onvermijdelijk, maar verdrinken hoeven we niet. In het volgende deel komen een heel resem strategische beleidsvoorstellen aan bod die ons moeten toelaten het hoofd boven water te houden. Meer nog, we zullen zien dat ouderenzorg heel wat sociale, politieke en economische opportuniteiten verbergt die, mits de juiste omkadering, van deze sector wel eens één van de Belgische economische sterkhouders zou kunnen maken. Maar eerst moeten we zien hoe sterk onze institutionele dijken vandaag al zijn. Dat is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

¹⁹ De cijfers meten het verschil tussen 2000 en 2050.

03

HOE ROBUUST ZIJN ONZE INSTITUTIONELE DIJKEN?

« Nous parlerons contre les lois insensées jusqu'à ce qu'on les réforme et en attendant, nous nous y soumettrons aveuglément. »

Denis Diderot



De uitdagingen van de ouderenzorgsector zijn nu bekend: een sterke stijging van de zorgbehoefte, en daardoor van de vraag naar verzorgend personeel, naar nieuwe infrastructuur en naar bijkomende middelen. Het worden uitdagende maar mooie tijden voor de sector: gestage en gegarandeerde groei gedurende decennia! Sommigen onderschatten waarschijnlijk nog de druk die op de sector zal worden uitgeoefend. Tegenover die uitdagingen staat natuurlijk ook een systeem dat al verschillende decennia lang goed stand houdt en samen met onze gezondheidszorg in een niet zo ver verleden internationaal als voorbeeld gold. De sector hoeft zich niet te schamen de uitdagingen vanuit zijn eigen sterktes aan te gaan. In dit hoofdstuk gaan we na welke de belangrijkste sterktes van ons ouderenzorgsysteem vandaag nog zijn, en welke zwaktes een bedreiging voor de toekomst kunnen vormen. Analyseren hoe robuust onze institutionele, of systemische, dijken wel zijn is de beste manier om een gepaste beleidsstrategie en -visie te ontwikkelen. Dit doen we aan de hand van een SWOT-analyse³.



RELATIEF STERK OP SOMMIGE PLAATSEN...

Het worden uitdagende maar mooie tijden voor de sector: gestage en gegarandeerde groei gedurende decennia!

België telt 15 praktiserende verpleegkundigen per 1000 inwoners, de helft meer dan het OESO gemiddelde. Het eindigt daarmee op een verdienstelijke 4^e plaats.

Op basis van de Eurobarometer (2007) stellen we vast dat de oudere Belgen tevreden zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg. Na Frankrijk hebben we het minst aantal misnoegden. Ook meer dan 90% van de verpleegkundigen vindt dat de zorgkwaliteit goed tot uitstekend is.

Ouderenzorg van goede kwaliteit

Het is bijna een cliché aan het worden maar onze welvaartstaat levert nog steeds zorg en gezondheidszorg van hoge kwaliteit af. Terecht, want zei de Romeinse dichter Vergilius niet dat gezondheid de grootste rijkdom is? In het inleidende hoofdstuk haalden we al aan dat het niet evident is kwaliteit accuraat te meten. De klinische en objectievere kwaliteitsindicatoren die bestaan kunnen niet zomaar worden doorgetrokken naar de ouderenzorgvoorzieningen. Een voorzichtige kwantitatieve poging leert ons dat België in 2007 bijna 15 praktiserende verpleegkundigen per 1000 inwoners telde, waarmee we op een verdienstelijke 4^e plaats van de OESO-rangschikking eindigen. Verpleegkundigen vormen werkelijk de kern van ouderenzorg. We kunnen ervan uit gaan dat het aantal verpleegkundigen, dat in België voor de helft hoger ligt dan het gemiddelde van de OESO, positief gecorreleerd is met de tijd die een verpleegkundige per senior kan doorbrengen, en bijgevolg ook grotendeels met de kwaliteit van de verleende zorg. De OESO zegt echter niet hoeveel van die verpleegkundigen in de sector voor ouderenzorg werkt. Volgens Pacolet *et al.* (2005) is dat ongeveer de helft van het verpleegkundige en zorgkundige personeel. De andere helft zou in ziekenhuizen actief zijn. Let wel: we willen hiermee niet gezegd hebben dat er genoeg personeel is of dat er geen tekort voor de toekomst dreigt²⁰. Alleen zeggen we dat als het aantal verpleegkundigen een maatstaf voor kwaliteit zou zijn, België in vergelijking met het buitenland alles behalve slecht scoort.

Als we kijken naar subjectieve of gepercipieerde kwaliteit, dan wordt bovenstaand vermoeden eerder bevestigd. Op basis van de Eurobarometer (2007) stellen we vast dat de oudere Belgen tevreden zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg. Na Frankrijk hebben we het minst aantal misnoegden (Figuur 3.1). Als we wat meer inzoomen, dan valt op dat de resultaten goed zijn voor zowel de thuiszorg als voor de verzorgingsinstellingen (Tabel 3.1 en Tabel 3.2) en dat meer dan twee keer zoveel Belgische senioren de zorgkwaliteit goed vinden in vergelijking met landen als Denemarken of Duitsland. Niet alleen de zorgontvangers vinden de kwaliteit van de geleverde zorg goed, ook de zorgverstrekkers zijn die mening toegedaan. In een onderzoek van Van Buggenhout

²⁰ Zie volgend hoofdstuk.

(2010) zeggen verpleegkundigen dat de kwaliteit van de geleverde zorg goed (80,7%) tot uitstekend (11,2%) is. 8,1% vindt de geleverde zorg slechts “redelijk”, en geen enkele verpleegkundige gaf de score “slecht”.

☑ VASTSTELLING

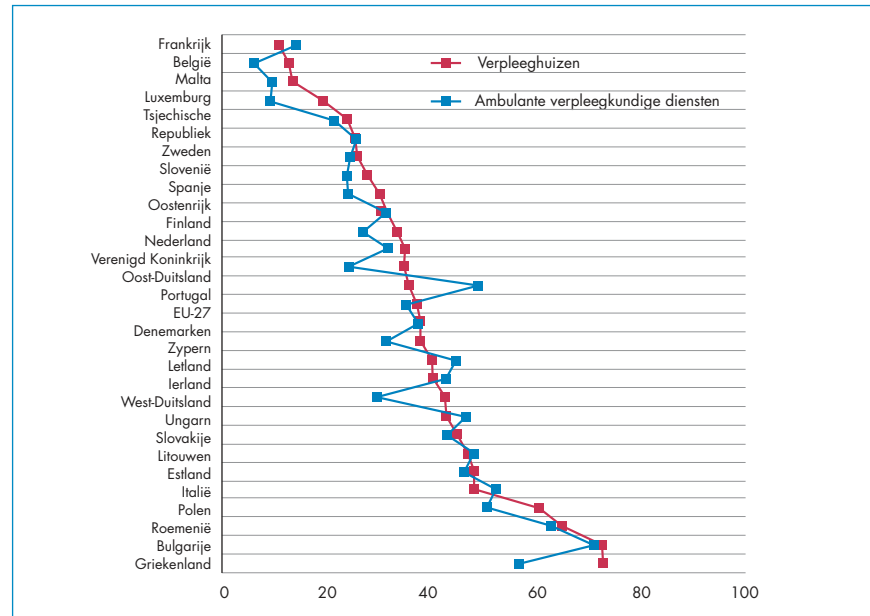
Het goed vinden van de Belgische zorgkwaliteit heeft niets weg van misplaatst chauvinisme, maar springt wel degelijk in het oog. Zowel objectieve internationale kwaliteitsindicatoren, als subjectieve onderzoeken bij burgers en bij zorgverleners bevestigen dit.

🕒 DOELSTELLING

De meer dan behoorlijke kwaliteit in de toekomst behouden en eventueel versterken moet één van de belangrijkste beleidsdoelstellingen blijven. Bovendien kunnen we de zorgkwaliteit internationaal uitspelen door kapitaalkrachtige senioren naar ons land te trekken, en onze “ouderenzorgknowhow” te exporteren. Zo wordt kwaliteit niet alleen een sociale verwezenlijking maar ook een economische opportuniteit.

Zorgkwaliteit is niet alleen een sociale verwezenlijking, het is ook een economische opportuniteit.

FIGUUR 3.1 KWALITEIT VAN DE ZORGVOORZIENINGEN IN DE EU



BRON: DITTMANN, J., 2008

TABEL 3.1 KWALITEIT VAN THUISZORG

	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Groot-Brittannië	Vlaanderen	Gemiddelde
Goed	77	49	58	47	36	38	74	50,8
Slecht	5	18	10	18	21	18	4	15
Geen idee	18	33	32	35	43	44	22	34,2
	100	100	100	100	100	100	100	100

BRON: EUROPESE COMMISSIE

TABEL 3.2 KWALITEIT VAN VERZORGINGSINSTELLINGEN

	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Groot-Brittannië	Vlaanderen	Gemiddelde
Goed	75	46	78	37	34	30	70	50
Slecht	11	22	10	26	20	16	10	17,5
Geen idee	14	32	12	37	46	54	20	32,5
	100	100	100	100	100	100	100	100

BRON: EUROPESE COMMISSIE

Ouderenzorg voor iedereen

In het inleidende hoofdstuk argumenteerden we dat deugd nummer twee, een toegankelijke ouderenzorg, hoofdzakelijk uit twee facetten bestaat: betaalbaarheid en beschikbaarheid.

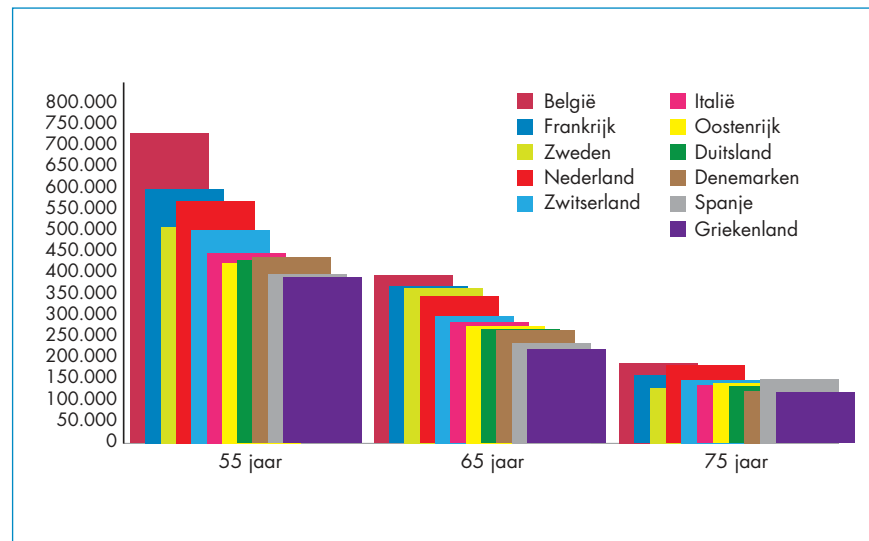
• Een betaalbare ouderenzorg

Volgens gegevens van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties ligt het beschikbaar inkomen van senioren 12,5 procent boven het nationale gemiddelde en is het in twintig jaar tijd maar liefst verzevenvoudigd (De Standaard, 07/05/2005). 60-plussers nemen 35% van de onroerende inkomens voor hun rekening en zelfs 55% van de roerende inkomens. Geen enkele leeftijdscategorie heeft het gemiddeld zo breed als onze senioren. Ook internationaal blijken onze senioren niet slecht te boeren (Figuur 3.2). Nochtans hoort men wel vaker dat ouderenzorg niet meer betaalbaar is en dat vele ouderen in armoede leven. Op basis van de EU-SILC-enquête 2008, over de inkomens van 2007, blijkt dat 21% van de Belgische 65-plussers een ar-

Het armoederisico bij de 65-plussers bedraagt 21%. Het beleid moet er op toezien dat de situatie van de meest kwetsbaren er niet op achteruit gaat en dat ouderenzorg ook voor hen betaalbaar blijft.

moederisico loopt, 6 procentpunt meer dan het bevolkingsgemiddelde²¹ (Hoge Raad van Financiën, 2010). De enige mogelijke verklaring voor dit paradox is dat de rijkdom tussen senioren zeer ongelijk verdeeld is. Sommige senioren hebben het breed en zullen het wanneer zij zorg behoeven ook breed laten hangen; voor anderen is zorg dan weer gewoonweg zo goed als onbetaalbaar. Het beleid moet er bijgevolg stevast op toezien dat de situatie van de meest kwetsbaren er niet op achteruit gaat. De bevoegde overheden kunnen specifieke maatregelen treffen om de zorg ook naar de zwakste senioren te leiden. Via slimme solidariteit moet het beleid niet meer doen voor iedereen, maar iedereen in staat stellen meer voor zichzelf te doen.

FIGUUR 3.2 TOEKOMSTIG LEVENSNUT OP LEEFTIJD IN MONETAIRE TERMEN UITGEDRUKT



BRON: COVIVE (2009)

Meer dan 80% van de pensioenen ligt onder de gemiddelde rusthuisprijs. Het zou echter te simplistisch zijn te insinueren dat ouderenzorg voor al die mensen onbetaalbaar is.

Als men naar het pensioenkadaster (2008) kijkt dan stelt men inderdaad vast dat 81,3% van onze senioren het met een pensioen moeten stellen dat lager is dan de gemiddelde rusthuisprijs van zo'n 1250€ per maand. Het zou echter te simplistisch zijn te insinueren

²¹ Dit betekent dat hun equivalent beschikbaar inkomen lager ligt dan de armoededrempel die voor 2007 899 euro per maand bedraagt.

dat ouderenzorg voor al die mensen onbetaalbaar is, en wel voor twee redenen. Ten eerste hebben we al gezien dat een opname in een rusthuis slechts één van de ouderenzorgalternatieven uitmaakt waar bovendien maar zeer laat in het verouderingsproces beroep op gedaan wordt. Er bestaan vormen van ouderenzorg die nauwer aansluiten op de zorgbehoeftes van de meeste senioren en die financieel voordeliger zijn voor zowel gebruiker als gemeenschap. Voor licht zorgafhankelijke senioren is thuiszorg bijvoorbeeld vaak interessanter dan residentiële zorg. Ten tweede mag niet uit het oog worden verloren dat het pensioen vaak niet de enige inkomensbron is voor senioren. Bovendien werden in het recente verleden verschillende beleidsinitiatieven genomen om de betaalbaarheid van de Belgische ouderenzorg te behouden en zelfs te versterken (Willemé, 2010). Sinds 1 januari 2008 zijn zelfstandigen via de ziekteverzekering nu ook gedekt voor “kleine risico’s”, waardoor senioren die een zelfstandige loopbaan hebben gehad hierop kunnen terugvallen voor de terugbetaling van verpleegkundige zorg in instellingen. Herinner u ook de invoering van de Maximumfactuur in 2001 waarmee de eigen bijdragen van chronisch zieken, en dus ook van een heel pak zorgbehovende senioren, in functie van het inkomen kunnen worden geplafonneerd.

59% van de respondenten vindt de thuiszorg betaalbaar, tegen 18% die ze onbetaalbaar vinden. Het plaatje voor de verzorgingsinstellingen is minder duidelijk: België scoort hoger dan gemiddeld voor betaalbaarheid én onbetaalbaarheid.

Wat vinden de senioren eigenlijk zelf? Uit Tabel 3.3 blijkt dat de betaalbaarheid van de thuiszorg in België door de meesten positief ingeschat wordt. 59% van de respondenten vindt de thuiszorg betaalbaar, tegen 18% die ze onbetaalbaar vinden. Hiermee doet België beter dan het gemiddelde van de geanalyseerde landen en beter dan de meeste van de geanalyseerde landen. Het plaatje voor de verzorgingsinstellingen is minder duidelijk (Tabel 3.4). Wat betaalbaarheid betreft scoort België 10 procentpunten beter dan het gemiddelde van 29%, maar wat onbetaalbaarheid betreft doet België het wel slechter dan het gemiddelde van de zes bestudeerde landen. Alleen de Duitse respondenten vinden hun verzorgingsinstellingen nog “onbetaalbaarder”.

VASTSTELLING

De betaalbaarheid van de Belgische ouderenzorg wordt globaal genomen gematigd positief bevonden.

🕒 DOELSTELLING

De betaalbaarheid van de Belgische ouderenzorg moet op zijn minst op het huidige niveau worden behouden. Dit betekent niet dat de huidige betaalbaarheid in de toekomst lineair moet worden doorgetrokken. Het zijn in de eerste plaats de zwakkere ouderen bij wie die betaalbaarheid gegarandeerd moet worden. Voor de overige ouderen moet een systeem worden ontwikkeld dat hen toelaat gemakkelijk, efficiënt en zonder te veel risico te lopen zelf een deel van hun oude dag veilig te stellen. Het beleid moet niet meer doen voor iedereen, maar iedereen in staat stellen meer voor zichzelf te doen. Het beleid moet dus een “**Matteüs-toets Plus**” hanteren: gaat de situatie van de meest behoevendsten er niet op achteruit, en hebben de anderen de instrumenten in handen om zelf ook vooruit te gaan?.

TABEL 3.3 BETAALBAARHEID VAN THUISZORG

	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Groot-Brittannië	Gemiddelde
Kosteloos	4	10	3	7	21	15	10
Betaalbaar	55	46	39	26	35	19	36,7
Niet betaalbaar	18	16	20	43	2	18	19,5
Geen idee	23	28	38	24	42	48	33,8
	100	100	100	100	100	100	100

BRON: EUROPESE COMMISSIE

TABEL 3.4 BETAALBAARHEID VAN VERZORGINGINSTELLINGEN

	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Groot-Brittannië	Gemiddelde
Kosteloos	1	11	3	7	13	10	7,5
Betaalbaar	39	38	42	12	31	12	29
Niet betaalbaar	46	14	39	59	7	27	32
Geen idee	14	37	16	22	49	51	31,5
	100	100	100	100	100	100	100

BRON: EUROPESE COMMISSIE

- **Een beschikbare ouderenzorg**

De tweede belangrijke zuil van toegankelijkheid betreft beschikbaarheid. Zijn er voldoende ouderenzorgvoorzieningen voorzien? Is het aanbod voldoende uitgebreid, of kampen we nu reeds met schaarste?

Om ervoor te zorgen dat er geen tekort is, maar ook geen overaanbod, programmeert de overheid het aanbod voor ouderenzorg op basis van de verwachte evolutie van de verschillende leeftijdscategorieën. Zoals eerder al verschillende malen is besproken hangt zorgbehoefte namelijk in grote mate af van leeftijd. Zo berekenen de Vlaamse, de Brusselse en de Waalse overheid elk jaar hun programmatische cijfers op basis van de bevolkingsprognoses van 5 jaar later, wat wil zeggen dat de overheden elk jaar inschatten welke hoeveelheid ouderenzorg vijf jaar later nodig zal zijn. Op die manier zou men voldoende tijd moeten hebben om de geprogrammeerde woongelegenheden ook daadwerkelijk te realiseren. *Grosso modo* gebeurt de programmering per type instelling (rusthuis, dagverzorgingscentra, serviceflats, ...) of per type dienst (thuisverpleging, psychosociale begeleiding, karwei-hulp, ...) en per administratieve eenheid. Als de bevolkingsvooruitzichten goed werden ingeschat, zou een onderaanbod in principe uit den boze moeten zijn. Een voldoende gespreide en uitgebreide beschikbaarheid van de diensten voor ouderenzorg zitten dus eigenlijk al in het beleid gevlochten.

Er zijn geen tastbare overzichten van het aantal ouderen dat op zorg zit te wachten en hoeveel (of hoe weinig) voorzieningen daar tegenover staan. We hebben alleen veronderstellingen.

Het is echter niet omdat een zeker aantal plaatsen van tevoren wordt geprogrammeerd dat zij 5 jaar later ook worden gerealiseerd en dat er daarom geen tekort kan ontstaan. Door de vele vergunningen die de bouw en exploitatie van woonzorgcentra vergen, kan het gemakkelijk twaalf jaar duren vooraleer zij gebruiksklaar zijn. Sommigen verwijten de programmeringscriteria die de overheid hanteert om het aanbod te bepalen er bovendien van louter budgetgestuurd te zijn. De meest voor de hand liggende manier om na te gaan of de programmeringsnormen er ook daadwerkelijk voor zorgen dat er geen tekorten zijn is door te gaan kijken naar de wachtlijsten. Dat is gemakkelijker geschreven dan gedaan, want "er zijn geen tastbare overzichten van het aantal ouderen dat [...] op zorg zit te wachten en hoeveel (of hoe weinig) voorzieningen daar tegenover staan. We hebben alleen veronderstellingen" (Van Riet, 2002). Vleeshouwers (2008) schat dat er in de provincie Antwerpen alleen 27 000 personen op een wachtlijst staan maar denkt ook dat het aantal personen dat effectief een opname in een rusthuis wenst, beduidend lager ligt. Dat komt onder andere omdat een deel op meerdere wachtlijsten staat, of preventief op een wachtlijst gaat staan zonder echt de intentie te hebben te willen verhuizen. Uit een enquête van Trends en De Huisarts (2006) blijkt dat bijna 68% van de ondervraagde huisartsen denkt dat er in zijn/haar regio niet voldoende plaatsen zijn in rust- en verzorgingstehuizen. Een onderaanbod is niet alleen een rem voor de toegankelijkheid van het systeem, het is ook nog eens zeer kosteninefficiënt. In het

Dat de wachtlijsten bestaan trekt dus niemand in twijfel. Aan hun precieze lengte en hun relevantie als beschikbaarheidsbarometer twijfelt echter iedereen.

Dat betekent dat de programmatienorm niet meer aan de zorgnoden is aangepast. Sommigen pleiten voor minder plaatsen voor de jongere leeftijdsgroepen en meer plaatsen voor de oudere. Anderen pleiten dan weer voor een afschaffing ervan.

ziekenhuis wachten een heel deel zorgbehoevende bejaarden tot een plaats in een woonzorgcentrum vrij komt. Ligdagen in ziekenhuizen zijn echter een stuk duurder voor zowel de bejaarde zelf als voor de sociale zekerheid. Opnieuw niet het meest efficiënte gebruik van de schaarse middelen. Uit de enquête van Trends en De Huisarts lijkt het schaarsteprobleem overigens gevoelig groter te zijn in Vlaanderen dan in Franstalig België. Ook Devroey *et al.* (2001) schatten in dat de wachtlijsten in de Vlaamse residentiële en niet-residentiële ouderenzorg waarschijnlijk iets langer zijn dan die in de Waalse ouderenzorg.

Dat de wachtlijsten bestaan trekt dus niemand in twijfel. Aan hun precieze lengte en hun relevantie als beschikbaarheidsbarometer twijfelt echter iedereen. Volgens de Belgische specialist ter zake, Jozef Pacolet (2010) is de programmatie van plaatsen in woonzorgcentra op dit ogenblik nog altijd boven het huidige gebruik en is een aanpassing van de programmatienorm in functie van de leeftijd noodzakelijk. Concreet stelt Pacolet minder plaatsen voor de jongere leeftijdsgroepen en meer plaatsen voor de oudere leeftijdsgroepen voor. Dat is in overeenstemming met de geobserveerde verzilvering, namelijk dat er in de toekomst ook veel meer zeer oude ouderen met meer zorgbehoeftes zullen zijn. “De programmatie zou verder dienen verbijzonderd te worden op basis van zorgintensiteit, zorgvorm of afhankelijkheid van de bewoner”, besluit hij wijs.

Anderen pleiten naar het Duitse voorbeeld voor de volledige afschaffing van de programmatienorm. Sommige zorgaanbieders vragen en krijgen voorafgaande vergunningen voor een uitbreiding of een nieuw project, maar houden die vergunningen vervolgens 8 jaar – de maximale geldigheidsduur – in portefeuille, zoals dat heet. Sommige zorgaanbieders hebben die, en soms meer, tijd nodig om alle nodige vergunningen bij elkaar te sprokkelen. Maar omdat niemand verplicht kan worden de gekregen vergunningen ook te “realiseren” bezetten sommige spelers moedwillig de markt om de toegang tot concurrenten te beletten. Niet de concurrenten zijn de belangrijkste dupe van deze praktijken, wel de zorgbehoevende ouderen. De moedwillige bezetting beperkt het aanbod, waardoor de wachtlijsten langer worden. Bovendien ontstaat op die manier een economische rente voor de reeds aanwezige zorgaanbieders: zij kunnen hogere prijzen vragen door de artificiële aanbodbeperking. Een quota ontmoedigt daarenboven nieuwe spelers op de markt te komen door deze kunstmatige marktverzadiging. Zo ontstaan wat economen “dynamische welvaartsverliezen” noemen. Dat

Een vraaggestuurd systeem kent inderdaad zijn evenknie niet in het opvangen van vraagevoluties.

betekent concreet dat bestaande zorgaanbieders door het gebrek aan concurrentie niet gestimuleerd worden hun product steeds opnieuw te herdenken. Innovatie wordt met andere woorden gehinderd, met alle gevolgen van dien voor zorgkwaliteit en –toegankelijkheid. De keerzijde van de medaille van de afschaffing van de programmatienormen is natuurlijk dat dit zoals eerder al aangehaald mogelijks tot een overaanbod zou kunnen leiden, hetgeen de belastingbetaler dan weer slecht zou uitkomen. Thans in het huidige model.

In het zesde en laatste hoofdstuk van dit onderzoek stellen we alternatieve ouderenzorgmodellen voor. Fundamenteel in deze voorstellen zijn de nieuwe financiering- en bestedingsmodaliteiten. Concreet stellen we voor ouderenzorg te financieren via een nieuw verzekeringssysteem dat of helemaal door de overheid (een nieuwe poot binnen de sociale zekerheid als het ware), of via de private verzekeraars, of via een hybride combinatie van de twee georganiseerd zou worden. Daarnaast zou het zwaartepunt van de bestedingsverantwoordelijkheid niet meer zoals vandaag bij de instellingen liggen, maar wel bij de gebruikers zelf. De opzet is ouderenzorg van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde sector te doen evolueren. Overaanbod zou noch gebruiker, noch belastingbetaler meer kosten omdat alleen het zorgbehoeftevolume van de bevolking telt voor de totale financiering – en dat volume ligt vast (de verstrekkers kunnen het met andere woorden niet manipuleren). Overbodige zorgverleners die niet de nodige gebruikers weten aan te trekken verdwijnen vanzelf. Omgekeerd ontstaat bij onderaanbod een rente voor de aanwezige zorgverstrekkers omdat de vraag per definitie hoger is dan het aanbod. Elke eerstejaarsstudent economie weet dat die rente nieuwe spelers zal aantrekken totdat vraag en aanbod weer in evenwicht zijn en rente helemaal is verdwenen. Een vraaggestuurd systeem kent inderdaad zijn evenknie niet in het opvangen van vraagevoluties.

VASTSTELLING

We stellen vast dat we geen duidelijk zicht hebben over de beschikbaarheid van de bestaande ouderenzorgvoorzieningen. We vermoeden dat er voorlopig nog geen groot tekort is maar met het oog op de toekomst mogen we niet veel langer in het duister tasten.

🕒 **DOELSTELLING**

Meten is weten. Er moet helderheid komen over wat de reële ouderenzorgbehoeften zijn. Deze moeten jaar na jaar op een transparante manier opgevolgd kunnen worden. Het systeem moet voldoende flexibel zijn om zich vlot aan die noden aan te passen opdat de senioren en de belastingbetalers van morgen niet met een over- of onderaanbod geconfronteerd worden.

😊 **AANBEVELINGEN**

- Als we beslissen het huidige systeem in zijn grote lijnen te behouden – een mogelijkheid die onze voorkeur niet uitdraagt – moet er een ernstige discussie komen over het al dan niet behouden van de programmatienorm in de residentiële ouderenzorg. We stellen voor een forum met alle betrokken partijen (bevoegde overheden en stakeholders) op te starten opdat een nieuw programmatiecompromis zou kunnen worden gevonden. Dat is nodig om de redelijke toegankelijkheid van onze ouderenzorg te behouden. Als we ambitieus en vooruitdenkend zijn beslissen we voor een vraaggestuurd systeem te gaan dat haar evenknie in het opvangen van vraagevoluties niet kent. Een programmatienorm wordt dan helemaal overbodig.
- Ten tweede stellen wij voor in de tussentijd een centrale wachtlijst op te stellen op gewestelijk niveau, omdat transparantie de ontbrekende factor is in de realiteit van het ganse wachtlijstenverhaal. De onderzoeksresultaten van Van Buggenhout (2010b) volgend, mag deze centrale wachtlijst louter informatief zijn. Op termijn dienen we te inderdaad te evolueren naar een vraaggestuurd systeem.

We besluiten dat beschikbaarheid, ondanks het bestaan van de wachtlijsten, voorlopig nog geen echt probleem vormt en dat België globaal genomen nog steeds gezegend is met een toegankelijke ouderenzorg. Dit betekent niet dat “alles voor het beste gaat in de beste der werelden”, om het zoals Voltaire’s *Candide* te zeggen. De geschatte infrastructuurbehoeften – de komende 20 jaar in Vlaanderen op 15 miljard geschat – die in het vorige hoofdstuk in kaart zijn gebracht zijn namelijk gigantisch. Daarom is het van essentieel belang dat er een ernstige discussie zonder taboes over de programmatienorm wordt gevoerd, zo niet dreigt “on- of onderbeschikbaarheid”.

Uit het onderzoek van Europese Commissie blijkt dat België wat bereikbaarheid en fysieke toegankelijkheid van haar diensten voor ouderenzorg betreft met Frankrijk Europese koploper is.

- **Bereikbare ouderenzorg**

Een gespreide en makkelijk bereikbare ouderenzorg is niet alleen een toegankelijkheidsparameter. In het inleidende hoofdstuk bespraken we ook waarom spreiding eveneens belangrijk is voor de zorgkwaliteit. Uit het onderzoek van Europese Commissie (2007) blijkt dat België wat bereikbaarheid en fysieke toegankelijkheid van haar diensten voor ouderenzorg betreft met Frankrijk Europese koploper is. 74% van de ondervraagden vindt de bereikbaarheid van de diensten voor thuiszorg “gemakkelijk”. Dat is de hoogste score uit de EU 27. De bereikbaarheid van de Belgische intramurale ouderenzorg wordt dan weer door 61% van de ondervraagden als gemakkelijk bevonden. Hiermee stranden onze instellingen op een verdienstelijke tweede plaats, net na de Franse. Beleidsmatig zal het er op neer komen ook deze troef zoveel als mogelijk te behouden, zonder evenwel de noodzakelijke budgettaire trade-off die eerder ook al besproken werd te miskennen. En ook hier moeten we terugkomen op de programmatienorm. Die zorgt er namelijk voor dat de voorzieningen voldoende gespreid zijn, en houdt in theorie rekening met de belangrijke budgettaire bekommernissen (hoewel in de praktijk soms het omgekeerde wordt bereikt door een pervers gebruik ervan). Ook dit argument zal in de bovenstaande discussie over de programmatienorm meegenomen moeten worden.

VASTSTELLING

België beschikt over één van de gemakkelijkst bereikbare ouderenzorgsystemen in Europa. Dit is waarschijnlijk deels te danken aan de spreidingscriteria die in de programmatienormen opgenomen werden en deels dankzij de bevolkingsdichtheid van ons land.

- **Een voorzichtige dynamiek**

Een laatste troef die niet aan dit lijstje mag ontbreken is de voorzichtige dynamiek waarmee de stakeholders reeds vandaag anticiperen op de uitdagingen van morgen. In Vlaanderen is het woonzorgdecreet daar het beste voorbeeld van, door in te spelen op de ondersteuning van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de senioren. Het Vlaamse woonzorgdecreet geeft ook structuur aan een globale aanpak die er voor moet zorgen dat ouderen niet meteen in een rusthuis terechtkomen door zorg, wonen en welzijn beter op elkaar af te stemmen. En op die manier wordt ook de samenwerking tussen thuiszorg, residentiële zorg, en alles dat daar tussenin schippert aangemoedigd. Nog volgens het woonzorgdecreet worden rusthuizen geleidelijk aan woonzorgcentra die onderdak zullen bieden aan een resem andere zorgtaken. “Het uiteindelijke doel

België en Vlaanderen staan niet stil. Op verschillende niveaus anticiperen beleidsmakers en zorgverleners toekomstige trends en evoluties.

van het woonzorgdecreet is de vorming van woonzorgnetwerken. Alle zorgpartners trachten in zo'n netwerk hun aanbod gezamenlijk te organiseren, met als doel een betere aaneenschakeling van zorg. Zo worden overlappingsen vermeden en worden zorgfuncties toegewezen aan de juiste partners" (Polis, 2008, p. 33). Die dienstenintegratie wordt ook beoogd met de regionale "Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg". Ook via het Vlaanderen Medisch Centrum (VMC) tracht de Vlaamse overheid kwaliteitsvolle zorg te objectiveren en verder te verbeteren door middel van innovatie en gericht ondernemerschap. Concreet wil het VMC van Vlaanderen de absolute wereldtop voor nanogeneeskundig onderzoek in de zorg, en een toonaangevende regio op het gebied van translationele geneeskunde maken. Het Vlaanderen Medisch Centrum zet verder ook in op zorgtechnologie voor mensen met een beperking, ICT in de gezondheidszorg en de internationale valorisatie van al deze veelbelovende initiatieven.

In Wallonië wordt de thuiszorg sinds 2010 gecoördineerd door de "Centres de Coordinations de Soins à Domicile" die streven naar goede zorgkwaliteit en de samenwerking moeten bevorderen tussen verschillende thuiszorgpartners (huisartsen, familiehelp, hulp voor ouderen en sociaal werk) (Willemé, 2010). Er ontstaan ook originele woonzorgvormen zoals de Cantou-woningen die een zeer huiselijke, warme sfeer beogen voor geestelijk verwarde senioren en de opzet hebben bewoners zo veel als mogelijk deel te laten nemen aan alledaagse activiteiten (hoofdstuk 5).

Op het federale niveau gebeuren eveneens veelbelovende dingen. Er werd een kader gedefinieerd waarbinnen innovatieve projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen kunnen worden ingediend ter subsidie. En via de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT) worden de zorgvoorzieningen in relatief ruime geografische zones gecoördineerd. Ze krijgen federale middelen om de multidisciplinaire samenwerking van de eerste lijn (huisartsen, verpleegkundigen, paramedisch personeel en de patiënt) te financieren (Willemé, 2010).

VASTSTELLING

België en haar regio's staan niet stil. Op verschillende niveaus anticiperen beleidsmakers en zorgverleners toekomstige trends en evoluties. Dat is goed, maar het is nog maar de vraag of het zal volstaan dat de verschillende spelers elk een aparte strategie ontwikkelen. Een globale en consistente beleidsvisie wordt onontbeerlijk.

Deze vier sterkhouders van de Belgische en Vlaamse ouderenzorg zijn geen garantie dat ons systeem opgewassen is tegen de uitdagingen die haar onder enorme druk zullen zetten. Dat komt onder andere omdat onze institutionele ouderenzorgdijken op sommige plaatsen nog broos of aan het aftakelen zijn. We bespreken de belangrijkste “weak spots” in het tweede deel van dit hoofdstuk.

... MAAR BROOS OP VELE ANDERE

Het hoeft niet te verbazen dat ouderenzorg in België institutioneel, met maar liefst acht bevoegde ministers, letterlijk een doolhof is.

Institutioneel: een doolhof

Het hoeft niet te verbazen dat ouderenzorg in België institutioneel, met maar liefst acht bevoegde ministers, letterlijk een doolhof is. De federale regering is bevoegd voor de programmering en de financiering van de opvangvoorzieningen voor ouderen. De gemeenschappen en gewesten staan in voor de erkenning van de instellingen voor ouderenzorg en het strategische luik van het ouderenzorgbeleid zelf. Alleen instellingen die door de gewesten en gemeenschappen erkend worden, kunnen van de personeelsfinanciering van de federale ziekteverzekering genieten.

Het te voeren ouderenzorgbeleid wordt geregeld in samenwerkingsakkoorden of protocollen die afgesloten worden voor een duurtijd van zes jaar. Het protocolakkoord 3 is nog in voege tot en met 30/09/2011. In dit protocolakkoord worden onder andere equivalentieregels vastgelegd. Deze equivalentieregels bepalen hoeveel bijkomende bedden in instellingen voor ouderenzorg mogen worden erkend op jaarbasis door de gemeenschappen en gewesten. Dergelijke regels zijn natuurlijk nodig opdat de federale ziekteverzekering in het huidige systeem niet het kind van de rekening wordt van een mogelijk beleid van overaanbod van de gewesten (de federale overheid betaalt namelijk wat de deelstaten uitgeven). In protocolakkoord 3 lezen we dat “de gemeenschappen en gewesten zich ertoe verbinden om de nieuwe principeakkoorden of nieuwe voorafgaande vergunningen voor het verlenen van de erkenning van nieuwe zorgeenheden beperken tot het [...] gepreciseerde aantal”. Deze ingewikkelde institutionele organisatie wordt in Figuur 3.3 schematisch weergegeven.

FIGUUR 3.3 HET INSTITUTIONELE OUDERENZORGDOLHOF

OUDERENZORG IN BELGIË					
Gezondheidszorg	Zorgluik		Welzijnszorg		
via ziekteverzekering	persoonsgebonden materies				
Federaal	Gemeenschappen en gewesten				
Financiert personeelsbehoeften. Om in aanmerking te komen voor een forfait moeten de instellingen aan minimumvoorwaarden voldoen.	Vlaanderen	Wallonië	Brussels Hoofdstedelijk gewest	Duitstalige gemeenschap	
		Staan in voor de erkenning van instellingen voor ouderenzorg.			
Samenwerking via protocol 3 en aanhangsels: 1. Federaal wordt een minimum RVT-equivalente bedden vastgelegd voor een periode van 6 jaar. 2. Vrijwillige programmatie van gemeenschappen en gewesten. 3. Gemeenschappen en gewesten verbinden zich ertoe om het moratorium in acht te nemen.					

BRON: ITINERA INSTITUTE

Als een molensteen weegt deze complexe structuur op de snelheid waarmee het beleid op de uitdagingen kan reageren. De coördinatie tussen het Vlaamse niveau dat de kwaliteit moet controleren, en het federale niveau dat voor de prijzen bevoegd is, laat het op die manier afweten. Er zijn ook heel wat kosten verbonden aan het heen en weer communiceren – tijd, energie en mogelijke misverstanden – die in het economische jargon bekend staan onder de gemeenschappelijke noemer “transactiekosten”. Tot slot moeten we het nog hebben over een probleem dat in politiek-economische vraagstukken vaak terugkomt: **moral hazard**. Omdat de deelstaten financieel amper verantwoordelijk zijn voor het gevoerde beleid worden ze financieel ook niet afgestraft of beloond wanneer dat beleid zou onder- of overpresteren. Bovendien laat de bevoegdhedenversnippering gemakkelijk toe de zwarte piet door te schuiven in plaats van verantwoordelijkheid op te nemen. Dit liet Elke Vastiau, stafmedewerker ouderenzorg bij de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten in Trends noteren: “Er is veel te zeggen voor een centrale wachtlijst. Dat die er nog niet is heeft er wellicht mee te maken dat de bevoegdheden in deze sector verdeeld zitten over de verschillende beleidsniveaus. Die kunnen elkaar met de vinger wijzen zolang de wachtlijsten onbetrouwbaar blijven.” De “bevoegdhedenaucisseries” van het Belgische ouderenzorgbeleid knaagt in het huidige model aan de efficiëntie en kwaliteit van het ganse systeem.

De institutionele organisatie van het ouderenzorgbeleid moet gebaseerd zijn op het **subsidiariteitsprincipe**: het niveau het dichtst bij de burger moet primeren, tenzij de bevoegdheid efficiënter kan uitgeoefend worden op een hoger niveau. Dat principe geldt evengoed voor het huidige systeem als voor het nieuwe systeem, gebaseerd op een verplicht verzekeringssysteem, dat in het afsluitende hoofdstuk voorgesteld wordt en waar schaalvoordelen een belangrijke rol spelen. Bij een verzekeringssysteem is het zo dat hoe meer aangeslotenen deel uitmaken van hetzelfde systeem, hoe meer de risico's kunnen worden gespreid en hoe lager de premies zullen zijn. Ook de werkingkosten kunnen gevoelig dalen naargelang het aantal aangeslotenen stijgt. Wat de bestedingsmodaliteit betreft is het de bedoeling zo veel mogelijk zorgverstrekkers met elkaar in concurrentie te laten treden op een door de overheid gecontroleerde manier ("*managed competition*" via risicoverevening bijvoorbeeld). Ook daar speelt de grootte van de interne markt een belangrijke rol. Om goed te functioneren moet die interne markt zo homogeen mogelijk zijn: hoe minder obstakels, hoe meer concurrentie en dus des te voordeliger prijs en kwaliteit voor de gebruikers zullen evolueren (we simplificeren hier enigszins; in hoofdstuk 6 worden de nodige nuances uiteen gezet en pleiten we voor een sterke, maar herziene, rol voor de overheid). Volgens deze zeer theoretische en puur economische redenering en in het licht van het voorgestelde financiering- en bestedingssysteem (hoofdstuk 6) zou het prijs- en toegankelijkheidsbeleid zoals vandaag op het federale niveau behouden blijven, en zou het kwaliteitsbeleid – erkenningen inclusief – gefederaliseerd kunnen worden. Het subsidiebeleid zou hervormd (subjectfinanciering in plaats van objectfinanciering, zie hoofdstuk 5) en eveneens naar het federale niveau overgeheveld moeten worden.

We beseffen heus wel dat een economische redenering soms ver van de politieke logica en het politiek haalbare ligt. Mocht één van de deelstaten niet in het nieuwe financiering- en bestedingsmodel willen meestappen – een niet onrealistisch scenario – dan zou het waarschijnlijk wel aangewezen zijn de financiering van het ouderenzorgbeleid uit de federale sociale zekerheid te halen en samen met de overige ouderenzorgbevoegdheden volledig te regionaliseren. Het is dan wel maar de vraag of een volledige gesplitst ouderenzorgbeleid – financiering inclusief – naast een federaal gezondheidszorgbeleid zou kunnen samenwonen en of dit de coördinatieproblemen niet alleen maar zou verergeren. Regionalisten zullen opwerpen dat de gezondheidszorg dan ook maar gesplitst moet worden.

Een derde institutionele reorganisatie kan erin bestaan alleen de financiering op het federale niveau te behouden om zo de inter-persoonlijke solidariteit niet in het gedrang te brengen. Alle overige bevoegdheden zouden dan naar de deelstaten gaan. Die zouden volgens het afhankelijkheidsprofiel van hun bevolking een aangepaste dotatie van het federale niveau krijgen maar worden via een bonus-malus systeem wel voor het gevoerde beleid geresponsabiliseerd. Gegeven de huidige politieke constellatie heeft dit institutioneel hervormingsscenario misschien wel nog het meest kans op slagen.

De aanbodzijde

- **Versnipperd**

Het zorgaanbod voor ouderen is vaak versnipperd en sectorieel georganiseerd: via de sociale sector of de medische sector, intra-, extra- of transmuraal, gehospitaliseerd of ambulante. Versnippering betekent hier dus “niet voldoende op elkaar aangesloten” en “te corporatistisch gestructureerd”, in tegenstelling tot “te divers” (diversiteit en de daaruit volgende dynamiek zijn positief). Deze versnippering is niet zonder gevolgen voor de oudere. Zo zullen er noden zijn die niet of slecht gedekt zullen worden. Het gebrek aan zorgcontinuïteit kan de kwaliteit van de geleverde zorg en de gezondheid van de gebruiker (stress, vermoeidheid) in gevaar brengen. Ten slotte leidt een versnipperd aanbod tot een slecht en bijgevolg inefficiënt gebruik van de middelen (Jeanmart, 2009). In het licht van de uitdagingen is dat een verspilling die de sector zich niet langer zal kunnen permitteren. In hoofdstuk 5 bespreken we hoe het beleid hier zou moeten op inspelen.

- **Op ongelijke voet**

Op sectorieel niveau wordt de sector voor residentiële ouderenzorg georganiseerd volgens het statuut van de rust- en verzorgingstehuizen. Zo kunnen drie type instellingen worden onderscheiden: de OCMW instellingen of openbare instellingen, de VZW instellingen en tot slot de commerciële instellingen (Tabel 2.3). Hoewel deze instellingstypes dezelfde plichten hebben, hebben ze niet dezelfde rechten. Nochtans heeft iedereen baat bij het realiseren van een “*level playing field*” – een gelijk speelveld voor iedereen (zie hoofdstuk 6).

In tegenstelling tot de privé-uitbaters kunnen de openbare instellingen en de VZW's een beroep doen op infrastructuursubsidies die tot 60% van de renovatie- of bouwkosten dekken. Dat kan een concurrentienadeel van maar liefst 18% betekenen.

In tegenstelling tot de commerciële uitbaters kunnen de openbare instellingen en de VZW's zich in Vlaanderen beroepen op het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoongebonden Aangelegenheden (VIPA) dat tot 60% van de renovatie- of bouwkost subsidieert. Het VIPA verleent financiële steun om "voorzieningen aan te bieden die betaalbaar zijn en tegelijk beantwoorden aan de hedendaagse eisen inzake woon- en zorgcomfort" (www.vipa.be). De voorzieningen die van een VIPA subsidie genieten kunnen het onroerend goed uiteindelijk in portefeuille houden en kunnen bij het afsluiten van een lening rekenen op een overheidswaarborg. In Brussel en Wallonië bestaan die garanties niet. Voor de rest is een gelijkaardig systeem van toepassing: de overheid kan enkel tussenkomen voor de niet-commerciële instellingen en voor maximum 60% van de kostprijs, met het verschil dat de Waalse en Brusselse overheden a priori een jaarlijks budget vastleggen (een enveloppe zeg maar) dat dan over de verschillende aanvraagdossiers verdeeld wordt. In realiteit wordt daardoor maar zelden 60% van de bouw- of renovatiekost gesubsidieerd.

Nochtans moeten alle rusthuizen, ongeacht hun statuut, wel aan dezelfde normen voldoen. Ondanks de goede bedoelingen van de bouw- en renovatiesubsidies betekent het artificieel concurrentievoordeel dat op die manier aan de niet-commerciële instellingen wordt gegeven een struikelblok voor de broodnodige capaciteitsuitbouw. Efficiënte en kwaliteitsvolle instellingen worden kunstmatig uit de markt geprijsd waardoor het welvaartspotentieel (in de vorm van een uitgebreider aanbod en lagere prijzen voor de gebruikers) niet volledig benut wordt. Kaderstuk 3 toont het concurrentieprobleem cijfermatig aan.

KADERSTUK 3 | ONGELIJK SUBSIDIEBELEID EN GEVOLG VOOR DE DAGPRIJS IN VLAANDEREN

We onderscheiden twee gevallen. Een woonzorgcentrum dat van VIPA financiering én van een overheidswaarborg geniet, en een woonzorgcentrum dat de financiering zelf moet zien rond te krijgen. De cijfers zijn op realistische scenario's gebaseerd.

1. Met VIPA

Stel dat de bouwkost 70 000€ per woongelegenheid (gemeenschappelijke ruimtes en voorzieningen inclusief) bedraagt. De subsidie bedraagt 42 000€ (70 000*0.6). Daarnaast wordt een lening met overheidswaarborg afgesloten voor de resterende 28 000€. Het woonzorgcentrum betaalt hier een jaarlijkse interest van 4% op, hetgeen op een mensualiteit van 170€ per maand neerkomt, of 5,6€ per dag (kapitaal en interesten voor de infrastructuur bij een 100% bezetting gedurende 20 jaar). Van de dagprijs die de bewoners betalen gaat met andere woorden 5,6€ naar de infrastructuurfinanciering.

2. Zonder VIPA

Neem nu dat een commerciële privéspeler dezelfde woongelegenheid kan bouwen aan 60 000€. Omdat het woonzorgcentrum noch subsidie, noch waarborg krijgt betaalt ze 4,5% interest per jaar op het volledige bedrag van 60 000€. De mensualiteit komt neer op 380€ per maand of 12,6€ per dag. De bewoners betalen bij een volledige bezetting over 20 jaar op die manier 7 euro meer voor de infrastructuur in vergelijking met dezelfde woongelegenheid in een gesubsidieerd woonzorgcentrum. Als men weet dat de gemiddelde dagprijs van een Belgische woonzorgcentrum in 2009 gelijk was aan 39€, dan betekent dit een **concurrentienadeel van maar liefst 18%**.

Een eerlijker en budgettair voordeliger systeem dat het speelveld niet scheef zou trekken kan erin bestaan de subsidies te vervangen door renteloze overheidsleningen waar de commerciële privé-instellingen ook gebruik van zouden kunnen maken. Tegenstanders van dit voorstel zullen opwerpen dat het aanbod in gevaar zou komen door de subsidies af schaffen, en met name dat de VZW's wel eens zouden afhaken. Een terechte

De subsidieparadox zit hem hier: In plaats van het aanbod de nodige duw te geven houdt het efficiënte en kwaliteitsvolle instellingen die niet van dezelfde XXXondersteuning genieten kunstmatig op een veilige afstand.

bedenking, maar die moet worden aangevuld met de vraag hoe het komt dat sommige spelers er wel in slagen rendabel te zijn gegeven dezelfde strenge voorwaarden? Hoe komt het dat sommigen bang zijn te mislukken daar waar anderen wel slagen? Een tweede belangrijk tegenargument bestaat uit de vrees dat sommige instellingen zonder infrastructuursubsidie de dagprijzen zouden moeten verhogen wat een nefast effect voor de toegankelijkheid van het systeem zou hebben. Ook hier moet men zich afvragen hoe het kan dat de prijzen van gesubsidieerde instellingen zouden stijgen ondanks identieke randvoorwaarden. Overigens liggen de prijzen van de commerciële instellingen niet hoger dan die van de niet-commerciële (hoofdstuk 6). Bovendien zou men minder begoede senioren rechtstreeks kunnen financieren in plaats van de instellingen waar ze mogelijks naar toe trekken. De subsidieparadox zit hem dus hier. In plaats van het aanbod de nodige duw in de rug te geven houdt het efficiënte en kwaliteitsvolle instellingen die niet van dezelfde prijszondersteuning genieten kunstmatig op een veilige afstand. In hoofdstuk zes ontwikkelen we een nieuw financieringsmodel en bespreken we de rol van de overheid. Dan komt ook deze discussie uitgebreid aan bod.

Een tweede discriminatie betreft de animatiesubsidies (enkel in Vlaanderen). In 2009 gaf de Vlaamse Overheid 33 438 099€ animatiesubsidies aan de Vlaamse niet-commerciële instellingen die samen goed zijn voor ongeveer 57 600 woongelegenheden. Dit komt neer op een gemiddelde prijszondersteuning van 1,6 euro per dag per bed, of 4% van de gemiddelde dagprijs ($33\,438\,099/57\,600/365 = 1,6$). Het Grondwettelijk Hof laat dit onderscheid toe in het licht van de budgettaire beperkingen. Nochtans zou het de Vlaamse belastingbetaler structureel maar 4,5 miljoen euro kosten om deze scheef-trekking de wereld uit te helpen – geld dat bovendien gemakkelijk kan worden gehaald uit de hervorming van de bouw- en renovatiesubsidies.

We moeten ons de vraag durven stellen of het er voor senioren veel toe doet of hun rusthuis door een overheid dan wel door een private partij gebouwd werd. In welke mate is dit ruimtelijk en maatschappelijk relevant?

Een derde en laatste onderscheid dat op basis van de rechtsvorm gemaakt wordt betreft de bouwgrond. OCMW en VZW rusthuizen mogen in blauwe zones bouwen, het is te zeggen op “zones voor gemeenschapsvoorzieningen en openbare nutsvoorzieningen”, commerciële instellingen niet. Een commercieel woonzorgcentrum is *sensu strictu* noch een gemeenschapsvoorziening, noch een openbare nutsvoorziening, maar de diensten die het levert zijn wel goed en nuttig voor de gemeenschap. Door dit onderscheid is het voor commerciële zorgverleners moeilijker goed gelegen bouwgrond te vinden waardoor zij met een concurrentiële achterstand vertrekken. Dit kan opnieuw een remmend effect hebben op de gewenste capaciteitsuitbreiding. We moeten ons de vraag durven stellen of het

er voor senioren veel toe doet of hun rusthuis door een overheid dan wel door een private partij gebouwd werd. In welke mate is dit ruimtelijk en maatschappelijk relevant?

☑ VASTSTELLING

Zorgverstrekkers hebben dezelfde plichten, maar niet dezelfde rechten. De evolutie van het zorgaanbod gebeurt daardoor niet in een kader dat optimale ontwikkeling garandeert, met scheeftrekkingen tussen de diverse spelers op de markt. Dit zet een rem op de kwaliteit en de capaciteit van het aanbod, "luxes" die we ons niet kunnen permitteren.

De vraagzijde

Niet alleen de aanbodzijde kent structurele zwaktes. Ook de vraagzijde, het is te zeggen de (toekomstige) ouderenzorggebruikers, kennen die. Onze ouderen en ouderen *in spe* bereiden zich onvoldoende voor op hun zorgbehovende dag. Bovendien betreft het een zeer **heterogene groep**, wat veel meer beleidsfinesse vraagt om adequaat in te spelen op ieders mogelijkheden en behoeftes.

• Onvoldoende voorbereid

Jonge senioren staan nog te weinig stil bij de zorgafhankelijke dagen die hen te wachten staan. Het is eigen aan zowat iedereen om het individueel risico systematisch te onderschatten. "Met mij zal het wel niet zo erg zijn" denken we te vaak. Nochtans staat het buiten kijf dat we op een dag allemaal zorg nodig zullen hebben. Sommigen weliswaar minder dan anderen, maar uiteindelijk wel iedereen. Voluntaristisch hopen we bij de minst zorgafhankelijke senioren te zullen behoren, terwijl we er vaak gewoon geen benul van hebben. De meesten onder ons zijn bijgevolg niet goed voorbereid waardoor we in het huidige systeem noodgedwongen moeten terugvallen op de overheid.

Daarom lijkt het bij de financiering van ouderenzorg een evidentie dat er ook een belangrijke taak weggelegd is voor het verzekeringssysteem. Het beleid heeft daarbij een cruciale rol te vervullen omdat er belangrijke marktfaalingen bestaan bij het ontwikkelen van een verzekeringsmarkt voor ouderenzorg. In vele landen is de markt erg beperkt waardoor een goede pooling van risico's problemen stelt. De uitzonderingen hierbij zijn Frankrijk (een markt van 3 miljoen polissen) en de Verenigde Staten (6 miljoen polissen). Specifiek wordt de verzekeringsbaarheid bemoeilijkt door steeds oplopende kosten, risicoselectie (waarbij de verzekeraar vooral geconfronteerd wordt met patiënten die een erg hoog kostenplaatje vertegenwoordigen) en *moral hazard* (wanneer bijvoorbeeld fa-

Ouderen zijn een zeer heterogene groep. Het vraagt beleidsfinesse om zo adequaat mogelijk op ieders mogelijkheden, behoeftes en wensen in te spelen.

Het is eigen aan zowat iedereen om het individueel risico systematisch te onderschatten. Daarom lijkt het bij de financiering van ouderenzorg een evidentie dat er ook een belangrijke taak weggelegd is voor het verzekeringssysteem.

milies de zorg vooral uitbesteden indien de oudere veel zorg behoeft). Het gevolg is in feite een onderverzekering van het risico op zorgbehoevendheid. Het antwoord via een openbare zorgverzekering probeert hieraan te remediëren (denk aan de Vlaamse Zorgverzekering), maar er zou ook gedacht kunnen worden aan het reguleren en structureren van private zorgverzekeringen waarbij de overheid voor bepaalde risico's bijvoorbeeld bijpast. Een belangrijke innovatie hierbij was de introductie van een zogenaamde Long Term Care Insurance in Duitsland in 1995-1996. (Theobald en Kern, 2009). In hoofdstuk 6 bespreken we uitvoerig de Duitse ervaring en de verzekeringsmogelijkheden.

In ieder geval is er in de realiteit een enorme financieringsdruk ontstaan omwille van de demografische explosie van de zorgbehoefte. Terwijl sommige landen erg afkerig stonden tegenover een rol voor private zorgverleners was de druk op het openbaar budget van die aard dat er toch marktinitiatieven werden toegelaten (Brodin, 2005). In Zweden was het bijvoorbeeld een sociaal-democratische regering die deze zogenaamde quasi-markten als een noodzakelijke vernieuwing van de welvaartstaat begonnen te beschouwen (Blomqvist, 2004). In Zweden bestaat er vandaag overigens een enorme diversiteit van initiatieven waarbij in sommige gemeenten er volledige private voorziening bestaat terwijl in andere gemeenten enkel bepaalde diensten uitbesteed worden. De nexus overheid-markt-familie staat alleszins niet in steen gebeiteld maar kan evolueren. Meer hierover in het zesde hoofdstuk wanneer nieuwe financieringsalternatieven uitvoerig zullen worden besproken.

☑ VASTSTELLING

Mensen onderschatten systematisch de risico's die ze kunnen oplopen, en dat is niet anders met het redelijk voorspelbare risico op een dag zorgbehoevend te worden.

🕒 DOELSTELLING

Een systeem dat onze oude dag verzekert en bijgevolg voorbereid dringt zich op.

• **Zeer heterogeen van samenstelling en van koopkracht**

Velen zullen zich bij het lezen van deze titel waarschijnlijk afvragen waarom een (financieel) heterogene seniorenpopulatie een institutionele zwakte is. Eigenlijk is het dat niet. De heterogene samenstelling van onze ouderen (arm, rijk, actief, passief,...) betekent wel een extra moeilijkheid om hier beleidsmatig op in te spelen. Sommige beleidsmakers

Een *one-size-fits-all-beleid* doet inderdaad te veel voor sommigen, en te weinig voor anderen. Bovendien zou het voorbijgaan aan de economische opportuniteiten die diep in de Belgische sector voor ouderenzorg geworteld zitten.

gaan er nogal snel van uit dat verschillen in verwachtingen en koopkracht bij zorgbehoevenden volledig afgevlakt moeten worden omwille van sociale overwegingen. Maar solidariteit is niet synoniem voor gelijkheid. Het ontkennen van deze diversiteit zou daarenboven welvaartsvernietigend kunnen zijn. Slimme solidariteit zal de keuzevrijheid van de senior behouden, de rijkdom van de senioren aan verantwoordelijkheid koppelen en tegelijkertijd meer doen voor wie het echt nodig heeft. Een *one-size-fits-all-beleid* doet inderdaad te veel voor sommigen, en te weinig voor anderen. Bovendien zou het voorbijgaan aan de economische opportuniteiten die diep in de Belgische sector voor ouderenzorg geworteld zitten.

Uiteindelijk is de (financiële) diversiteit die men ook bij de ouderen terugvindt een troef. Alleen bestaat het gevaar erin dat beleidsmakers nalaten die troef uit te spelen, wat het systeem dus inherent kan verzwakken. Hierin schuilt het ware gevaar van een heterogene groep. Neem de verplichte Vlaamse Zorgverzekering. Iedereen draagt evenveel bij en kan maar maximaal evenveel terugkrijgen (125€ per maand). Zulke *lump-sum* uitkeringen hebben het voordeel de uitgaven beter onder controle te houden, maar het nadeel de werkelijke noden niet te dekken (Karakaya, 2009). Productdifferentiatie via de al eerder aangehaalde privéverzekeringen kan hier een antwoord op bieden, alleen ligt dat politiek gevoelig omdat niet iedereen zich duurdere, en bijgevolg luxueuzere, polissen kan permitteren. Terecht vreest men voor de risico's van ontsporing door privatisering van de zorgverzekeringsmarkt. Zoals we in het zesde hoofdstuk zullen zien kan hier mits de juiste regulering nochtans een mouw worden aan gepast.

VASTSTELLING

Dé senior bestaat niet. Zoals dat bij alle andere generaties het geval is hebben senioren verschillende verwachtingen, en beschikken ze over verschillende middelen om aan die verwachtingen te verzuchten. Het ontkennen van deze diversiteit zou heel wat economische en sociale opportuniteiten teniet doen.

DOELSTELLING

Het beleid dient rekening te houden met de eigenheid en diversiteit van de seniorenpopulatie. De beste garantie hierop is, zoals eerder al werd aangehaald, de keuzevrijheid van de senioren veilig te stellen en de institutionele organisatie van het ouderenzorgsysteem daarop af te stemmen.

De fundamenten van een goed systeem zijn er. De sterktes en zwaktes van ons model zijn echter niet alleen op zichzelf goed of slecht; ze verbergen heel wat opportuniteiten en bedreigingen voor de toekomstige ontwikkelingen.

BESLUIT

De uitdagingen die in het tweede hoofdstuk aan bod kwamen lijken enorm, maar niet onoplosbaar. We vertrekken ook niet van nul. Wat men ook moge vertellen, de fundamenten van een sterke welvaartsstaat krijgt men niet zomaar kapot. En de fundamenten van een goed systeem zijn er. De kwaliteit van onze zorg is hoog, zeker in vergelijking met het buitenland. Voorlopig is de toegang tot de Belgische ouderenzorg nog relatief toegankelijk, zeker als men weet dat de spreiding van de voorzieningen er best wel mag zijn. De institutionele dijken die de grijze tsunami moeten opvangen bestaan al en het komt er nu op neer de meest kwetsbare plaatsen te verstevigen of verder uit te bouwen. We denken daarbij in de eerste plaats aan het institutionele doolhof, kenmerkend voor het ganse Belgische systeem, maar met 8 bevoegde ministers bijzonder uitgesproken in de ouderenzorg. Ook de versnippering van het ouderenzorgaanbod en het ongelijke speelveld ondermijnen het potentieel van ons systeem. Tot slot bespraken we ook de zwaktes aan de vraagzijde. Die is nog onvoldoende voorbereid op haar zorgbehoevende dag. Daarenboven kan de kenmerkende verscheidenheid van de ouderenzorgpopulatie het beleid op te egalitaristische ideeën brengen, een nieuwe rem op de verdere ontwikkeling van de sector.

De sterktes en zwaktes van ons systeem zijn dus niet alleen op zichzelf goed of slecht, maar verbergen ook nog een heel wat opportuniteiten en bedreigingen voor de toekomstige ontwikkelingen van de Belgische ouderenzorg en van het beleid. Zij werden in onderstaande SWOT-matrix (Tabel 3.5) samengevat.

TABEL 3.5 SWOT-MATRIX VAN DE BELGISCHE OUDERENZORG

Sterktes	Zwaktes	Opportunities	Bedreiging
Kwaliteit	Geen objectieve kwaliteitsindicatoren	Internationaal als troef uitspelen	"Reglementitis"
Betaalbaarheid	Armoederisico senioren hoger dan Belgische gemiddelde	Beleid van slimme solidariteit voeren via Matteüs-toets Plus	Misplaatst egalitarisme en rantsoenering
Beschikbaarheid	Aanbodbeperkingen en wachtlijsten	Dreigend onderaanbod beste argument voor een paradigmaverschuiving	Onderaanbod dreigt in de toekomst. Programmatienormen zijn rem voor verdere aanbodontwikkelingen
Bereikbaarheid	In huidige systeem budgettaire trade off	Laat de zorg naar de senioren komen	Centrale aanbodsturing
Bestaande dynamiek	Gebrek aan coherente, globale visie.	Juiste stap in de richting van de integratie van het zorgaanbod	Zelfgenoegzaamheid van het beleid
Institutionele verstandhouding	Institutioneel doolhof	Coherente institutionele hervorming op basis van subsidiariteitsprincipe	Moral hazard tussen federale financiering en strategisch beleid van de deelstaten
Gefragmenteerde markt betekent hoog concurrentievermogen	Aanbodzijde versnipperd	Integratie- en coördinatiebeleid versterken	Kwaliteit en efficiëntie kunnen in gevaar komen
Goede bedoelingen van subsidiebeleid	Aanbodzijde op ongelijke voet	Budgettaire besparingen en zweepslageffect voor alle zorgverstrekkers	Scheeftrekking level playing field fnuikt capaciteit en innovatie
Er is nog tijd om vraagzijde voor te bereiden	Vraagzijde onvoorbereid	Plaats voor individuele verantwoordelijkheid	Onhoudbare financieringsdruk
Plaats om in te spelen op diversiteit	Vraagzijde heteroog	Slimme solidariteit beschermt zonder de individuele vrijheid te beperken	Zwaksten mogen niet door de mazen van het net vallen
→ Sociale en economische opportuniteiten	→ Belangrijke nieuwe rol voor overheid. Hervormingen dringen zich op.	→ Vraaggestuurd systeem	→ Plaats voor privé-initiatief en sociaal ondernemerschap

BRON: ITINERA INSTITUTE

Zowel exogene (de demografie) als endogene (de institutionele organisatie) factoren belemmeren het welvaarts­potentieel van een coherent ouderenzorg­beleid. In deel II bespreken we hoe we het best de externe krachten het hoofd kunnen bieden, en hoe we ons ouderenzorg­beleid moeten hervormen om de interne hinderpalen weg te werken. Dit kan door respectievelijk het individu, de instellingen voor ouderenzorg en de overheid nieuwe rollen en verantwoordelijkheden toe te kennen.

😊 **AANBEVELINGEN**

Als we beslissen het huidige systeem in zijn grote lijnen te behouden – een mogelijkheid die onze voorkeur niet uitdraagt – moet er een ernstige discussie komen over het al dan niet behouden van de programmatienorm in de residentiële ouderenzorg. We stellen voor een forum met alle betrokken partijen (bevoegde overheden en stakeholders) op te starten opdat een nieuw programmatie­compromis zou kunnen worden gevonden. Dat is nodig om de redelijke toegankelijkheid van onze ouderenzorg te behouden. Als we ambitieus en vooruitdenkend zijn beslissen we voor een vraag­gestuurd systeem te gaan dat haar evenknie in het opvangen van vraag­evoluties niet kent. Een programmatienorm wordt dan helemaal overbodig.

Ten tweede stellen wij voor in de tussentijd een centrale wachtlijst op te stellen op gewestelijk niveau, omdat transparantie de ontbrekende factor is in de realiteit van het ganse wachtlijsten­verhaal. De onderzoeks­resultaten van Van Buggenhout (2010b) volgend, mag deze centrale wachtlijst louter informatief zijn. Op termijn dienen we te inderdaad te evolueren naar een vraag­gestuurd systeem.

« Geef mij de kalmte om te aanvaarden wat ik niet kan veranderen; de moed om te veranderen wat ik kan veranderen; en de wijsheid om het verschil hier tussen te zien.»

Reinhold Niebuhr



DEEL 2

OPLOSSINGEN

04

MICRO – GEEF HET INDIVIDU MEER SLAGKRACHT

« Sure, he, that made us with such large discourse,
looking before and after, gave us not that capabi-
lity and god-like reason, to fust in us unused. »

William Shakespeare, Hamlet



Om ons tijdens onze zorgafhankelijke jaren uit de slag te halen kunnen we op drie types zorgverleners rekenen. Spontaan denken we aan de professionele zorgverleners. In de vakliteratuur wordt dit de formele zorg genoemd. Er bestaat ook zoets als informele zorg of mantelzorg. Zij berust op de vrijwillige uitvoering van zorgtaken door de directe en indirecte omgeving van de zorgbehoevende. Het gaat dan in de eerste plaats over de levensgezel(lin), maar ook de kinderen, kleinkinderen, broers, zussen, vrienden en bureu kunnen betrokken worden bij het verlenen van informele zorg. En zorgbehoevenden kunnen elkaars autonomie versterken. In Nederland spreekt men in dit geval van "samenredzaamheid". Ten slotte kan een zorgbehoevende oudere zelf een deel van zijn of haar autonomie terugwinnen. Dat veronderstelt dat de oudere in zijn mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen wordt versterkt. "Empowerment" is de modieuze Angelsaksische term die hieraan verleend werd. In het Nederlands spreekt men wel eens over persoonlijke versterking die ook als een beleidstoetssteen moet worden gezien: de optiek dat de finaliteit van ouderenzorg er één is om de oudere zelf centraal te plaatsen en de spil te zijn van een divers aanbod op maat en naar keuze; eerder dan een top-down en gestandaardiseerd aanbod.

Zorgbehoevenden kunnen met andere woorden rekenen op professionele zorgverleners, mantelzorgers en zichzelf. Zij hebben één essentiële eigenschap gemeen: mensen die zorgen voor mensen. Het is dan ook essentieel dat het individu, ongeacht de "zorgcategorie", wordt versterkt opdat zij nog meer en nog betere zorg zouden afleveren dan nu al het geval is. We bespreken in dit hoofdstuk hoe we meer slagkracht aan elk van deze zorgverleners kunnen geven.



EMPOWER DE OUDER!

Wat en waarom?

“Empowerment” is een modewoord geworden, ook in de ouderenzorg. Dit neemt niet weg dat empowerment de strategische richting die onze ouderenzorg zal moeten inslaan goed samenvat. Empowerment in de zorg dekt eigenlijk een dubbele lading. Het gaat er zowel om een gevoel van zelfredzaamheid terug te winnen als zelf actor te worden in de gekregen zorg. Dat kan alleen door het gedrag van de zorgbehoevende senioren duurzaam te veranderen. Een maximale zelfredzaamheid is het doel; empowerment moet de juiste randvoorwaarden tot stand brengen om het gedrag van de zorgbehoevende naar maximale zelfredzaamheid te sturen.

Empowerment gaat er zowel om een gevoel van zelfredzaamheid terug te winnen als zelf actor te worden in de gekregen zorg. Een maximale zelfredzaamheid is het doel; empowerment moet de juiste randvoorwaarden tot stand brengen om het gedrag van de zorgbehoevende naar maximale zelfredzaamheid te sturen.

Belangrijk is om aan te geven welk gedrag hierbij precies wordt bedoeld. Het gaat er namelijk om het gedrag van de zorgbehoevende senior te sturen opdat hij in staat zou zijn deels zichzelf te verzorgen en controle over zijn leven te (her)veroveren. Volgens Poesz (1999) moet aan drie voorwaarden worden voldaan opdat de beoogde gedragsverandering zou slagen:

1. Motivatie: In hoeverre is de persoon in het gedrag (zelfredzaamheid) of in het effect ervan geïnteresseerd?
2. Capaciteit: In hoeverre kan de persoon dit gedrag zelf vertonen (kennis, fysieke mogelijkheden)?
3. Gelegenheid: In hoeverre ondersteunen of belemmeren de sociale en fysieke omstandigheden (infrastructuur, tijd) het vertonen van het gedrag?

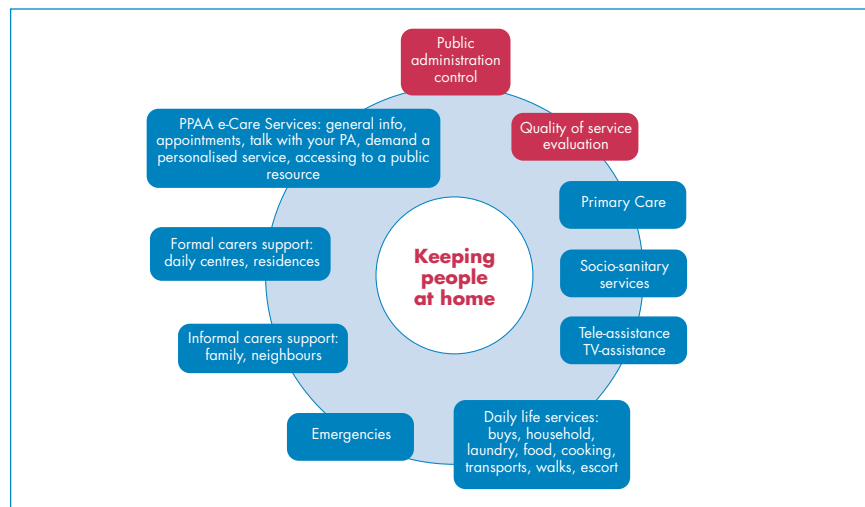
Empowerment is het resultaat van een versterking van de capaciteiten van een individu en het ontwikkelen van de juiste overlegstructuren en processen die de betrokkenen een reële keuze geven, voornamelijk via een gepaste regelgeving.

In dezelfde lijn als de “*capability*” benadering van Harvard econoom Amartya Sen ligt het zwaartepunt van empowerment dus in **het mogelijk maken van echte keuzes**, gegeven de natuurlijke belemmeringen van het individu in kwestie, maar ondanks de maatschappelijke randvoorwaarden. Het is op die positieve vrijheid dat het beleid dient in te spelen: de randvoorwaarden ombuigen om meer mogelijk te maken. Van belang is ook dat de ingesteldheid van professional, cliënt, sociaal netwerk en de institutionele context wordt aangezet tot denken over zelfmanagement. Empowerment is daarom het resultaat van een versterking van de capaciteiten van een individu, via technologie bijvoorbeeld, en het ontwikkelen van de juiste overlegstructuren en processen die de betrokkenen (individu en collectiviteit) een reële keuze geven, voornamelijk via een gepaste regelgeving.

Empowerment is dus ook een beleids-toetssteen: de optiek dat de finaliteit van ouderenzorg er één is om de oudere zelf centraal te plaatsen en de spil te zijn van een divers aanbod op maat en naar keuze; eerder dan een top-down en gestandaardiseerd aanbod.

Concreet vertaalt empowerment zich naar het “zo lang mogelijk” thuis houden van de zorgbehoevende door, waar mogelijk, in te spelen op het uitspelen van zijn zelfredzaamheid. Empowerment is dus ook een beleidstoetssteen: de optiek dat de finaliteit van ouderenzorg er één is om de oudere zelf centraal te plaatsen en de spil te zijn van een divers aanbod op maat en naar keuze; eerder dan een top-down en gestandaardiseerd aanbod. Preventie en technologie zijn de meest evidente empowermentinstrumenten. Maar ook informatieverschaffing en keuzevrijheid, de fundamentele van consumentenempowerment, zijn een belangrijke hefboom. Tenslotte is de samenwerking met de formele (huisarts, woonzorgcentra, thuiszorgdiensten, etc.) en informele zorgversterkers (familie, vrienden, buren) eveneens cruciaal. Empowerment staat met andere woorden haaks op isolement, en beoogt zo veel mogelijk samenwerking op microniveau van al de actoren die bij een zorgproces betrokken zijn. Het individu en haar zelfredzaamheid staan centraal, maar kunnen rekenen op een waaier van diensten en instrumenten die haar in het zelfredzaamheidsproces assisteren (Figuur 4.1).

FIGUUR 4.1 EMPOWERMENT IN DE OUDERENZORG



BRON: eTEn PROJECT EUROPESE COMMISSIE

Niet alleen is de zorg die men niet nodig heeft de beste zorg, het is ook vaak de goedkoopste zorg.

Empowerment is een zeer ruim begrip dat verschillende ladingen kan dekken. Wij zien het vooral als een proces dat het individu in haar zelfverzorgende rol versterkt. Uit de brede waaier van instrumenten hebben wij vier bijzonder doelmatige empowerment-hefbomen geïdentificeerd: preventie, consumentenversterking, ruimtelijke ordening en technologie.

De beste zorg is de zorg die men niet nodig heeft

Adepten van politieke praatprogramma's zullen bovenstaande oneliner zeker al ettele malen in andere gedaantes hebben gehoord. De oneliner slaat dan ook spijkers met koppen. Niet alleen is de zorg die men niet nodig heeft de beste zorg, het is ook vaak de goedkoopste zorg. Het voorkomen van zorgbehoeftes is inderdaad de beste manier om zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn, en dus een uitstekende empowermenthefboom. Preventie omhelst het geheel van activiteiten die toelaten de toekomstige ziekterisico's te beperken. Meestal maakt men het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie, ook al behoren de preventieacties niet noodzakelijkerwijs exclusief tot een van deze drie categorieën. De primaire preventie heeft te maken met handelingen die de waarschijnlijkheid van het zich voordoen van een aandoening beperken. Zo zal valpreventie de kans op heupbreuken verminderen. De secundaire preventie omvat de handelingen die de ernst van een aandoening beperken wanneer deze zich voordoet. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het vroegtijdig vaststellen van suikerziekte, een typische bejaardenziekte, waardoor de ziekte sneller en efficiënter kan worden behandeld. De tertiaire preventie behelst de handelingen die de bedoeling hebben de risico's op her vallen te verminderen. Na een hartinfarct meer op zijn voeding letten om een nieuw infarct te voorkomen bijvoorbeeld (Daue en Crainich, 2008).

Preventie vraagt in de eerste plaats belangrijke gedragsinspanningen van het individu zelf. Hygiëne en een gezonde levensstijl, zelfs op leeftijd, kunnen later veel ergere kwalen voorkomen. Zonder een goede dosis motivatie van de zorgbehoevende zelf, zeker wanneer deze zaken meer en meer inspanningen vragen, heeft investeren in preventie ook niet veel zin. Sommige mensen zijn door hun psychische en fysieke achteruitgang ook gewoon niet meer in staat het gewenste gedrag te vertonen. Ook dan heeft inzetten in preventie niet veel zin meer. In alle andere gevallen wel, en het is de taak van de overheid om in al die andere gevallen de gelegenheid – om Poiesz woorden te gebruiken – te creëren die het gewenste gedrag zullen ondersteunen. Preventieacties omvatten dus tezelf-

Als we mensen zo lang mogelijk thuis willen houden kan een preventieelukkig dat ouderen leert om te gaan met autonomieverlies niet ontbreken.

dertijd een individueel karakter en een collectief karakter. Maar, zelfs wanneer het gaat om individuele beslissingen betreffende de gezondheidstoestand, dan nog kan de inzet van de overheid de individuen er toe aanzetten hun gedrag in positieve zin om te buigen. Zo zouden de regionale overheden werk kunnen maken van valpreventie bij ouderen²². Door het aanleren van goed te vallen zullen heel wat heupbreuken, en bijgevolg heupprothesen, kunnen worden vermeden. Dat is niet alleen goed voor de mobiliteit en zelfredzaamheid van de senior, ook de sociale zekerheid zal er een duit mee besparen²³.

Het totale gezondheidszorgbudget is nog veel te veel gebaseerd op het curatieve en besteedt nog veel te weinig aandacht aan het preventieve. Amper 0,1% van de begroting gaat naar de preventie. Dit komt neer op, zegge en schrijve, 29 euro per Belg per jaar. Dit is belachelijk laag. Wij stellen alvast voor minstens 88 miljoen euro extra te besteden, om op het – weliswaar nog steeds te lage - Europese gemiddelde te komen. Een deel van die middelen zou specifiek naar preventieve ouderenzorg kunnen gaan om onze senioren aan te leren hoe om te gaan met het gradueel afhankelijk worden. Als we mensen zo lang mogelijk thuis willen houden kan een preventieelukkig dat ouderen leert om te gaan met autonomieverlies niet ontbreken. Zichzelf wassen kan vanaf een bepaalde leeftijd een risicovolle onderneming worden. Nochtans kan hier via kleine aanpassingen in de badkamer en een tijdig en eenvoudig leerproces een goedkope mouw worden aangepast. Er moet een aparte aanpak komen per type risico en aandoening om zo de kansen en de effecten op en van breuken en typische bejaardenziektes te verminderen.

☺ AANBEVELINGEN

- Werk maken van valpreventie om heupbreuken te voorkomen.
- Meer budgettaire middelen vrijmaken om preventie te ondersteunen. We moeten onze senioren preventief leren omgaan met autonomieverlies

²² Preventie is namelijk een regionale bevoegdheid, terwijl het budget voor curatieve gezondheidszorg federaal begeerd word. Ook dit leidt tot inefficiëntieproblemen door "moral hazard". Zie hoofdstuk 3.

²³ Bovendien is een heupbreuk vaak de aanleiding voor een rusthuisopname.

De naoorlogse babyboomer wordt een actieve zorgconsument, veel meer dan een passieve zorgpatiënt. Zorgverleners en beleidsmaker mogen deze veranderde sociale realiteit niet miskennen, want er schuilt een dynamiserende kracht in bewuste zorg- en gezondheidszorgconsumenten.

Consumer empowerment

SC 60 Een tweede belangrijke hefboom voor de persoonlijke versterking van senioren zijn de senioren zelf. In de zorg en gezondheidszorg is namelijk een culturele revolutie aan de gang. De senioren van morgen zullen hun levensstandaarden niet zomaar naar beneden willen herzien omdat ze oud zijn en stilletjesaan zorg behoeven. De naoorlogse babyboomer wordt een actieve zorgconsument, veel meer dan een passieve zorgpatiënt. Zorgverleners en beleidsmaker mogen deze veranderde sociale realiteit niet miskennen, want er schuilt een dynamiserende kracht in bewuste zorg- en gezondheidszorgconsumenten. Daarom moet een actieve rol van senioren in de zorg en in de zorgkeuze nagestreefd worden. **Informatieverschaffing speelt daarbij een sleutelrol.** De opzet is dubbel. Enerzijds wil men de zorgbehoevende senior bewustmaken van de kosten dat een kwalitatief hoogstaand en toegankelijk systeem als het onze met zich meebrengt. Anderzijds is het de bedoeling de patiënt zijn zorgverstrekkers en zijn type zorg zelf meer bewust te laten kiezen. De verstrekkers die hier het best op in weten te spelen, via hoogstaande zorgkwaliteit bijvoorbeeld, kunnen op die manier hun “marktaandeel” uitbreiden. Kwaliteit als “verkoopsargument” met andere woorden.

De eerste doelstelling is makkelijk te halen. De zorgbehoevende senior moet geprikkeld worden zich als een verantwoordelijke zorgconsument te gedragen, ook al draait hij slechts op voor een deel van de kosten. Hiervoor is nodig dat de zorgbehoevendenden beter op de hoogte zijn van de werkelijke kosten van de keuzes die zij maken. Daarom stellen wij voor zorgbehoevendenden jaarlijks te informeren van de door de collectiviteit gedragen uitgaven.

Ook om de tweede doelstelling te halen, een vorm van geleide mededinging tussen zorgverleners die de kwaliteit en toegankelijkheid van het ganse systeem ten goede komt, is informatieverschaffing cruciaal. Er bestaan echter nog heel weinig manieren om zorgverstrekkers met elkaar te vergelijken. Vaak kiezen senioren en/of hun familie daarom hun zorg zonder een goed zicht op de kwaliteit van de verlener in kwestie. Op de website van Medicare kunnen Amerikaanse senioren bijvoorbeeld wel de onderlinge rusthuis-kwaliteit vergelijken (<http://www.medicare.gov/NHCompare/>), terwijl bij ons nabijheid dan maar het belangrijkste selectiecriteria wordt. Nochtans wordt ook ons systeem gekenmerkt door een grote keuzevrijheid. Dat is goed, maar door het gebrek aan duidelijke, objectieve informatie ook frustrerend. We mogen namelijk bijna alles maar weten eigenlijk bijna niets. Als verdwaalde toeristen huppelen we vrolijk rond in een zorgsector zonder kaart, laat staan een reisgids die ons naar de betere zorgverleners begeleid.

De senior van morgen zal steeds meer en hogere informatie-eisen stellen. Het gevaar bestaat dat de informatieschaarste ingevuld wordt door bedrijven of organisaties die als enige bedoeling hebben hun belangen te verdedigen.

Daarom is onafhankelijke informatieverschaffing cruciaal voor het nemen van de juiste beslissingen. Nu onderbenutten we de o zo waardevolle keuzevrijheid van ons zorgsysteem. Met de beschikbare informatietechnologieën voor handen is de evolutie naar meer patiëntezeggenschap hoe dan ook onvermijdelijk. De senior van morgen zal steeds meer en hogere informatie-eisen stellen. Het gevaar bestaat dat de informatieschaarste ingevuld wordt door bedrijven of organisaties die als enige bedoeling hebben winst te maken zonder zich over de kwaliteit van de informatie te bekommeren. Daarom stellen wij voor dat werk wordt gemaakt van het ter beschikking stellen van meer betrouwbare en geactualiseerde informatie over de kwaliteit van de zorgverleners in ons land.

We moeten onze senioren daadwerkelijk de kans geven te evolueren van de klassieke zorgbehoevende en zorgbehoevende *in spe* naar een bewuste zorgconsument. We moeten steeds meer hoofdaandeelhouder worden van onze eigen gezondheid en van onze eigen zorg. Indien men hiervoor rekent op keuzevrijheid alleen – zonder daar de nodige informatieverschaffing aan te koppelen – zal dit echter een ijdele gedachte blijken, en als gemiste kans doorwegen.

☺ **AANBEVELINGEN**

- Onafhankelijke informatieverschaffing cruciaal voor het nemen van de juiste beslissingen. Zorgbehoevenden moeten jaarlijks geïnformeerd worden van de door de collectiviteit gedragen uitgaven.
- De overheid moet werk maken van het ter beschikking stellen van objectieve, betrouwbare en geactualiseerde informatie over de kwaliteit van de (ouderen)zorgverleners in ons land.

Levenslang wonen

Een onaangepaste woning remt senioren in hun zelfredzaamheid. Koken gaat niet meer omdat de keuken moeilijk toegankelijk is. De badkamer op het eerste verdiep wordt na verloop van tijd een gevaarlijke lijdensweg. De woonkamer stapelt de huishoudelijke functies op waardoor die er slordig en vaak onhygiënisch bij ligt. Men durft door die noodzakelijke rommel geen mensen meer te ontvangen, raakt geïsoleerd, met alle gevolgen van dien voor gezondheid en psychologisch welzijn. Een verminderde mobiliteit, sociabiliteit en zelfzorgzaamheid zijn het rechtstreekse gevolg van een onaangepaste woning en is voor een senior een belangrijke reden om naar een rusthuis (ROB-RVT) te

verkassen. Eigenlijk mag iemands zorgbehoefte geen (negatieve) invloed hebben op zijn wooncomfort. Men spreekt dan wel eens van het “loskoppelen van wonen en zorg”, volgens ons toch een beetje een warrige beschrijving. We spreken liever over “levenslang wonen”, wat zoveel betekent als een woning zodanig te bouwen of aan te passen waardoor ook een zorgbehoevende senior niet aan zelfredzaamheid hoeft in te boeten (en bijgevolg langer thuis kan blijven).

Er dreigt een overaanbod onaangepaste huizen op de markt.

In 2005 publiceerde OASes het rapport *Menswaardig Wonen voor Ouderen in Vlaanderen* dat waarschuwt voor het dreigend overaanbod onaangepaste huizen op de markt. “De overheid zou veel meer energie moeten steken in de renovatie van bestaande woningen, en hun aanpassingen aan de behoeften van zowel ouderen als jonge gezinnen”. In wat volgt bespreken we wat de overheid kan doen om levenslang wonen een duwtje in de rug te geven.

Door het respecteren van een aantal basiscriteria kan het verhuizen omwille van fysieke obstakels in de woning overbodig worden

Een eerste stap om de hefboom levenslang wonen te realiseren is door de invoering van een label. Dit label hoeft niks nieuws te zijn en de mosterd kan bij de *Ontwerpgids Levenslang Wonen* van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (Denef, 1999) worden gehaald. “Het label staat voor een garantie op een basispakket aan comforteisen, veiligheid en toegankelijkheid. Door het respecteren van een aantal basiscriteria, die o.a. in de ontwerpgids zijn opgenomen, zou het verhuizen omwille van fysieke obstakels in de woning overbodig worden. Dit betekent niet dat de betreffende woningen volledig aangepast moeten zijn voor rolstoelgebruikers. Doordat de basiscriteria in het concept van de woning worden opgenomen, kan de “levenslange woning” echter gemakkelijk en zonder hoge kosten aangepast worden aan de gewijzigde mobiliteit of comforteisen van de bewoner. Deze basiscriteria zijn niet noodzakelijk van toepassing op de volledige woning, maar wel op de kernwoning, die minimaal een leefruimte, keuken, slaapkamer, badkamer en toilet op één verdieping omvat. Indien de kernwoning aan de basiscriteria voldoet, betekent dit de garantie dat de woning, mits minimale ingrepen, aanpasbaar is aan toekomstige noden van de bewoner. Het overgrote deel van de basiscriteria volgens de ontwerpgids is zonder meer toepasbaar: het betreft eisen naar onderlinge relatie van ruimten (bv.: keuken en leefruimte) en minimale eisen naar opstelruimte voor berging, sanitaire toestellen, plaatsingshoogte van schakelaars, e.d. ... Daarnaast omvatten de basiscriteria een aantal vrij strikte eisen naar raamindeling, buitenruimte, toegangszones, e.d. ...” (Beusen *et al.*, 2004, p.12-13)

De basiscriteria mogen niet lineair worden toegepast, moeten voldoende algemeen zijn om een zekere flexibiliteit en individuele voorkeur toe te laten.

De maatregelen om labelwoningen een duwtje in de rug te geven moeten zo snel mogelijk het licht zien opdat het woningpark van de babyboomers op tijd aangepast zou zijn. Dit geeft ons een tijds kader van om en bij de 15 jaar.

We willen hiermee niet hebben gezegd dat alle criteria uit 1999 klakkeloos moeten worden overgenomen en enige terughoudendheid naar de integrale toepasbaarheid van de basiscriteria is dan ook op zijn plaats, bij renovatieprojecten bijvoorbeeld. De basiscriteria mogen met andere woorden niet lineair worden toegepast, moeten voldoende algemeen zijn om een zekere flexibiliteit en individuele voorkeur toe te laten, en mogen niet in steen gebeiteld staan.

Om de bouw en verspreiding van "labelwoningen" een duwtje in de rug te geven stelt de Denktank Wonen-Welzijn enkele beleidsinstrumenten voor. Deze of andere stimuli moeten zo snel mogelijk het licht zien om het bestaande woningpark van de babyboomers aangepast te krijgen wanneer zij hun onafhankelijkheid beginnen te verliezen. Dit geeft ons een tijds kader van om en bij de 15 jaar. De Denktank Wonen-Welzijn suggereert bijvoorbeeld om bij de bouw van nieuwe sociale woningen rekening te houden met de label basiscriteria, en op lange termijn zouden alle sociale woningen labelwoningen kunnen worden. Maar er moet ook voor gezorgd worden dat er zo veel mogelijk woningen in woonzorgzones voldoen aan de eisen van het label levenslang wonen. Dat kan door de bouw van labelwoningen via privaat of particulier initiatief te stimuleren. Dit zijn enkele concrete voorstellen van de Denktank:

- Aanpassingspremies²⁴;
- Lagere BTW-tarieven voor de nieuwbouw van en aanpassing naar labelwoningen;
- Het opnemen van (een aantal) criteria van de labelwoningen in de stedenbouwkundige voorschriften;
- Voorkooprecht: de gemeente kan het territoriaal voorkooprecht instellen in gebieden rond bestaande zorgvoorzieningen zodat sociale huisvestingsmaatschappijen, OCMW en gemeente in die gebieden kunnen zorgen voor een verhoogd aanbod aan labelwoningen;
- De BEVAK formule die vele voordelen biedt²⁵;
- De opdracht van sociale huisvestingsmaatschappijen uitbreiden zodat zij ook projecten kunnen ontwikkelen voor specifieke doelgroepen zoals ouderen, personen met een handicap en andere zorgbehoevenden;

²⁴ Er bestaan nu reeds een aantal premies voor het toegankelijker maken van de woning voor ouderen en voor het levensloopbestendig maken van de woning. U vindt er alles over op www.premiezoeker.be. Deze zouden echter uitgebreid kunnen worden. Voor de financiering ervan zou een deel van het geld dat nu naar het subsidiëren van zonnepanelen gaat in levenslang bestendige woningen kunnen worden geïnvesteerd.

²⁵ Voor een bespreking, zie Beusen *et al.*, 2004, p.15.

- Het sociaal huurbesluit aanpassen zodat sociale huisvestingsmaatschappijen in hun toewijzingsreglement ook oog kunnen hebben voor doelgroepenbeleid; Er kan geleidelijk aan een (groeiend) bedrag afgeroomd worden van de bestaande subsidiekanalen voor woningaanpassingen (naargelang er meer labelwoningen komen zal er minder geld voor aanpassingen nodig zijn).

Indien goed omkaderd, en onder budgettaire controle, kan levenslang wonen leiden tot een win-win-win situatie: de bestaande woningvoorraad wordt verbeterd, de nieuwe woningen zijn tegen de toekomstige demografische uitdagingen opgewassen en mensen zullen langer in hun eigen woning kunnen blijven zodat er bespaard kan worden op intramurale zorg.

😊 AANBEVELINGEN

- Een label levenslang wonen, dat van het respecteren van een paar eenvoudige basiscriteria afhangt, kan worden ingevoerd. De basiscriteria mogen echter niet lineair worden toegepast, moeten voldoende algemeen zijn om een zekere flexibiliteit en individuele voorkeur toe te laten, en mogen niet in steen gebeiteld staan.
- Creëer het beleidskader en ontwikkel de stimuli die labelwoningen zullen promoten.

De hefboom genaamd ruimtelijke ordening

Niet alleen de woning moet leeftijdsbestendig zijn, ook wijken moeten dat als we de seniorengetto's niet in de hand willen spelen. Bovendien past een leeftijdsvriendelijke ruimtelijke ordening perfect in de idee van de woonzorgcentra die meer als "zorghub" dan als zorginstelling zullen fungeren (zie hoofdstuk 5). In het Vlaamse woonzorgdecreet staat dienstenintegratie centraal, en dat bereik je niet alleen op organisatorisch niveau, ook het stedenbouwkundige niveau moet mee willen en kunnen. Ouderen moeten voldoende mobiel zijn om vlot van de ene naar de andere dienst te kunnen gaan, om sociaal niet geïsoleerd te geraken en om als nieuwe, krachtige economische actor te kunnen meespelen. Sociaal duurzame wijken spelen daarbij een sleutelrol.

Wijken zijn knooppunten van sociale contacten, omdat mensen er dicht op elkaar leven, ontspannen en werken. Sociaal gezonde wijken zijn divers qua samenstelling en mensen voelen er zich thuis, veilig, gezien en gesteund. Het pilootproject Southwark Circle bouwt bijvoorbeeld sociale netwerken van hulpvaardige burens op voor senioren die al-

Ouderen moeten voldoende mobiel zijn om vlot van de ene naar de andere dienst te kunnen gaan, om sociaal niet geïsoleerd te geraken en om als nieuwe, krachtige economische actor te kunnen meespelen. Sociaal duurzame wijken spelen daarbij een sleutelrol. Dat soort investeringen betaalt zich terug in gezondheidswinst, een lager zorggebruik, een opwaardering van de buurt en meer economische activiteiten.

leen wonen in de binnenstad van Londen (The Economist, 25/08/2010). Onze wijken en buurten moeten weer vitaler worden met een per wijk passende diversiteit aan functies, leeftijdsopbouw en bevolkingssamenstelling. Laten we onze wijken weer inclusief maken en plaats voorzien voor mensen met een handicap en zorgbehoeften. Dit kan door gezamenlijke activiteiten te organiseren en te voorzien in openbare ontmoetingsruimten. Cruciaal is dat de betrokken partijen inzien dat investeringen in wijken lonen: niet alleen in de fysieke, maar ook in de sociale infrastructuur. Dat soort investeringen betaalt zich terug in gezondheidswinst, een lager zorggebruik, een opwaardering van de buurt en meer economische activiteiten (DRIFT, 2009).

KADERSTUK 4 | WIJKONTMOETINGEN PRINSENHOF

In de Rotterdamse wijk Het Lage Land hebben de bewoners van 1200 levensloopvriendelijke flatwoningen zich verenigd in een bewonersorganisatie. Deze organisatie heeft in samenwerking met Pameijer, wooncorporatie Woonstad Rotterdam en Laurens een ontmoetingscentrum in de wijk opgericht, Prinsenhof, met het accent op senioren. Dit ontmoetingscentrum is voor en door de wijkbewoners opgericht en wordt ook door hen zelf beheerd. Voor de wijkbewoners worden dagactiviteiten georganiseerd op het gebied van educatie, beweging en creativiteit. Naast deze welzijnsdiensten kan men er ook terecht voor verschillende curatieve behandelingen als fysiotherapie en er wordt aan preventie gedaan. Ontmoetingscentrum Prinsenhof zorgt voor een versterking van de sociale verbanden in de wijk en voorkomt sociaal isolement bij ouderen. De wijkbewoners voelen zich thuis in hun wijk en kunnen hier langer blijven wonen door het steunsysteem.

BRON: DUTCH RESEARCH INSTITUTE FOR TRANSITION

De "age friendly cities" van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn steden en gemeenten die door de overheid worden erkend als leeftijdsvriendelijk na een vijfjarenplan te hebben doorlopen

Een sociaal duurzame buurt vertrekt met andere woorden vanuit een holistische benadering die zowel toegankelijkheid als cultuur, zorg, huisvesting, welzijn, veiligheid, etc. integreert. Ruimtelijke ordening zal in de toekomst nog meer dan vandaag al het geval is rekening moeten houden met deze benadering. De globale benadering van het individu moet zich vertalen in een globale organisatie van de ruimte in welke het individu opereert en moet bijgevolg medische, psychologische en sociale factoren integreren. Vanuit die optiek ontwikkelde de Franse overheid het label "Goed samenwonen en oud

worden” dat in 2009 gelanceerd werd²⁶. Eigenlijk passen de Fransen alleen de aanbevelingen van de “**age friendly cities**” van de Wereldgezondheidsorganisatie toe. Steden en gemeenten kunnen door de overheid worden erkend als leeftijdsvriendelijk na een vijfjarenplan te hebben doorlopen. Tijdens het eerste jaar wordt een stedelijke audit georganiseerd die door een stuurcomité wordt geleid. Het spreekt voor zich dat heel wat vertegenwoordigers van de plaatselijke ouderenverenigingen in de stuurgroep zetelen. Tijdens het tweede jaar moet de gemeente een actieplan uitwerken op basis van de aanbevelingen van de stuurgroep. Er moeten ook indicatoren worden ontwikkeld opdat de evolutie meetbaar en evalueerbaar zou zijn. Het actieplan wordt tijdens de drie daarop volgende jaren uitgevoerd. Na vijf jaar volgt een eerste evaluatie met (eventuele) erkenning. De gemeenten kunnen inspiratie putten uit het netwerk “age friendly cities” dat de Wereldgezondheidsorganisatie op poten zette²⁷.

😊 AANBEVELING

- Ontwikkel naar het Franse voorbeeld een label “Goed samenwonen en oud worden”.

De wondere wereld van (IC)T

Telegeneeskunde, cyborg-technologie, Radio Frequency Identification tags, of elektronische gezondheidsverslagen, de technologie en ICT staan ook in de zorg- en gezondheidssector niet stil. De ontwikkeling van (informatie)technologie in de zorg is al enkele jaren exponentieel aan het groeien en kan op twee complementaire manieren worden ingezet. Ten eerste om de efficiëntie en kwaliteit van het ganse systeem te verbeteren, en ten tweede om de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende wind in de zeilen te blazen.

1. Technologie kan voor systemische verbeteringen zorgen

Uit een enquête van Trends en De Huisarts die in 2007 gepubliceerd werd, erkent 63% van de 422 ondervraagde huisartsen dat de rust- en verzorgingstehuizen die zij bezoeken niet over elektronische medische dossiers voor zijn bewoners beschikt. Volgens de Euro Health Consumer Index 2009 deelt België wat e-Health betreft de 17e plaats op 33 Europese landen samen met nog 7 andere landen. België is gebuisd en behoort daarmee bij het minst presterende deel van de klas. Nochtans kunnen drie belangrijke baten voor de kwaliteit van de gezondheidszorg dankzij het gebruik van technologie worden

Technologie kan drie belangrijke baten voor de kwaliteit van zorg en gezondheidszorg teweeg brengen: meer respect voor de gezondheidsrichtlijnen en standaarden, verbeterde controle en toezicht van de patiënt en een verminderd aantal fouten met medicatie. Ook de efficiëntie kan dankzij het gebruik van ICT in de zorgsector verbeterd worden.

²⁶ Op <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

²⁷ Hier vindt de geïnteresseerde lezer alle nodige informatie: http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/index.html

aangetoond: meer respect voor de gezondheidsrichtlijnen en standaarden, verbeterde controle en toezicht van de patiënt en een verminderd aantal fouten met medicatie. Men kan dankzij het intensiever gebruik van ICT in de zorgsector daarenboven de efficiëntie van het zorgsysteem verbeteren. Ten eerste wordt minder zorg verbruikt. Dankzij meer accurate tests, toegang tot meer informatie over de patiënt, automatische herinneringen enzovoort worden de analyses en diagnoses steeds fijner waardoor minder zorg geconsumeerd wordt. Die minderconsumptie wordt in studies geraamd tussen de 8,5 en 24 % van het zorgverbruik. Ten tweede kan de zorgverlener zijn tijd efficiënter spenderen, dit stelt althans een studie van Kuperman *et al.* (1999) . Zij vonden dat de zorgverleners er 11% minder lang over deden om dezelfde zorgen aan te bieden. Tenslotte hebben onderzoekers zoals Hillestad *et al.* aangetoond dat dankzij het gebruik van nieuwe informatietechnologieën op middellange en lange termijn veel geld kan worden uitgespaard, ondanks de niet te onderschatten leer- en investeringskosten.

Om de effectiviteit van technologieën te kunnen vergelijken, werden Health Technology Assessments, ontwikkeld. Een HTA is een proces die de doeltreffendheid, de kosten, en bredere impact van gezondheidstechnologieën op het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij evalueert.

Met de belangrijke toename in de vergrijzinggebonden zorg- en gezondheidsuitgaven moet de kans worden gegrepen intensiever in technologieën te investeren die de kwaliteit en de efficiëntie van ons zorgsysteem verbeteren. De verhoogde efficiëntie die met het gebruik van informatietechnologie gepaard gaat, kan de uitgaven helpen te beperken. Hiervoor zijn echter wel de steun, samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid van de overheid, de verzekeraars, de zorginstellingen en de informele zorgverleners nodig. Als er steeds meer middelen besteed worden aan nieuwe technologie is het uiteraard ook van belang om deze investeringen aan een grondige evaluatie te onderleggen. Om de effectiviteit van technologieën te kunnen vergelijken, werden HTA's, oftewel Health Technology Assessments, ontwikkeld (Scales en Laupacis, 2007). Een HTA is een proces die de doeltreffendheid, de kosten, en bredere impact van gezondheidstechnologieën op het gezondheidszorgsysteem en de maatschappij evalueert. Onze aanbeveling is dan ook om zoveel als mogelijk HTA's te gebruiken op een niet discretionaire manier wanneer een belangrijke technologische investering gedaan moet worden²⁸. Op die manier wordt alleen aan de meest efficiënte technologieën geld besteed, waardoor de besparingsopportunity maximaal gegrepen wordt.

²⁸ In *What Price for a Year of Life? The Threshold Discussion in Health Technology Assessment* (2008) geven Pugath en Meir kritiek op de huidige HTA's en doen zelf een paar voorstellen om ze te verbeteren. Deze publicatie is online beschikbaar op volgende link: http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/HTA_4.pdf .

De tweede belangrijke doelstelling van zorgtechnologie is de zorgbehoevende oudere een deel van zijn autonomie en zelfredzaamheid laten terugwinnen.

Vandaag zijn toepassingen als multifunctionele personalarmering, telegeneeskunde, videobewaking, mobiele alarmering met locatiebepaling en videocommunicatie, technologische basisproducten die hun ingang in de sector voor ouderenzorg beginnen te vinden.

😊 AANBEVELING

- Zet in op technologie om de kwaliteit en efficiëntie van zorg en gezondheidszorg te verbeteren. Maak daarbij gebruik van Health Technology Assessments om te evalueren welke toepassingen de meeste zorg- en gezondheidszorgwinsten genereren.

2. Technologie en zelfredzaamheid

De tweede belangrijke doelstelling van zorgtechnologie is de zorgbehoevende oudere een deel van zijn autonomie en zelfredzaamheid laten terugwinnen. Men spreekt in dit geval wel eens van “gerontechnologie”. Op die manier kunnen ouderen langer in hun vertrouwde omgeving wonen en verzorgd worden, wat op hun verwachtingen inspeelt. Bovendien kunnen gerontechnologische applicaties op termijn besparingen teweeg brengen. Ten eerste kost het langer thuis houden van zorgbehoevendenden de belastingbetaler (maar daarom niet *per se* de samenleving) in principe minder (Gimbert, 2009). Ten tweede toont Monnier (2007) aan dat wanneer de gemiddelde intrede in instellingen enkele jaren kan worden uitgesteld, de verwachte stijging van de capaciteitsnoden voor intramurale zorg kunnen worden beperkt.

We kunnen het zo gek nog niet bedenken, of een techneut heeft er zijn hoofd wel al eens over gebroken. Vandaag zijn toepassingen als multifunctionele personalarmering, telegeneeskunde, videobewaking, mobiele alarmering met locatiebepaling en videocommunicatie, technologische basisproducten die hun ingang in de sector voor ouderenzorg beginnen te vinden. In Australië kan bij dementerende ouderen een bewakingssysteem geïnstalleerd worden dat vreemd gedrag detecteert en de huisarts desgevallend verwittigt. Een rapport van de Wereld Gezondheidsorganisatie haalt het voorbeeld van een zekere “Ms P” aan die aan een milde vorm van dementie lijdt. Op een dag stelde het bewakingssysteem vast dat Ms P zich significant anders gedroeg en verwittigde prompt de huisarts. Die ontdekte dat constipatie aan de oorzaak van Ms P’s vreemd gedrag lag en stuurde haar meteen naar het ziekenhuis waar ze verzorgd werd en diezelfde dag nog werd ontslagen. Dankzij de snelle detectie en de medische spoedopname werd een mogelijke lange ziekenhuisopname vermeden. Twee mooie Belgische projecten die het vernoemen waard zijn: “Dichtbij zorg op afstand” van het Wit-Gele kruis Antwerpen (kaderstuk 5) dat dementerende patiënten begeleidt, en ZorgTV van de Onafhankelijke Ziekenfondsen dat via informatie en educatie op maat en persoonlijke begeleiding via het televisietoestel diabetes type 2 patiënten assisteert. Op www.novatouch.nl kunt u een seniorensoftwareapplicatie downloaden en 30 dagen gratis uitproberen.

KADERSTUK 5 | PROJECT “DICHTBIJE ZORG OP AFSTAND”

Agendabeheer voor beginnend dementerenden

Het project “Dichtbij zorg op afstand” betreft een gezamenlijk initiatief van woon- en zorgcentrum De Hazelaar en Wit-Gele Kruis van Antwerpen. Opzet van het project is thuiswonende beginnend dementerenden 7 dagen op 7 en 24u op 24u herinneren aan hun afspraken en geplande taken. Dit kan gaan van medicatie-inname over een afspraak met kinesist of kapper tot een kaartnamiddag of familiefeestje. In de meeste gevallen gebeurt dit door middel van telefonisch contact maar in sommige gevallen zetten ze in het project ook videocommunicatie (een telefoon met beeldscherm) in om na te gaan of deze technologie een toegevoegde waarde biedt aan de dienstverlening. De Hazelaar zorgt binnen het project voor een zorgvuldige intake met de zorggebruiker en de agendabeheerder (meestal een mantelzorger) en het Wit-Gele Kruis van Antwerpen staat in voor de dagdagelijkse contacten met de zorggebruiker en voor de continue communicatie met de agendabeheerder vanuit de zorgcentrale.

Doelstelling

De bedoeling van het project is om - samen met en ter ondersteuning van de warme handen van mantelzorgers, verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden,... - beginnend dementerenden langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen in hun vertrouwde omgeving en zo een residentiële opname uit te stellen of mogelijk zelfs te vermijden.

Eerste bevindingen

De eerste beperkte ervaringen tonen aan dat de zorggebruiker effectief zijn/haar dag beter georganiseerd krijgt en dat hij/zij soms ook geniet van de extra aandacht van de centralisten. Een bijkomende vaststelling is dat de mantelzorgers hierdoor ook zeer sterk ontlast worden. Daar waar ze vroeger meerdere tijdsgebonden telefoontjes per dag moesten doen, wordt deze specifieke zorg hen nu uit handen genomen.

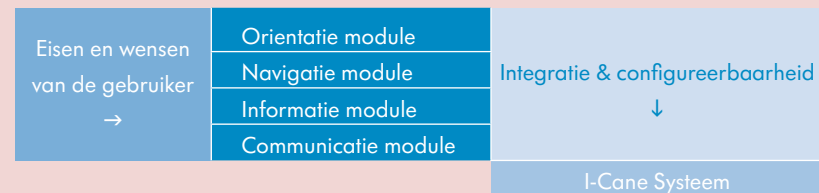
BRON: WIT-GELE KRUIS ANTWERPEN

Andere technologische applicaties liggen minder voor de hand en doen werkelijk futuristisch voor.

Andere technologische applicaties liggen minder voor de hand en doen werkelijk futuristisch voor. In 2001 werd in Japan het project “21st Century Robot Challenge” gelanceerd dat de ontwikkeling van huishoudelijke robots beoogt. De stichting i-Cane in Nederland ontwikkelde een geleidestok voor blinden, slechtzienden en mensen die het zicht verliezen die o.a. kan communiceren en navigeren (kaderstuk 6), en het Vilvoordse Living Tomorrow ontwierp de indrukwekkende seniorenflat van de toekomst (kaderstuk 7)²⁹. En dit is nog maar het topje van de ijsberg. Met de volle ontwikkeling van de nano- en biotechnologie lijken de enige grenzen ethisch te zijn.

KADERSTUK 6 | DE I-CANE

Momenteel bestaan er al diverse technologische hulpmiddelen voor obstakeldetectie en navigatie voor visueel gehandicapte personen. Deze hulpmiddelen zijn echter niet op elkaar afgestemd, werken niet samen en doen een groot beroep op de perceptuele en cognitieve vaardigheden van de gebruiker. Met instandhouding van de voordelen van de klassieke geleidestok (herkenbaarheid, doorgeven van fysieke signalen) is er duidelijk behoefte aan een geïntegreerde oplossing die de mogelijkheden van de moderne technologieën toevoegt aan deze geleidestok.



²⁹ In Chan et al. (2009) vindt de geïnteresseerde lezer een overzicht van bestaande technologieën en applicaties van de “smart homes”, of slimme woongelegenheden, toekomstige mogelijkheden en hun potentiële maatschappelijke impact.

Het i-Cane systeem is uitgerust met verschillende modules elk bestaande uit meerdere functies waaruit een keuze gemaakt kan worden door middel van Plug and Play mogelijkheden. Het modulair kunnen kiezen van functies naar eigen behoeften betekent op het terrein van ondersteunde mobiliteit een enorme sprong voorwaarts voor de gebruiker. Integratie en configureerbaarheid zijn de sleutelbegrippen. Het concept is zodoende gebaseerd op modulaire en geïntegreerde opbouw voor de volgende bijbehorende functies:

1. Obstakel Detectie: Om botsingen met obstakels in de looproute te voorkomen;
2. Navigatie: Om de weg te vinden via een vooraf bepaalde route;
3. Intergratie van communicatie vanuit externe bronnen zoals bijv. dienstregeling-wijziging en lokale informatie.
4. Informatievoorziening door middel van de voelpijl in het handvat;
5. Centrale intelligentie om te waken over de veiligheid.

BRON: STICHTING I-CANE
BRON: LIVING TOMORROW

KADERSTUK 7 | LIVING TOMORROW'S SENIORENFLAT VAN DE TOEKOMST

Living Tomorrow bouwde samen met haar partners een flat waarbij de nieuwe technologieën en systemen oplossingen kunnen bieden voor de zelf- en samenredzaamheid van de senior.

De uitgedachte seniorenflat bestaat nog niet maar is een goed voorbeeld van hoe senioren in de niet zo verre toekomst zouden kunnen leven, en het toont bovendien aan dat de technologische mogelijkheden de dag van vandaag al zeer ver kunnen gaan. Er werd gekozen voor een levensloopbestendige woning, een woning die voor iedereen en in elke levensfase veilig, comfortabel en toegankelijk is. Zonder grote verbouwwerken past deze woning zich aan de veranderende levensomstandigheden aan. De nadruk ligt op veiligheid en comfort, gezondheidszorg en communicatie met de buitenwereld.

De senior wil zich veilig voelen in de eigen omgeving

Met intelligente kookapparatuur krijgt de senior hulp bij het bereiden van de dagelijkse maaltijden. De intelligente oven en dampkap zijn uitgerust met sensoren die continu de specifieke temperatuur en vochtgehalte van de etenswaren meet. Wanneer een abnormale situatie zich voordoet (bijvoorbeeld aanbranden) zullen deze apparatuur dit onmiddellijk kunnen detecteren en automatisch uitschakelen in geval van gevaar. Ook het innovatieve vloertapijt vormt een onontbeerlijke schakel in functie van veiligheid. In het interactieve tapijt is een soort van alarmsysteem geïntegreerd waarmee men kan vaststellen of er zich een abnormale situatie voordoet. Wanneer de senior valt, detecteren de sensoren van het vloertapijt een langdurige druk. Op dat moment maakt het tapijt connectie met het verzorgend personeel via een alarmcentrale en kunnen ze onmiddellijk hulp bieden, wat complicaties bij breuken en hartinfarcten kan vermijden. Beide innovaties dragen ertoe bij dat het veiligheidsgevoel bij de senior verhoogt.

Technologie ondersteunt het contact met de buitenwereld

Contact met de buitenwereld en de familie is van groot belang voor oudere mensen. Vandaar dat Living Tomorrow via het domoticasysteem en internet een ontwikkeling heeft geïntegreerd zodanig dat de senior in direct contact kan staan met het huis van zijn kleinkinderen. Zo is het eenvoudig om bijvoorbeeld elke avond een verhaaltje voor te lezen aan het kleinkind zonder zich te moeten verplaatsen. Ook de telefoon in de seniorenflat zorgt ervoor dat telefoneren geen moeilijkheid meer is. De cijfertoetsen zijn gecombineerd met foto's van kinderen en kleinkinderen, en uiteraard zijn de icoontjes van de hulpdiensten aanwezig.

Technologie wordt ongetwijfeld één van de pijlers die ons de vergrijzingdruk zal helpen torsen. Toch is technologie niet zaligmakend. Het uitgangspunt moet een doordachte afstemming tussen de reële noden van de eindgebruiker, zijn naaste omgeving en de meerwaarde van ondersteunende technologie zijn.

Er zijn strenge randvoorwaarden aan het technologische succesverhaal verbonden. De "Seven design for all principles" zijn cruciaal.

Gezondheidszorg kan nu ook thuis

Dankzij de gebruiksvriendelijke technologie in de seniorenflat, is het mogelijk om de senior efficiëntere zorgverlening te verschaffen. De intelligente "health mirror" werd geïntegreerd ter preventie. Via bodysensoren in de tandenborstel, worden de belangrijkste parameters (hartslag, bloeddruk en lichaamstemperatuur) van de senior gemeten en op een beveiligde en geëncrypteerde manier doorgestuurd naar de huisarts. Bij een verdachte meting kan de arts zijn patiënt terugroepen, om erger te voorkomen. Dankzij de representatieve metingen van de parameters, blijft er tijdens het huisbezoek ook meer tijd over om de patiënt grondig te onderzoeken. Bovendien is er nu ruimte voor persoonlijk contact met de patiënt. Vaak dienen senioren ook verschillende medicijnen in te nemen. Wanneer de medicatie wordt vergeten, verlaagt drastisch de werking en efficiëntie van deze medicijnen. Daarom indiceert de intelligente health mirror de tijdstippen waarop de patiënt de medicatie dient in te nemen.

Technologie wordt ongetwijfeld één van de pijlers die ons de vergrijzingdruk zal helpen torsen. Toch is technologie niet zaligmakend. Het uitgangspunt moet een doordachte afstemming tussen de reële noden van de eindgebruiker, zijn naaste omgeving en de meerwaarde van ondersteunende technologie zijn. De meerwaarde van de technologische oplossing wordt bepaald door 1) het behoud van onafhankelijkheid die men als gebruiker ervaart, en 2) door de ondersteuning die de naaste omgeving ervaart door het gebruik van de ingezette technologie. Zorg kan dus niet enkel aan machines worden uitbesteed, zeker niet in de ouderenzorg waar ook het sociale en psychologische zorgcomponent doorwegen.

Maar er zijn nog strenge randvoorwaarden aan het technologische succesverhaal verbonden. Zo moet de technologie, zeker als ze aan het zorgbehoevend individu verbonden is, zo goed als onzichtbaar zijn om stigmatisering te voorkomen. Daarnaast moet ze ook 100% betrouwbaar zijn, want bij ouderen heeft technologie maar 1 kans. Faalt de technologie, dan is de kans ook groot dat de oudere de motivatie verliest om een volgende keer een nieuw technologieavontuur aan te gaan. "Daarom is een professionele aanpak een noodzaak bij het verstrekken van ondersteunende technologie", zegt Peter Deboutte, directeur van In-Ham, een VZW die de uitbouw van het multidisciplinair

Kenniscentrum voor assistieve technologie beoogt³⁰. “Een correcte afstemming tussen de vraag en het technologisch aanbod, de kennis van het profiel van de eindgebruiker zijn bijgevolg van primordiaal belang. Bij het adviseren van ondersteunende technologie moet bijgevolg interdisciplinair worden samengewerkt om de juiste keuze te maken” besluit Deboutte. Ook deze aanbeveling onthouden we.

Technologische overschakelingen gebeuren best geleidelijk en indien mogelijk is de technologie ‘*tunable and reconfigurable*’, het is te zeggen toepassingen die in staat zijn te leren, vast te stellen en gepersonaliseerd en aangepast kunnen worden. Cruciaal is tenslotte de ‘*Seven Design for all*’ principes van architect-goeroe Ron Mace in acht te nemen:

- Bruikbaar voor iedereen
- Flexibiliteit in het gebruik
- Eenvoudig en intuïtief gebruik
- Begrijpelijke informatie
- Marge voor vergissingen opdat de gevaren en ongewenste resultaten van verkeerde handelingen en onbewuste acties worden beperkt.
- Beperkte inspanning
- Geschikte afmetingen en gebruiksnormen

Beleidsmatig moeten we lessen trekken uit de algemene en permanente ICT-revolutie van onze tijd: innovatie en evolutie zijn de vrucht van een dynamische privé-markt, die daarenboven internationaal is. Hier zit een enorm economisch potentieel dat niet in een beleidsplan te vatten is. Beleidsmakers kunnen het niet realiseren, ze kunnen het wel blokkeren of faciliteren. Wij gaan voor het laatste. Vraag is dan: om een dergelijk succesverhaal ook in België te laten leven wat is nodig en welke zijn de aandachtspunten?

De voordelen van de informatiemaatschappij dreigen in het bijzonder voorbij te gaan aan bejaarden omdat zij vaak niet over een **basistoegang** tot technologie en informatietechnologie beschikken. Dit betekent concreet dat de digitale achterstand van de senioren dichtgefitst dient te worden. Slechts 10% van de mensen ouder dan 65 gebruiken regelmatig internet, tegenover een gemiddelde van 47% voor de EU 25 (Europese Commissie, 2007). De belemmeringen voor de beperkte penetratiegraad van techno-

Slechts 10% van de mensen ouder dan 65 gebruiken regelmatig internet, tegenover een gemiddelde van 47% voor de EU 25. De voordelen van de informatiemaatschappij dreigen voorbij te gaan aan bejaarden omdat zij niet over een basistoegang tot technologie en informatietechnologie beschikken.

³⁰ Op de studienamiddag “Nu zorgen voor morgen 2010, Technologie in eerstelijnszorg” te Roeselaere op 27/04/2010.

logie bij 65-plussers zijn vaak een gebrek aan motivatie, financiële middelen, digitale vaardigheden en de beschikbaarheid van gepaste opleidingen. Hierdoor investeert de markt onvoldoende in innovatie voor zinvolle en betaalbare oplossingen voor ouderen. De markt is te klein omdat ook de penetratiegraad van nieuwe technologieën en applicaties bij senioren te klein is. De markt is gefragmenteerd waardoor het nemen van **innovatie- en ondernemingsrisico's** afgeremd wordt. "De vicieuze cirkel van onvoldoende aangepaste oplossingen, een te beperkt bewustzijn, het gebrek aan schaalvoordelen en normen alsmede aan duurzame bedrijfsmodellen, waardoor onvoldoende wordt geïnvesteerd in onderzoek en innovatie, moet worden doorbroken", schrijft de Europese Commissie (p.7). Maar hoe?

Om de toegang van senioren tot technologie en ICT te bevorderen moeten senioren er in de eerste plaats vertrouwd mee geraken. Er kunnen digitale opleidingscheques worden gebruikt voor gepensioneerden en de aanwezigheid van computers en breedband in voorzieningen worden aangemoedigd. Daarenboven kunnen beroepsvereniging, de bedrijfswereld, academici en consumentenverenigingen worden aangezet samen te werken om de seniorentoegankelijkheid van websites en andere ICT-applicaties te verbeteren. Er moet hier wel worden bijgezegd dat de babyboomers in vergelijking met hun voorgangers al veel vertrouwd met computers en technologie zullen kunnen werken. De toegang van de senioren verbetert de komende jaren waarschijnlijk deels van zelf.

Aan de aanbodzijde spelen vooral de innovatie- en ondernemingsrisico's een belemmerende rol. Het beleid beschikt evenwel over verschillende instrumenten om de bestaande risico's drastisch te verminderen.

Om de innovatie- en ondernemingsrisico's te verminderen zijn verschillende beleidsinstrumenten voor handen. Ten eerste moet de markt voor ICT en gerontechnologische applicaties worden uitgebreid. Prioritair is daarbij het ontwikkelen op internationaal niveau van gemeenschappelijke normen en standaarden opdat verschillende systemen met elkaar compatible zouden zijn. Dat dit nog niet gebeurd is heeft te maken met het ernstige gebrek aan coördinatie en samenwerking tussen marktactoren over de hele dienstverleningsketen. "Samenwerking tussen de bedrijfswereld, gebruikers en de overheid is essentieel om tot een sterk bewustzijn en grote zichtbaarheid te komen, de rendabiliteit te verbeteren, de transparantie te verhogen met begrip voor de behoeften van gebruikers, oplossingen te vinden voor interoperabiliteitsproblemen, de regelgeving onderling af te stemmen, risico's te delen op het gebied van onderzoek en innovatie en, in het algemeen, toe te zien op de vooruitgang" (p.8). Concreet moeten onderzoeksagenda's op elkaar worden afgestemd, de beperkte middelen worden geconsolideerd en gemeenschappelijke platformen worden ontwikkeld. Het is verheugend te lezen dat

onderzoek- en ontwikkelingsprojecten op EU niveau zullen worden gebundeld met andere initiatieven om een gemeenschappelijk interoperabiliteitskader te creëren voor ICT-oplossingen en diensten voor ouderen. Om vaste investeringskosten te drukken en om zoveel mogelijk ideeën met elkaar te laten botsen zijn concentratie en grootschaligheid essentieel. Open innovatieprincipes kunnen daarbij gebruikt worden³¹. Ook risicodelende overeenkomsten waarbij de investeringskosten juridisch over verschillende spelers (vaak is één van die spelers de overheid) worden verdeeld kunnen hoge noden, hoge kosten en eventueel hoge baten met elkaar verzoenen.

😊 AANBEVELINGEN

- Aan de vraagzijde moet de digitale achterstand van de senioren dichtgefiets worden. De overheid kan de toegang tot technologie en ICT verbeteren door te investeren in opleiding (door middel van opleidingscheques bijvoorbeeld) en het beschikbaar stellen van goed uitgewerkte voorzieningen.
- De aanbodzijde moet er op toezien dat zij haar producten in samenspraak met de gebruikers ontwikkelt en daarbij op een heel resem randvoorwaarden letten (stigmatisering is bijvoorbeeld uit den boze). De zeven design for all principes zijn daarbij een uitstekende leidraad.
- Voor de overheid is een belangrijke taak weggelegd om de innovatie- en ondernemingsrisico's van de aanbodzijde te verminderen. Coördinatie, via algemene normen en standaarden en het internationaal afstemmen van onderzoeksagenda's, interoperabiliteit, schaalvoordelen via gestroomlijnde regulering, juridische kaders die risicodelende overeenkomsten mogelijk maken en het bevorderen van open innovatieprincipes kunnen inderdaad van doorslaggevend belang zijn. Het is aangewezen dat de overheid een industrieel beleid "light" voert, maar – zo leert de economische geschiedenis ons – zeker niet meer dan dat.
- Zelfzorg via empowerment kan natuurlijk maar een deel van het totale zorgpakket uitmaken en uiteindelijk worden we toch min of meer afhankelijk van anderen om verzorgd te worden. Ook zij moeten dus in hun zorgverstrekken rol worden versterkt.

³¹ Meer info op <http://www.openinnovatie.nl>

Vele studies stellen dat een goed uitgebouwde en toegankelijke eerste lijn de sleutel is tot een kwaliteitsvol en kostenefficiënt gezondheidszorgsysteem. Dat is niet anders voor het ouderenzorgsysteem: huisartsen staan namelijk garant voor een correcte doorverwijzing.

EMPOWER DE OMGEVING!

Het belang van de eerste lijn

Huisartsen worden wel eens de poortbewakers van ons gezondheidszorgsysteem genoemd. Zij verwijzen namelijk de patiënten door naar specialisten als zij van mening zijn dat een verdere gespecialiseerde diagnosestelling en eventuele behandeling gewenst zijn. Zo zorgen huisartsen ervoor dat niet iedereen bij een specialist terecht komt, dat degenen die gespecialiseerde zorg nodig hebben die ook op tijd krijgen en dat hun eigen patiënten op tijd worden onderzocht en behandeld zodat latere duurdere (gespecialiseerde) ingrepen minder nodig zijn. Vele studies stellen daarom dat een goed uitgebouwde en toegankelijke eerste lijn de sleutel is tot een kwaliteitsvol en kostenefficiënt gezondheidszorgsysteem.

Dat is niet veel anders voor ons ouderenzorgsysteem. Van Camp-Van Rensbergen (2005) stelt vast dat “ondanks het feit dat het geslachts-, leeftijds- en gezondheidsprofiel van ROB/RVT-bewoners globaal goed vergelijkbaar is [...] [er] geen gelijklopend profiel van ziekenhuisverwijzingen [werden] gevonden. Zowel op vlak van hospitalisatiegraad (aantal hospitalisaties) als op vlak van hospitalisatie-indicatie, onderscheiden instellingen zich sterk van elkaar.”(p.35) Ouderen worden in bepaalde gevallen soms wel, en soms niet naar het ziekenhuis doorverwezen zonder dat daar een medisch objectieve reden voor bestaat. Een onaangepaste doorverwijzing staat natuurlijk haaks op een kwaliteitsvolle en kostenefficiënte zorgverlening³². Onnodige verplaatsingen, hoger risico om infectie op te lopen, wat dan weer leidt tot langere en intensievere hospitalisaties, etc. kunnen het gevolg van onnodige doorverwijzingen zijn. Van Camp-Van Rensbergen besluit dan ook dat vooral de kwaliteitszorg van de huisartsgeneeskunde borg staat voor een correct aantal doorverwijzingen. “De kennis en kunde van behandelende (huis)artsen, maar ook hun prioriteiten met daaruit voortvloeiend verwijsgedrag bepalen in sterke mate de hospitalisatiegraad van de patiënten. De literatuur leert alleszins dat heel wat verwijzingen kunnen voorkomen worden.” (p. 35-36)

Ook in de ouderenzorg moet de **rol van de eerste lijn** geneeskunde worden versterkt. Concreet kan dit door het huisartsenberoep te herwaarderen³³, door huisartsen een pro-

³² Lynn (1997) stelt dat het terugdringen van hospitalisaties ook voor financiële redenen interessant is.

³³ Elders argumenteerden wij hoe het huisartsenberoep in België kan worden opgewaardeerd (Van Damme, 2009).

minentere (regisserende) zorgrol te doen spelen in ROB-RVT's³⁴, door het belang van klinische richtlijnen te onderstrepen (Berlowitz *et al.*, 2001) en bij twijfelgevallen over de doorverwijzing van een bewoner op de expertise van een geriatrisch consult terug te vallen. Omdat sommige huisartsen te snel uit onwetendheid doorverwijzen zouden zij die (vaak) met ouderenzorgvoorzieningen werken geriatrisch kunnen worden bijgeschoold. De bewoner heeft ook baat bij een beter uitgerust woonzorgcentrum zodat bij ouderen veel voorkomende medische problemen (urine­weginfecties, pneumonie, veneuze trombose, hartfalen) zonder hospitalisatie kunnen worden verzorgd (Ackermann, 2001). Dit zou met bijkomende middelen geflankeerd moeten worden. Omdat meten gelijk staat aan weten stellen wij in de lijn van Van Camp-Van Rensbergen voor alle ziekenhuisverwijzingen "correct" te registreren – het is te zeggen rekening houdend met de bevolkingskarakteristieken van de ouderenzorginstelling – om te kunnen nagaan welk hospitalisatieniveau aanvaardbaar is tegenover het referentiegemiddelde. Een bescheiden bonus-(malus)systeem zou de zorginstellingen de juiste financiële prikkels moeten geven.

😊 AANBEVELINGEN

- De rol van de eerste lijn geneeskunde moet ook in de ouderenzorg worden versterkt omdat zij garant staat voor een correctere doorverwijzing. Het **huisartsenberoep** zelf moet worden geherwaardeerd en huisartsen die veel met senioren werken moeten worden bijgeschoold.
- Op het meso-niveau kunnen bepaalde **woonzorgcentra** meer medische functies opnemen en moeten de ziekenhuisverwijzingen correct geregistreerd worden. Een bonus-(malus)systeem kan voor de nodige financiële prikkels zorgen.

Professionele ouderenzorg is een knelpuntberoep.

• Welke toekomstperspectieven?

De hoogste instroom van kandidaat-verplegers in twintig jaar ten spijt (Hertogen, 2010), kennen we zorgberoepen in de eerste plaats nog steeds als knelpuntberoepen. Het is ook maar de vraag hoeveel marge de sector heeft om nieuwe studenten en beroeps­krachten aan te trekken, ondanks gecibleerde loonsverhogingen (voor oncomfortabele uren bijvoorbeeld)³⁵. Gegeven de toenemende zorgvraag, het schaarser wordende arbeidsaanbod en de verzuchtingen van de ouderen "Generation 2.0", wijst alles er dan

Alles wijst erop dat het huidige personeelstekort zich de komende jaren alleen maar zal doortrekken. Bij 54% van de woonzorgcentra houdt het structurele tekort maanden aan, bij 20% zelfs jaren. Gemiddeld hebben de voorzieningen 1,75 openstaande vacatures voor verpleegkundigen.

34 Omdat de huisarts een duidelijk beeld heeft van wat het totaal aan zorg moet bieden kan hij optreden als regisseur. Op basis van het gevormde totaalbeeld geeft hij aanwijzingen aan alle betrokken zorgverleners.

35 De Morgen, 05/03/2010. Minister Onkelinx zegt loonverhoging toe voor honderdduizend verplegers.

ook op dat het huidige tekort zich de komende jaren alleen maar zal doortrekken. De cijfers die in het tweede hoofdstuk uit de doeken werden gedaan, liegen er niet om. Binnen hier en vier jaar moeten de Vlaamse zorg en gezondheidssector samen 60 000 nieuwe mensen weten aan te trekken, weet het Kabinet Vandeuren. Volgens Van Buggenhout (2010) zijn 9 op de 10 Vlaamse rusthuizen momenteel op zoek naar verpleegkundigen³⁶. Uiteindelijk wordt het gezochte personeel gevonden, maar steeds vaker in het buitenland – en aan een serieuze meerkost. Nog volgens het onderzoek van Van Buggenhout zou meer dan 60% van de ondervraagde rusthuisdirecteurs het arbeidscontract van één of meerdere verpleegkundigen op het ogenblik van de ondervraging willen verbreken, maar dit door het aanbodtekort niet doen. 24-uurs permanentie organiseren met de gewone zorgequipe lijkt voor 46% van de ondervraagde rusthuizen problematisch. Bij 54% van de bevroegde woonzorgcentra houdt het structurele tekort maanden aan, bij 20% zelfs jaren. Het is dus geen overdrijving te spreken van een chronisch probleem. Gemiddeld hebben de voorzieningen 1,75 openstaande vacatures voor verpleegkundigen, 46% van de openstaande vacatures geraakten binnen de zes maand niet ingevuld. De respons is in die mate laag dat verantwoordelijken voor het personeelsbeleid in de helft van de gevallen niet kan kiezen omdat er zich slechts één kandidaat komt aanbieden.

In onze eigen niet-representatieve bevraging van rusthuisdirecteurs blijkt het nopende personeelstekort steevast dé uitdaging van de komende jaren te worden. Tegenwoordig heb je bijna een ingenieursdiploma nodig om in een zorginstelling het dienstrooster te kunnen opmaken. Enerzijds wordt de zorgvraag groter en complexer. Anderzijds wordt het arbeidsaanbod schaarser en cultureel gevarieerder. Iedereen is het er over eens: de zorgsector zit met een personeelsuitdaging van formaat³⁷. Belangrijker is echter welke oplossingen voor handen liggen?

36 Van Buggenhout ondervroeg voor zijn onderzoek 274 Vlaamse woonzorgcentra die zorg dragen voor zo'n 24 000 bewoners.

37 Pacolet *et al.* (2005) schrijven "De schaarste aan zorg zal er één zijn van schaarste aan financieringsmiddelen. [...] Wij vrezen dan ook dat hier de voornaamste schaarste zich zal manifesteren, en niet in de schaarste aan beroepskrachten." (p. 72) Wij spreken liever over een dubbele schaarste: die van de middelen en die van beroepskrachten.

In 2010 studeerden 3000 verplegers af waarvan minstens de helft naar de ouderenzorg zou moeten doorstromen. Nochtans zullen slechts 300 verplegers voor ouderenzorg kiezen - een structureel tekort van 75% per jaar.

Verpleegkundigen denken blijkbaar dat in een rusthuis werken gelijkstaat met levenslang ouderen wassen en pampers verversen, terwijl ze vaak meer verantwoordelijkheden krijgen dan in ziekenhuizen.

- **Beleidsaanbevelingen**

OUDERENZORG ZOEKT GOEDE PR-MAN OF -VROUW

“In 2009 was de gezondheidszorg de tweede grootste sector waar werkzoekenden hun pijlen op richten”, kon men dit jaar in de Artsenkrant lezen, “want het is de enige sector met duurzame jobs”. De komende 10 jaar telt Vlaanderen zo’n 40 à 50 000 nieuwe verpleegkundigen meer (Van Buggenhout, 2010). De uitdaging zal er dus in bestaan een leeuwendeel van hen te overtuigen voor ouderenzorg te kiezen. Zo studeerden in 2010 zo’n 3000 verplegers af, waarvan minstens de helft naar de ouderenzorg zou moeten doorstromen. Nochtans zullen slechts 300 verplegers voor ouderenzorg kiezen, waardoor zich bij een ongewijzigde trend een bijna structureel tekort van 75% per jaar voordoet.

Het zal niet simpel zijn die trend om te buigen. De sector voor ouderenzorg kampt namelijk met een imago probleem. Uit de enquête van Van Buggenhout (2010) blijkt dat slechts 37% van de laatstejaarsstudenten verpleegkunde denkt dat woonzorgcentra goed tot uitstekend betalen, tegenover 92% voor universitaire ziekenhuizen bijvoorbeeld. Samen met de humanitaire organisaties moeten de woonzorgcentra hiermee hun zes sectorconcurrenten laten voorgaan en eindigen op de laatste plaats. En in een interview met De Standaard (05/03/2010) verklaarde Kurt Stabel, ondervoorzitter van de Federatie Onafhankelijke Seniorenzorg, dat het huizenhoge imago probleem het grootste pijnpunt van de sector is: “Verpleegkundigen denken blijkbaar dat in een rusthuis werken gelijkstaat met levenslang ouderen wassen en pampers verversen, terwijl ze vaak meer verantwoordelijkheden krijgen dan in ziekenhuizen, omdat rusthuizen geen dokters in vast dienstverband hebben”.

Er zou dus een gerichte communicatiecampagne moeten worden opgezet om die (valse) vooroordelen deels de wereld uit te helpen. De hogescholen waar verpleegkunde gedoceerd wordt moeten daarbij het geprivilegieerde doelpubliek worden. De opleiding zou in het licht van het (toekomstige) belang van ouderenzorg nog meer geriatrische accenten kunnen integreren. Zo krijgen verpleegkundigen in woonzorgcentra veel sneller en veel vaker managementverantwoordelijkheden, iets dat veel ambitieuze studenten kan aanspreken, die in de opleiding extra in de verf kunnen worden gezet. Dat komt niet alleen het sectorimago ten goede, de studenten zullen ook zeer belangrijke kennis opdoen. Verpleegkundigen in opleiding actief bij de wondere wereld van assistieve oude-

De boodschap dat ouderenzorg één van de sterkhouders van onze economie wordt zou studenten op zoek naar werkzekerheid en – als het tekort aanblijft – hogere lonen moeten kunnen lokken.

Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn belangrijke instrumenten om personeel optimaal in te zetten en zorg op maat te geven. Ze bieden bovendien een beter carrièreperspectief voor mensen die al in de zorg werken en ruimte voor de instroom van lager opgeleiden; en juist daar is ruimte voor de instroom van zorgpersoneel.

renzorgtechnologie betrekken kan evenzeer tot het gewenste magneeteffect bijdragen. De sector zou ook een jaarlijkse sensibilisatiecampagne voor de laatstejaarsstudenten ASO, TSO en BSO op touw kunnen zetten opdat meer laatstejaars voor een opleiding verpleegkunde zouden kiezen en op tijd warm worden gemaakt voor de ontwikkelingskansen die de sector voor ouderenzorg herbergt. “Oud is niet out” moet de boodschap zijn. Wel in tegendeel, de boodschap dat ouderenzorg één van de sterkhouders van onze economie wordt zou studenten op zoek naar werkzekerheid en – als het tekort aanblijft – hogere lonen moeten kunnen lokken.

☺ AANBEVELINGEN

- Overheid en sector moeten de handen in elkaar slaan en een grootscheepse, maar gerichte communicatiecampagne opstarten. De bedoeling moet zijn bepaalde onterechte vooroordelen de wereld uit te helpen, en de boodschap overbrengen dat oud absoluut niet out is.
- Leg meer nadruk op management en technologie in de opleiding geriatrische verpleegkunde.

• Ga voor meer functiediversificatie

Om de professionele seniorenzorg te versterken moeten zowel het ouderenzorg-imago als het ouderenzorgberoep zelf aantrekkelijker worden gemaakt. Overigens hebben de twee op elkaar een versterkend effect. Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn voor imago en beroepsinhoud uiterst belangrijke pistes. We kunnen het een hardwerkende student niet kwalijk nemen bang te zijn “minderwaardige” zorgtaken te moeten uitvoeren eenmaal op de werkvloer. Daarenboven zijn taakherschikking en functiedifferentiatie belangrijke instrumenten om personeel optimaal in te zetten en zorg op maat aan te bieden.

Bij taakherschikking worden (de minder complexe) zorgtaken structureel overgeheveld. Bij functiedifferentiatie worden taken uitgesplitst naar nieuwe functies. Functies worden hierdoor aantrekkelijker; de werkdruk vermindert doordat taken worden afgestoten en er vindt verdieping plaats doordat nieuwe taken kunnen worden toegevoegd. Zowel taakherschikking als functiedifferentiatie geven hoogopgeleid zorgpersoneel meer tijd om zich te richten op meer complexe zorgvragen. Op die manier gaat de taakuitvoering van de verpleegkundige beroepsuitoefening gepaard met een verhoging van de

kwalificatie- en specialisatiegraad van de verpleegkundigen die veel meer dan vroeger in multidisciplinaire teams zullen werken. Dit betekent dat men inzet op de complementariteit tussen de verschillende zorgberoepen. Taakherschikking en functiedifferentiatie bieden een beter carrièreperspectief voor mensen die al in de zorg werken en ruimte voor de instroom van lager opgeleiden, en juist daar is ruimte voor de instroom van zorgpersoneel (ZIP, 2009). In Duitsland is er in tegenstelling tot vele andere landen een specifieke kwalificatie van verplegend ouderenzorgpersoneel.

☺ AANBEVELING

- Werk een nieuwe functieclassificatie uit die meer ruimte geeft aan professionele groeitrajecten met bijhorende verloning aan zowel verticale als horizontale functie-groei en promotie.

- **Ondersteun de zorgverstrekkers**

Om kwaliteit en kwantiteit van het zorgaanbod niet te fnuiken moeten ook de professionele zorgverstrekkers geflankeerd worden. Dit gebeurt het best in vier belangrijke domeinen: technologische ondersteuning, administratieve ondersteuning, “huishoudelijke” ondersteuning en opleiding.

Fysisch belastende taken kunnen door machines en robots worden gedaan waardoor het personeelsverloop vermindert en de verzorgende krachten spaart.

Nu al zijn ruim 560 VTE verpleegkundigen in Vlaanderen bezig met registraties in plaats van met patiënten. Ze moeten zich kunnen concentreren op hun basistaken: zorgen voor senioren.

1. Door te investeren in technologie kunnen zorgverstrekkers de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren en de verzorgende van bepaalde taken ontlasten, waardoor meer tijd vrijkomt voor de sociopsychologische aspecten van het takenpakket. Fysisch belastende taken kunnen door machines en robots worden gedaan waardoor het personeelsverloop vermindert en de verzorgende krachten spaart. Dit draagt direct of indirect bij aan het terugdringen van het ziekteverzuim. De bekendste voorbeelden zijn een volledig uitgewerkt elektronisch patiëntendossier, automaten voor de bedeling van medicatie, instrumenten die personeel toewijzen en een ergonomische werkplaats (Theunis, 2010).
2. Ook administratief moeten de zorgverleners worden bijgestaan. Nu al zijn ruim 560 voltijdse equivalente (VTE) verpleegkundigen in Vlaanderen bezig met registraties in plaats van met patiënten (Zorgnet Vlaanderen, 2010). Ze moeten zich kunnen concentreren op hun basistaken: zorgen voor senioren. Dit kan door middel van informatie en communicatietechnologieën (Globaal Medisch Dossier bijvoorbeeld), maar ook dankzij de inschakeling van logistieke medewerkers. Door beter aangepaste per-

Een verpleegkundige loopbaan valt niet gemakkelijk te rijmen met het huishoudelijke gezinsritme. Hier kan de overheid in de bres springen.

Permanente vorming, opleiding en verdergezet onderwijs mogen niet aan het flankeringpakket ontbreken.

- soneelsvereisten (zie infra) kan hier eventueel overheidsfinanciering voor worden voorzien. Er kunnen ook financiële prikkels worden ingevoerd om het gebruik van procesondersteunende ICT te bevorderen.
3. Een zorginstelling kan niet worden stilgelegd. 24 uur op 24, 7 dagen op 7 moet er voldoende zorgpermanentie worden voorzien. Hierdoor klopt het verzorgend personeel "oncomfortabele" uren die niet gemakkelijk te rijmen vallen met het huishoudelijke gezinsritme. Ook hier kunnen zorginstellingen, eventueel geholpen door de overheid, voor hun personeel in de bres springen door bijvoorbeeld was- en strijkdiensten of kinderopvang aan te bieden. Een betere verloning voor onregelmatige prestaties en oproeppremies, waar onze beleidsmakers al verschillende keren gebruik van maakten, zijn ook interessante mogelijkheden.
 4. Tot slot mag permanente vorming, opleiding en verdergezet onderwijs niet aan het flankeringpakket ontbreken. De aanbeveling van Van Buggenhout (2010) luidt als volgt: "Referentie-opleidingen kunnen verder uitgebouwd worden maar wel in nauwe samenwerking met de werkvloer, dit op maat van de sector en zijn medewerkers. Bepaalde opleidingen kunnen opengesteld worden voor niet-verpleegkundigen. Naast deze opleidingen, dient er specifieke aandacht gegeven te worden aan continue bij- en nascholing van gezondheidswerkers. Speciale opleidingscursussen kunnen (verder) uitgewerkt worden met als doel oudere verpleegkundigen aan te moedigen om weer in de gezondheidszorg te gaan werken. Ook rond taal en management wordt een duidelijke nood gedetecteerd". Zorgnet Vlaanderen denkt meer ASO'ers naar de sector te leiden door een "professionele master in de verpleegkunde" op universitair niveau op te richten.

Twee interessante initiatieven verdienen het hier vermeld te worden. Project 600 biedt voor het komende academiejaar extra-vormingskansen voor personeelsleden uit de privé en publieke gezondheidssector. De geselecteerde kandidaten of kandidates krijgen de mogelijkheid om met loonbehoud drie jaar te studeren voor bachelor in de verpleegkunde of voor gebrevetteerd verpleegkundige. Intussen worden er voor de betrokken personeelsleden voor de duur van de vorming laaggeschoolde vervangers aangetrokken, die zo een nuttige werkervaring opdoen. De federale staat draagt de loonkosten van het vervangend personeel. Het Sint Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg gebruikt dan weer op een innovatieve manier de mogelijkheden van het digitale tijdperk om haar personeel continu te vormen (kaderstuk 8).

KADERSTUK 8 | DIGITAAL LEERPLEIN VOOR DE PROFESSIONAL (ST. ELISABETH ZIEKENHUIS TILBURG)

Het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg heeft zich enkele jaren geleden ten doel gesteld de kwaliteit van de beschikbare opleidingen voor verpleegkundigen en artsen te verbeteren en is destijds gestart met het invoeren van een nieuw digitaal leerplein.

- **Innovatie:** Het onderwijs is mede door en voor de professionals uit de organisatie ontworpen en ontwikkeld en geeft een nieuwe impuls aan de samenhang tussen het opleiden in formele (training)situaties en het leren op de werkplek.
- **Aanpak:** Het nieuwe elektronisch leren omvat zowel een nieuw leermanagementsysteem als een virtueel schoolgebouw, waarbinnen medewerkers zelf verantwoordelijk zijn voor het doorlopen en volgen van onderwijsmodules. Binnen het onderwijs wordt continu gezocht naar de koppeling tussen theorie en praktijk en het differentiëren naar verschillende leerstijlen en leerbehoeften van deelnemers.
- **Resultaat:** Het digitale leerplein is een groot succes: per maand zijn er 4.000 tot 5.000 inloguren; in 2,5 jaar tijd zijn er 3.000 onderwijsmodules gevolgd en is het aantal klassikale opleidingsuren teruggebracht met 20 tot 50 procent. De gezamenlijke aanpak stelt iedereen tevreden, zowel de artsen als de verpleegkundigen die de opleidingen volgen. Tevens wordt de digitale leeromgeving inmiddels bij meerdere ziekenhuizen in Nederland ingevoerd.

BRON: ZORGINNOVATIEPLATFORM

😊 AANBEVELING

- Ondersteun ook de professionele zorgverstrekkers via technologie, administratieve en huishoudelijke assistentie en vorming en opleiding.

• Herdenk de personeelvereisten

Om van de RIZIV-financiering te kunnen genieten moeten woonzorgcentra aan bepaalde personeelsnormen voldoen. Deze worden per 30 bewoners met eenzelfde zorgprofiel berekend en naargelang de "aard van het bed" (ROB of RVT). We moeten durven de huidige personeelsnormen in vraag stellen om meer en betere zorg uit evenveel,

We moeten durven de huidige personeelsnormen in vraag stellen om meer en betere zorg uit evenveel, of meer, mensen te halen.

of meer, mensen te halen. Dit sluit overigens perfect aan bij de vorige aanbevelingen van taakherschikking en functiedifferentiatie. Het punt wordt best aan de hand van een voorbeeld gemaakt. Dit is de personeelsnorm voor 30 RVT-bedden van categorie C op de Katz-schaal (zorgprofiel):

Vandaag	Verpleegkundigen	Verzorgend personeel	Paramedisch	Ergo en logo	Totaal
	5	6	0,5	1	12,5

Gegeven de nodige taakherschikking en functiedifferentiatie kunnen we ons zonder al te veel problemen volgende personeelsnorm inbeelden:

Morgen?	Verpleegkundigen	Verzorgend personeel	Paramedisch	Ergo en logo	Ondersteunend	Totaal
	3	7	0,5	1	2	13,5
	-2	+1	=	=	+2	+1

De verpleegkundigen kunnen zich nu meer met hun zorgtechnische en coördinerende taken bezighouden, terwijl meer "mankracht" vrijkomt voor de alledaagse zorgtaken. De twee bijkomende ondersteunende profielen ontlasten de verpleegkundigen en het verzorgend personeel van hun administratieve en logistieke taken waardoor ze meer tijd hebben om met de residenten door te brengen. Door in te zetten op ondersteunend personeel moeten netto ook minder zorg- en verpleegkundigen worden gevonden hetgeen de vraagdruk op deze knelpuntberoepen zal verminderen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen welke de financiële gevolgen zijn van een herschikking van de personeelsnorm. Een verschuiving van de financiële middelen van acute zorg naar chronische zorg mag daarbij geen taboe zijn. Het punt is echter dat men bestaande personeelsnormen moet durven in vraag stellen en doen evolueren in de richting van meer taakherschikking en functiedifferentiatie.

Via officiële erkenningsprocedures kunnen ervaring en competenties in de balans worden gelegd om een gepast diploma-equivalent (of certificaat) te behalen. De personeelsvereisten moderniseren en vooral competenties laten gelden zullen het personeelsaanbod in de zorgsector op die manier ten goede komen. Vooral om meer verzorgend personeel aan te trekken lijkt dit een interessante piste. Door de aanwezige competenties te onderkennen kan nieuw en zittend personeel gericht en sneller worden (bij)

Via officiële erkenningsprocedures kunnen ervaring en competenties in de balans worden gelegd om een gepast diploma-equivalent (of certificaat) te behalen.

geschoold. Zeker voor herintreders of zij-instromers uit verwante werkterreinen is dit verleidelijk. De inzetbaarheid van medewerkers kan er gevoelig mee verhoogd worden. Het zal ook de algemene mobiliteit in de zorgsector verbeteren, en bijgevolg tot kruisbestuiving en innovatie leiden. De speciale erkenningsprocedure moet wel ondersteund worden met aangepaste opleidingstrajecten waarbij leren en werken maximaal kunnen worden gecombineerd. Het kan niet de bedoeling zijn aan ongekwalificeerd personeel zorgtaken toe te vertrouwen.

😊 AANBEVELINGEN

- Durf de personeelsvereisten in vraag te stellen. Een verschuiving van de financiële middelen van acute zorg naar chronische zorg mag daarbij geen taboe zijn.
- Laat ook competenties gelden voor (bij)scholing en inzetbaarheid. Voorzie in het opleidingsaanbod nog meer aangepaste opleidingstrajecten om competenties gemakkelijker te laten gelden.

- **Zet in op een creatieve en flexibele arbeidsorganisatie**

Ten slotte zullen zowel beleid als zorginstellingen creativiteit en flexibiliteit aan de dag moeten brengen om een te ernstig tekort te overbruggen. Dat laatste zal niet evident zijn en op toveroplossingen moet men al helemaal niet rekenen. Beleidsmakers streven verschillende doelstellingen na die niet allemaal volledig kunnen worden gerealiseerd. Het is vaak koorddansen tussen de vraag van het personeel naar voldoende flexibiliteit en de vraag van de werkgevers naar voldoende voorspelbaarheid en stabiliteit. Het gevonden evenwicht moet daarenboven een personeelsaanbod garanderen dat aan de kwaliteitseisen kan voldoen.

Wat kan de overheid bewerkstelligen? Ten eerste kan de **arbeidswetgeving** worden versoepeld en vereenvoudigd. Dit dient in samenspraak met de werkgevers- en werknemersorganisaties te gebeuren. Ter illustratie geven wij een paar voorbeelden mee van twee belangrijke koepelorganisaties. Zorgnet Vlaanderen vraagt 1) de versoepeling in welbepaalde omstandigheden van de verplichte rustpauze van 11 uur tussen twee diensten, 2) de verhoging van het krediet aan bijkomende uren voor de deeltijdse werknemers, 3) de flexibilisering van de minimale werkperiode van 3 uur, en 4) de legislatieve onderbouwing voor een verstandige inschakeling van mobiele equipes. Er wordt ook geijverd voor de (financiële of fiscale?) ondersteuning van voltijdse tewerkstelling in een

Het is vaak koorddansen tussen de vraag van het personeel naar voldoende flexibiliteit en de vraag van de werkgevers naar voldoende voorspelbaarheid en stabiliteit.

sector waar deeltijds werk bijzonder populair is. De Federatie Onafhankelijke Seniorenzorg pleit vooral voor een vereenvoudiging van de wetgeving om meer handen aan het bed te krijgen. De overheid moet de procedure om buitenlandse verpleegkundigen in België tewerk te stellen, de personeelsadministratie, en de regelgeving in verband met het tijdskrediet, sociale verloven en een verkorting van de arbeidsduur aan het einde van de loopbaan vereenvoudigen, luidt het bij de FOS.

Als er flexibelere verlofmogelijkheden voor handen zouden zijn geven vrouwen aan meer uren te willen werken (Portegijs, *et al.*, 2008). Door verlofsparen flexibeler in te zetten zullen vooral vrouwen netto meer uren gaan werken, maar waarschijnlijk wel op een andere manier over het jaar gespreid. Daarom moet de overheid het wettelijke kader creëren om opgespaarde levenstegoeden (zoals ouderschapsverlof) flexibel in te zetten tijdens schoolvakanties of voor een zorgbehoevend familielid. Op die manier wordt ook ruimte gecreëerd voor mantelzorg en wordt een betere verdeling van arbeid en zorg tussen de ouders mogelijk (ZIP, 2009). Het netto personeelsaanbod zou dus de hoogte ingaan, hoewel ook tijdelijke tekorten kunnen ontstaan tijdens vakantieperiodes bijvoorbeeld. Om die pieken gemakkelijker op te vangen zal het personeelsbeleid van de zorginstellingen zelf ook moeten evolueren.

De continuïteit van de zorgverstrekking tijdens onderbemande periodes kan onder andere door zendverpleegkundigen gegarandeerd worden. In België biedt Care Talents op korte termijn een stevige databank van onmiddellijk inzetbare verplegers en verpleegsters aan met de bedoeling een brug te slaan tussen vraag en aanbod. In Nederland en Frankrijk bestaat het al langer en is dit concept van **detachering** niet meer weg te denken. Bedrijven zoals Link 2 Europe en Moving People hebben zich dan weer gespecialiseerd in het rekruteren van buitenlands zorgpersoneel voor de Belgische markt. Op de inkoop van diensten, het inhuren van personeel en de overige bedrijfskosten moet 21% BTW worden betaald die doorgerekend worden aan de patiënten. Het Nederlandse Zorginnovatieplatform stelt daarom voor de mogelijkheden voor een BTW-compensatiefonds te inventariseren om de belemmering voor het flexibel inhuren van personeel weg te nemen.

Een fundamentele en meer structurele maatregel op het niveau van de zorginstellingen is een concreet **strategisch HRM beleid** uit te werken die de nadruk op “empowerment” van het personeel legt. Medewerkers krijgen meer autonomie om eigen beslissingen te nemen, terwijl leidinggevenden via een participatieve managementstijl meedenken en de professionele ontwikkeling van medewerkers stimuleren. Er worden instrumenten ingevoerd die de communicatie en besluitvorming transparanter maken, zoals het stoplichtenmodel om werkoverbelasting te voorkomen, een platte organisatiestructuur, een decentrale besluitvorming en een sterke verbinding tussen zorginstelling, verpleegkundige en patiënt. Zo’n instrument is het “zelfrooster” die medewerkers kunnen invullen via het internet en waar ze de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor dragen (kaderstuk 9).

☺ **AANBEVELINGEN**

- Bespreek samen met werkgevers en werknemersorganisaties waar de arbeidswetgeving kan worden aangepast met het oog op een hogere inzetbaarheid van het personeel. Nog beter zou zijn om algemene aanpassingen in de arbeidswetgeving door te voeren in plaats van specifieke sectorflexibiliteit.
- Er zijn tal van mogelijkheden om de sector financiële steun en fiscale voordelen te geven om de sectorspecifieke arbeidsorganisatie te vergemakkelijken (denk maar aan een BTW-compensatiefonds voor uitzenddiensten in de zorgsector). Toch lijkt het ons verstandiger vooral in te spelen op externe en interne flexibiliteit. Gevarieerd en deeltijds werk is namelijk één van de wezenskenmerken van zorg: het gaat hier niet om flexibiliteit in de ratrace van internationale concurrentie maar om flexibiliteit die ook door de zorgverstrekkers zelf wordt gewaardeerd, gelet op de aard van het beroep.
- Voer op het niveau van de zorginstelling zelf instrumenten die de communicatie en besluitvorming transparanter maken. Het zelfrooster is een goed voorbeeld.

KADERSTUK 9 | ZELFROOSTEREN (AMBULANCEDIENST LIMBURG-NOORD)

De fusie van twee ambulancediensten en de meldkamer tot RAV Limburg-Noord werd aangegrepen als het moment om de roosterplanning te herzien. Naast de vraag hoeveel rendement een verbetering zou kunnen opleveren, speelde ook mee dat de wensen van de medewerkers over het rooster beter gerealiseerd konden worden.

- **Innovatie:** Binnen de organisatie van RAV Limburg is de verantwoordelijkheid over de roosters gelegd bij de medewerkers zelf en bestaat er geen centrale roosterplanner meer.
- **Aanpak:** Alle roosters zijn via internet beschikbaar voor de medewerkers. Ze kunnen zo hun roosters invullen en diensten ruilen. Afgezien van de medewerkers zijn daarnaast roosterassistenten, teamleiders, hoofden en directie gezamenlijk verantwoordelijk gemaakt voor de verdere uitwerking en realisatie van de roosterplanning.
- **Resultaat:** Het anders organiseren van de roosterplanning heeft vooral veel meer bewustzijn en inzichten gebracht bij alle medewerkers over het roosterproces en de samenhang met de urenbegroting (inzet, scholing, plus/min uren, verlof en dergelijke) en heeft bijgedragen aan een lagere operationele kostprijs (6,7 procent ten opzichte van 15 procent in benchmark). Het roosterconcept (inclusief de ondersteunende software) wordt veelvuldig bij andere ambulancediensten in Nederland toegepast: meer dan 90 procent van de ambulancemedewerkers en 22 van de 24 hulpverleningsregio's werken volgens dit concept.

BRON: ZORGINNOVATIEPLATFORM

De hoeveelheid publiek aangeboden zorg en gezondheidszorg is in de eerste plaats een maatschappelijke keuze die de komende jaren ongetwijfeld onder steeds meer druk zal komen te staan.

Omdat de uitdagingen zo immens lijken en de verwachtingen steeds hoger komen te liggen zullen we ons de vraag moeten stellen welke zorgvragen we door de sector voor professionele zorg en gezondheidszorg opgelost willen zien. In het inleidende hoofdstuk kwamen deze fundamentele vragen al aan bod en we argumenteerden dat de hoeveelheid publiek aangeboden zorg en gezondheidszorg in de eerste plaats een maatschappelijke keuze is die de komende jaren ongetwijfeld onder steeds meer druk zal komen te staan. Ongeacht de keuze (meer, minder of evenveel zorg) moeten we

als maatschappij de moed hebben om de tering naar de nering te zetten. Eenmaal de meeste efficiëntiewinsten gerealiseerd zijn betekenen hogere verwachtingen meer middelen. Innovatie zal een deel van die verwachtingen kunnen inlossen, maar lang niet allemaal, en niet alleen. Bovendien moet de sector in haar soms risicovolle innovatie-inspanningen worden gesteund willen we niet met een suboptimaal innovatie-aanbod geconfronteerd worden. We kunnen niet verwachten dat de sector alle risico's en alle kosten alleen draagt. Een gezonde vuistregel is dan ook wie reguleert daar indien nodig de vereiste financiering tegenover zet. Met de door de Vlaamse overheid opgelegde animatienorm is dat bijvoorbeeld niet voor iedereen het geval geweest.

De zorgsector wordt de komende jaren een echte motor van jobcreatie. Het zou maatschappelijk ronduit decadent zijn niet op deze trein te springen.

Een tweede belangrijke besluitende opmerking betreft de fantastische werkgelegenheidsopportunity van de vergrijzing. De zorgsector wordt de komende jaren een echte motor van jobcreatie. Het zou maatschappelijk ronduit decadent zijn niet op deze trein te springen.

Mantelzorg, een onontgonnen potentieel?

De rol van mantelzorg in het totale zorgspectrum is ongetwijfeld een moeilijke discussie. Een individu kan nu eenmaal rekenen op mantelzorg, of hij kan het niet. Omdat het informele zorgaanbod van een heel resemefactoren afhankelijk is het daarmee ook zeer gevoelig voor allerlei oncontroleerbare, en onvoorspelbare, variabelen.

De rol van mantelzorg in het totale zorgspectrum is ongetwijfeld een moeilijke discussie. Een individu kan nu eenmaal rekenen op mantelzorg, of hij kan het niet. Beleidsmatig kan bitter weinig aan iemands sociaal kapitaal – de band met de familie, zijn vrienden, het netwerk – worden gedaan. Inschatten op hoeveel sociaal zorgkapitaal onze maatschappij kan terugvallen is omwille van de interdependentie en complementariteit met het formele zorgcomponent dan weer essentieel, maar complex. In essentie doen twee vragen er dan ook echt toe. Op welke hoeveelheid mantelzorg mag maatschappelijk redelijk worden gerekend? Hoe verhouden formele en informele zorg zich tegenover elkaar?

In het tweede hoofdstuk bespraken we summier enkele sociale en demografische determinanten van het mantelzorgaanbod. Daar moeten eigenlijk nog psychologische en economische factoren die op allerlei manieren met elkaar kunnen interageren aan worden toegevoegd waardoor het vaak koffiedik kijken is wat betrouwbare voorspellingen naar de beschikbare hoeveelheid informele zorgverlening betreft. Er bestaat een ganse literatuur over de variabelen die het informele zorgaanbod beïnvloeden. Gezinsstructuren, tijdsgeesten, arbeidsmarktevoluties, aanbodfactoren, demografie, cultuur,... ze komen er allemaal bij kijken. Uit enquêtes kan wel het ene en het andere worden afgeleid.

Bonsang (2009) gebruikt SHARE 2004 data en komt per 65+er met minimum één kind dat niet bij hen inwoont uit op gemiddeld 8 uur door de kinderen toegediende zorg per maand (Tabel 4.1). Maar de data vormen een grove onderschatting van de werkelijke hoeveelheid mantelzorg, en zelfs al mocht het mantelzorgaanbod zich beperken tot demografische factoren, dan nog is ze niet extrapoleerbaar door een onvoldoende detailniveau. Omdat het informele zorgaanbod van een hele resem factoren afhangt is het daarmee ook zeer gevoelig voor allerlei oncontroleerbare, en onvoorspelbare, variabelen.

TABEL 4.1 UREN MANTELZORG VAN DE KINDEREN PER MAAND

Land	Gem.	AT	BE	DK	FR	DE	IT	NL	ES	SE
Aantal uur	5,6	7,7	8,1	4,6	7,0	11,6	11,6	1;6	12,4	3,4

BRON: SHARE 2004 EN BONSANG, 2009

Formele en informele zorg zijn geen substituten van elkaar, wel complementen.

Onze eerste beleidsaanbeveling luidt dan ook het formele ouderenzorgaanbod niet af te stemmen op mogelijke schattingen en voorspellingen van het informele zorgaanbod. Des te meer omdat formele en informele zorg geen echte substituten van elkaar zijn, maar wel complementen. Dit zijn thans de bevindingen van verschillende studies. Fassbender (2001) besluit in een Canadese studie dat een meeruitgave van 1\$ voor informele zorg een verwachte meeruitgave van 1,09\$ aan formele zorg tot gevolg heeft. De studie suggereert met andere woorden dat een versterking van de informele zorgcapaciteit geen besparingen in de formele zorgsector met zich meebrengt. In dezelfde lijn toont Viitanen (2007) aan dat overheidsuitgaven in formele zorgcapaciteit wel een kosteneffectieve manier is om de arbeidsparticipatiegraad, en dan vooral van vrouwen, te verhogen. Investeren in de formele zorgcapaciteit kan dus ook als een indirecte en (deels) zelfbedruipende financieringsmethode worden gezien wanneer de extra opgehaalde sociale bijdragen van een gestegen werkzaamheidsgraad dienen om het formele zorgaanbod verder uit te bouwen. Ook Eric Bonsang (2009, p. 154) van de ULg (Universiteit van Luik) waarschuwt voor de iets te voluntaristische visie als zou mantelzorg een kosteneffectief substituum voor professionele zorg zijn: *“In Europe, several countries are thinking about the way to limit the expected increase in long-term care expenditures. Among the possible solutions, some policy-makers have suggested to encourage informal care provided by the family, as an alternative for more costly formal care. The effectiveness of such policies on long-term care expenditures heavily depends on the as-*

Kunnen en moeten mantelzorgers dan niet worden gestimuleerd en ondersteund? Het antwoord is een volmondige “toch wel!”.

sumption of substitutability between informal and formal care. This paper suggests that substitution between informal and formal care only holds for unskilled care for elderly suffering from low disability level, limiting the potential role of informal care to cope with the future needs of the growing share of older individuals in the population.”

Wat kan het beleid dan wel doen? Kunnen en moeten mantelzorgers dan niet worden gestimuleerd en ondersteund? Het antwoord is een volmondige “toch wel!”. Niet omwille van het kostenplaatje dat nog niet duidelijk lijkt, maar wel in het belang van de zorgkwaliteit. Mantelzorg kan gefaciliteerd worden via aanpassingen in het arbeidsrecht. Zo is er bijvoorbeeld de tijdspaarrekening of loopbaanrekening³⁸ die individuen toelaat tijd en middelen bijeen te sparen voor zorgperiodes tijdens het leven (De Vos en Konings, 2007). Het mantelzorgstatuut moet in Wallonië en Brussel, zoals dat eerder al in Vlaanderen gebeurde, erkend worden en van een legale basis voorzien³⁹. Voor zowel zorgbehoevende als informele zorgverlener is het essentieel dat beide partijen hun rechten en plichten kennen en er bij eventuele complicaties op terug kunnen vallen. Deze legale basis alleen kan in het Zuiden van het land zeker potentiële mantelzorgers geruiststellen en over de streep trekken. De ondersteuning kan zelfs onder de vorm van informatieverrijking en psychologische bijstand gebeuren die de langdurige zorgtaak kunnen verlichten. Ook een goed uitgebouwd systeem van zorgverloven kan dat.

Heel wat Vlaamse gemeentes keren mantelzorgpremies uit (veel minder in Wallonië en Brussel). Wij vragen ons af of dit maatschappelijk de beste zorginvesteringen zijn, en wel voor twee redenen. Ten eerste is er de vraag of informele zorguitgaven geen zorgconsumptie met zich meebrengen, in dezelfde lijn als de bevindingen van Fassbender (2001). Ten tweede kunnen dergelijke premies tot wat economen een “deadweight-loss-effect” leiden: mensen belonen voor iets dat ze sowieso en ook zonder beloning zouden hebben gedaan (Wanless, 2006). Breda *et al.* (2002) sluiten zich aan bij de bevindingen

38 Tijdsparen laat een werknemer toe op een flexibele manier minder of meer te werken, bijvoorbeeld om tijdelijke meer tijd aan het gezin te spenderen of om voor een zorgbehoevend familielid te zorgen. Door het opsparen van arbeidstijd op een individuele en meeneembare tijdsrekening (bv. door minder anciënniteitsverlof op te nemen, meer overuren te presteren, enz.) kan een krediet worden opgebouwd dat later kan worden aangewend om minder of anders te werken. Tijdsparen kan ook als een aanvulling van de tweede of zelfs derde pijler van het pensioenstelsel begrepen worden wanneer een werknemer vandaag langer werkt om later een geldbedrag te ontvangen (geldsparen), of om vroeger op pensioen te gaan (tijdsparen).

39 Staatssecretaris Delizée wenst werk te maken van een sociaal statuut voor mantelzorgers en bestelde daaromtrent een interessante verkennende studie: <http://www.aidants-proches.be/rshared/File/reconnaissance-legale-des-aidants-proches.pdf>

van Viitanen (2007) door te stellen dat de beste mantelzorgondersteuning goed uitgebouwde thuiszorg- en transmurale voorzieningen zijn – meteen ook het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

😊 AANBEVELINGEN

- Mantelzorg kan gefaciliteerd worden via aanpassingen in het arbeidsrecht. Zo is er bijvoorbeeld de tijdspaarrekening of loopbaanrekening die individuen toelaat tijd en middelen bijeen te sparen voor zorgperiodes tijdens het leven
- Erken overal in België het mantelzorgstatuut en voorzie het van een sterke maar flexibele legale basis.
- Goed uitgebouwde thuiszorg- en transmurale voorzieningen zijn de beste manier om mantelzorgers te ontlasten en te ondersteunen.

BESLUIT

Zorg wordt in de eerste plaats door individuen aan individuen gegeven. Het individu moet bijgevolg als eerste in haar zorgverstrekken rol worden versterkt. Dankzij nieuwe preventiemodellen en de moderne technologie kunnen ouderen zichzelf meer zorg toedienen dan men vaak aanneemt. Dit zal echter niet volstaan. Er zullen ook extra inspanningen moeten worden geleverd opdat er voldoende professionele zorgverstrekkers de weg naar de ouderenzorg vinden. En ook zij moeten verder in hun zorgverstrekken rol worden ondersteund. Dat is goed voor de zorgberoepen en voor de geleverde zorgkwaliteit. Bovendien is het een verstandige manier om ook de mantelzorgers van bepaalde zorgtaken te ontlasten en op adem te laten komen, mits een goede organisatie van de zorgvoorzieningen. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op de residentiële, niet-residentiële en transmurale ouderenzorgvoorzieningen.

De belangrijkste uitdaging die voor de grootste maatschappelijke winst of verlies zal tekenen wordt ongetwijfeld de professionele zorgverlening. De nood aan professionele zorgverleners wordt dermate hoog dat het prijskaartje al gemakkelijk tot 1% van het BBP extra kan oplopen (zie hoofdstuk 2). Daarom zijn wij de mening toegedaan dat de inspanningen zich vooral op dit vlak moeten concentreren. Er werden verschillende oplossingen naar voor geschoven die geen mirakels zullen verrichten maar die samen van het probleem een fantastische werkgelegenheidsopportunity kunnen maken. Of wacht u van volgend rekenvoorbeeld van het Zorginnovatieplatform (p. 50) voor Ne-

Uit een herschaalde Nederlandse simulatie blijkt dat we via meer inzetbaarheid en een betere benutting van het bestaand potentieel heel wat arbeidswinsten kunnen realiseren – 194 000 plaatsen om precies te zijn.

derland? Als de ruim 900.000 deeltijders in de zorg gemiddeld 2 uur langer per week gaan werken, is dat equivalent met 75 000 zorgverleners. Als oudere werknemers in de zorg gemiddeld 2 jaar later uittreden (dan verondersteld in de basisprojectie), levert dat omgerekend 50 000 extra zorgcapaciteit op. Een verhoging van de arbeidsproductiviteit met gemiddeld 1% per jaar, in plaats van 0,5% zoals verondersteld in de basisprojectie, door een betere organisatie van de zorg en technologie, levert omgerekend het equivalent van 115 000 zorgverleners op. Als door verhoging van de zelfstandigheid van cliënten de zorgnood met 10% wordt beperkt, zou dat een besparing van 90 000 arbeidsplaatsen kunnen opleveren.

Het voorbeeld zegt natuurlijk niets over de Belgische situatie, maar toont aan dat meer dan marginale efficiëntiewinsten gerealiseerd kunnen worden opdat ons zorgsysteem in de toekomst zonder al te veel problemen het hoofd zou bieden aan de grijze tsunami. De hype van het chronische personeelstekort in de (ouderen)zorgsector moet met nuchterheid, realisme en pragmatisme benaderd worden leren de simulaties van het Zorginnovatieplatform ons. De kern van het verhaal is dat een beetje meer inzetbaarheid en benutting van bestaand potentieel (via meer interne en externe flexibiliteit vooral) al heel wat kan betekenen. Als we bovenstaand Nederlands rekenvoorbeeld dan toch lineair naar Belgische schaal willen vertalen, dan leert een eenvoudige regel van drie ons dat we een geschatte arbeidswinst van ongeveer 194 000 plaatsen kunnen realiseren. Daar zouden we het mee moeten kunnen doen.

😊 AANBEVELINGEN

- Werk maken van valpreventie om heupbreuken te voorkomen.
- Meer budgettaire middelen vrijmaken om preventie te ondersteunen. We moeten onze senioren preventief leren omgaan met autonomieverlies
- Onafhankelijke informatieverschaffing cruciaal voor het nemen van de juiste beslissingen. Zorgbehoevenden moeten jaarlijks geïnformeerd worden van de door de collectiviteit gedragen uitgaven.
- De overheid moet werk maken van het ter beschikking stellen van objectieve, betrouwbare en geactualiseerde informatie over de kwaliteit van de (ouderen)zorgverleners in ons land.
- Een label levenslang wonen, dat van het respecteren van een paar eenvoudige basiscriteria afhangt, kan worden ingevoerd. De basiscriteria mogen echter niet lineair

worden toegepast, moeten voldoende algemeen zijn om een zekere flexibiliteit en individuele voorkeur toe te laten, en mogen niet in steen gebeiteld staan.

- Creëer het beleidskader en ontwikkel de stimuli die labelwoningen zullen promoten.
- Ontwikkel naar het Franse voorbeeld een label “Goed samenwonen en oud worden”.
- Zet in op technologie om de kwaliteit en efficiëntie van zorg en gezondheidszorg te verbeteren. Maak daarbij gebruik van Health Technology Assessments om te evalueren welke toepassingen de meeste zorg- en gezondheidszorgwinsten genereren.
- Aan de vraagzijde moet de digitale achterstand van de senioren dichtgeftet worden. De overheid kan de toegang tot technologie en ICT verbeteren door te investeren in opleiding (door middel van opleidingscheques bijvoorbeeld) en het beschikbaar stellen van goed uitgewerkte voorzieningen.
- De aanbodzijde moet er op toezien dat zij haar producten in samenspraak met de gebruikers ontwikkelt en daarbij op een heel reserandvoorwaarden letten (stigmatisering is bijvoorbeeld uit den boze). De zeven design for all principes zijn daarbij een uitstekende leidraad.
- Voor de overheid is een belangrijke taak weggelegd om de innovatie- en ondernemingsrisico's van de aanbodzijde te verminderen. Coördinatie, via algemene normen en standaarden en het internationaal afstemmen van onderzoeksagenda's, interoperabiliteit, schaalvoordelen via gestroomlijnde regulering, juridische kaders die risicodelende overeenkomsten mogelijk maken en het bevorderen van open innovatieprincipes kunnen inderdaad van doorslaggevend belang zijn. Het is aangewezen dat de overheid een industrieel beleid “light” voert, maar – zo leert de economische geschiedenis ons – zeker niet meer dan dat.
- De rol van de eerste lijn geneeskunde moet ook in de ouderenzorg worden versterkt omdat zij garant staat voor een correctere doorverwijzing. Het **huisartsenberoep** zelf moet worden geherwaardeerd en huisartsen die veel met senioren werken moeten worden bijgeschoold.
- Op het meso-niveau kunnen bepaalde **woonzorgcentra** meer medische functies opnemen en moeten de ziekenhuisverwijzingen correct geregistreerd worden. Een bonus-(malus)systeem kan voor de nodige financiële prikkels zorgen.
- Overheid en sector moeten de handen in elkaar slaan en een grootscheepse, maar gerichte communicatiecampagne opstarten. De bedoeling moet zijn bepaalde onterechte vooroordelen de wereld uit te helpen, en de boodschap overbrengen dat oud absoluut niet out is.

- Leg meer nadruk op management en technologie in de opleiding geriatrische verpleegkunde.
- Werk een nieuwe functieclassificatie uit die meer ruimte geeft aan professionele groeitrajecten met bijhorende verloning aan zowel verticale als horizontale functie-groei en promotie.
- Ondersteun ook de professionele zorgverstrekkers via technologie, administratieve en huishoudelijke assistentie en vorming en opleiding.
- Durf de personeelsvereisten in vraag te stellen. Een verschuiving van de financiële middelen van acute zorg naar chronische zorg mag daarbij geen taboe zijn.
- Laat ook competenties gelden voor (bij)scholing en inzetbaarheid. Voorzie in het opleidingsaanbod nog meer aangepaste opleidingstrajecten om competenties gemakkelijker te laten gelden.
- Bespreek samen met werkgevers en werknemersorganisaties waar de arbeidswetgeving kan worden aangepast met het oog op een hogere inzetbaarheid van het personeel. Nog beter zou zijn om algemene aanpassingen in de arbeidswetgeving door te voeren in plaats van specifieke sectorflexibiliteit.
- Er zijn tal van mogelijkheden om de sector financiële steun en fiscale voordelen te geven om de sectorspecifieke arbeidsorganisatie te vergemakkelijken (denk maar aan een BTW-compensatiefonds voor uitzenddiensten in de zorgsector). Toch lijkt het ons verstandiger vooral in te spelen op externe en interne flexibiliteit. Gevarieerd en deeltijds werk is namelijk één van de wezenskenmerken van zorg: het gaat hier niet om flexibiliteit in de ratrace van internationale concurrentie maar om flexibiliteit die ook door de zorgverstrekkers zelf wordt gewaardeerd, gelet op de aard van het beroep.
- Voer op het niveau van de zorginstelling zelf instrumenten die de communicatie en besluitvorming transparanter maken. Het zelfrooster is een goed voorbeeld.
- Mantelzorg kan gefaciliteerd worden via aanpassingen in het arbeidsrecht. Zo is er bijvoorbeeld de tijdspaarrekening of loopbaanrekening die individuen toelaat tijd en middelen bijeen te sparen voor zorgperiodes tijdens het leven
- Erken overal in België het mantelzorgstatuut en voorzie het van een sterke maar flexibele legale basis.
- Goed uitgebouwde thuiszorg- en transmurale voorzieningen zijn de beste manier om mantelzorgers te ontlasten en te ondersteunen.

05

MESO – WOONZORG- ALTERNATIEVEN: VAN ZWART-WIT NAAR GRIJS

«Almost any man worthy of his salt would fight to defend his home, but no one ever heard of a man going to war for his boarding house. »

Mark Twain



De sector voor ouderenzorg kijkt tegen een dubbele uitdaging aan. Enerzijds wordt een spectaculaire capaciteitsuitbreiding onvermijdelijk; anderzijds dienen de voorzieningen van de toekomst dichter aan te sluiten bij de noden en verlangens van de gebruikers van morgen. Met het aanpakken van die titanenklus beginnen we echter beter al vandaag. Wat moet er allemaal gebeuren? Om te beginnen moet het woonzorgconcept opengebrouwen worden: het mag zich niet enkel meer beperken tot de zorgverstrekkende instellingen zelf. De ganse woonbuurt en zorgorganisatie moet op de demografische evolutie afgestemd worden. Van het woonzorgcentrum naar de woonzorgzone. De nodige kwantitatieve sprong zal deels via een aangepast subsidiebeleid moeten gebeuren. En waarom zouden we niet afstappen van objectfinanciering en overstappen naar subjectfinanciering? Hoewel massale desinstitutionalisering ongetwijfeld de ouderenzorg-trend van de toekomst wordt dient deze op pragmatische wijze te gebeuren. Thuiszorg mag nu ook weer geen fetisj worden. Daarenboven zijn thuiszorg en residentiële zorg – en alle mogelijke variaties die daar ergens tussen liggen – complementair en dienen zij bijgevolg zo goed mogelijk in elkaar te passen: we spreken in dat geval over het zorgcontinuüm dat volgens onderzoek over kwalitatieve en kostenefficiënte eigenschappen beschikt. Tot slot worden woonzorgalternatieven vanuit een meer humanistisch perspectief besproken. Ouderenzorg is namelijk meer dan zorgen voor ouderen alleen. Wij geloven dat deze maatregelen de algemene woonzorgkwaliteit ten goede zullen komen en bovendien veel meer dan vandaag het geval is de oudere met zijn specifieke behoeftes en wensen in het centrum van het zorgspectrum zal plaatsen. Van een zwart-wit naar een grijs aanbod dus.



ZWARTE EN WITTE OUDERENZORGVOORZIENINGEN

De stand van het land

Uit het tweede hoofdstuk bleek dat de capaciteitsuitdaging voor de residentiële ouderenzorg bij ongewijzigd beleid er één wordt van formaat. Tot in 2050 moet in België één rusthuis per week bijkomen wisten de extrapolaties ons te vertellen. Bovendien vergrijs de ouderenzorginfrastructuur samen met haar gebruikers. Aan belangrijke renovatiewerken en verbouwingen zal dus ook moeten worden gedacht. Een beetje naïef denken sommigen dat thuiszorg in combinatie met mantelzorg de panacee van het ouderenzorgvraagstuk wordt, maar in het vorige hoofdstuk argumenteerden we dat formele en informele zorg geen kwestie van of/of, maar wel van en/en zijn. Omdat zo lang mogelijk thuis wonen en verzorgd worden de wens van vele mensen is en tot op een zekere afhankelijkheidsgraad garant staat voor woonzorgkwaliteit en kostenefficiëntie, is het natuurlijk wel belangrijk in thuiszorg te blijven investeren. Een belangrijk aspect van thuiszorg wordt ongetwijfeld gerontechnologie dat van onze beleidsmakers de nodige aandacht moet krijgen. Toch zal de oplossing multilateraal zijn, of niet zijn. Het beleid zal moeten blijven investeren in zowel residentiële, tijdelijke residentiële, semi-residentiële en thuiszorgdiensten. En alles wat daar tussen ligt ook.

De karikatuur dat men ofwel in een rusthuis, ofwel thuis moet worden verzorgd gaat niet op. Er zijn een groot aantal categorieën van permanente residentiële en semi-residentiële diensten, tijdelijke residentiële en thuiszorgdiensten.

Uit onderstaande tabel kan worden afgeleid dat er al een waaier aan diensten voor ouderenzorg bestaat. De opvang en verzorging van ouderen gebeurt in een groot aantal verschillende types instellingen en systemen. Er zijn een groot aantal categorieën van permanente residentiële en semi-residentiële diensten, tijdelijke residentiële en thuiszorgdiensten. Tabel 5.1 lijst de belangrijkste op, hieronder bespreken we de meest voorkomende permanente en tijdelijke voorzieningen⁴⁰.

⁴⁰ De definities komen hoofdzakelijk van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be).

TABEL 5.1 TYPES OUDERENZORGVOORZIENINGEN IN BELGIË

PERMANENTE VOORZIENINGEN	THUISZORGDIENTEN
<p>Residentieel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rust- en verzorgingstehuis (RVT) • Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) • Rusthuis (ROB) <p>Semi-residentieel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviceflats • Initiatief beschut wonen <p>Gespecialiseerde structuren voor dementerende personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagcentrum interactieve cognitieve therapie • Expertisecentra dementie <p>TIJDELIJKE VOORZIENINGEN</p> <p>Residentieel</p> <ul style="list-style-type: none"> • G-bedden • Sp-bedden • Sp- psychogeriatric- bedden • V-bedden • Tg/Vp-bedden <p>Semi-residentieel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisch dagziekenhuis • Dagverzorgingscentrum (DVC) • Nachtopvang in rusthuis • Centrum voor kortverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokaal dienstencentrum (LDC) • Regionaal dienstencentrum (RDC) • Palliatief netwerk • Samenwerkingsinitiatief SIT/SEL • Coördinatiecentrum • Geïntegreerde dienst thuiszorg (GDT) • Thuisverpleging • centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg • Gezinszorg • Poetsdienst • Klusjesdienst • Oppasdienst • Dienst logistieke hulp en aanvullende thuiszorg • Bejaardenwoningen • Personenalarmsystemen • Vervoersdienst • Boodschappendienst • Inschakeling PWA • Dienstencheques

BRON: NEDERLANDSE KAMER VAN KOOPHANDEL VOOR BELGIË EN LUXEMBURG

• **Rusthuizen en Rust- en Verzorgingstehuizen (ROB-RVT)**

Een rusthuis is een bij decreet beschermde collectieve woonvorm waar aan de ouderen huisvesting wordt gegeven met de mogelijkheid geheel of gedeeltelijk gebruik te maken van de aangeboden gezin- en huishoudelijke zorg. De overheid kende aan vele, maar niet aan alle rusthuizen, een aantal rust- en verzorgingsbedden toe. Deze RVT-bedden

zijn bedoeld voor zwaar zorgbehoevende ouderen, die er van een intensieve verzorging kunnen genieten. De bedden die geen RVT erkenning genoten maar die wel deel uit maken van een erkend rusthuis worden ook wel ROB-bedden genoemd.

- **Centra voor kortverblijf**

Een centrum voor kortverblijf is verbonden aan een rusthuis. Het biedt zijn gebruikers en hun mantelzorgers hulp- en dienstverlening aan. Kortverblijf neemt de zorg over gedurende korte periodes, met een maximum van 60 opeenvolgende dagen en 90 dagen op jaarbasis. De hulp- en dienstverlening vinden plaats buiten het natuurlijke thuismilieu en wordt zowel 's nachts als overdag gegarandeerd. Naast huisvesting omvat het hulp- en dienstverleningspakket van een centrum voor kortverblijf ook revalidatie, activering en verzorging. Een centrum voor kortverblijf heeft tot doel de thuis- en mantelzorg zo te ondersteunen en te ontlasten dat thuis wonen langer haalbaar wordt. Een *zorghotel* is een luxueus ugevallen centrum voor kortverblijf.

- **Dagverzorgingscentra**

Volgens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is een dagverzorgingscentrum verbonden aan een rusthuis en biedt het gebruikers en hun mantelzorgers hulp en diensten aan. Deze dienstverlening vindt plaats buiten het natuurlijke thuismilieu, met het oog op een tijdelijke overname van de zorg. Een dagverzorgingscentrum biedt overdag naast tijdelijke opvang o.a. ook hygiënische en verpleegkundige hulp, activering en ondersteuning, animatie en ontspanning en psycho-sociale ondersteuning. De centra staan open voor iedereen, behalve voor diegenen die zware medische verzorging en begeleiding nodig hebben.

- **Assistentiewoningen of Serviceflats**

Een serviceflatgebouw bestaat uit individuele wooneenheden waar bejaarden zelfstandig wonen en uit een gemeenschappelijke dienstverlening waarop zij facultatief een beroep kunnen doen. Het betreft dus een tussenwoonvorm waar de bewoner beschermd zelfstandig woont en hulp op maat kan ontvangen.

Naar een feodaal land

De karikatuur dat men ofwel in een rusthuis, ofwel thuis moet worden verzorgd gaat niet op. Dat blijkt uit het reeds bestaande seniorenzorgaanbod: er bestaan wel degelijk al-

Het bestaande woonzorgaanbod is nog te gefragmenteerd, terwijl het feodale systeem model zou moeten staan: centraal staat het woonzorgcentrum – de burg van het feodale tijdperk – en daar rond kleinere voorzieningen en aangepaste woningen voor oudere en jongere generaties.

De meest zorgbehoevende ouderen leven in het woonzorgcentrum, met dat verschil dat het woonzorgcentrum een open woon- en zorgomgeving is geworden waar verschillende generaties en activiteiten elkaar kruisen. Een generatiehub, zeg maar.

ternatieven. Serviceflats zijn een permanente tussenslag, terwijl de hierboven besproken dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf vooral bedoeld zijn om mantelzorgers tijdelijk te ontlasten. Het bestaande aanbod zal moeten toenemen, maar ook nieuwe vormen en concepten van woonzorg zullen hiertoe gestimuleerd moeten worden. Nu is alles nog te gefragmenteerd. In dezelfde lijn als het Vlaamse woonzorgdecreet moet het feodale systeem daarvoor model staan. Centraal staat het woonzorgcentrum – de burg van het feodale tijdperk – daar rond kleinere voorzieningen, voor oudere en jongere generaties. Wanneer een zorgcrisis zich voordoet kunnen de kleinere voorzieningen gemakkelijk een beroep doen op de zorginfrastructuur – bescherming – van het woonzorgcentrum. Singelenberg (2009) noemt dit de “**woonzorgzone**” of het geëxplodeerd woonzorgcomplex, “waar zorgwoningen en kleinschalige clusters voor intensieve zorg als een puntenwolk verspreid zijn rond een servicecentrum. Het voornaamste is dat de bewoners in de wijk “gewoon” kunnen wonen, maar dat zij daarbij ook beroep kunnen doen op de gewone voorzieningen, en dat zij - wanneer dit nodig wordt – in hun dagelijks leven ondersteund kunnen worden door welzijnsdiensten of zorgverstrekkers” (Winters en Peetermans, 2005).

Dit impliceert dat communicatie en transport tussen het woonzorgcentrum en de overige kleinere voorzieningen vlekkeloos verlopen. De mogelijkheden zijn eindeloos. Multifunctionele personenalarmering, rechtstreeks verbonden met het woonzorgcentrum, mobiele teams, speciale transportvoorzieningen en noem maar op, komen in dergelijke structuur volledig tot hun recht. In de nabijheid van het woonzorgcentrum werd aan speelpleinen, parken en een cultuuraanbod gedacht. Door er werkelijk een centrum van te maken zullen ook commerciële activiteiten in de nabijheid van het centrum worden aangetrokken. Dit alles speelt natuurlijk in de hand van de zelfredzaamheid van de senioren. Tergelijkertijd is het een paardenmiddel tegen isolement, eenzaamheid en bijgevolg depressie. In een verouderende maatschappij moeten ouderen volwaardig deel kunnen uitmaken van die maatschappij. Het is daarom cruciaal dat er bijzondere aandacht besteed wordt aan kwetsbare groepen bij de inrichting en het beheer van de openbare ruimte. Maar dat doe je niet door seniorendorpen te bouwen of van ROBRVT's gouden kooien te maken. In kaderstuk 10 zet expert Singelenberg drie verschillende concepten van woonzorgzones die in Nederland en Denemarken door de jaren heen aan veranderingen onderhevig zijn geweest op een rij.

KADERSTUK 10 | DE ONTWIKKELING VAN WOONSERVICEGEBIEDEN IN DENEMARKE EN NEDERLAND*

- *Deens districtenstelsel*: De idee wonen, zorg en welzijn samenhangend naar de mensen toe te brengen werd uit Denemarken geïmporteerd en heette oorspronkelijk de woonservicewijk. Het is gebaseerd op de voortreffelijk georganiseerde woonzorgdistricten van 5000 tot 10.000 inwoners. Het zijn woongebieden met een eigen integraal zorgteam, een eigen budget en een eerstelijns dienstencentrum dat geclusterd wonen biedt rond een lokaal pakket zorg en welzijn dat vertrek naar een intramurale instelling nog slechts voor een kleine groep onafwendbaar maakt. De regie ligt in Denemarken bij de gemeente, de procedures zijn simpel en zorg is nabij.
- *Woonzorgzone 1.0 (Nederland)*: Het oorspronkelijke concept gaat uit van cirkelgebieden met een straal van 200-300 meter rond een eerstelijns dienstencentrum. In deze zone kan zorg worden geboden met dezelfde garanties als in een woonzorgcentrum. De woonzorgzone kan conceptueel gezien worden als een verdund of geëxplodeerd woonzorgcomplex: het merendeel van de woningen in de zone is niet bestemd (maar wel potentieel geschikt) voor mensen met een zorgindicatie.
- *Woonservicegebieden: verbreding en verdunning (Nederland)*: In de tien jaren daarna heeft het concept zich uitgerold over grote delen van Nederland, maar het is daarbij ook gemuteerd. Sommige steden zoals Breda en Amsterdam zijn – op papier althans – geheel bedekt met woonservicegebieden of woonservicewijken. Ook plattelandsgemeenten hebben woonservicegebieden aangevoerd in de centrumdorpen, maar hier en daar ook in de kleinere kerkdorpen. Met deze brede uitrol is de definitie aangepast. Wat blijft staan is dat verschillende actoren van wonen, zorg en welzijn zich inspanssen om in deze gebieden een samenhangend aanbod te realiseren. Maar de inhoud van dat aanbod is niet meer vergelijkbaar met het aanbod in een woonzorgcomplex. Doorgaans worden geen pogingen gedaan om de particuliere woningvoorraad ook systematisch aan te passen en beperkt men zich tot de sociale huursector. Het dienstenaanbod wordt geïnspecteerd en wanneer mogelijk aangevuld en samengebracht in een multifunctioneel dienstencentrum. Onmiddellijke zorg wordt in het gebied gegarandeerd maar dikwijls gaan deze garanties niet verder dan hetgeen de thuiszorg ook buiten de woonservicegebieden aanbiedt.

BRON: SINGELBERG, 2009.

* IN BELGIË BESTAAN OOK AL GEMEENTEN DIE HET IDEE VAN ZORGRUISPUNT UITWERKEN. DE GEMEENTE WERVIK GELDT ALS HET SCHOOLVOORBEELD.

Er moet natuurlijk veel water naar de zee vloeien vooraleer een woonzorgzone – of een gelijkaardig model – kan worden gerealiseerd. “Het is in essentie een planningsconcept, een visie op een wijk, met een doordachte inplanting van materiële infrastructuur voor wonen en zorg, met een doordachte en goed gecoördineerde zorgorganisatie, en met een sterke verwevenheid van wonen en zorg. [...] Het is een **toetssteen** voor ontwikkelingen van een wijk op lange termijn, dat toelaat te komen tot doelmatige inplanting van nieuwbouw, oordeelkundige verbouwingen, goede zorginitiatieven” (Winters en Peetermans, 2005, p. 3).

☺ **AANBEVELINGEN**

- De overheid moet in overleg met de sector de beperkingen die er vandaag nog zijn op het bouwen van **woonzorgcentra** in kaart brengen. Zorgvoorzieningen moeten zich namelijk perfect overal kunnen vestigen, dat is in de eerste plaats in het belang van de zorgbehoevende ouderen voor wie nabijheid nog steeds het belangrijkste selectiecriteria is. Blauwe zones⁴¹ moeten bijgevolg door zorginstellingen van alle rechtsvormen kunnen worden bebouwd. Beperkingen die nutteloos lijken moeten worden geschrapt en er moeten wijzigingen worden doorgevoerd in de ruimtelijke ordening op gemeentelijk niveau met het oog op leeftijdsvriendelijke buurten en gemeenten.
- Ontwikkel op regionaal niveau het concept **woonzorgzone** of zorgvriendelijke zone met bijhorende visie, parameters, criteria en richtlijnen. Gebruik dit kader als toetssteen bij buurt- en dorpsontwikkelingen op lange termijn dat toelaat te komen tot doelmatige inplanting van nieuwbouw, verbouwingen, zorginitiatieven en veranderingen van de openbare ruimte. Gebruik daarbij de criteria van het label “levenslang wonen” en indien van toepassing het gemeentelijk actieplan dat werd uitgewerkt in het kader van de “*age friendly cities*”.

Om naar grootschalige woonzorgintegratie te evolueren zullen eerst een paar hinderissen moeten verdwijnen want “een verdere evolutie in die richting [wordt] nog sterk afgeremd door de huidige reglementering en subsidiëring van woon- en zorgvoorzieningen” (p. 1). In wat volgt bespreken we hoe we het best van zwart/wit naar grijs evolueren.

⁴¹ Blauwe zones zijn zones voor gemeenschapsvoorzieningen en openbare nutsvoorzieningen waar commerciële instellingen niet mogen op bouwen (hoofdstuk 3).

GRIJZE WOONZORGALTERNATIEVEN

Met “grijs” wordt bedoeld: in functie van wat de ouderen zelf willen.

De bedoeling van de overheidssubsidies is “voorzieningen aan te bieden die betaalbaar zijn en tegelijk beantwoorden aan de hedendaagse eisen inzake woon- en zorgcomfort”. Een nobele doelstelling, die wel aan het feit voorbij gaat dat de rechtsvorm van de instellingen voor de senioren zelf geen enkele rol speelt.

Om de toekomstige zorgnoden op te vangen wordt het alle hens aan dek. Alle pistes zullen moeten worden verkend en alle zorgvormen onderzocht. Men zal niet alleen moeten inzetten op capaciteit, ook verscheidenheid zal in de toekomst een belangrijke rol worden toebedeeld. Dat wordt bedoeld met “grijs”: in functie van wat de ouderen zelf willen. Om zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de verschillende types zorgbehoefendheid en bij de wensen van de zorgbehoevenden zelf staat diversiteit garant voor kwaliteit. De oudere staat centraal. Een eenheidsworstbenadering van zowel beleidsmakers als de zorgverleners zelf kan alleen maar tot welvaartsdestructie leiden.

Ander en beter subsidiebeleid

Met welke handschoenen pakken we dit katje nu het best aan? We haalden eerder in dit onderzoek reeds het ongelijke speelveld tussen de verschillende zorgverleners aan. De commerciële privéspelers kunnen onder andere niet op dezelfde subsidiemogelijkheden een beroep doen als de publieke (OCMW) en niet-commerciële privéspelers (VZW). De bedoeling van de subsidies⁴² is voorzieningen aan te bieden die betaalbaar zijn en tegelijk beantwoorden aan de hedendaagse eisen inzake woon- en zorgcomfort. Een nobele doelstelling, die wel aan het feit voorbij gaat dat de rechtsvorm van de instellingen voor de senioren zelf geen enkele rol speelt. Zij willen maximale zorg- en woonkwaliteit aan een minimale prijs, punt. De ouderenzorguitdaging, zoals al verscheidene malen aangehaald werd, mag niet vanuit het of/of perspectief worden benaderd. We zullen ieders creativiteit kunnen en moeten gebruiken en horen, bijgevolg alle ideeën een eerlijke kans geven op basis van wat ze waard zijn, niet in functie van gevestigde belangen of uit angst om vernieuwing een dag recht in de ogen te moeten kijken. In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op het “waarom” en het “hoe” van commerciële spelers in de sector voor ouderenzorg.

⁴² In tegenstelling tot de commerciële verstrekkers kunnen de openbare instellingen en de VZW's zich beroepen op het overheidssubsidies die tot 60% van de renovatie- of bouwkost subsidiëren.

DOELSTELLING

Een hervorming van het subsidiebeleid die de doelstellingen van een gelijk speelveld en betaalbare en kwaliteitsvolle voorzieningen met elkaar verzoent, dringt zich op. We doen een aanzet in wat volgt en zetten verschillende hervormingsscenario's op een rij. We vertrekken bij de Vlaamse VIPA subsidies omdat die de afgelopen jaren interessante evoluties hebben gekend. De geschetste scenario's en geformuleerde aanbevelingen zijn – gegeven de grote gelijkheid tussen het subsidiebeleid van de verschillende deelstaten – echter geldig ongeacht de bevoegde overheid. Ze dienen in de eerste plaats als richtinggevende principes te worden beschouwd.

Vóór 2006 werden de VIPA subsidies aan woonzorgcentra nog bijna integraal in één keer aan de aanvrager toegekend. Maar door de hoge vraag en de wachtlijsten heeft de toenmalige regering beslist de subsidiepolitiek drastisch te herzien. De eerste voorzet in de goede richting was gegeven. De subsidie-uitbetaling wordt nu over 20 jaar gespreid waardoor meer zorginstellingen sneller een eerste subsidieschijf krijgen. Zo kunnen zorginstellingen vlugger beginnen met (ver)bouwen. Hoewel dit niets verandert aan het onderscheid naar rechtsvorm, lijken de resultaten van deze alternatieve financieringsvorm positief, want in 2009 besliste de Vlaamse regering de hervorming verder te zetten. Ondertussen wordt gewerkt aan een uitvoeringsbesluit dat het mogelijk maakt het bouwheerschap – maar dus niet het beheer – van een woonzorgcentrum aan een derde partij over te dragen. Op die manier kunnen VZW's en OCMW's toch een beroep doen op VIPA subsidies wanneer zij bijvoorbeeld Design-Build-Finance-Maintain contracten⁴³ afsluiten. Dit zijn zondermeer stappen in de goede richting.

Een tweede, drastischer optie, bestaat erin de subsidies te vervangen door renteloze overheidsleningen waar de commerciële privé-instellingen ook gebruik van zouden kunnen maken. Dankzij dit budgettair voordeliger alternatief kunnen meer instellingen van deze zeer goedkope financieringsvorm gebruik maken.

Nog een andere mogelijkheid kan er in bestaan om bovenstaande voorstellen samen te brengen. De initiatiefnemer, ongeacht de inrichtende macht, van het woonzorgcentrum kan aanspraak maken op schijven renteloze leningen. Daarmee beschikt hij over vol-

⁴³ Een bouwheer wordt gevraagd een installatie volledig te ontwerpen, te bouwen, te financieren en te onderhouden. Met de tegenpartij wordt bij het begin van het contract een maandelijkse vergoeding vastgelegd die alle onkosten dekt.

doende liquiditeit om de eerste grote kosten mee te financieren en in de opstartfase zijn Design-Build-Finance-Maintain te honoreren. De terugbetaling van de renteloze schijfelingen gebeurt na een termijn van bijvoorbeeld 10 jaar wanneer het woonzorgcentrum rendabel en solvabel is. Op die manier subsidiëren de overheden via verlieslatende leningen geen infrastructuur, maar wel de financiering ervan: de overheid als financiële hefboom. Bovendien wordt het voor initiatiefnemers wel zeer interessant op basis van DPFM-constructies te werken. Dat laatste brengt heel wat voordelen met zich mee:

- Betere prestaties tegen lagere kostprijs;
- Optimaal functionerende installaties door knowhow;
- Gedeelde risico's;
- Hogere efficiëntie van installaties dankzij gespecialiseerde medewerkers;
- De klant kan zich concentreren op kernactiviteiten, in dit geval het uitbaten van een woonzorgcentrum;
- Het budget is op voorhand bekend – minder kans op onaangename verrassingen;
- Strategische planning van belangrijke investeringen wordt vergemakkelijkt.

Een vierde alternatief werd uitgewerkt door Benediekt Van Damme en Sien Winters (2003). Zij pleiten voor een overschakeling van object- naar subjectsubsidie en voor het loskoppelen van wonen en zorg. Concreet betekent dit dat de overheidsmiddelen die vandaag naar de rusthuissubsidies en sociale huisvesting gaan in twee nieuwe subsidiefondsen zouden worden gestoken: één voor de zorguitgaven, en één voor de woonuitgaven. De burger ontvangt uit deze aparte fondsen een subsidie afhankelijk van zijn inkomen en zijn zorgbehoefte. Omdat de burger zelf zijn woning en zorgverlener kiest ontstaat concurrentie die prijs en kwaliteit van woonzorgvoorzieningen positief zou beïnvloeden. *Conditio sine qua non* is een goed en sterk regulerend kader. In het volgende hoofdstuk bespreken we welke rollen weggelegd zijn voor overheid, markt en individu en gaan we dieper in op de praktische modaliteiten van subjectfinanciering en bestedingsautonomie.

😊 **AANBEVELING**

- In de lijn van de recente en huidige VIPA hervormingen moet in alle deelstaten over efficiëntere subsidiemodaliteiten worden nagedacht die geen rekening houden met de rechtsvorm van de ontvangende instellingen – een onderscheid waar de senioren zelf geen boodschap aan hebben. Om de capaciteitsnoden te ondersteunen moeten

meer zorgverleners op een financiële hefboom kunnen rekenen. Er kunnen verschillende interessante formules met renteloze leningen worden bedacht. Onze voorkeur gaat echter uit naar een omschakeling van object naar subjectfinanciering, een voorstel dat uitvoerig in hoofdstuk 6 besproken wordt.

Dé ouderenzorgtrend van de toekomst wordt ongetwijfeld een massale desinstitutionalisering, getuige daarvan de populariteit van de semi-residentiële voorzieningen zoals serviceflats en de veel sterkere groei van thuisverpleging ten opzichte van residentiële zorg: 30% t.o.v. 11% tussen 1997 en 2007.

Zinvolle (des)institutionalisering

Dé ouderenzorgtrend van de toekomst wordt ongetwijfeld een massale desinstitutionalisering, getuige daarvan de populariteit van de semi-residentiële voorzieningen zoals serviceflats en de veel sterkere groei van thuisverpleging ten opzichte van residentiële zorg (30% t.o.v. 11% tussen 1997 en 2007). Het is dus niet zo dat mensen bij bosjes uit woonzorgcentra zullen worden geplukt, maar de babyboomers zullen hun institutionalisering zolang mogelijk trachten uit te stellen. De voornaamste wens van de “Senioren 2.0” zal zijn zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen en verzorgd worden. Dat zou, indien rekening gehouden wordt met al hetgeen hiervoor geschreven werd, behoorlijk moeten lukken. Onze woningen en steden zullen zich inderdaad geleidelijk aan maar zeker aanpassen aan de nieuwe dominante maatschappelijke groep: de senioren. Daarbij geholpen door allerlei technologische applicaties, nieuwe vormen van zorgorganisatie en meer vraagsturing zullen we er in slagen minder zorg nodig te hebben en meer zorg te halen uit de beschikbare middelen. Senioren zullen langer thuis willen en kunnen wonen. Dat zal ook voordelig zijn voor de Belgische schatkist. Verschillende studies in verschillende landen tonen namelijk aan dat gemiddeld genomen thuiszorg goedkoper is dan residentiële zorg⁴⁴. Ook wanneer private uitgaven en tijd, van mantelzorgers bijvoorbeeld, aan het prijskaartje worden toegevoegd, blijven de maatschappelijke kosten van thuiszorg lager dan die van residentiële zorg (Hollander *et al.*, 2002). Zo zouden volgens Willemé (2010) bijna 25 000 residenten geen “*Activities of Daily Living*” assistentie nodig en bijgevolg thuis kunnen wonen – potentieel een hele besparing voor onze sociale zekerheid. Het staat ook buiten kijf dat de maatschappelijke baten van thuiszorg groter zijn omdat het maatschappelijk meer “gewaardeerd” wordt (Pacolet, Merckx en Peetermans, 2008). Laat er dus geen twijfel over bestaan: *empowerment is the way to go!*

Senioren zullen langer thuis willen en kunnen wonen. Dat zal ook voordelig zijn voor de Belgische schatkist. Toch mag thuiszorg geen fetisj worden.

⁴⁴ Zie bijvoorbeeld Chappell, N. *et al.* (2004), Tarricone, R. en Tsouros, A. (ed.) (2008), en Netto 14/11/2009.

Correcte doorverwijzing naar rust- of ziekenhuis is essentieel voor een kwaliteitsvolle en kostenefficiënte ouderenzorgverlening. Dit principe geldt in de twee richtingen. Het mag niet alleen een kwestie zijn vroegtijdige doorwijzingen te voorkomen, ook te laat-tijdige doorwijzingen zetten de zorgkwaliteit en het overheidsbudget onder druk.

Toch mag thuiszorg geen fetisj worden. Een opname in een woonzorgcentrum uitstellen is niet hetzelfde als ten alle koste vermijden. In het vorige hoofdstuk hebben we gezien dat een **correcte doorverwijzing** naar rust- of ziekenhuis essentieel is voor een kwaliteitsvolle en kostenefficiënte ouderenzorgverlening. Dit principe geldt in de twee richtingen. Het mag niet alleen een kwestie zijn vroegtijdige doorwijzingen te voorkomen, ook te laat-tijdige doorwijzingen zetten de zorgkwaliteit en het overheidsbudget onder druk. Vanaf een bepaalde graad van zorgbehoevendheid, wanneer crisissituaties elk moment kunnen voorvallen, zal de patiënt beter in een 100% professionele omgeving kunnen worden verzorgd waar hij onder permanente medische bewaking staat, op een multidisciplinair team kan rekenen en niet hals over kop moet worden verplaatst. Daarenboven is het vanaf een bepaalde afhankelijkheidsgraad kostenefficiënter gespecialiseerde zorg in een instelling toe te dienen (Chappell, 2004). Bij personen waarvan de zorgbehoevendheidsgraad dermate is toegenomen dat een residentiële opname aangewezen is, moeten de beleidsmakers zich de vraag durven stellen in welke mate de gemeenschap voor die **extra thuiszorgkosten** moet opdraaien. Steeds meer overheerst de consensus dat residentiële zorg in de toekomst enkel nog naar de zware zorgbehoevenden zou moeten gaan⁴⁵. Gegeven de huidige en toekomstige budgettaire kraptes verdient het thema alleszins een debat ten gronde. Het is een maatschappelijke keuze mensen toe te laten langer thuis verzorgd te worden wanneer die kosten hoger liggen dan voor residentiële zorg. Een manier om die keuze als beleidsmaker niet te hoeven maken bestaat erin om naar meer subjectfinanciering te evolueren. Het individu krijgt in functie van zijn zorgbehoevendheidsgraad en eventueel inkomen een zorgbudget toebedeeld dat hij dan naar eigen goeddunken kan spenderen, aan thuiszorg of aan residentiële zorg⁴⁶. Op die manier wordt rekening gehouden met zowel de budgettaire implicaties, de zorgkwaliteit als de keuze van het individu.

Een tweede manier om het desinstitutionaliseringproces zinvol te laten verlopen is de zorg strikter linken aan de "Activities of Daily Living" beperkingen (de zogenaamde ADL-beperkingen). Volgens Breda *et al.* (2010) is onze thuiszorg ruimhartiger dan in de buurlanden en zou ze strikter afgebakend en gealloceerd moeten worden (meer "needs-based screening" dus). De overschakeling naar een grotere nadruk op thuiszorg

45 Die trend is overigens al enige tijd aan de gang. Het aandeel zwaar tot zeer zwaar afhankelijkken in de residentiële voorzieningen is tussen 1998 en 2007 gestegen van 58% naar 63% (Willemé, 2010).

46 In het volgende hoofdstuk wordt subjectfinanciering verder uitgewerkt.

zal pas kostenefficiënt zijn als ze **selectiever** wordt: we moeten gaan voor verdieping, niet voor verbreding. Meer doen voor relatief gezien minder mensen, want een beleid van desinstitutionalisering “dient gepaard te gaan met een meer dan verhoudingsgewijs verhogen van het gebruik van thuisverpleging” (p.76) en de gezinszorg.

😊 AANBEVELINGEN

- Schakel over naar subjectfinanciering om de desinstitutionalisering zinvol te laten verlopen. De budgettaire implicaties van de keuze van de patiënt kunnen op die manier niet op de gemeenschap afgewenteld worden.
- Tenzij men voor een (hybride) systeem van bestedingsautonomie kiest moeten de RI-ZIV forfaits dichter op de werkelijke zorgnoden aansluiten.

Van degenen die in Vlaanderen naar een ROB gaan, maakte 40% reeds drie jaar vroeger gebruik van thuisverpleging, tegen 10% in Wallonië. Uit een statistische analyse blijkt dat de opname van de Vlaamse senioren in een ROB zo met 2,35 jaar kan worden uitgesteld.

Het zorgcontinuüm

Thuisverpleging is en blijft wel een dam tegen institutionalisering in de residentiële ouderenzorg. Uit het onderzoek van Pacolet, Merckx en Peetermans (2008) blijkt dat vroeger beroep doen op thuisverpleging een residentiële opname uitstelt en de totale duur van de opname verkort. Van degenen die in Vlaanderen naar een ROB gaan, maakte 40% reeds drie jaar vroeger gebruik van thuisverpleging, tegen 10% in Wallonië. Uit een statistische analyse blijkt dat de opname van de Vlaamse senioren in een ROB zo met 2,35 jaar kan worden uitgesteld. Een goed doordacht ouderenzorgsysteem moet zich bijgevolg beroepen op goed uitgebouwde intra- en extramurale diensten. **Thuiszorg en residentiële zorg zijn complementair en moeten zo goed mogelijk in elkaar passen.** Een geïntegreerd systeem komt namelijk patiënt en de schatkist van Vadertje Staat ten goede. Tot die conclusies komen ook verschillende internationale studies:

Hollander (2006): *“It is, in fact, the integration of medical, health, supportive, community and residential institutional care into one system that is the essence of the continuing care model and is why it is such a good fit to the actual needs of people with ongoing care needs”*.

Weissert et al. (1997): Geïntegreerde systemen met een overkoepelend systeembeheer (“system wide case management”), thuiszorg, residentiële zorg en capitatiefinanciering zijn kosteneffectiever dan reguliere, minder geïntegreerde systemen.

Stuart. en Weinrich (2001): In Denemarken, waar een geïntegreerd zorgmodel gebruikt wordt met veel nadruk op thuiszorg, stegen de uitgaven voor lange termijn zorg voor senioren tussen 1985 en 1997 per capita met 8%, tegenover 67% in de Verenigde Staten.

Thuiszorg en residentiële zorg zijn complementair en moeten zo goed mogelijk in elkaar passen. Een geïntegreerd systeem komt namelijk patiënt en de schatkist van Vadertje Staat ten goede. De verkavelde aanpak wordt vervangen door een zorgcontinuüm: de gebruiker staat in het centrum van het horizontale zorgaanbod.

Nu bestaan er in België al een hele reeks initiatieven die dergelijk zorgcontinuüm voor ogen hebben. Toch schieten zij nog tekort om de werkelijke ouderenzorguitdagingen aan te kunnen.

Landi et al. (2001): Het Italiaans geïntegreerd thuiszorgprogramma heeft de hospitalisatiegraad, het aantal ziekenhuisdagen en de kosten helpen verminderen.

De ziekenhuizen, de woonzorgcentra, de diensten voor thuisverzorging en –verpleging, de huisartsen, kinesitherapeuten, de mutualiteiten en de overheid moeten met andere woorden samenwerken om de coördinatie, toegankelijkheid en kwaliteit van de Belgische ouderenzorgsystemen te verbeteren. De verkavelde aanpak wordt vervangen door een “continuum of care” – of zorgcontinuüm – die de ganse zorg- en gezondheidsketen integreert. Volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie bestaat het zorgcontinuüm erin een volledig geheel aan diensten aan te bieden, gaande van het ziekenhuis tot de thuisverzorging, dat het samenbrengen van verschillende medische en sociale diensten vereist binnen de gemeenschap. Ook het verbinden van gezondheidsinitiatieven op alle niveaus van het gezondheidszorgsysteem maakt deel uit van het zorgcontinuüm. De zorgbehoevende oudere staat in het centrum van het horizontale zorgaanbod. Men komt tot integratie van zorgen door het volledige zorgaanbod zo te coördineren dat elke gebruiker de juiste zorg krijgt op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste persoon en dit met de laagst mogelijke menselijke en maatschappelijke kost. Voor elke patiënt en voor elk type pathologie wordt het best aangepaste gezondheidsaanbod voorgesteld.

Nu bestaan er in België al een hele reeks initiatieven die dergelijk zorgcontinuüm voor ogen hebben. Van Camp-Van Rensbergen en Prims (2004, p. 293) menen dat “de lokalisatie van verzorgingsbedden [RVT] in een rusthuis [...] aansluit bij het continue proces van veroudering”. Wat thuiszorg betreft zijn verschillende organisaties op regionaal en federaal niveau bevoegd voor coördinatie. Er bestaan ook zorgtrajecten die de samenwerking tussen patiënten met een chronische ziekte en zijn multidisciplinair team zo goed mogelijk willen organiseren voor een kwalitatieve opvolging van de patiënt. Ten slotte beoogt het woonzorgdecreet meer transmurale samenwerking. Toch schieten zij nog tekort om de werkelijke ouderenzorguitdagingen echt aan te kunnen. Ten eerste blijft de samenwerking vooralsnog binnen de eigen zorgvormen en is het zorglandschap nog zeer gefragmenteerd – tussen de inrichtende machten en de verschillende zuilen bijvoorbeeld. Ten tweede is het door de complexiteit van onze institutionele structuur moeilijk de verschillende niveaus efficiënt samen te doen werken⁴⁷ - een belangrijk

⁴⁷ Thuisverpleging is bijvoorbeeld een federale bevoegdheid die door het RIZIV gefinancierd wordt terwijl thuiszorg (gezinshulp, sociale hulp, etc.) onder de bevoegdheid en het budget van de gemeenschappen valt.

punt dat reeds in het derde hoofdstuk naar voor kwam. Ten derde zijn voorlopig nog maar twee zorgtrajecten in werking getreden⁴⁸ en is het wachten op de eerste evaluaties. Ten vierde is het nog maar de vraag wat uiteindelijk in de praktijk terecht zal komen van het veel belovende, maar piepjonge, woonzorgdecreet. In het derde hoofdstuk werd al aangehaald dat het versnipperde ouderenzorgaanbod in ons land één van de belangrijkste obstakels vormt. Ook Willemé (2010) van het Planbureau ziet de coördinatie en integratie van de Belgische lange termijn zorg als de voornaamste uitdaging op korte termijn.

Om die coördinatie te bevorderen moet er een staatshervorming in de ouderenzorg komen. In hoofdstuk 3 werden drie mogelijke scenario's uit de doeken gedaan. Daarnaast moeten de gemeenten, in de lijn van bovenvermelde woonzorgzones, de ouderenzorgregie in handen krijgen en daarvoor de nodige beleidshefbomen krijgen. Het Antwerps Zorgbedrijf doet dit nu al voor alles wat publieke ouderenzorgverlening betreft. Het Zorgbedrijf overkoepelt en bouwt alle vormen van zorg voor ouderen uit en is op die manier in staat het volledige zorgtraject aan te bieden. Nu moet het de ambitie zijn alle spelers, ongeacht de inrichtende macht, onder de paraplu van een objectieve, coördinerende koepel op gemeentelijk niveau te laten samenwerken.

☺ **AANBEVELINGEN**⁴⁹

- Maak werk van de integratie van klinische teams via de oprichting van **multidisciplinaire professionele teams** en de aansluiting van die teams op de structuur van het netwerk, zodat elke partner in het netwerk kan worden opgenomen (huisartsen en specialisten, verpleegkundige, huishoudhulp, ...) (Contandriopoulos, 2001). Hier is een belangrijke taak weggelegd voor het lokale bestuur dat de regie op zich zou kunnen nemen om ervoor te zorgen dat alle partners voldoende ruimte krijgen om "hun ding" te doen, en de spelregels respecteren.
- Vergoed de huisarts of geriatrisch consult voor een coördinerende rol tussen de verschillende zorgverstrekkers. Deze persoon is ook verantwoordelijk voor de opvolging en tussentijdse evaluaties van de huidige zorgnoden en verwijst en verleent indien nodig advies. Men zou zelfs zo ver kunnen gaan als het opzetten van een "**single entry point**": een verplichte stop bij een specialist ter zake (huisarts, geriatrisch consult)

48 1 juni 2009 voor het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie en 1 september 2009 voor het zorgtraject diabetes type 2.

49 In *Long-term care for older people*, zet de OESO (2005) een paar interessante, buitenlandse initiatieven op een rij (p. 36-40).

Wonen en zorgen gaan hand in hand: een goede zorgomgeving vergemakkelijkt het wonen, en een aangepaste woonomgeving vereist minder zorgen.

die de patiënt de nodige informatie verschaft, doorverwijst en de contactpersoon voor alle betrokkenen wordt (zorgverleners, familie en zorgbehoevenden). Hoe dan ook moet de **nomenclatuur** aangepast worden om coördinerende inspanningen te vergoeden.

- **Het zwaartepunt van de ouderenzorgregie** moet op het gemeentelijk niveau plaatsvinden.
- Chronische zorg en postacute zorg zijn niet hetzelfde. Dat laatste zou vanuit het ziekenhuis moeten worden geregisseerd en gefinancierd, zoals dat ook in andere landen gebeurt (KCE, 2010).

Ouderenzorg is meer dan zorgen voor ouderen

Zorg is ongetwijfeld cruciaal maar kan in ons ouderenzorgnirvana niet van de wooncomponent losgekoppeld worden. Wonen en zorgen gaan hand in hand: een goede zorgomgeving vergemakkelijkt het wonen, en een aangepaste woonomgeving vereist minder zorgen. Zorg moet bovendien benaderd worden vanuit de “zorgen voor” optiek en houdt dus zowel een fysische als psychologische component in. Woonzorgalternatieven zullen in de toekomst nog veel meer dan vandaag met die **humanistische insteek** rekening moeten houden. Ouderenzorg is meer dan zorgen voor ouderen alleen.

De tijd van de “ziekenhuisaandoende” voorzieningen ligt achter ons. De moderne ouderen verwachten gewoon meer van hun oude dag. Isolement is geen optie meer, want de oudere van morgen zal kiezen voor een actieve oude dag. Één van de twee risicofactoren voor de ontevredenheid van de rusthuisbewoners die uit het onderzoek van Fontaine en Jans voor het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2009) naar voren is gekomen is nochtans het eenzaamheidsgevoel. Uit onderzoek van de Koning Boudewijnstichting (2009) blijkt dat een rol kunnen blijven spelen in de maatschappij één van de drie primordiale factoren is voor het “goed leven en zich thuis voelen in het woonzorgcentrum”. “Externe personen bij het woonzorgcentrum betrekken, is noodzakelijk voor het welzijn van de bewoners. Dit biedt voordelen voor iedereen. Bewoners blijven op de hoogte van wat er rondom het woonzorgcentrum gebeurt en leeft. Een cafetaria, een restaurant, handelszaken, activiteiten vormen evenveel gelegenheden om naar het woonzorgcentrum te komen, om er mee te werken en het te verrijken met ieders inbreng” (p. 22). De buitenwereld wordt cruciaal voor de beleving van de “binnenwereld”. De woonzorgvoorzieningen van morgen zullen als echte generatiehubs fungeren, en het zal in de eerste plaats aan de beleidsmakers en de zorgverleners zijn om hierop in

De buitenwereld wordt cruciaal voor de beleving van de “binnenwereld”. De woonzorgvoorzieningen van morgen zullen als echte generatiehubs fungeren. Voor de beleving van die binnenwereld zullen ook autonomie en het vermogen eigen keuzes te maken doorslaggevend zijn.

Net zoals dat met integratie het geval was moeten autonomie en zelfbeschikking een toetssteen worden.

te spelen. Voor de beleving van de binnenwereld zullen autonomie en het vermogen eigen keuzes te maken doorslaggevend zijn. Het rapport geeft een paar interessante voorstellen mee:

☺ AANBEVELINGEN

- **De vrijheid van keuze en zelfbepaling zijn best al aanwezig vóór de opname in het woonzorgcentrum.** De oudere van de toekomst zou zich hierop kunnen voorbereiden en zijn verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van het nieuwe levenskader. Dat kan via “life coaches”, maar ook via de huisarts die een coördinerende rol hebben opgenomen, of via de geriatrische consulten die in dit rapport al verschillende keren aan bod zijn gekomen.
- **Tijdschema’s** moeten in de mate van het mogelijke worden **versoepeld**. Probeer bijvoorbeeld zoveel als mogelijk vaste bezoeken te vermijden.
- Senioren moeten worden **benaderd vanuit hun resterende capaciteiten**, troeven en potentieel, daarbij ook de beperkingen respecterend. Respect opbrengen voor de oudere betekent dat zij niet als kleine kinderen behandeld dienen te worden, dat geldt ook voor de manier waarop bewoners soms aangesproken worden.
- Probeer meer ontmoeting- en **discussiemomenten** in te lassen in kleine comités. Mocht dat nog niet gebeurd zijn kan een bewonersraad worden opgericht.
- Het **“thuis-gevoel”** kan zonder veel inspanningen worden bevorderd door alles wat aan ziekenhuizen doet denken in de inrichting te vermijden (maaltijden, kleuren, kleren van het personeel, akoestiek, kleinere ruimten en huiselijk meubilair). Een eigen bel en een persoonlijke brievenbus bevorderen die huiselijke sfeer.

Het komt er op neer de wensen en het welzijn van de bewoners centraal te stellen in alle beslissingen en reflecties, als een “te bereiken doel dat de toon zet” (p. 51). Net zoals dat met integratie het geval was moeten **autonomie en zelfbeschikking een toetssteen worden**. Tegelijkertijd wordt de woonomgeving esthetisch, open en multi-generatieeel. Een goed Belgisch voorbeeld is het Senior Plaza te Willebroek dat een “boeiende en veelzijdige mix van wonen, zorgen, werken, winkelen, wellness en welzijn” beoogt. Ook het beleid kan zijn steentje bijdragen om de humanistische en integrale visie op ouderenzorg te bevorderen.

In het vorige hoofdstuk opperden we al voor een herziening van de personeelsnorm en -financiering. Samengevat zouden de middelen herschikt moeten worden opdat het verzorgend personeel zich meer met hun zorgtaken zouden kunnen bezighouden en middelen en handen vrijkomen voor de administratieve ondersteuning en het woon- leefaspect. De nadruk zou bijvoorbeeld meer op het psychologische welbevinden van de inwoners kunnen liggen dankzij de financiering van psychologen of maatschappelijke werkers. De experts die voor de Koning Boudewijnstichting een rapport over het woonzorgcentrum van de 21^e eeuw schreven pleiten tegelijkertijd voor een **versoepeling van de reglementering**. "De voorschriften herzien op het gebied van hygiëne en veiligheid (onder meer de HACCP-normen), veiligheid en brandpreventie, zodat men een pannenkoek kan bakken met eieren uit het eigen kippenhok, dat een fontein in de binnentuin niet gesloten wordt omdat er gevaar is voor bacteriën, kerstlampjes in de kerstboom mogen hangen, enz." (KBS, 2009, p. 71). Nog volgens de experts mag de Katz-schaal (zie kaderstuk 2) niet de enige referentie zijn om de kosten van de globale begeleiding te financieren.

Tot slot argumenteerde Itinera eerder al in een boek over de Belgische gezondheidszorg (Daue en Crainich, 2008) dat een deel van de zorg- en gezondheidszorgfinanciering best gebeurt op basis van **kwaliteitscriteria**. De nomenclatuur zou ook hier rekening mee kunnen houden: continuïteit en kwaliteit kunnen elkaar versterken. In de ouderenzorgspecifieke context zou deze financiering wel rekening moeten houden met de gehanteerde dagprijzen. Het is namelijk veel gemakkelijker kwaliteit aan te bieden wanneer daar ook een hoge prijs voor gevraagd wordt. Dit voorstel kadert overigens goed in het verhaal van het ouderenzorgnirvana (kwaliteit en kostenbeheersing) en valt, zoals gezegd, perfect te rijmen met het zorgcontinuüm. Meer hierover in het volgende hoofdstuk.

😊 AANBEVELINGEN

- De reglementering van en in woonzorgcentra moet worden versoepeld.
- In de ouderenzorgfinanciering moet rekening worden gehouden met kwaliteit.

Nieuwe woon(zorg)vormen

Het rusthuis dat veel weg heeft van een ziekenhuis voor bejaarden is out. Het staat in de sterren geschreven dat we alleen maar verder in de richting van woonzorgzones zullen evolueren. Dat is het meso- of middenniveau. Binnen die woonzorgzones zullen nieuwe

Binnen woonzorgzones zullen nieuwe woonzorgformules het licht zien. Beleidsinstrumenten die de ontwikkeling van interessante woonzorgvormen in de hand zullen werken zijn beschikbaar.

woonzorgformules het licht zien. Creatieve geesten zijn hier al een poosje mee bezig en er bestaan ondertussen nieuwe concepten die zich uiteindelijk wel een weg zullen weten te banen tot bij het grote publiek. Serviceflats bestaan al langer en zijn bij de meesten wel gekend. Er bestaan echter nog een paar minder bekende, maar niet minder waardevolle formules.

Aanleunwoningen zijn klassieke eengezinswoningen of rijhuizen in de directe omgeving van een woonzorgcentrum maar ze zijn er toch duidelijk van gescheiden. De bewoners blijven volledig zelfstandig en kunnen gebruik maken van de diensten van het woonzorgcentrum. Met een intern oproepsysteem staan ze rechtstreeks in verbinding met het centrum (Amrous en Hugaerts, 2003).

Kangoeroewoningen en kangoeroeflats laten senioren toe samen en tussen jongere generaties te leven. De doelstelling is dat ze elkaar ondersteunen op vrijwillige basis. De ouderen kunnen op de kinderen passen of bijles geven, de jongeren boodschappen doen of klusjes opknappen. Op die manier worden seniorengetto's vermeden en het isolement van senioren doorbroken. Voor eenoudergezinnen kan de kangoeroeformule een belangrijke alledaagse steun betekenen (Amrous en Hugaerts, 2003). Kangoeroewonen vervult een zeer nuttige en kostenbesparende maatschappelijke rol. Nochtans is kangoeroewonen nog altijd geen hit in ons land (Trends, 27/11/2008). Vanuit de overheid kunnen de nodige prikkels worden gegeven.

☺ **AANBEVELING**

- Een belastingvermindering kan worden toegekend aan gezinnen die zich voor een kangoeroewoonproject engageren. Er kunnen ook bouw- en renovatiesubsidies uitgekeerd worden aan gezinnen die hun woning tot een kangoeroewoning ombouwen. Dat geld zou gehaald kunnen worden door de subsidies op zonnepanelen – een inefficiënte en regressieve energiesubsidie – naar beneden te herzien.

Groepswonen en **Abbeyfield-huizen** zijn vormen van aangepaste wooncommunes waar de solidariteit en het groepsgevoel van een kleine groep mensen centraal staan. Alle bewoners behouden hun eigen woonruimte (kamers of kleine studio's) en delen een gemeenschappelijke ruimte. Ze moeten zich engageren door voor elkaar te zorgen – de onderlinge solidariteit is er belangrijk – en deel te nemen aan het groepsleven. Een

“seniorenkot plus” als het ware, dat in landen als Denemarken een groot succes kent (Amrous en Hugaerts, 2003).

Collectieve Autonome Dagopvang (CADO) is gegroeid uit een aantal vaststellingen: het financieel-economische plaatje van de vergrijzing, de handen die de zorg te kort zal komen, de vereenzaming van veel oudere mensen, de zware last op de schouders van mantelzorgers en het drempelverlagende effect van een gewoon huis in de straat. Anders dan de dienstencentra waar geen rechtstreekse zorg wordt verstrekt, en de dagverzorgingscentra, die zich vooral op zwaar zorgbehoevenden richten, sluit CADO aan bij de bestaande thuisdiensten. Naargelang de persoonlijke interesse van de mensen worden dagelijks activiteiten gepland (Geeraert, 2009).

Kleinschalig genormaliseerd wonen is een opgezette combinatie van wonen en zorg, verzorging en 24-uursbegeleiding die is geïntegreerd in een zo normaal mogelijke woonomgeving en bedoeld voor psychogeriatrische en demente ouderen. Door de kleinschaligheid van projecten genormaliseerd wonen (eenheden van zes tot zestien personen) kan de zorg meer aan de individuele oudere worden aangepast. De bewoners worden zoveel mogelijk gestimuleerd tot zelfzorg en zelfstandigheid. Er wordt niet meer zorg geboden dan nodig is, maar ook niet minder. De gezamenlijke huishouding geeft structuur aan het dagelijkse leven. De tijden van eten en opstaan kunnen variëren, hierdoor krijgt het leven in deze projecten een ongedwongen en natuurlijk verloop (Declercq, Van Audenhove *et al.* 2007). Cantou-woningen sluiten zeer dicht bij dit concept aan. Het zijn gespecialiseerde woningen die een zeer huiselijke, warme sfeer beogen voor geestelijk verwarde personen die zo veel als mogelijk deelnemen aan alledaagse activiteiten.

Ouderen stellen hun woning open voor studenten met de bedoeling om twee behoeften met elkaar te verzoenen: die van de student die op zoek is naar een kamer voor een beperkt budget, en de behoefte van ouderen die vaak alleen wonen en wat gezelschap en een veiligheidsgevoel kunnen gebruiken. De Stichting Caixa Catalunya lanceerde in Spanje zo’n programma (“Viure i Conviure”) dat een echt succes werd, en in Frankrijk bestaat “Pari Solidaire” dat senioren in contact brengt met jongeren op zoek naar een woning, mensen die dagelijkse taken willen delen of die op zoek zijn naar extra inkomsten (AGE, 2009). In Québec, Canada, bestaan gelijkaardige initiatieven: “Les pra-

tiques organisées d'habitation partagée". Ducharme (2004) toont aan dat deze nieuwe woonorganisatie belangrijke voordelen heeft voor de bevolking op zowel economisch vlak – betaalbare toegang tot een woning – als op sociaal en psychologisch vlak. Daar zorgen het menselijk contact, een teruggevonden veiligheidsgevoel en een verminderd isolement voor.

☺ **AANBEVELING**

- Ook in België moet werk worden gemaakt van een digitaal platform waar senioren jongere huisgenoten kunnen vinden. Zeker in de Belgische (groot)steden zal hier een publiek voor gevonden worden.

Eerder bespraken we al beleidsinstrumenten die de ontwikkeling van interessante woonzorgvormen in de hand zullen werken. De aanbevelingen die omtrent levenslang wonen werden geformuleerd zijn ook hier van toepassing. Ruimtelijke ordening is in deze optiek eveneens een krachtige beleidshefboom. En wat voor ICT-innovatie geldt, geldt ook voor woonzorginnovatie. In het volgende hoofdstuk komen nog een paar instrumenten aan bod die ook hier hadden kunnen staan. De omgekeerde hypotheek wordt er besproken en we breken ook een lans voor uitgebreide informatieverstopping – onder andere via Geografische Informatiesystemen – opdat mensen gemakkelijker “met hun voeten” zouden kunnen stemmen.

BESLUIT: GRIJS WORDT DE KLEUR VAN HET MODERNE OUDERENZORGBELEID

De karikatuur dat men ofwel in een rusthuis, ofwel thuis moet worden verzorgd gaat niet op. Dat blijkt uit het reeds bestaande seniorenzorgaanbod: er bestaan wel degelijk alternatieven. Maar het zorglandschap is nog te gefragmenteerd. Om de toekomstige zorgnoden op te vangen wordt het niet alleen alle hens aan dek, alle hens zullen ook goed samen dienen te werken. Alle pistes zullen moeten worden verkend en alle zorgvormen onderzocht. Men zal niet alleen moeten inzetten op capaciteit, ook verscheidenheid zal in de toekomst een belangrijke rol worden toebedeeld. Grijs wordt de kleur van het moderne ouderenzorgbeleid.

In een eerste instantie onderzochten we de organisatievorm van de woonzorgzone, in se een feodaal woonzorgmodel op wijk-schaal (5000-10 000 inwoners). Singelenberg (2009) denkt er het volgende over. Meer territoriale samenwerking zal geboden zijn, vooral omdat budgetten en personeel schaarser worden. Hierdoor zullen woonzorgzones er stap voor stap meer functies bij krijgen. De schaarste aan formele zorg zal leiden tot een toenemend beroep op informele zorg. Mantelzorgers zullen via goed functionerende diensten en een efficiënte organisatie op kleinschalig niveau moeten kunnen terugvallen. Multifunctionele, mobiele teams kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. En de eisen aan zorggeschiktheid van woningen zullen toenemen, om met minder mensen meer zorg te kunnen leveren. Ook dit zal waarschijnlijk bijdragen aan een toenemend belang van de woonzorgzone als integratiekader van maatregelen op diverse domeinen. Het formuleren van een basispakket waar iedere bewoner van een woonzorgzone aanspraak op kan maken, kan een eerste stap zijn.

In België staan we echter nog veel stappen verwijderd van zo'n basispakket en in dit hoofdstuk bespreken we maatregelen die prioritair zijn om grootschalige woonzorgintegratie te realiseren. Een belangrijk struikelblok is nog steeds het subsidiebeleid dat een onderscheid maakt naargelang de rechtsvorm van de zorgaanbieder. Hoewel de subsidiehervormingen zonder meer de goede richting op gaan stelden wij drie alternatieve denkpijlers voor: renteloze leningen, renteloze schijfelingen en subjectfinanciering. Onze voorkeur gaat duidelijk uit naar het derde scenario. Een tweede heikel punt betreft de terechte nadruk op desinstitutionalisering die de mensen zo veel en zo lang als mogelijk thuis wilt houden. Die kan pas zinvol verlopen als er een debat ten gronde komt over de kostenefficiëntie van de verschillende zorgvormen. En opnieuw kon subjectfinanciering soelaas brengen. Thuiszorg en residentiële zorg zijn complementair en moeten zo goed mogelijk in elkaar passen. Ook andere zorg- en gezondheidszorgvoorzieningen moeten in een zorgcontinuüm geïntegreerd worden. Ondanks stappen in de goede richting is in België ook op dit vlak nog werk aan de winkel. Zo zou de nomenclatuur aangepast kunnen worden, moet met een "single point of entry" gewerkt worden en kan een groter beroep worden gedaan op multidisciplinaire teams.

Zorg is ongetwijfeld cruciaal maar kan in ons ouderenzorgnirvana niet van het wooncomponent worden losgekoppeld. Wonen en zorgen gaan hand in hand: een goede zorgomgeving vergemakkelijkt het wonen, en een aangepaste woonomgeving vereist

minder zorgen. In het laatste deel van dit hoofdstuk bogen we het hoofd over twee andere primordiale aspecten van een complete ouderenzorgbenadering: wonen en welzijn. De uitgangspositie was dat ouderenzorg meer is dan zorgen voor ouderen alleen. Innovatieve woon(zorg)alternatieven werden besproken en beleidsaanbevelingen op meso- en macroniveau geformuleerd. De nadruk lag daarbij vooral op een versoepeling van de reglementering, het integreren van kwaliteitsindicatoren en het nastreven van huiselijke geborgenheid.

😊 AANBEVELINGEN

- De overheid moet in overleg met de sector de beperkingen die er vandaag nog zijn op het bouwen van **woonzorgcentra** in kaart brengen. Zorgvoorzieningen moeten zich namelijk perfect overal kunnen vestigen, dat is in de eerste plaats in het belang van de zorgbehoevende ouderen voor wie nabijheid nog steeds het belangrijkste selectie criterium is. Blauwe zones⁵⁰ moeten bijgevolg door zorginstellingen van alle rechtsvormen kunnen worden bebouwd. Beperkingen die nutteloos lijken moeten worden geschrapt en er moeten wijzigingen worden doorgevoerd in de ruimtelijke ordening op gemeentelijk niveau met het oog op leeftijdsvriendelijke buurten en gemeenten.
- Ontwikkel op regionaal niveau het concept **woonzorgzone** of zorgvriendelijke zone met bijhorende visie, parameters, criteria en richtlijnen. Gebruik dit kader als toetssteen bij buurt- en dorpsontwikkelingen op lange termijn dat toelaat te komen tot doelmatige inplanting van nieuwbouw, verbouwingen, zorginitiatieven en veranderingen van de openbare ruimte. Gebruik daarbij de criteria van het label “levenslang wonen” en indien van toepassing het gemeentelijk actieplan dat werd uitgewerkt in het kader van de “*age friendly cities*”.
- In de lijn van de recente en huidige VIPA hervormingen moet in alle deelstaten over efficiëntere subsidiemodaliteiten worden nagedacht die geen rekening houden met de rechtsvorm van de ontvangende instellingen – een onderscheid waar de senioren zelf geen boodschap aan hebben. Om de capaciteitsnoden te ondersteunen moeten meer zorgverleners op een financiële hefboom kunnen rekenen. Er kunnen verschillende interessante formules met renteloze leningen worden bedacht. Onze voorkeur gaat echter uit naar een omschakeling van object naar subjectfinanciering, een voorstel dat uitvoerig in hoofdstuk 6 besproken wordt.
- Schakel over naar subjectfinanciering om de desinstitutionalisering zinvol te laten verlopen. De budgettaire implicaties van de keuze van de patiënt kunnen op die manier niet op de gemeenschap afgewenteld worden.
- Tenzij men voor een (hybride) systeem van bestedingsautonomie kiest moeten de RI-ZIV forfaits dichter op de werkelijke zorgnoden aansluiten.

⁵⁰ Blauwe zones zijn zones voor gemeenschapsvoorzieningen en openbare nutsvoorzieningen waar commerciële instellingen niet mogen op bouwen (hoofdstuk 3).

- Maak werk van de integratie van klinische teams via de oprichting van **multidisciplinaire professionele teams** en de aansluiting van die teams op de structuur van het netwerk, zodat elke partner in het netwerk kan worden opgenomen (huisartsen en specialisten, verpleegkundige, huishoudhulp, ...) (Contandriopoulos, 2001). Hier is een belangrijke taak weggelegd voor het lokale bestuur dat de regie op zich zou kunnen nemen om ervoor te zorgen dat alle partners voldoende ruimte krijgen om 'hun ding' te doen, en de spelregels te respecteren.
- Vergoed de huisarts of geriatrisch consult voor een coördinerende rol tussen de verschillende zorgverstrekkers. Deze persoon is ook verantwoordelijk voor de opvolging en tussentijdse evaluaties van de huidige zorgnoden en verwijst en verleent indien nodig advies. Men zou zelfs zo ver kunnen gaan als het opzetten van een "**single entry point**": een verplichte stop bij een specialist ter zake (huisarts, geriatrisch consult) die de patiënt de nodige informatie verschaft, doorverwijst en de contactpersoon voor alle betrokkenen wordt (zorgverleners, familie en zorgbehoevenden). Hoe dan ook moet de **nomenclatuur** aangepast worden om coördinerende inspanningen te vergoeden.
- **Ouderenzorgregie** moet op het gemeentelijk niveau plaatsvinden.
- Chronische zorg en postacute zorg zijn niet hetzelfde. Dat laatste zou vanuit het ziekenhuis moeten worden geregisseerd en gefinancierd, zoals dat ook in andere landen gebeurt (KCE, 2010).
- **De vrijheid van keuze en zelfbepaling zijn best al aanwezig vóór de opname in het woonzorgcentrum.** De oudere van de toekomst zou zich hierop kunnen voorbereiden en zijn verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van het nieuwe levenskader. Dat kan via "*life coaches*", maar ook via de huisarts die een coördinerende rol zal hebben opgenomen, of via de geriatrische consulten die in dit rapport al verschillende keren aan bod zijn gekomen.
- **Tijdschema's** moeten in de mate van het mogelijke worden **versoepeld**. Probeer bijvoorbeeld zoveel als mogelijk vaste bezoeken te vermijden.
- Senioren moeten worden **benaderd vanuit hun resterende capaciteiten**, troeven en potentieel, daarbij ook de beperkingen respecterend. Respect opbrengen voor de oudere betekent dat zij niet als kleine kinderen behandeld dienen te worden, dat geldt ook voor de manier waarop bewoners soms aangesproken worden.
- Probeer meer ontmoeting- en **discussiemomenten** in te lassen in kleine comités. Mocht dat nog niet gebeurd zijn kan een bewonersraad worden opgericht.

- Het “**thuis-gevoel**” kan zonder veel inspanningen worden bevorderd door alles wat aan ziekenhuizen doet denken in de inrichting te vermijden (maaltijden, kleuren, kleren van het personeel, akoestiek, kleinere ruimten en huiselijk meubilair). Een eigen bel en een persoonlijke brievenbus bevorderen die huiselijke sfeer.
- De reglementering van en in woonzorgcentra moet worden versoepeld.
- In de ouderenzorgfinanciering moet rekening worden gehouden met kwaliteit.
- Een belastingvermindering kan worden toegekend aan gezinnen die zich voor een kangoeroewoonproject engageren. Er kunnen ook bouw- en renovatiesubsidies uitgekeerd worden aan gezinnen die hun woning tot een kangoeroewoning ombouwen. Dat geld zou gehaald kunnen worden door de subsidies op zonnepanelen – een inefficiënte en regressieve energiesubsidie – naar beneden te herzien.
- Ook in België moet werk worden gemaakt van een digitaal platform waar senioren jongere huisgenoten kunnen vinden. Zeker in de Belgische (groot)steden zal hier een publiek voor gevonden worden.

06

MACRO – DE ROL VAN DE OVERHEID, DE ROL VAN DE MARKT

«The function of government is to govern as little as possible; but not to do as little as possible. »

Alfred Marshall

«Geloof nooit de gelovigen.»



Het Belgische ouderenzorglandschap moet worden hertekend. De dubbele uitdaging, een kwalitatieve en een kwantitatieve, smeekt om een vastberaden beleid dat niet terugdeinst nieuwe wegen in te slaan en oude taboes te doorbreken. Cruciaal daarbij is een grondige herziening van het huidige financiering- en bestedingssysteem onder het motto “With more liberty comes more responsibility”. Overtuigd van hun mogelijkheden en bewust van hun politieke gewicht zullen de senioren een hoofdrol in de zorgregie opeisen. Wat leren binnen- en buitenlandse ervaringen ons hierover? Welke hefboomen hebben we ter beschikking, met welke hinderpalen moeten we komaf maken? En hoe zorgen we ervoor dat kwaliteit en toegankelijkheid ondanks de enorme demografische druk behouden blijven? Als we er tijdig aan beginnen kunnen we de omwenteling van aanbod- naar vraagsturing realiseren. Daarbij zal niet alleen de rol van het individu grondig herzien worden, ook de zorgverstrekkers, de verzekeraars en de overheid krijgen een nieuw mandaat. De verstrekkers moeten meer dan ooit oor hebben voor de gebruikers, de verzekeraars kunnen als grote “zorgbrokers” fungeren en de overheden kunnen instaan voor het institutionele kader van het nieuwe zorgmodel. De kerntaken van de publieke sector moeten evolueren van zorgverstrekking en –financiering naar kwaliteitscontrole, toegankelijkheidsgarantie, informatievoorziening en markttoezicht.



INLEIDING

Centraal in de beleidseconomie staat het debat over de rol van de overheid, en de rol van de markt, en alle mogelijke combinaties die daar ergens tussen liggen.

Marktwerking in de ouderenzorg is geen finaliteit op zich, maar een instrument om het hoofd te bieden aan de nodige capaciteitsuitbreiding die gevoed wordt door een demografische tijdbom, en om beter in te spelen op de wensen van de senioren 2.0 die het resultaat van de naoorlogse mentaliteitswijzigingen zijn.

Centraal in de beleidseconomie staat het debat over de rol van de overheid, en de rol van de markt, en alle mogelijke combinaties die daar ergens tussen liggen. De ouderenzorgsector ontsnapt niet aan de dans en met de eerste zichtbare manifestaties van de vergrijzing op ons sociaaleconomisch bestel lijkt de discussie in een stroomversnelling te zijn geraakt. Volgens sommigen valt de rusthuissector ten prooi aan commercialisering en winstbejag (De Standaard, 06/08/2010); anderen vinden het dan weer verwerpelijk om zoveel mogelijk winst te kloppen uit een welverdiende oude dag (De Morgen, 22/02/2010). Handig wordt daarbij gebruik gemaakt van slogans als “Zorg is geen koopwaar!” en “Een oude dag is niet te koop!”, of nog “Commercialisering van de ouderenzorg kan uw oude dag ernstige schade toebrengen!”, alsof alle commerciële zorgspelers u zonder verpinken zouden laten creperen in de naam van winst en aandeelhouders.

Nochtans kunnen zorg, gezondheidszorg, markt en winst met elkaar worden verzoend indien het regulerende kader hier verstandig op in speelt. Het beste van alle werelden zal gebruikt moeten worden om zoveel mogelijk zorg en gezondheidszorg uit de beperkte budgettaire middelen te halen. En daarbij speelt de oudere als consument een belangrijke rol – *consumer empowerment*, weet u nog? De sector staat voor enorme groei en innovatie: een dynamische interactie van vraag en aanbod, met eerlijke concurrentie, duidelijke informatie en juiste prijszetting zullen essentieel zijn om die groei te realiseren op een wijze die zowel budgettair duurzaam is als maximaal inspeelt op de wensen van de gebruiker. In andere terreinen weten we dat marktwerking daarvoor essentieel is. Marktwerking in de ouderenzorg is geen finaliteit op zich, maar een instrument om het hoofd te bieden aan de nodige capaciteitsuitbreiding die gevoed wordt door een demografische tijdbom, en om beter in te spelen op de wensen van de senioren 2.0 die uit de naoorlogse mentaliteitswijzigingen vloeien.

De idee marktwerking in een sociale sector te introduceren doet sommigen huiveren, want commercie betekent winst, winst besparingen en besparingen minder kwaliteit. En dat alles op de kap van hulploze ouderen dan nog wel! In een ongereguleerde markt met weinig concurrentie bestaat de mogelijkheid altijd dat zich een “*race to the bottom*” voordoet waarbij de commerciële instellingen hun kwaliteit systematisch naar beneden

De belangrijkste taak van de overheid moet er dus in bestaan de structuur uit te tekenen dat senioren toelaat zelf hun oude dag te kiezen en te financieren, en hen tegelijk voldoende beschermd.

herzien om steeds lagere prijzen te kunnen aanbieden of hoger dividend te kunnen uitkeren. Gelukkig moeten alle rusthuizen aan een resem strenge voorwaarden voldoen (kameroppervlakte, aantal verpleegkundig personeel, maaltijden, etc.) om door de gemeenschappen te worden erkend, en door het RIZIV gefinancierd. Het zou bovendien commercieel niet verstandig zijn voor een zorgverstrekker een kwalijke reputatie op te bouwen. Zelfs in de ouderenzorg is winst niet vies. We mogen niet vergeten dat winst de basis is van het prijsmechanisme dat essentieel is om evoluties op te vangen, innovatie aan te moedigen, creativiteit te belonen, keuzes toe te laten, etc. Winst is een motor van investering voor vernieuwing en betere kwaliteit: wat eerst door de bovenlaag betaalbaar is komt uiteindelijk iedereen ten goede.

Laten we ons geen blaasjes wijsmaken. In om het even welke sector zal er altijd een deel privé zijn. Daarenboven heeft Europa de markt opengebrouwen. De vraag is gegeven die institutionele constellatie of we een ouderenzorg met twee snelheden willen, dan wel een open biotoop die maximaal inspeelt op de wensen van het individu, en de wenselijkheid voor de maatschappij: kwaliteit, toegankelijkheid en budgettaire houdbaarheid. De belangrijkste taak van de overheid moet er dus in bestaan de structuur uit te tekenen dat senioren toelaat zelf hun oude dag te kiezen en te financieren, en hen tegelijk voldoende beschermd. We moeten de oudere niet naar de zorgsector leiden, maar de zorgsector naar de oudere laten komen. Zo kan de economische opportuniteit van ouderenzorg maximaal verbonden worden met persoonlijk welzijn. Niemand is beter in staat uw oude dag te plannen dan uzelf. Solidariteit is belangrijk maar hoeft geen dogma te zijn. Slimme solidariteit zal de keuzevrijheid van senioren behouden, hun rijkdom aan verantwoordelijkheid koppelen, en tegelijkertijd meer doen voor zij die het echt nodig hebben. Ik hoop alvast dat u dit hoofdstuk met dezelfde openheid zult lezen waarmee ik het onderzocht en geschreven heb.

In het eerste deel van dit laatste hoofdstuk bekijken we de mogelijkheden van een nieuw verzekeringsstelsel dat de financieringsbehoefte kan helpen opvangen. We schetsen daarbij twee mogelijke scenario's, respectievelijk een sociale en een private verzekering, en formuleren zoals steeds enkele beleidsaanbevelingen naargelang het systeem. Maar niet alleen de financiering van het Belgische en Vlaamse ouderenzorgstelsel is aan hernieuwing toe, ook de manier waarop dat geld wordt uitgegeven – de bestedingsmodaliteiten – zijn nog niet aangepast aan de toekomstige noden en vooral aan

de nieuwe senioren en hun verwachtingen. Daarin zal het individu een sleutelrol spelen. Tot slot bespreken we waarom welke rollen het best door de overheid en het best door de markt worden ingevuld.

DOELSTELLING

Een regulerend kader creëren dat de voordelen van de markt en de noodzaak van de overheid met elkaar verzoent. Alleen door het samenbrengen van de twee werelden zullen we van een maximale hoeveelheid zorg en gezondheidszorg kunnen genieten die maximaal op de verwachtingen van de gebruikers inspeelt en een minimale maatschappelijke prijs met zich meebrengt.

EEN NIEUW FINANCIERINGSMODEL: WELKE ROL VOOR WELKE VERZEKERINGEN IN DE OUDERENZORG?⁵¹

Inleiding

De gigantische financieringsbehoefte op het gebied van ouderenzorg kwam in deze studie al verschillende malen aan bod. De sociale zekerheid is een tanker in zwaar weer. Het crisisjaar 2009 eindigde voor de sociale zekerheid met een tekort van 2,2 miljard euro. Dat was al bekend. Over de hele periode 2010-2015 zal men in realiteit 23,8 miljard tekorten hebben opgestapeld. In de wetenschap dat we daarbovenop recurrent 25 miljard euro zullen moeten besparen om geen bijkomende tekorten op te stapelen wordt het plaatje al helemaal grimmig. De piste om voor ouderenzorg een deel daarvan op te vangen via een nieuw verzekeringsstelsel wordt hierbij onder de loep genomen. Vandaag is er een groeiend ongenoegen over de *status quo*. Aan de ene kant worden meer en meer families geconfronteerd met onvoorziene kosten die een groot financieel risico impliceren en hen voor hoogst onaangename dilemma's plaatsen voor de zorg van hun familielid. Aan de andere kant is er de overheid die de druk vanuit de vergrijzing op allerlei vlakken voelt waarbij de vraag zich stelt hoe ze dit financieel kan bolwerken. **Terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later.** Laten we de fout van het pensioenvraagstuk niet herhalen in de ouderenzorg. Nus is de tijd om over hervormingen na te denken. Dit geeft meer marges om creatief om te gaan met de uitdaging en de kost te spreiden over een

De sociale zekerheid is een tanker in zwaar weer. En terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later. Dat geeft ons 20 jaar de tijd om een nieuw financieringssysteem op de been te zetten.

⁵¹ Ik wens hierbij Ivan Van de Cloot te bedanken voor zijn zeer uitgebreide en waardevolle bijdrage aan dit stuk.

breder draagvlak. Hierbij kunnen verzekeringsprincipes een essentiële rol spelen. Duidelijk is dat het in essentie een **publiek-private samenwerking** zal zijn. Zelfs als verzekering een hoge vlucht zou nemen, elimineert dit zeker niet de noodzaak van overheidsondersteuning, maar anderzijds kan de overheid het ook niet klaarspelen zonder familiaal ondersteunde zorg en persoonlijke financiële verantwoordelijkheid.

Voorwaarden voor een goed financieringssysteem in ouderenzorg kunnen samengevat worden als fair en rechtvaardig, een goed evenwicht tussen persoonlijke, familiale verantwoordelijkheid, het algemeen belang en bovenal betaalbaar. Alternatieve financieringen bestaan uit private verzekering, eigen betaling, belastingen of sociale verzekering.

Het staat nu al vast dat de Vlaamse Zorgverzekering tekort schiet. Het illustreert dat er op federaal niveau nog geen coherente strategie is uitgewerkt om de toekomstige financieringsnoden op te vangen.

In Vlaanderen bestaat al een door de overheid georganiseerde, verplichte zorgverzekering (Brusselaars zijn vrij zich al dan niet aan te sluiten). Het staat echter vast dat de **Vlaamse Zorgverzekering (VZ)** nu reeds tekort schiet. De maximale uitbetaling bedraagt 125 euro per maand (de gemiddelde maandprijs van een woonzorgcentrum is tien keer zo veel) en hoewel vaste uitbetalingen het voordeel hebben de kosten van het verzekeringsstelsel goed te kunnen voorzien en te beheersen, is het zeer onwaarschijnlijk dat de bescheiden bedragen van de Vlaamse Zorgverzekering veel aan de werkelijke zorgbehoeften zullen kunnen doen. Volgens Van Steenkiste (2004) toont de organisatie van de zorgverzekering en de opeenvolgende aanpassingen en veranderingen aan dat het systeem (voorlopig nog) zeer onstabiel is. Dat is ook normaal. De Vlaamse Zorgverzekering illustreert dat er op federaal niveau nog geen coherente strategie is uitgewerkt om de toekomstige financieringsnoden op te vangen. De Vlaamse Zorgverzekering komt eigenlijk bovenop de normale ouderenzorgvangnetten voorzien in onze federale Sociale Zekerheid en beschikt daardoor over onvoldoende middelen en manoeuvreerruimte. Het is aangewezen eenzelfde coherente financieringsstrategie te ontwikkelen op het federale niveau als op dat van de deelstaten. Parallele initiatieven maken het ganse systeem alleen maar ondoorzichtig en zullen zoals dat nu al het geval is met de VZ schromelijk tekortschieten en hooguit als pleister op een houten been dienen. Daarnaast toont de Vlaamse Zorgverzekering aan dat ook de Sociale Zekerheid nu al faalt de reële ouderenzorgbehoeften (althans volgens de Vlamingen) op te vangen en bijgevolg toe is aan hervorming. Hoe dan ook is het merkwaardig te vertrekken vanuit de vaststelling dat de sociale zekerheid, wat ouderenzorg betreft, tekort schiet, om dan een parallel sociaal zekerheidssysteem "light" het leven in te roepen.

Daarnaast toont de Vlaamse Zorgverzekering aan dat ook de Sociale Zekerheid nu al tekortschiet om de reële ouderenzorgbehoeften op te vangen.

Wat gebeurde op dit vlak reeds in het buitenland? In de Verenigde Staten ligt de klemtoon als vanouds op de persoonlijke verantwoordelijkheid hoewel er een beperkt veiligheidsnet is voor deze in grootste nood. Dit heeft een omvangrijke private sector mogelijk gemaakt in de voorzieningen voor ouderenzorg, maar private verzekering staat toch maar in voor 7% van de totale kost ondanks fiscale aftrekbaarheid. Het zal niemand verbazen dat in Zweden de verantwoordelijkheid eerder lag bij de (lokale) overheid hoewel nu ook meer en meer de private sector in de arm wordt genomen voor de voorziening van de zorg met het oog op kostenefficiëntie. Duitsland is een interessant geval omdat daar in 1995 een belangrijke hervorming plaatsvond waarbij ouderenzorg opgenomen werd in de traditie van sociale verzekering. Naast dit verplicht systeem is er vrijwillige private verzekering wat bijna 10% van de bevolking betreft. In het Verenigd Koninkrijk is het aandeel private verzekering eerder verwaarloosbaar (Karlsson, 2004).

☑ VASTSTELLING

De sociale zekerheid is een tanker in zwaar weer. Een verzekeringssysteem kan de gigantische financieringsbehoefte van de komende decennia helpen opvangen. Het is duidelijk dat dergelijk systeem gebaseerd zal zijn op een goede publiek-private samenwerking.

De reeds bestaande Vlaamse Zorgverzekering is niet opgewassen om de toekomstige zorgnoden effectief op te kunnen vangen. Zonder de zeer onwaarschijnlijke splitsing van de Sociale Zekerheid is het aangewezen eenzelfde coherente financieringsstrategie te ontwikkelen op het federale niveau en dat van de deelstaten.

Een paar theoretische beschouwingen

Op zich lijkt de logica van een verzekering voor ouderenzorg evident: de behoefte betreft een klein risico met een hele grote kost. Om van een privaat verzekerbaar risico te spreken moeten echter een aantal voorwaarden voldaan zijn. Zo mag de verzekerde niet zelf de mate van zorg kunnen manipuleren maar moet deze objectief vastgesteld kunnen worden (risico op moral hazard). Het moet gaan om een populatie van een groot aantal gelijkaardige risicogevalen die niet allemaal tegelijk voorvallen. Het is duidelijk dat deze voorwaarden niet perfect vervuld zijn inzake ouderenzorg. Het is duidelijk dat het nieuwe financieringsmodel hiermee rekening zal moeten houden.

De samenhang van risico's is een fundamenteel probleem voor een verzekeraar die nood heeft aan diversificatie. Hoe groter de groep en hoe breder de leeftijdsverdeling van de groep verzekerden, hoe lager de premies en hoe hoger de potentiële uitkeringen.

De zeer waarschijnlijke zorgkosten kunnen technisch gezien wel worden verzekerd, maar horen eigenlijk thuis in een al dan niet verplicht spaarsysteem. Om de premies zo laag mogelijk te houden zouden verzekeringsproducten dus in de eerste plaats de onvoorspelbare zorgkosten moeten dekken.

Volgens Harvardeconoom David Cutler (1996) is met name de **samenhang van de risico's** een fundamenteel probleem voor een verzekeraar die net nood heeft aan diversificatie. Het fundamentele kenmerk van de kostenstructuur van ouderenzorg is immers niet de grote diversiteit van kosten tussen individuen (wat diversificatie binnen de co-horte zou toelaten), maar eerder de sterke toename van de kosten over de tijd heen. Dit kan leiden tot grote stijgingen van de premies na acceptatie tot de verzekering wat vaak tot veel ongenoegen leidt bij verzekerden. Dit kan dus verzekeraars evengoed aanzetten om ouderenzorg niet te verzekeren, erg hoge risicopremies te eisen of enkel een bescheiden, vastgelegd bedrag uit te keren in tegenstelling tot een werkelijke kostencompensatie. Dit vast bedrag zal dan niet de werkelijke kosten dekken, maar de ex ante verwachte kost wat voor sommigen ruimschoots zal volstaan, maar voor anderen sterk tekort kan schieten. Een bepaald forfaitair bedrag uitkeren vanaf dat een bepaald niveau van zorgnood wordt vastgesteld is ook een waardevol verzekeringsproduct, maar zal minder aantrekkelijk zijn dan dat men de werkelijke zorgkost verzekert. Rekening houdend met een conservatieve raming voor de prijsgevoeligheid van dergelijke verzekering kan de potentiële vraag hierdoor gehalveerd worden zegt Cutler.

In dezelfde lijn kan men de zorgkosten opdelen in een voorspelbaar deel en een onvoorspelbaar deel. Zeker is het dat we allemaal oud worden en daardoor op enkele bijkomende diensten en/of producten een beroep zullen moeten doen. Veel minder zeker is hoe zwaar onze afhankelijkheid wordt. Gelukkig wordt bijvoorbeeld niet iedereen dement, maar niemand kan op voorhand voorspellen in welke groep hij of zij uiteindelijk terecht komt. Bij voorspelbare kosten denken we bijvoorbeeld aan een leesbril en persoonlijke verzorging. Deze noden zijn afhankelijk van de leeftijd en variëren voor ieder individu, maar de meeste mensen krijgen er ongetwijfeld mee te maken. De zeer waarschijnlijke zorgkosten kunnen technisch gezien wel worden verzekerd, maar horen eigenlijk thuis in een al dan niet verplicht **spaarsysteem**. Net omdat ze zo voorspelbaar en financieel draagbaar zijn kunnen mensen ze in principe zelf betalen. Op die manier wordt geen onevenredig beroep op solidariteit gedaan, want waarom zouden niet-ouderen een premie moeten ophoesten voor mensen die hun reguliere zorgkosten gewoon hadden kunnen zien aankomen? Verzekeren geldt in de eerste plaats voor die kosten die op individueel niveau veel minder kans hebben voor te komen, en een hoge zorgkost impliceren, zoals bij dementie. Om de premies zo laag mogelijk te houden zouden verzekeringsproducten dus in de eerste plaats de onvoorspelbare zorgkosten moeten

Een vroege adoptie opent mogelijkheden van risicopooling en financieringscapaciteit, maar de vaste kosten en onzekerheid pleiten tegen te vroeg afsluiten van dergelijk contract.

Iedereen heeft baat bij een correcte doorverwijzing en minutieuze gegevensregistratie, want hoe groter de onzekerheid en de prospectieve gebruiksduur van ouderenzorgdiensten, hoe hoger de premies.

dekken. Niets belet de verzekeraars natuurlijk ook aanvullend het voorspelbare deel in hun producten op te nemen, alleen moet het beleid opletten de (intergenerationele) solidariteit niet onnodig onder druk te zetten. De welvaartswinst dankzij verzekering is groter bij aandoeningen die een lage probabilliteit maar een hoge kost veroorzaken.

De vraag op **welke leeftijd** een polis best aangegaan kan worden is niet zo eenvoudig te beantwoorden. Enerzijds opent een vroege adoptie meer mogelijkheden van risicopooling en financieringscapaciteit, anderzijds pleiten vaste kosten en onzekerheid tegen te vroeg afsluiten van een dergelijk contract. Typisch wordt echter een contract aangegaan op pensioenleeftijd terwijl de diensten van ouderenzorg pas twintig jaar later intensief gebruikt worden. Hierdoor heb je wel het probleem dat mensen die merken dat ze weinig nood hebben aan intensieve zorg hun polis opzeggen. Met andere woorden ook deze verzekering lijdt aan het fenomeen van antiselectie waarbij goede risico's de verzekeringspool verlaten waardoor de financieringsbasis voor de andere problematisch wordt. U merkt al dat een verzekering voor ouderenzorg op verzekeringstechnisch vlak complexer is dan bijvoorbeeld een annuïteit in de context van pensioen. Een aantal van de verzekeringstechnische problemen zouden opgevangen worden indien de verzekerden reeds op jongere leeftijd een polis onderschrijven. Hoeveel dertigjarigen gaan echter een polis ondertekenen voor eventuele ouderenzorg? Hierbij speelt zowel de onwetendheid over de risico's als kortzichtigheid een rol. In principe zou de verzekeringsmarkt voor ouderenzorg echter minder problematisch op dat vlak moeten zijn dan gezondheidszorg *sensu stricto*. Terwijl het daarbij gaat over technische diensten waarvan de kwaliteit heel moeilijk beoordeeld kan worden door een leek, gaat het bij ouderenzorg over alledaagse diensten zoals hulp bij het baden, kleden, eten. Vaak maakt de betrokkenheid van de familie uiteraard een belangrijk verschil.

Verzekeraars hebben heel wat ervaring met de levensverwachtingsparameter die voor het pensioen essentieel is, maar heel wat minder met de zorgkosten en de onzekere evolutie daarvan. Terwijl de huidige bezetting van residentiële zorg wel een gekende parameter is, is het al veel moeilijker in te schatten hoeveel ouderen er gebruik van zullen maken. Nog minder is geweten over de **prospectieve duur van een verblijf**. Iedereen heeft dus baat bij een correcte doorverwijzing en een minutieuze gegevensregistratie, want hoe groter de onzekerheid en de prospectieve gebruiksduur van ouderenzorgdiensten, hoe hoger de premies.

Bij verzekeringen is moral hazard een standaardprobleem: door onobserveerbaar gedrag kan de verzekerde zelf bepalen of hij voor uitbetaling al dan niet in aanmerking komt. Typisch wordt hieraan tegemoetgekomen door een franchise.

Informatie is cruciaal om de polissen strikter te doen aansluiten bij de behoeften.

Nefaste potentiële interacties tussen verschillende financieringsvormen kunnen worden vermeden door risicoverevening, betalingsbijstand en een goed mededingingsbeleid.

Een standaardprobleem bij verzekeringen is **moral hazard**: de verzekerde kan zelf door niet-observeerbaar gedrag bepalen of hij al dan niet in aanmerking komt voor uitbetaling. Zo kan de familie van een oudere residentiële zorg verkiezen boven thuiszorg omdat de oudere daarvoor verzekerd is. Typisch wordt hieraan tegemoetgekomen door een zogenaamde franchise wat in dit geval kan betekenen dat de verzekerde bijvoorbeeld de eerste drie maanden zorg zelf dient te financieren. Overigens kan dit ook een overweging zijn voor potentieel verzekerden: “als ik een verzekering heb, dan stuurt mijn familie me gemakkelijker naar een home” (Pauly, 1990). Anderzijds toont onderzoek aan dat het nemen van een ouderzorgverzekering sterk gedreven wordt door altruïstische overwegingen waarbij men de last voor potentiële familiale zorgverleners wil beperken en ook nog een erfenis wil nalaten (Courbage en Roudaut, 2008). Bovendien blijkt het voor residentiële zorg toch ook vaak zo dat individuen liefst verkiezen om hun huis niet te verlaten.

Wat in markten met private verzekering overigens opvalt, is dat naarmate de markt meer matuur wordt, de polissen minder strikt worden en nauwer aansluiten bij de werkelijke behoeften van de verzekerden wat erop wijst dat er leereffecten spelen. Sowieso heeft een verzekeraar heel wat **informatie** nodig omtrent kostprijs en duur van behoevendheid volgens zorgtype.

Dan zijn er nog de **potentiële interacties tussen de verschillende financieringsvormen**. In de Verenigde Staten doet men al onderzoek naar de verdringende rol die Medicaid uitoefent op private verzekeringen. Voorgaande kan impliceren dat lage inkomens zich niet privaats verzekeren omdat ze kunnen genieten van het openbaar stelsel, terwijl hoge inkomens mogelijk zelf financieren omdat ze de neus ophalen voor de hoge risicopremie en liever zelf het risico dragen. Opdat sociale zekerheidsstelsels niet met de “slechte risico’s” zouden achterblijven en de private stelsels de markt zouden kunnen “afromen” – het is te zeggen alleen de “goede risico’s” verzekeren – is het ten eerste essentieel dat voor slechte risico’s bijgepast wordt. Dit betekent dat gecompenseerd wordt voor concentratie van slechte risico’s, omdat zoniet verzekeraars deze risico’s niet zullen willen verzekeren. Concreet kan het geld bijvoorbeeld in één grote pot terecht komen om dan in functie van de ex ante risicoprofielen van de verzekerden onder de verzekeraars te worden herverdeeld. Ten tweede kan het zijn dat lage inkomens de verzekeringspremie niet kunnen dragen en hiertoe kan de overheid bijpassen. Cruciaal is ten derde dat alle spelers op de verzekeringsmarkt met gelijke wapens strijden. In dat opzicht is het niet nodig dat de overheid zelf ook een verzekeringsproduct aanbiedt, zolang alle risico’s en het commercieel kader verevend worden.

Vanwege de omvang van de toekomstige zorgnoden is het essentieel de financiering ervan zo snel mogelijk te beginnen.

Concurrerende verzekeraars worden verwacht voorzichtige zorginkopers te worden in naam van hun verzekerden. Voorwaarden hiervoor zijn een acceptatieplicht en de mogelijkheid kosteloos van de ene naar de andere verzekeraar te kunnen overstappen.

Een private verzekeraar heeft in principe het voordeel in de meeste verzekeringsmarkten dat de risico's beperkt in omvang zijn zodat hij dankzij diversificatie minder risico-avers kan zijn dan de verzekerde. Als de kostprijs echter een groot macroeconomische omvang neemt, kan dit echter problematisch worden. Het is daarom cruciaal zo snel mogelijk aan de financiering van de toekomstige zorgbehoeften te beginnen. Terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later. Dit laat ruimte om bijvoorbeeld een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen in dergelijke verzekeringen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen.

Tenslotte worden concurrerende verzekeraars verwacht **voorzichtige zorginkopers** te worden in naam van hun verzekerden. Door de contracteerrelaties tussen zorgverkeeraars en zorgaanbieders open te breken krijgen ze meer vrijheid om te onderhandelen over prijzen, diensten en de zorgkwaliteit (van de Ven en Schut, 2008). Op die manier wordt de marktmacht van elke verzekerde als het ware vermenigvuldigd met het aantal aangeslotenen per verzekeraar. Het zou zelfs kunnen dat verzekeraars en verstrekkers fuseren waardoor ze er nog meer belang bij hebben de verzekerden de best mogelijke zorg aan de scherpste prijs aan te bieden. Opdat de marktprikkels maximaal bevorderd zouden worden moeten verzekerden natuurlijk wel kosteloos van de ene naar de andere verzekeraar kunnen overstappen – in Nederland kunnen de burgers dit één keer per jaar doen – en geldt een acceptatieplicht. Bij onze Noorderburen betekent dit dat verzekeraars niemand een verplichte basisverzekering mogen weigeren en dat via een risicovereveningsmechanisme voor risicovolle profielen wordt bijgesteld. Machtige verzekeraars in de plaats van de gebruikers met zorgverstrekkers laten onderhandelen is een manier om aan consumer empowerment te doen.

DOELSTELLING

Pragmatisch komt men snel tot de conclusie dat verschillende financieringsmodaliteiten in één coherent systeem zullen moeten worden geïntegreerd gezien de omvang van de uitdaging, en de resem potentieel verzekeringstechnische moeilijkheden. Om vanuit maatschappelijk oogpunt efficiëntie en solidariteit te verzoenen moet de participatie aan het systeem groot en jong zijn en dient rekening te worden gehouden met verzekeringstechnische problemen.

😊 AANBEVELINGEN

De tien geboden van de zorgverzekering

- De verzekerde mag niet zelf de mate van zorg kunnen manipuleren. Deze moet objectief vastgesteld kunnen worden.
- De samenhang van risico's is een fundamenteel probleem voor een verzekeraar die nood heeft aan diversificatie. Hoe groter de groep en hoe breder de leeftijdsverdeling van de groep verzekerden, hoe lager de premies en hoe hoger de potentiële uitkeringen.
- Zeker is het dat we allemaal oud worden en daardoor op bijkomende diensten en producten een beroep zullen moeten doen. Veel minder zeker is hoe zwaar onze afhankelijkheid wordt. De zeer waarschijnlijke zorgkosten kunnen technisch gezien wel worden verzekerd, maar horen eigenlijk thuis in een al dan niet verplicht spaarsysteem. Om de premies zo laag mogelijk te houden zouden verzekeringsproducten dus in de eerste plaats de onvoorspelbare zorgkosten moeten dekken.
- Een vroege adoptie opent opportuniteiten van risicopooling en financieringscapaciteit, maar de vaste kosten en onzekerheid pleiten tegen te vroeg afsluiten van dergelijk contract. Ook deze verzekering lijdt aan het fenomeen van antiselectie waarbij goede risico's de verzekeringspool verlaten waardoor de financieringsbasis voor de andere problematisch wordt. Een verplichte aansluiting vanaf een bepaalde leeftijd kan hieraan remediëren.
- Iedereen heeft baat bij een correcte doorverwijzing en minutieuze gegevensregistratie, want hoe groter de onzekerheid en de prospectieve gebruiksduur van ouderenzorgdiensten, hoe hoger de premies.
- Bij verzekeringen is moral hazard een standaardprobleem: door onobserveerbaar gedrag kan de verzekerde zelf bepalen of hij voor uitbetaling al dan niet in aanmerking komt. Typisch wordt hieraan tegemoetgekomen door een franchise.
- Informatie is cruciaal om de polissen strikter te doen aansluiten bij de behoeften.
- Nefaste potentiële interacties tussen verschillende financieringsvormen kunnen worden vermeden door risicoverevening, betalingsbijstand en een goed mededingingsbeleid.

- Vanwege de omvang van de toekomstige zorgnoden is het essentieel de financiering ervan zo snel mogelijk te beginnen. Terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later. Dit laat ruimte om bijvoorbeeld een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen in dergelijke verzekeringen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen.
- Concurrerende verzekeraars worden verwacht voorzichtige zorginkopers te worden in naam van hun verzekerden. Voorwaarden hiervoor zijn een acceptatieplicht en de mogelijkheid kosteloos van de ene naar de andere verzekeraar te kunnen overstappen.

De Duitse hervorming is interessant omdat ze uitgaat van twee principes. Het eerste was dat een *level playing field* tussen verschillende financieringsystemen werd nagestreefd en ten tweede dat de opzet was om in geen geval informele zorg te verdringen.

Lessen uit de Duitse hervorming van 1995

De reden waarom de Duitse hervorming onze interesse wegdraagt is dat ze uitgaat van twee principes. Het eerste was dat een **level playing field** (gelijk speelveld) tussen **verschillende financieringsystemen** werd nagestreefd en ten tweede dat de opzet was om in **geen** geval **informele zorg** te **verdringen**. Uiteraard was er vooral financiële druk die de aanleiding was. Zo zou 80% van de ouderen met moeilijkheden worstelen bij de betaling van de factuur van het rusthuis. Op te merken valt ook dat de hervorming er kwam na een decennium van debat.

Vooral interessant is het Duitse systeem te vergelijken met de Amerikaanse situatie. Beide landen spenderen ongeveer evenveel aan ouderenzorg (1,44% van het BBP in Duitsland waarvan 1,09% publiek tegen 1,37% in VS waarvan 0,9% publiek). In de Verenigde Staten betreft het publiek stelsel een systeem waarvan enkel gezinnen met een inkomen onder een bepaalde minimumgrens kunnen genieten. In Duitsland is het een universeel verzekeringsprogramma waar personen van alle leeftijden met een bepaalde nood beroep op kunnen doen.

De Pflegeversicherung dekt enkel een basiszorg waarbij een rol wordt gelaten voor individuele bijdragen en private verzekering.

De *Pflegeversicherung* dekt enkel een **basiszorg** waarbij een rol wordt gelaten voor individuele bijdragen en private verzekering. Omdat het universeel is, is het Duitse systeem eenvoudig en hanteerde het gelijke voorwaarden tot de acceptatie voor allen. Sinds 2000 moeten individuen minstens vijf jaren verzekerd zijn om in aanmerking te komen voor een uitkering. Vanaf 2005 moeten werknemers zonder kinderen boven 23 jaar een extra 0.25% van hun inkomen afdragen (onderhevig aan een loonplafond). Anders is de werknemersbijdrage beperkt tot 0.85%. De werkgeversbijdrage belooft

Voor diegenen die verkiezen niet deel te nemen aan het publieke programma bestaan er 50 private verzekeraars ("opt out"-systeem) die een verzekering aanbieden voor de basiszorg. Er zijn ook bijna één miljoen personen gedekt voor aanvullende ouderenzorg.

Voorstanders van vaste premies stellen dat herverdeling via het belastingstelsel dient te gebeuren, niet via het ouderenzorgverzekeringstelsel.

Om een kapitalisatielukkig op te kunnen nemen werden verschillende financieeringsvoorstellen voor de transitieperiode op tafel gelegd.

ook 0,85%. In ruil voor de bijdrage van de werkgevers werd één officiële vakantiedag geschrapt. De uitkeringen zijn wel niet geïndexeerd aan inflatie en kunnen een jaarbedrag (ongeveer 15 000€) niet overschrijden. Speciale ouderenzorgfondsen (dus niet de ziekenfondsen) staan in voor de inning van de bijdragen, het onderhandelen met rusthuizen, betaling uitkeringen... . Voor diegenen die verkiezen niet deel te nemen aan het publieke programma bestaan er 50 private verzekeraars ("opt out"-systeem) die een verzekering aanbieden voor de basiszorg. Ongeveer negen miljoen mensen worden er privaat gedekt waarbij de dekking minstens het niveau moet halen van het publieke programma. Premies zijn grotendeels afhankelijk van de leeftijd op de welke men aansluit en zijn dezelfde voor vrouwen en mannen.

Naast bovenstaande basisdekking, zijn ook bijna één miljoen personen gedekt voor aanvullende ouderenzorg. Hierbij wordt acceptatie en premie bepaald in functie van risico⁵². Voor residentiële zorg betaalt men voor zogenaamde hotelkosten, naast 25% voor de kost van de zorg zelf. Ondermeer omdat de uitkering niet geïndexeerd is, betalen individuen ondertussen 50% van de totale zorgkost (Rothgang en Igl, 2007).

Er is nog steeds een intens debat aan de gang over de wijze waarop de verzekeringspremië berekend dienen te worden. De keuze was tussen bijdrage in functie van het inkomen of vaste premies. Voorstanders van vaste premies stellen dat herverdeling via het belastingstelsel dient te gebeuren, niet via het ouderenzorgverzekeringstelsel. Dit is uiteraard een maatschappelijke keuze waarbij politieke waarden een rol spelen. Als geselecteerd wordt voor vaste premies dan zijn deze afhankelijk van de toetredingsleeftijd. In de Duitse discussies ging men er echter vanuit dat deze onafhankelijk waren van het geslacht en de gezondheidstoestand en zouden ze stabiel blijven over de levensduur. De voorstellen varieerden van 52 euro voor 20-jarige toetreders tot 66 euro voor 45-jarigen en ouder. Indien de verzekeringsvoet een bepaald percentage overtrof van het gezinsinkomen dan voorzagen men een bijpassing vanwege de staat.

Omdat ouderenzorg pas massaal benut wordt nadat men al een belangrijke periode op pensioen is, heeft men de optie om hierbij een groter luik te voorzien van kapitalisatie. Hierbij kan men dus zelf sparen voor de eigen ouderenzorg. De vraag is wat men

52 http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/EN/Long-term-care-insurance/LTCL-in-a-nutshell,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/LTCL-in-a-nutshell.pdf

Mantelzorgers kunnen zich tot vier weken per jaar laten vervangen en hun werk wordt ook gehonoreerd in termen van sociale zekerheid zoals pensioen.

Het is wel zo dat terwijl men in Duitsland de vrije keuze heeft tussen een forfaitair bedrag of compensatie voor de werkelijke kosten van thuiszorg, de kost van de cashbetaling zich tussen de 45 en 53% van de waarde van de zorg in natura situeert. Zo creëert men een vorm van franchise.

doet met de huidige gebruikers van de ouderenzorg. In Duitsland stelde de Herzogcommissie voor om deze transitie te financieren door een verhoogde bijdrage betaald door werkgevers en werknemers van 3,2%. Dus de oudere generatie (70-plus) zou blijven betalen voor het huidige systeem. De jongere generatie zou voor zijn eigen zorg in spaarplannen stappen. Een alternatief voorstel (Ottnad, 2003) was om voor ouderen een vaste premie te voorzien (50 euro per maand) en voor de jongere generatie een inkomensgerelateerde voet van 0,7% om de transitie te bekostigen. Uiteraard zouden deze bijdragen wegvallen na de transitieperiode. De Rurupcommissie stelde daartegenover voor om de premies inkomensafhankelijk te houden, maar 0,5% van 1,7% te kapitaliseren. Reeds gepensioneerden zouden daarentegen 2,7% van hun pensioen betalen voor het ouderenzorgverzekeringsstelsel.

Zoals gezegd was één van de twee pijlers van de hervorming in Duitsland, het in standhouden en bevorderen van de **informele zorg**. Concreet worden familiale zorgverleners extra steun gegeven. Zo kunnen ze zich tot vier weken per jaar laten vervangen en wordt hun werk ook gehonoreerd in termen van sociale zekerheid zoals pensioen. Het feit dat 70% van de in aanmerking komende ouderen voor thuiszorg opteren, suggereert dat deze doelstelling wel gehaald wordt. Dit is uiteraard erg afhankelijk van de mogelijkheid om te opteren voor een uitbetaling voor familiale zorg, een optie die het vergelijkbaar stelsel in Japan bewust niet wilde geven. Daar wilde men bewust toelaten dat vrouwen zouden breken met het oude familiepatroon en was de bedoeling van de hervorming de residentiële capaciteit te vergroten. Het is wel zo dat terwijl men in Duitsland de vrije keuze heeft tussen een forfaitair bedrag of compensatie voor de werkelijke kosten van thuiszorg, de kost van de **cashbetaling** zich tussen de 45 en 53% van de waarde van de zorg in natura situeert. In Nederland bestaat een gelijkaardig systeem maar daar wordt 75% van de waarde uitgekeerd (een soort van franchise dus). Dergelijk systeem heeft ongetwijfeld bijgedragen aan het uitblijven van een grote kostenexplosie ondanks de optie voor dergelijke cashbetaling.

De andere pijler was een **level playing field** tussen zorgalternatieven. Voor 1995 werd het domein vooral ingenomen door publiek gefinancierde non-profit organisaties. In principe kon iedereen een licentie krijgen die aan de wettelijke voorwaarden voldeed.

Om het level playing field niet te verstoren wordt het aantal instellingen niet van overheidswege beperkt.

In principe moet elke faciliteit met het zorgfonds onderhandelen voor dagtarieven en heeft elk zijn individuele prijsstructuur en compensatie vanuit de verzekering.

De Duitse hervorming werd met verrassend weinig moeilijkheden geïmplementeerd en behoudt brede populaire en politieke steun dankzij een expansie van het formele en informele aanbod en de keuzevrijheid van het individu.

Dus principieel wordt het aantal instellingen niet van overheidswege beperkt⁵³. Sommige deelstaten maakten subsidies voor de investeringskost voor nieuwe rusthuizen toch enkel toegankelijk tot enkele.

De mate waarin concurrentie tussen zorgverleners werkelijk realiteit is, is nog niet echt duidelijk. **In principe moet elke faciliteit met het zorgfonds onderhandelen voor dagtarieven en heeft elk zijn individuele prijsstructuur en compensatie vanuit de verzekering.** Sommigen stellen dat door vaste tarieven voor zorgpakketten en een gebrek aan vertegenwoordiging van de uiteindelijke consument in het onderhandelingsproces tussen verzekeringsfondsen en zorgverleners de feitelijke prijsconcurrentie beperkt blijft. Dit is bijvoorbeeld wel het geval in de gezondheidszorg tussen Duitse verzekeraars (Arntz *et al.*, 2007).

De Duitse regering concludeert dat door de hervorming een expansie van zowel formele als informele zorg is mogelijk gemaakt. Wachttijden werden volgens de OESO niet meer gerapporteerd, en ongeveer de helft van de bedden in rusthuizen waren in 2001 private voorzieningen. De mix bestaat er nu uit 55% private instellingen zonder winstobjectief, 38% for-profit en 7% publiek. Voor thuiszorgagentschappen is de mix 41% private zonder winstobjectief, 58% for-profit en 2% publiek (Gibson en Redfoot, 2007). In elk geval werd de Duitse hervorming met verrassend weinig moeilijkheden geïmplementeerd en behoudt ze brede populaire en politieke steun. Populaire steun omdat er heel wat keuze bestaat voor het individu op welke wijze zijn zorg wordt ingericht.

VASTSTELLINGEN

De Duitse hervorming van 1995 heeft een expansie van zowel het formele als het informele zorgaanbod mogelijk gemaakt.

Na jaren debatteren zijn de Duitsers erin geslaagd een nieuw financieringsmodel op de been te brengen dat brede populaire en politieke steun geniet. De *Pflegeversicherung* dekt enkel een basiszorg waarbij een rol wordt gelaten voor individuele bijdragen en private verzekering. Het model berust in essentie op twee pijlers: het in stand houden en bevorderen van informele zorg en een *level playing field* tussen de zorgalternatieven.

⁵³ Zonder concurrentie zou een sociale verzekering aanleiding kunnen geven tot economische rente.

De ouderenzorg heeft nood aan een herdenking van de financiering, zeker gelet op de komende behoefte-explosie. In se zijn er twee opties: een verplichte sociale verzekering of een vrijblijvende private verzekering.

😊 AANBEVELING

- Door een gebrek aan vertegenwoordiging van de uiteindelijke consument in het onderhandelingsproces tussen verzekeringsfondsen en zorgverleners blijft de feitelijke prijsconcurrentie beperkt. De gebruiker moet met andere woorden in zijn consumentenrol worden versterkt.

Mogelijke beleidsscenario's

De ouderenzorg heeft nood aan een herdenking van de financiering, zeker gelet op de komende behoefte-explosie. Verzekeringen maken zeker een essentieel onderdeel uit van het beantwoorden aan de uitdagingen waarmee ouderenzorg wordt geconfronteerd. Hierbij zijn verschillende opties mogelijk.

• Sociale verzekering

Dit is de optie gekozen in Duitsland waarbij ter financiering een betaalde vakantiedag in ruil kwam voor een werkgeversbijdrage. **In het Duitse voorbeeld was er de mogelijkheid om niet deel te nemen aan het publieke programma met de verplichting om voor de basiszorg een private dekking te nemen die minstens het niveau moet halen van het publieke programma.** Dus private verzekering is een optie in de basiszorg, maar aanvullende verzekeringen zijn uiteraard ook privaat mogelijk. Des te meer omdat er in Duitsland een belangrijk deel eigen betaling blijft. De parameter kostendeling blijft uiteraard een belangrijk uiting van de mate waarin kosten verdeeld worden in de publieke-private verhouding. Basiszorg is overigens misschien een misleidende term omdat voor erg noodbehoevende ouderen uiteraard meer zorg voorzien wordt.

Essentieel is te beseffen dat terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later valt. Dit geeft meer marges om creatief om te gaan met de uitdaging. Zo laat dit ruimte om bijvoorbeeld een belangrijke **kapitalisatiecomponent** onder te brengen in dergelijke verzekeringen en is er geen fundamenteel probleem om zelfs in de sociale verzekering in deze materie af te stappen van repartitie (*Pay as you go*). Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen. Dit is cruciaal. Verzekeringen moeten:

- Maximaal uitkeringen aan bijdragen koppelen;
- Maximaal binnen dezelfde generatie blijven om het demografische risico te minimaliseren (kapitalisatiecomponent);
- Zo mogelijk geen verhoging van de loonkosten impliceren.

Wat bij afwezigheid van verzekering vaak gebeurt is dat de familie het vermogen van de oudere op tijd doorsluisst naar de kinderen zodat de rekening van de ouderenzorg *de facto* terecht komt bij de gemeenschap. Dit is niet verwonderlijk aangezien de eis om zich volledig uit te kleden om opgenomen te worden erg onaantrekkelijk is. Anderzijds kent men evengoed dramatische voorbeelden van ouderen die toch maar geen beroep durven doen op enige zorg of het nu thuiszorg of residentiële zorg is uit angst voor de kostprijs en de reactie van familie hierop. Het lijkt dan ook hoognodig dat over de potentiële rol van verzekering wordt nagedacht en daarbij kan zeker veel geleerd worden uit ervaringen in het buitenland, en niet het minst uit het Duitse systeem.

In Frankrijk zijn eveneens interessante evoluties aan de gang. Er ligt een voorstel op tafel dat een zorgverzekering verplicht zou maken voor ieder individu vanaf 50 jaar. Verschillende verzekeringsinstellingen zouden er met elkaar in concurrentie treden maar de uitbetalingen zouden via een door de overheid georganiseerd verzekeringsstelsel waartoe alle geaccrediteerde instellingen een bijdrage moeten leveren, gegarandeerd worden (Le Monde, 19/07/2010)⁵⁴.

Indien voor een kapitalisatievorm in het geval van een sociale verzekering wordt gekozen, dan kan op het moment dat de gecumuleerde som op de individuele rekening volstaat voor de verwachte kosten van de ouderenzorg, de inhouding van de sociale bijdrage gestopt worden. Ervaring heeft in elk geval aangetoond dat een **publieke verzekering een kern van financiering** kan betekenen waarrond zich vervolgens gemakkelijker **aanvullende private verzekeringen** nestelen.

VASTSTELLINGEN

Het beleid heeft nog twintig jaar vooraleer de babyboomers die nu op pensioen vertrekken zorgbehoevend worden. Dat geeft heel wat ruimte om naar creatieve oplossingen te zoeken en het maatschappelijke debat aan te gaan.

Zonder goed uitgewerkt verzekeringsstelsel is het te gemakkelijk de ouderenzorgrekening door te schuiven naar de gemeenschap. Senioren worden nog onvoldoende aangemaand verantwoordelijkheid te nemen.

⁵⁴ Voor meer informatie over de Franse verzekeringsplannen: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf>

😊 AANBEVELING

Er is geen fundamenteel probleem om zelfs in de sociale verzekering minstens gedeeltelijk af te stappen van repartitie en een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen. Wanneer de gecumuleerde som op de individuele rekening volstaat voor de verwachte kosten van de ouderenzorg kan de inhouding van de sociale bijdrage gestopt worden.

- **Private verzekering**

De essentie van een verzekering is het poolen van risico's waardoor met minder middelen meer risico's gedekt kunnen worden. In het geval van een publieke verzekering heb je door de verplichte deelname een grote risicodeling. Bij verzekeringen lijkt het essentieel om massaal ook jonge verzekerden aan te trekken omdat dit evident de premies veel lager kan brengen. Bijvoorbeeld kan er geopteerd worden om enkel een belastingsvoordeel toe te kennen onder een bepaalde leeftijd.

Nog beter zou men dergelijk belastingsvoordeel flexibel maken door het invers met de leeftijd te laten verlopen. Om ook groepen aan te trekken met erg lage inkomens kan met een belastingskrediet gewerkt worden in plaats van met een belastingaftrek. Dit zal ook een niet-pecuniair effect hebben aangezien dit het vertrouwen in het verzekeringsproduct zal verhogen. Meer en meer literatuur wijst ook uit dat adoptie sterk verbeterd kan worden door toetreding tot een dergelijke verzekering als **standaardoptie** te nemen (*default*) waarbij men bewust moet uitschrijven indien men het niet wenst (Madrian en Shea, 2001). Opnieuw wijst dit erop dat **zelfs private verzekering best onderdeel is van een publiek-private samenwerking** want dergelijke automatische opname van een verzekering kan uiteraard alleen indien daar een publiek fiat voor bestaat.

Andere mechanismen om private verzekeringspolissen aantrekkelijker te maken is ze bijvoorbeeld te combineren met een zogenaamde “**reverse mortgage**” waarbij de waarde van de woning van de oudere benut wordt om de zorg te financieren⁵⁵. Het is duidelijk dat verzekeraars zelf via **productvernieuwing** werkelijke **opportunities kunnen creëren**. Hierbij is uiteraard wel creativiteit vereist. Zo kan men door de combinatie

⁵⁵ Deze optie is des te interessanter gegeven dat meer dan 65% van de 55-plussers eigenaar van hun woning zijn (Service Public de Wallonie, 2009). Bovendien bezitten zij 45% van de onroerende inkomens en zelfs 65% van de roerende inkomens (Pacolet, Cattaert, en Van Steenberghe, 2006). Nochtans komt de omgekeerde hypotheeklening maar moeilijk van de grond, ondanks verschillende legifererende pogingen.

van een ouderenzorgverzekering met een annuïteit de prijs van elk individueel product reduceren en zo een nieuw marktsegment aanboren. Dergelijke combinatie zou immers de antiselectie reduceren omdat terwijl het ouderenzorgproduct net individuen in een minder goede gezondheid aantrekt, de annuïteit net mensen aantrekt die een goede gezondheid hebben (Spillman, Murthaugh en Warshwsky, 2001). De acceptatie door de verzekeraars kan hierdoor ook veel ruimer en kan dan ook gepaard gaan met minder administratiekosten.

Welke vorm van verzekering men ook verkiest, veel van de verzekeringstechnische problemen worden opgelost door verzekerden aan te trekken op relatief jonge leeftijd. Zo zal in dit geval risicoselectie nauwelijks aanwezig zijn. Overigens zijn vele varianten mogelijk. Zo kan er gewerkt worden met een dekking die pas ingaat na een jaar in een residentiële zorgomgeving wat de kostprijs van de verzekering erg zal reduceren. Het is echter duidelijk dat er hierbij een duidelijke afruil is tussen kostprijs en dekking.

VASTSTELLING

Door jongeren aan te trekken in een ouderenzorgverzekering kunnen de premies voor iedereen naar omlaag.

Laten we duidelijk beklemtonen dat verzekeringen voor ouderenzorg niet vergelijkbaar en veel efficiënter kunnen zijn dan voor gezondheidszorg *sensu stricto*. Terwijl het daarbij gaat over technische diensten waarvan de kwaliteit heel moeilijk beoordeeld kan worden door een leek, gaat het bij ouderenzorg over alledaagse diensten zoals hulp bij het baden, kleden, eten.

AANBEVELINGEN

- Om jongeren aan te zetten een private zorgverzekering aan te nemen zou een belastingsvoordeel kunnen worden toegekend onder een bepaalde leeftijd, of door het voordeel omgekeerd evenredig te laten verlopen met de leeftijd.
- Om ook groepen aan te trekken met erg lage inkomens kan met een belastingskrediet gewerkt worden in plaats van met een belastingaftrek. Dit zal ook een niet-pecuniair effect hebben aangezien dit het vertrouwen in het verzekeringsproduct zal verhogen.
- Er kan ook gewerkt worden met een “*default option*” waarbij men bewust moet uitschrijven indien men geen ouderenzorgverzekering wenst op te nemen.
- Uitbetalingen kunnen worden georganiseerd door een door de overheid georgani-

seerd, maar door de privépartners gefinancierd, verzekeringssysteem.

- Andere mechanismen om private verzekeringspolissen aantrekkelijker te maken is ze bijvoorbeeld te combineren met een zogenaamde “reverse mortgage” waarbij de waarde van de woning van de oudere benut wordt om de zorg te financieren. Zo kan men door de combinatie van een ouderenzorgverzekering met een annuïteit de prijs van elk individueel product reduceren en zo een nieuw marktsegment aanboren.
- Om de kost te reduceren kan ook worden nagedacht over formules van uitgestelde dekking.

EEN NIEUW BESTEDINGSMODEL: DE ZORGREKENING EN DE ROL VAN HET INDIVIDU

De zorggebruiker wordt bewuster en mondiger. Daarmee samen hangt de groeiende aandacht voor diversiteit en het besef dat “one size fits all”-oplossingen tekort zullen schieten.

Waarom een nieuwe rol voor het individu?

“De zorggebruiker wordt bewuster en mondiger. Het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) krijgt meer en meer klachten over zorgvoorzieningen van individuele zorggebruikers, die bovendien meer transparantie van de overheid eisen. Ook de stijging van het aantal zelfhulpgroepen en de toegenomen aandacht voor patiëntenrechten kunnen aanwijzingen zijn voor de gestegen mondigheid van de zorggebruikers. [...] Het uitgangspunt van de zorgverlening wordt meer en meer de zorggebruiker en niet langer de zorgverlenende organisatie. Dat is duidelijk zo in de nieuwe “cash for care”-projecten, zoals de zorgverzekering en het Persoonlijke Assistentiebudget en het Persoonsgebonden Budget in de gehandicaptensector. In verschillende andere landen zijn voorbeelden te vinden van betalingen aan zorgontvangers. Daarmee kunnen hulpbehoevenden zelf bepalen welke zorg ze willen. In Duitsland bestaat bijvoorbeeld Pflegegeld, in Engeland Direct Payments [...] en in Canada een Compassionate Care Allowance [...]. Daarmee samen hangt de groeiende aandacht voor diversiteit in het welzijns- en gezondheidszorgbeleid. Het besef groeit dat er geen “one size fits all”-oplossingen bestaan. Wat werkt voor autochtone Vlamingen, mannen of volwassenen werkt daarom nog niet voor migranten, vrouwen of adolescenten”.

Met de vergrijzing hebben politici er alle belang bij in te spelen op de wensen van de senioren. Het beleid zal sowieso sterker door de vraag en de behoeftes van de burger worden bepaald.

Deze nieuwe financieringsdoelstellingen die gebaseerd zijn op individuele vrijheid en verantwoordelijkheid met het oog op een vraaggestuurd, efficiënt en kwaliteitsvol systeem komen uit een bijdrage van de Vlaamse administratie aan het regeerprogramma van de aantredende Vlaamse regering in 2009 (p.3). De passage toont duidelijk aan dat

Onderzoek toont aan dat de consumenttevredenheid hoger ligt bij degenen die met persoonlijke budgetten werkten tegenover degenen die aanbodgestuurde zorg genieten.

het beleid in die richting zal moeten evolueren wil het niet van haar kiezers vervreemden. “Vergelijkbaar met de strategie van veel commerciële bedrijven, die steeds beter willen voldoen aan steeds specifiekere klantwensen, wil de [...] overheid beter inspelen op wat haar burgers willen en belangrijk vinden. Zij wordt hiertoe niet in de laatste plaats aanzet door de steeds mondigere burger zelf. Kenmerkend voor het inspelen op wensen van burgers is, dat het beleid sterker bepaald wordt door de vraag, ofwel de behoefte van de burger. Een goed voorbeeld hiervan is de invoering van het persoonsgerichte budget (PGB) [...].Burgers hebben nu zelf, bij een gegeven indicatie, de vrijheid om hun eigen zorgbehoefte in te kopen” (de Haan, Klumper en Steyaert, 2004, p. 111). Het individu wil haar zorg zelf meer regisseren. Uit onderzoek van Foster *et al.* (2003) blijkt dat de consumenttevredenheid hoger ligt bij degenen die met persoonlijke budgetten werkten tegenover degenen die aanbodgestuurde zorg genieten. De personen met persoonlijke budgetten gaven ook aan met minder onvoldane zorgbehoeftes te kampen.

Aan die vrijheid moet wel een tweede belangrijke financieringsparameter worden gekoppeld: individuele verantwoordelijkheid. Alleen een geïnformeerde gebruiker kan zich verantwoordelijk en kostenbewust gedragen in een vrijgemaakt zorglandschap. Daar is een cruciale taak voor de overheid weggelegd die in de paragraaf over het nieuwe samenwerkingsmodel tussen overheid en markt toegelicht wordt. Maar eerst schetsen we een beeld van de bestaande mogelijkheden en de te volgen hervormingsmodaliteiten.

☑ VASTSTELLING

Alles wijst erop dat de nieuwe senioren een nieuwe zorgmentaliteit met zich meedragen en zelf steeds meer zorgregisseur zullen wensen te worden. Uit onderzoek blijkt dat de consumenttevredenheid hoger ligt bij degenen die persoonlijke zorgbudgetten ter beschikking hebben. Onze beleidsmakers moeten hier rekening mee houden in de reorganisatie van het ouderenzorglandschap willen ze niet van hun verouderend kiespubliek vervreemden. Omdat die vrijheid gepaard gaat met extra verantwoordelijkheid is een cruciale taak voor de overheid weggelegd: de gebruikers zo goed mogelijk informeren.

Problemen met het huidige systeem

Het huidige systeem legt het bestedingszwaartepunt zowel voor de residentiële als voor de niet-residentiële ouderenzorg bij de zorgverstrekkers zelf. In functie van de zorgbehoeftecategorie van de senior, vastgesteld door de behandelende arts of ver-

Het huidige systeem legt het bestedingszwaartepunt zowel voor de residentiële als voor de niet-residentiële ouderenzorg bij de zorgverstrekkers zelf.

pleegkundige en dankzij streefproeven gecontroleerd door de ziekteverzekering, krijgt de zorgverlener een forfait toegekend waar de zorgnoden van de patiënt mee gedekt kunnen worden. Naargelang het forfait dienen dan een aantal zorgminima voldaan te zijn. Als de oudere thuis wenst te wonen maar niet voldoende zwaar afhankelijk is om recht te hebben op een thuisverplegingsforfait verlopen de terugbetalingen van het RI-ZIV aan de zorgverleners per prestatie, zoals dat ook in de reguliere gezondheidszorg gebeurt. De zorgverleners hebben er in theorie echter alle belang bij hun patiënt in een zo hoog mogelijke zorgbehoevendheidscategorie onder te brengen. Op die manier heeft de patiënt recht op meer zorg, en kan de verstrekker rekenen op een belangrijk te behandelen zorgvolume, en het daaraan verbonden hoger forfait. Tegelijkertijd worden de kosten ook relatief onder controle gehouden omdat de verstrekkers alleen maar financiële nadelen zullen ondervinden van een zorgoveraanbod. Het forfait hangt namelijk enkel af van de geschatte zorgnood (de zorgcategorie) en niet van de inspanning van de zorgverlener.

Dat kan voor een belangrijk selectiviteit- en toegankelijkheidsprobleem zorgen, vooral in de grootsteden.

De keerzijde van die medaille is natuurlijk dat er een belangrijk **selectiviteitsprobleem**, en bijgevolg een **toegankelijkheidsprobleem** kan optreden, en wel op twee niveaus. Ten eerste omdat de meeste gebruikers van thuiszorg en thuisverpleging niet onder het forfaitaire systeem vallen en de zorgverlener dus per prestatie wordt vergoed. De balans tussen inspanning en verdienste is niet gewogen en kan individueel ingevuld worden. De opstart van een insputing bij een patiënt is bijvoorbeeld helemaal niet rendabel (terugbetaling van 4,28€ *all in*) en wordt bijgevolg door vele zorgverstrekkers gemeden. In grootsteden blijven veel ouderen in de kou staan omdat de verkeersellende het voor de zorgverstrekkers onmogelijk maakt zich snel van de ene naar de andere patiënt te verplaatsen. Het is ook niet onmogelijk dat op die manier een vicieuze cirkel ontstaat waarbij de zorgbehoevende senior de kans niet krijgt eenmalig te worden onderzocht door een verpleegkundige, diens zorgbehoevendheidscategorie niet gemeten wordt, en bijgevolg geen aanspraak kan maken op een forfait. Is het nog verwonderlijk dat een grote meerderheid Brusselaars in het ziekenhuis sterft in plaats van thuis?⁵⁶ Dit zelfde selectiviteitsprobleem kan zich, weliswaar in mindere mate, ook voordoen binnen het forfaitaire systeem. De zorgverstrekkers hebben er inderdaad belang bij vooral de minst zorgafhankelijke ouderen binnen eenzelfde forfaitcategorie op te zoeken. Zij kosten minder maar brengen evenveel op als de meer zorgafhankelijke ouderen binnen dezelfde zorgbehoevendheidscategorie.

⁵⁶ In De Standaard, 27/08/2010.

De meest evidente manier voor zorgverstrekkers om met elkaar in concurrentie te treden in het huidige systeem is via risicoselectie.

De beste manier om zorgverstrekkers er toe aan te zetten zo creatief en innovatief met hun middelen om te springen is door de bestedingsverantwoordelijkheid bij de senioren zelf te leggen.

Een tweede toegankelijkheidsprobleem stelt zich wanneer het RIZIV, dat de zorgafhankelijkheidsinschatting van de behandelde arts of verpleegkundige controleert, overdreven pessimistisch acht waardoor de patiënt voorheen een hogere forfaitcategorie wist te scoren. Hoewel de inschatting van iemands zorgbehoefte op bepaalde vlakken subjectief kan zijn (wat is bijvoorbeeld de concrete invulling van zich niet meer thuis te kunnen verplaatsen?), treedt het RIZIV zeer streng op tegen mogelijke misbruiken – met het intrekken van vergunningen of het opleggen van zware boetes als mogelijk gevolg. Dit schrikt vele zorgverstrekkers natuurlijk af waardoor zij liever “te optimistisch” zijn wat de zorgbehoefte van de patiënt betreft, dan te pessimistisch. Hierdoor krijgen bepaalde ouderen niet de zorgen die zij eigenlijk behoeven.

De meest evidente manier voor zorgverstrekkers om met elkaar in concurrentie te treden in het huidige systeem is via **risicoselectie**. Er zijn met andere woorden onvoldoende stimuli opdat prijs en kwaliteit tussen de zorgverstrekkers zou worden uitgespeeld. Bovendien remt de huidige aanbodfinanciering de creativiteit en de innovatie die een sector als de ouderenzorg ongetwijfeld nodig zal hebben, iets dat een vraaggestuurd systeem daarentegen wel in de hand speelt. In wat volgt geven we een aanzet voor een systeem dat aan de tekortkomingen van het huidige systeem tegemoet komt.

VASTSTELLING

In het huidige systeem hebben de zorgverstrekkers er vooral belang bij te concurreren op risico's. Dit fnuikt de toegankelijkheid en het globale dynamisme van het systeem.

Een nieuw bestedingsmodel: de zorgrekening

De beste manier om zorgverstrekkers er toe aan te zetten zo creatief en innovatief mogelijk met hun middelen om te springen is door de **bestedingsverantwoordelijkheid** bij de **senioren** zelf, in plaats van bij de zorgverleners, te leggen. Op die manier wordt risicoselectie vermeden en kunnen de zorgverstrekkers elkaar bekampen met scherpere prijzen én betere kwaliteit. Door dermate vraaggestuurd te werk te gaan zal het aanbod ook veel dichter aansluiten op de werkelijke zorgnoden en veel meer dan nu het geval is rekening houden met de verzuchtingen van de zorgbehoevende senioren. De “vraag” is uiteindelijk niet meer dan de som van de individuele preferenties en mag niet worden verward met de selectieve consumenteninvulling van het bestaande aanbod. In se maakt een vraaggestuurd bestedingsmodel ook deel uit van het beoogde empowermentproces van de nieuwe ouderen.

Sommige personen met een handicap kunnen al enkele jaren een beroep doen op dergelijke geïndividualiseerde bestedingsmodaliteiten en het is dan ook logisch daar de mosterd te halen voor een gelijkaardig systeem in de ouderenzorg. “In 1997 startte in Vlaanderen het experiment met persoonlijke assistentie budgetten of PAB ‘s waarmee mensen met een handicap hun eigen persoonlijke assistent(en) kunnen tewerkstellen. In 2000 volgde de wettelijke basis en intussen werken 1533 mensen met een PAB. Bedoeling van het Persoonsgebonden Budget [PGB] is het werken met individuele budgetten nog verder uit te breiden. Men zou er het volledige aanbod aan zorgvormen zoals die vandaag georganiseerd worden door voorzieningen, mee kunnen betalen. Die voorzieningen worden nu rechtstreeks door de overheid gefinancierd op basis van gemiddelde bedragen per persoon met een handicap. Met het PGB zou ook wie in een voorziening woont een budget op maat in handen kunnen krijgen” (Decruynaere, 2009, p.2). Ook in het buitenland bestaan gelijkaardige constructies waar onze beleidsmakers inspiratie kunnen uit putten (kaderstuk 11)⁵⁷.

KADERSTUK 11 | VRAAGGESTUURDE OUDERENZORGINITIATIEVEN IN HET BUITENLAND

- *Frankrijk*

Sinds 24 januari 1997 wordt een “prestation spécifique dépendance” (PSD) voorzien voor oudere zorgbehoevenden. Hiermee kunnen assistenten betaald worden, aan huis of in voorzieningen. De PSD werd vervangen bij de wet van 20 juli 2007 door de “gepersonaliseerde uitkering voor autonomie”, de allocation personnalisée à l’autonomie (APA). De APA wordt gemoduleerd in functie van de zorgbehoevendheid, van het inkomen, de leefomstandigheden en de noden die vastgesteld worden door een medisch-sociaal team. Begin jaren 2000 overtrof de vraag het aanbod; op dat moment genoten ongeveer 800.000 personen van de APA.

⁵⁷ De bespreking van het PGB in Nederland van Decruynaere (2010) kan daarbij een uitstekende leidraad zijn.

- *Italië*

Thuiszorg is in Italië hoofdzakelijk een overheidsdienst gefinancierd met de budgetten van lokale zorgautoriteiten. De regio's kunnen echter kiezen voor andere financieringsmechanismes. Zo besliste de regio van Lombardije thuiszorg te financieren in de vorm van zorgcheques. De eigenaar van de zorgcheque kiest tussen verschillende geaccrediteerde verleners (zowel publiek als privaat) en betaalt met de zorgcheque voor de genoten diensten. Er werden drie verschillende maandelijkse vouchers ontwikkeld die de soort behoeftes (sociale en gezondheidsproblemen, complexe problemen en terminaal zieke mensen), de nodige middelen (zorgverleners en technologie) en de zorgintensiteit combineren.

- *Nederland*

Om aanspraak te kunnen maken op zorg op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) moet men een (zorgafhankelijkheids)indicatie hebben die vastgesteld wordt door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Als onafhankelijke instantie is het CIZ niet verbonden aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars. Een indicatie voor AWBZ-zorg geeft in principe recht op zorg in natura. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde is ingeschreven betaalt de zorg. De verzekerde ontvangt zorg van een zorgaanbieder, die met een regionaal zorgkantoor dat namens de zorgverzekeraars de AWBZ uitvoert, een contract heeft gesloten. Het zorgkantoor dient hiertoe voldoende zorgaanbieders te contracteren en de verzekerde desgewenst te helpen bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder (zorgplicht). Daarnaast kent de AWBZ een mogelijkheid tot geldverstrekking vooraf: het persoonsgebonden budget. Hiermee kan de verzekerde zelf zorg inkopen. De hoogte van het PGB hangt af van de indicatie en bedraagt ongeveer 75% van de zorg in natura. In 2008 maakte ongeveer 14% van het aantal mensen dat AWBZ-zorg ontving, gebruik van een PGB. Dit is ongeveer 90.000 PGB-houders. Men verwacht dat het aantal in 2011 zal toenemen tot 190.000. "De gevolgen van de invoering van het PGB bleven in Nederland niet beperkt tot de budgethouders zelf en de mensen die als persoonlijke assistenten tewerkgesteld worden. Nieuwe initiatieven zagen het levenslicht, steeds meer mensen gaan in de sector als zelfstandige aan de slag, bestaande zorgvoorzieningen bieden nieuwe diensten aan en nieuwe initiatieven zien het licht. Het PGB als aanjager van de zorgvernieuwing" (Decruynaere, 2010).

Risicoselectie wordt vermeden en zorgverstrekkers moeten elkaar bekampen met scherpere prijzen én betere kwaliteit. In se maakt een vraaggestuurd bestedingsmodel ook deel uit van het beoogde empowermentproces van de nieuwe ouderen.

Er zijn heel wat voordelen verbonden aan een zorgrekeningsstelsel: kwaliteit en toegankelijkheid gaan erop vooruit, het is een stap in de richting van het zorgcontinuüm, sluit perfect aan op het zorgverzekeringsstelsel en geeft de gebruikers een echte hefboom in handen om zorg op maat te ontvangen.

Voor de ouderenzorg stellen we voor te werken met een **zorgrekening**, eigenlijk de digitale versie van een zorgcheque. In functie van de zorgbehoefte krijgt iedere senior een bedrag op een fictieve rekening. Die rekening zou bijvoorbeeld perfect in het Globaal Medisch Dossier (GMD) kunnen worden opgenomen zodat de zorgbehoefte van de senior en alle zorgverstrekkers stevast over dezelfde informatie beschikken over de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn overblijvend financieringsvermogen. Door gebruik te maken van het globaal medisch dossier blijven alle stakeholders op de hoogte van het resterende bedrag op de zorgrekening en worden de administratieve kosten beperkt. Bovendien kan de zorgrekening alleen worden gebruikt om geaccrediteerde zorg in te kopen en kan het bedrag dus niet opgepot worden voor andere zaken. Het GMD registreert bijvoorbeeld een prestatie van zorgverstrekker X voor een bedrag van 50€. Die gegevens worden dan rechtstreeks doorgezonden naar de verzekeraar die instaat voor de betaling van de verstrekker. Eigenlijk komt dit neer op een gelimiteerd **derdebetalersstelsel** dat de toegankelijkheid van de ouderenzorg ten goede komt (de gebruiker moet de kosten niet eerst voorschieten), en de betalingsmodaliteiten vereenvoudigd en beveiligd (onnodige, dure papieren correspondentie wordt vermeden en zorgverstrekkers hebben veel minder geld op zak). Als de gebruiker de limiet van zijn zorgrekening nadert wordt hij automatisch op de hoogte gebracht. Als de gebruiker de limiet overschrijdt moet hij zelf voor de meeruitgaven opdraaien, tenzij daar een geldige en bewijsbare reden voor is (zoals een plotse degradatie van zijn gezondheidstoestand, waarna de zorgbehoeftegraad opnieuw geëvalueerd moet worden). Nog een voordeel is dat dergelijk stelsel perfect kadert in het zorgcontinuüm dat eerder al aan bod kwam: de gebruiker kan de zorg van de ene verstrekker aanvullen totdat de zorg voldoende op maat is. Zorg(s)hopen dus. Wenst de gebruiker meer luxe? Dan kan hij de zorgrekening met zijn eigen spaarcentjes spijzen.

De zorgrekening sluit perfect aan op bovenvermeld **verzekeringsstelsel**. Een **verplichte verzekering** dat een **minimumbedrag** impliceert (een pecuniair basiszorgpakket dus) geeft in functie van de zorgafhankelijkheid recht op een maandelijkse⁵⁸ allocatie van Y€ op de zorgrekening. Alle bijdragen in het zorgverzekeringsstelsel boven het minimumbedrag kunnen via een coëfficiënt (die uiteraard ook afhangt van de zorgbehoeftegraad van de persoon in kwestie) omgezet worden in een hogere allocatie, waardoor ook meer of duurdere zorg kan worden ingekocht zonder dat het

⁵⁸ De tijdsspanne tussen twee betalingen korter maken (bijvoorbeeld door een wekelijkse basis te gebruiken) kan ervoor zorgen dat ouderen hun zorguitgaven beter over de tijd faseren.

verzekeringsprincipe in gevaar komt. Dit is daarenboven een uitstekende manier om de zorguitgaven onder controle te houden. Een andere, cruciale voorwaarde opdat dit systeem optimaal zou werken is een onafhankelijke, **geconsolideerde informatieverstrekking** over prijs en kwaliteit. Het spreekt voor zich dat een hervorming van die aard en omvang niet plaats kan vinden zonder alle stakeholders bij het organisatieproces te betrekken.

Het Expertisecentrum Onafhankelijk Leven besluit in een publicatie over marktwerking in de ondersteuning van personen met een handicap als volgt: "Argumenten tegen een introductie van marktwerking in de ondersteuning van personen met een handicap zijn ingegeven door onvoldoende vertrouwen in de mogelijkheden van personen met een handicap. Men denkt nog steeds te vaak in een betuttelende "zorgterminologie", terwijl de huidige paradigmaverschuivingen de navenante beleidswijzigingen vereisen dat men de persoon met een handicap ziet in termen van een burger die actief zijn ondersteuning kan organiseren" (Lambreghts, 2010, p. 23). Ook onze senioren hoeven niet langer betutteld te worden, maar verdienen meer vertrouwen en een aangepast beleid.

☺ AANBEVELINGEN

De acht geboden van de zorgrekening

- Om te vermijden dat mensen hun budget aan andere dingen dan zorg zouden uitgeven werken we met een fictieve zorgrekening die de functies van een digitale zorgcheque overneemt.
- Om de administratiekosten zo laag mogelijk te houden integreren we de zorgrekening best met bestaande instrumenten zoals het Globaal Medisch Dossier.
- Alle betrokkenen moeten toegang hebben tot het GMD en de zorgrekening van de gebruiker die op die manier snel op de hoogte gebracht kan worden wanneer de rekening te snel leeggehaald zou worden.
- Omdat de gebruiker alleen een eventuele franchise (remgeld) zou moeten voorschieten komt de zorgrekening de facto neer op een derdebetalerssysteem dat de zorgtoegankelijkheid verbetert, en de betalingsmodaliteiten vereenvoudigt en beveiligt.
- Meeruitgaven waar de gebruiker volgens zijn zorgbehoevendheidsgraad en verzekeringspolis geen recht op geeft moeten uit eigen zak worden betaald. Op die manier responsabiliseert men de gebruiker en koppelt men verantwoordelijkheid aan vrijheid.

- Laat de gebruikers toe tussen verschillende verstrekkers te (s)hoppen. Zo wordt de kaart van het zorgcontinuüm getrokken, creëer je een dynamische markt die zich constant zal moeten heruitvinden en wordt echte zorg op maat gerealiseerd.
- Koppel het bestedingsmodel aan het verzekeringsmodel om zo veel mogelijk vruchten van de marktdynamiek te rapen.
- Onafhankelijke, geconsolideerde informatieverstrekking over prijs en kwaliteit van de verschillende diensten en verstrekkers is cruciaal.

EEN NIEUW SAMENWERKINGSMODEL: OVERHEID EN MARKT ZIJN COMPLEMENTAIR

Het is geenszins de bedoeling dat de overheid zich terugtrekt. Integendeel. De overheid zal op heel wat aspecten een vitale rol te vervullen hebben.

De noodzaak van de overheid

Criticasters van een zorgverzekering en een zorgrekening zullen opwerpen dat niet alle ouderen even goed met die vrijheid en bijhorende verantwoordelijkheid kunnen omspringen. Ze hebben gelijk. Alleen is dit geen argument om het model overboord te gooien. Mits een verstandig uitgetekende assistentiestructuur en een vangnet waar indien nodig op teruggevallen kan worden, zal het nieuwe model ook voor de zwaksten een verbetering van hun toestand inhouden. **Dit betekent dat het geenszins de bedoeling kan zijn aan te sturen op een terugtrekking van de overheid.** Het tegendeel is waar. De overheid zal op heel wat aspecten een vitale rol te vervullen hebben, ook al kan die er enigszins anders uitzien dan vandaag het geval is.

De effectiviteit van kwaliteitscontrole is erg afhankelijk van compliance – de juiste stimuli – en enforcement – een minimum aantal verplichtingen.

• Kwaliteitscontrole

Een eerste belangrijke taak die voor de overheid is weggelegd betreft de kwaliteitscontrole. Een zekere regulering van kwaliteit lijkt evident. Uiteraard is het zo dat ook in private zorgvoorziening normaliter een hoge standaard van kwaliteit zal worden aangehouden. Indien er immers een zekere mate van keuze bestaat – de opzet van de zorgrekening – zal de patiënt en zijn familie niet enkel letten op de prijs, maar ook op de omkadering en de kwaliteit van de zorg. Het reputatiemechanisme werkt hierbij vaak erg doeltreffend. Toch wijzen ervaringen uit het verleden uit dat controle door inspectiediensten op het vlak van kwaliteit (hygiëne, ...) gewenst is. Regulering vereist uiteraard ook dat er een evaluatie gebeurt van de naleving van de voorschriften en inspectiediensten hebben dan ook hun rol te spelen (Tinny, Wiener en Cuellar, 2000).

De effectiviteit van kwaliteitscontrole is erg afhankelijk van *compliance* en *enforcement* (Mukamel, 1997). **Compliance** of gehoorzaamheid gaat dan in de eerste plaats over de spontane aandacht die instellingen opbrengen om hun kwaliteit in de gaten te houden. Een goed functionerende markt waar echte concurrentie tussen de verschillende verstrekkers heerst kan voor die *trigger* zorgen. Essentieel is dan wel dat de kwaliteit van de instellingen met elkaar vergeleken kan worden via de publicatie in consumentvriendelijke taal van de resultaten van inspecties van residentiële instellingen en thuiszorg-agentschappen bijvoorbeeld. Of door werk te maken van objectieve kwaliteitsindicatoren die aan het brede publiek beschikbaar zouden worden gesteld⁵⁹. Zorgaanbieders moeten per sector een visie ontwikkelen op wat verantwoorde zorg is. In samenspraak met cliënten en verzekeraars moet deze visie kunnen worden vertaald naar normen en indicatoren. Dit kwaliteitskader laat toe toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg (“meten is weten”). Deze aanbeveling kwam al enkele keren aan bod, hetgeen het belang ervan enkel meer onderstreept. **Enforcement** heeft betrekking tot het verplicht doen naleven van bepaalde normen en voorwaarden. Een erkenning die afhangt van bepaalde minima – hoewel men ook niet in het andere extreem mag vallen (gekend onder de veelzeggende naam “reglementitis”⁶⁰) – is zo’n doeltreffend instrument. Zo is er een duidelijk negatief verband gevonden tussen uitbatingen zonder licentie en de zorgkwaliteit (Fleishman *et al.*,1999).

Een bonussysteem dat de kwaliteit van processen, laat staan van werkelijke resultaten, beloont is nog niet voor morgen.

In de meeste ouderenzorgsystemen is nog geen werk gemaakt van een financieringssysteem op basis van **bonus-malus** in functie van de kwaliteit die verleend wordt. Vandaag worden in het reeds besproken Duitse verzekeringsstelsel bijvoorbeeld bijna uitsluitend formele aspecten opgenomen in de kwaliteitscontrole zoals bouwvoorschriften en vereisten op het vlak van personeel en uitrusting. De weg is nog lang naar **stimuli** voor kwaliteit van processen, laat staan van werkelijke resultaten (de zogenaamde Outcome-

59 In Nederland werden onlangs kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg ontwikkeld. Een eerste indicatorenset stelt de uitkomsten bij de zorggebruikers vast en is uitgebreid op haalbaarheid en bruikbaarheid getest. In een tweede project is een Consumer Quality Index voor palliatieve zorg ontwikkeld. Met dit meetinstrument is het mogelijk kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van zowel patiënten en nabestaanden te meten. Voor zorgaanbieders die met de indicatorenset willen werken is een handleiding beschikbaar (De Artsenkrant, 18/12/2009).

60 “Hebben die normen en regels in de seniorenhuisvesting überhaupt wel zin?”, vraagt professor Arthur Vleugels, directeur van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KULeuven zich in Trends (27/11/2008) af. “Door de normen en eisen in de subsidieregelgeving krijg je altijd dezelfde typologieën. Het fnuikt de vernieuwing.”

Based Quality Indicators⁶¹). Slechts 51% van de faciliteiten deden hun eigen zorgaudits waarbij de bekwaamheden van elke resident in kaart werden gebracht (Wiener et al., 2007). In de Verenigde Staten wordt bijvoorbeeld wel meer op resultaten gestuurd waarbij de kwaliteitsregulering overigens een federale bevoegdheid is terwijl de staten de monitoring uitvoeren. Als we er van uitgaan dat men binnenkort zou overstappen op een bestedingsmodel gebaseerd op de voorgestelde zorgrekening, dan laat dat niet veel marge voor een gedeeltelijke kwaliteitafhankelijke financiering van de instellingen over. Het valt in het specifieke scenario van de zorgrekening wel te overwegen om een bonus te voorzien voor die instellingen die er in slagen enkele jaren na elkaar bij de beste 10% te horen of die “goed” (dus boven een vastgelegde grens) scoren op alle vooropgestelde kwaliteitsindicatoren. Men kan overwegen bij de kwaliteitsindicatoren rekening te houden met de gemiddelde dagprijzen van de instellingen om de duurste instellingen geen voetje voor te geven.

😊 AANBEVELINGEN

- De overheid heeft verschillende instrumenten voor handen om de kwaliteit van de ouderenzorgvoorzieningen te verbeteren. Een goed werkende markt waar onafhankelijke informatie over prijs en kwaliteit beschikbaar is kan het reputatiemechanisme in werk stellen (**compliance**). Ook erkenningsvoorwaarden – zonder in zijn extreme vorm van “reglementitis” te vervallen – zijn een doeltreffend instrument (**enforcement**). Maar misschien moeten we daarenboven kwaliteit belonen via een **bonus-systeem**.
- Er moet hoe dan ook werk worden gemaakt van **objectieve informatie** over prijs en kwaliteit van de verschillende ouderenzorgvoorzieningen en die aan het publiek bekend maken.

- **Toegankelijkheid**

Naast de kwaliteitskwesitie is er uiteraard de vraag of de zorg voldoende toegankelijk is. Uiteraard mag niet voorbijgegaan worden aan de individuele verantwoordelijkheid van elkeen. Traditioneel wordt er beroep gedaan op de **familie** maar ondanks dat deze rol ook vandaag niet onderschat mag worden, is er een tendens van zorgprofessionalisering via thuiszorg of residentiële zorg. We kunnen spreken van een zekere erosie

We kunnen spreken van een zekere erosie van de familiale solidariteit wat de overheid voor nieuwe uitdagingen stelt.

⁶¹ Voor een bondige bespreking van OBQI's, zie Capitman en Bishop (2005).

van de familiale solidariteit wat de overheid voor nieuwe uitdagingen stelt. De vraag of er bijvoorbeeld een tegemoetkoming moet zijn voor mantelzorg vanwege de overheid is een heel pertinente vraag, maar waarmee voorzichtig omgegaan dient te worden (risico van *crowding out*: een vermindering van de private investering in de gezondheid van naasten door een toename in overheidssteun – zie hoofdstuk 4).

Bij een verzekeringssysteem is er een belangrijke rol weggelegd voor de overheid omdat er belangrijke marktvalingen bestaan bij het ontwikkelen van dergelijke verzekeringsmarkten. In vele landen is de markt erg beperkt waardoor een goede pooling van risico's problemen stelt. De uitzonderingen hierbij zijn Frankrijk (een markt van 3 miljoen polissen) en de Verenigde Staten (6 miljoen polissen). Specifiek wordt de verzekeringsbaarheid bemoeilijkt door steeds oplopende kosten, risicoselectie (waarbij de verzekeraar vooral geconfronteerd wordt met patiënten die een erg hoog kostenplaatje vertegenwoordigen) en *moral hazard* (families die de zorg vooral uitbesteden indien de oudere veel zorg behoeft). Het gevolg is in feite een onderverzekering van het risico op zorgbehoevendheid. Het antwoord via een openbare zorgverzekering probeert hieraan te remediëren maar er zou ook gedacht kunnen worden aan het reguleren en structureren van private **zorgverzekering waarbij de overheid voor bepaalde risico's bijvoorbeeld bijpast** (zie supra).

😊 AANBEVELINGEN

- Als we opteren voor een verplichte private zorgverzekering waarbij de overheid voor de **risico's compenseert** (risicoverevening: verzekeraars worden gecompenseerd voor patiënten met een voorspelbare hogere zorgconsumptie om zo veel mogelijk risicoselectie te voorkomen) betaalt iedereen voor de minimumuitkering (die zal afhangen van de zorgbehoevendheidsgraad, zie supra) een al-dan-niet inkomensafhankelijke premie. Er zijn echter mensen die een verplichte basisverzekering niet zullen kunnen bijdragen. Voor die mensen dient de overheid een tweede compensatie te garanderen en aan de hand van een **middelentoets** hun **premies te subsidiëren**. Op die manier komt de toegankelijkheid van het systeem niet in gevaar. Het beleid moet dus een **“Matteüs-toets Plus”** hanteren: gaat de situatie van de meest behoevenden er niet op achteruit, en hebben de anderen de instrumenten in handen om zelf ook vooruit te gaan?

Niet iedereen kan zijn zorg even goed regisseren en die mensen dienen daarbij geholpen te worden.

De unieke zorgklokken van de Duitstalige Gemeenschap kunnen verbluffende resultaten voorleggen: 75% van de mensen die op een wachtlijst stonden moeten dankzij een aangepast thuiszorgprogramma niet naar een instelling. De resterende 25% kon bovendien toch nog residentiële zorgvoorzieningen van zowel lange als korte aard integreren.

- **Informatie en begeleiding**

De laatste tijd, en niet het minst in dit onderzoek, gaat veel aandacht naar een nieuwe rol van de overheid: waarborgen dat zorgverstrekkers, en binnenkort misschien ook mutualiteiten en verzekeringsmaatschappijen, hun gebruikers en klanten goed informeren. Meer nog, wij pleiten voor een **proactieve consolidatie- en verificatierol van de overheid** in deze. We bespreken hier op welke manier informatieverstopping en begeleiding in het licht van de vooropgestelde scenario's het best georganiseerd kunnen worden en gebruiken daartoe drie binnenlandse voorbeelden die in ons opzicht over het hele land kunnen toegepast worden.

Dankzij het stijgende zorgvolume en een steeds meer vraaggestuurde sector zullen het aantal woonzorgformules zich de komende jaren aan hoogtempo vermenigvuldigen. We lopen ongetwijfeld het risico dat er een moment komt waarop we het bos niet meer door de bomen zullen kunnen zien. Tegelijkertijd zal de druk op de beschikbare plaatsen groot zijn en kunnen in sommige streken tekorten ontstaan. Op dat moment zullen de beschikbare plaatsen optimaal ingevuld moeten kunnen worden om zo weinig mogelijk mensen in de kou te laten. Een paar jaar geleden ondervond de Duitstalige Gemeenschap deze moeilijkheden. In 2005 startten ze daarom de **Häuslicher Begleitdienst der Seniorenheime** (HBS) op met de driedubbele taak de senioren bij te staan in hun keuze (behoefteanalyses van de oudere, financieel advies, overzicht van de mogelijkheden met voor- en nadelen, administratieve ondersteuning, overleg met de familie etc.), een betere coördinatie van de verschillende zorgmogelijkheden (gegevensconsolidatie, organisatie van thuiszorg, etc.) te garanderen en de bevoegde autoriteiten op de hoogte te brengen van eventuele moeilijkheden met het zorgaanbod (via statistische consolidatie en analyse, een uniek meldpunt, etc.). Het werden *de facto* wat men **unieke zorgklokken** op lokaal niveau of **case managers** zou kunnen noemen die verbluffende resultaten wisten voor te leggen: dankzij de interventie van de HBS hoefden 75% van de mensen die op een wachtlijst stonden dankzij een aangepast thuiszorgprogramma niet naar een instelling. De resterende 25% kon bovendien toch nog residentiële zorgvoorzieningen van zowel lange als korte aard integreren⁶².

⁶² Alle informatie betreffende de HBS werd mij in een evaluatiefiche "The home support services organised by rest homes (in the German-speaking Community)" van de FOD Sociale Zekerheid doorgestuurd.

In Genk werden zorgbehoefes en –aanbod via GIS-technologie letterlijk in kaart gebracht.

De dienstverlening van budgethoudersverenigingen bestaat in de eerste plaats uit een helpdesk, maar ze doen ook aan coaching, geven administratieve ondersteuning, bouwen expertise op, sensibiliseren, vormen en trainen.

Een ander interessant initiatief komt uit Genk (Peetermans en Winters, 2009). De stad werd er in woonzorgzones ingedeeld en dankzij **GIS⁶³-technologie** werden zorgvraag en –aanbod letterlijk in kaart gebracht. Op die manier konden mogelijke leemtes per woonzorgzone worden vastgesteld. Niet alleen voor de beleidsmakers is dit een zeer handig instrument om werkelijk zorgvriendelijke woonzorgzones te ontwikkelen, ook de burgers en mogelijke gebruikers hebben er iets aan. Zouden zij immers niet liever gaan wonen in wijken of steden waar het zorgaanbod toereikend is? **Zo stemmen burgers eigenlijk met hun voeten waardoor steden en gemeentes er alle belang bij hebben zich aan de toekomstige zorgbehoefes aan te passen en voor te bereiden.** Het ganse oppervlak van ons land moet met andere woorden in woonzorgzones opgedeeld worden en dankzij GIS-technologie moeten de burgers een beeld kunnen krijgen van de zorgvoorzieningen en –behoefes. Die informatie zal voor een positieve, geografische dynamiek zorgen die de ruimtelijke organisatie zorgvriendelijker zal maken.

Het derde initiatief bestaat voorlopig alleen nog maar in de gehandicaptenzorg. De gebruikers van Persoonlijke Assistentiebudgetten en van Persoonsgebonden Budgetten kunnen een beroep doen op **budgethoudersverenigingen**. In Vlaanderen zijn er 2: Bol-budiv en Vlabu-ZIZ. Zij worden erkend en gefinancierd voor hun opdracht door de Vlaamse overheid. De dienstverlening bestaat in de eerste plaats uit een helpdesk. Zij behandelen voornamelijk vragen over de aanvraag en het gebruik van PAB/PGB, arbeidsrecht, familiaal recht en de zoektocht naar geschikte assistenten. Naast de helpdesk ondersteunen ze aan huis personen met een beperking bij het maken van keuzes in hun eigen leven (“*coaching*”). Budgethoudersverenigingen geven ook administratieve ondersteuning, bouwen expertise op (via studies en onderzoek), sensibiliseren, vormen en trainen.

☺ AANBEVELINGEN

- Omdat we ongetwijfeld ook in de ouderenzorg zullen evolueren naar meer bestedingsautonomie ligt een belangrijke **informatie- en begeleidingstaak** voor de overheid weggelegd. Niet iedereen kan zijn zorg even goed regisseren en die mensen dienen daarbij geholpen te worden. Case managers bewezen hun meerwaarde in Duitstalig België, budgethoudersverenigingen zijn een onmisbare schakel in de gehandicaptensector aan het worden. **De doelstelling van bestedingsautonomie vraagt meer dan enkel bestedingsautonomie.**

⁶³ GIS staat voor Geografische Informatiesystemen.

- Naast het opstellen en beschikbaar maken van kwaliteitsindicatoren zullen de senioren en de sector voor ouderenzorg er ook goed bij varen mochten de **zorgbehoeftes en –voorzieningen** van het ganse land letterlijk **in kaart** worden gebracht en publiekelijk beschikbaar worden gemaakt. Dit kan door middel van GIS-technologie, naar het Genkse voorbeeld.

- **Marktsuccessen vs. marktfalingen**

De financiële crisis die in 2008 in alle hevigheid uitbarstte en het financiële en economische debacle dat daarop volgde bewezen nog maar eens dat markten zonder goede regulering gedoemd zijn tot falingen. En hoewel dit geen marginale gedachtestroom is binnen de economische wetenschap associëren sommige mensen, beleidsmakers inclusief, marktwerking nog te vaak met *“laisser-faire”*. Toegegeven, veel economische en financiële modellen vertrekken vanuit de perfecte markthypothese die veronderstelt dat alle economische agenten rationele en geïnformeerde beslissingen nemen, markten daarom steevast efficiënt zijn en dat ze daarom vanzelf wel een optimum bereiken, zonder dat de overheid daar moet op toekijken. Dat dit duidelijk niet zo is zette het toonaangevend weekblad *The Economist* er toe aan het volgende te schrijven (16/07/2009): *“Of all the economic bubbles that have been pricked, few have burst more spectacularly than the reputation of economics itself.”* De economische wetenschap die blindelings in het functioneren van de markt vertrouwd heeft ondergedaan, en heeft inderdaad misschien wel onherstelbare schade opgelopen.

Ook in een sociale sector als de ouderenzorg kunnen marktsuccessen worden geboekt, mits daar de juiste regulering tegenover staat en de overheid zich enkel de functies toe-eigent waar geen andere economische speler baat bij kan hebben.

Maar laten we het kind niet met het badwater weggoien. Economen erkennen al sinds Adam Smith dat overheidsmatig tegen marktfalingen moet worden opgetreden, een inzicht dat met de befaamde Sherman Antitrust wet van 1890, die de Amerikaanse kartels en monopolies aan banden diende te leggen, een zeer concrete invulling kreeg. De overheid, zo luidt de redenering, kan de markt beter doen werken en marktfalingen ombuigen in marktsuccessen. Ook in een sociale sector als de ouderenzorg kunnen marktsuccessen worden geboekt, mits daar de juiste regulering tegenover staat en de overheid zich enkel de functies toe-eigent waar geen andere economische speler baat bij kan hebben. Marktwerking hoeft dus niet asociaal te zijn. Terwijl sommige landen erg afkerig stonden tegenover een rol voor private zorgverleners werd de druk op het openbaar budget van die aard dat er toch marktinitiatieven werden toegelaten (Brodin, 2005). In Zweden was het bijvoorbeeld een sociaal-democratische regering die deze

Het voeren van een mededingingsbeleid met tanden in de ouderenzorg moet één van de nieuwe overheidstaken worden.

De toegenomen concurrentie die in de sector voor ouderenzorg zal ontstaan kan bepaalde spelers er jammer genoeg ook toe aanzetten de mededingingsuitdaging uit de weg te gaan en concurrentieverstorende beslissingen te nemen.

zogenaamde quasi-markten als een noodzakelijke vernieuwing van de welvaartstaat begonnen te beschouwen (Blomqvist, 2004). In Zweden bestaat er vandaag overigens een enorme diversiteit van initiatieven waarbij in sommige gemeenten er volledige private voorziening bestaat (in ongeveer 20% van de gevallen) terwijl in andere gemeenten enkel bepaalde diensten uitbesteed worden.

Eerder bespraken we enkele essentiële taken die de overheid in de ouderenzorg op zich dient te nemen: kwaliteitscontrole, risicoverevening, informatieverschaffing, coördinatie, in bepaalde gevallen inkomensondersteuning, etc. Daar moet het voeren van een mededingingsbeleid aan worden toegevoegd. Als we meer privéspelers en marktwerking in de sector voor ouderenzorg willen introduceren, dan moeten we er ook mee kunnen leven dat de overheid minder doet, maar wel streng en daadkrachtig kan optreden tegen degenen die de kantjes er aflopen. Zo moet ze er op toezien dat er bijvoorbeeld op lokaal vlak geen tendensen zijn tot **monopolieprijzen** maar dat er daarentegen een gezonde prijsvorming optreedt. Die gezonde prijsvorming is er vandaag nog niet altijd maar wordt met de stijgende zorgbehoeftes en meer vraagsturing wel des te belangrijker. De verhalen over **prijsafspraken** tussen leveranciers zijn legio bij woonzorgcentra die (openbare) aanbestedingen uitschrijven. De voorbeelden die wij te horen kregen wezen soms op een verdubbeling van het gevraagde tarief zo gauw duidelijk was dat de overheid subsidieerde. Vandaag bestaat er geen duidelijkheid over de mate waarin dergelijke praktijken verspreid zijn, maar het suggereert alvast dat er ook in deze sector nood is aan controle op een correcte marktwerking.

Het ouderenzorgvolume zal in de toekomst sterk toenemen en de beslissingsmacht zal tegelijkertijd steeds meer door de gebruikers worden opgeëist. De toegenomen concurrentie die op die manier ontstaat kunnen prijs en kwaliteit van de ouderenzorgvoorzieningen ten goede komen, maar kunnen de betrokken spelers (gaande van verzekeraars tot zorgverstrekkers en hun leveranciers) er ook toe aanzetten de mededingingsuitdaging uit de weg te gaan en concurrentieverstorende beslissingen te nemen. Er moet in het bijzonder aandacht gaan naar stijgende marktmacht van bepaalde spelers en mogelijke prijsafspraken die de toegankelijkheid en innovatie in de sector zouden ondermijnen.

😊 AANBEVELINGEN

- Een manier om een doeltreffend mededingingsbeleid te voeren is naar het Nederlandse voorbeeld een **onafhankelijke marktregulator** in het leven te roepen die er op zou toezien dat mogelijke en reeds bestaande marktfaalingen in marktsuccessen worden omgebogen.
- Een andere les die we van de financiële crisis kregen en waar onze energiemarkt ons nog dagelijks mee confronteert is dat een waakhond zonder tanden veel moeite heeft inbrekers af te schrikken.

De voordelen van de markt

Het al dan niet willen van marktwerking is een non-discussie en de allergie voor het woord slaat discussies dood en is contraproductief. Er is wel degelijk plaats voor marktwerking in sociale sectoren als die van de ouderenzorg zo gauw duidelijk is dat we alle riemen kunnen gebruiken die voorhanden zijn om aan een enorme kwantitatieve en kwalitatieve maatschappelijke uitdaging te beantwoorden. Overheidsinterventie is noodzakelijk maar moet stevast gebaseerd zijn op het subsidiariteitsprincipe: doen wat de anderen niet kunnen. Mits goede spelregels kan de markt namelijk drie essentiële voordelen bieden die zich in het ouderenzorgdebat rechtstreeks vertalen in welvaarts-winsten voor gebruikers, overheid en zorgdienstverstrekkers. Het gaat om efficiëntie, daadkracht en dynamisme.

• Efficiëntie en de kwantitatieve uitdaging

Op basis van een extrapolatie van het aantal woongelegenheden tegenover het totale aantal 60-plussers zou ons land tegen 2020 20,5 % meer woongelegenheden nodig hebben dan er vandaag beschikbaar zijn. Het totale aantal woongelegenheden lijkt de afgelopen 10 jaar (1999-2009) slechts met 2,8% te zijn toegenomen (FOD Economie, 2009). We kunnen het niet genoeg benadrukken: het wordt echt alle hens aan dek: OCMW's, VZW's en commerciële instellingen. Die laatste moeten binnen hetzelfde regulerende kader kunnen opereren willen we de nodige capaciteitsuitbreiding geen stokken in de wielen steken. De voorwaarde hiervoor is natuurlijk dat de commerciële ouderenzorgverstrekkers op het vlak van woonzorg minstens even performant zijn als de VZW- en OCMW instellingen, anders heeft het capaciteitsargument natuurlijk niet veel zin. Volgens een studie van Schlessinger en Gray (2006) zijn commerciële rusthuizen efficiënter (*"There is overwhelming evidence that for-profit nursing homes have lower*

"There is overwhelming evidence that for-profit nursing homes have lower costs and greater efficiency".

costs and greater efficiency”, p. 290). Dat hoeft niet te verwonderen. Commerciële exploitanten zetten hun eigen centen in en dragen dus zelf een deel van de risico’s. Dat maakt van hen goede onderhandelaars die daarenboven allergisch zijn aan verspilling. De zorgkwaliteit ligt dan wel weer hoger in de niet-commerciële instellingen. De studie besluit dat de **optimale eigendomsmix** er één is waarvan het marktaandeel van de **niet-commerciële voorzieningen** de **30 à 40%** overtreft. Zo wordt de **kruisbestuiving** tussen de verschillende types instellingen ten volle benut. De studie bevestigt daarmee dat de commerciële spelers inderdaad kostenefficiënter zijn, maar dat een belangrijke kwaliteitsopdracht voor de overheid is weggelegd.

Er moeten natuurlijk wel kanttekeningen worden gemaakt bij de lessen die getrokken zouden kunnen worden uit het onderzoek van Schlessinger en Gray. In elk geval is het moeilijk de resultaten van een Amerikaans onderzoek te extrapoleren naar de Belgische context waar het zorglandschap toch wezenlijk verschilt. Om robuuste conclusies te kunnen trekken hebben we eigenlijk een Belgische evaluatie van de **kostenefficiëntie** nodig die **met kwaliteit rekening houdt**. Het hoeft niet te verwonderen dat dergelijke studie (naar ons weten) niet bestaat.

We kunnen natuurlijk wel proberen zelf op onderzoek te gaan. “De gemiddelde dagprijs in het Vlaams Gewest is met 41,07 euro 26,8 % duurder dan de gemiddelde dagprijs in het Waals Gewest en 16,3 % duurder dan in het Brussels Gewest. In de provincie Antwerpen is de gemiddelde dagprijs het hoogst (45,72 euro) en dit is 45,4 % meer dan in de provincie met de laagste gemiddelde dagprijs, met name Luik (31,44 euro). Wanneer de prijzen op het niveau van de gemeenschappen en gewesten worden vergeleken met de dominantie van een bepaalde beheersinstantie op basis van het aantal woongelegenheden, dan valt het op dat de gemiddelde dagprijs hoger is in een regio met een hoog aantal VZW-woongelegenheden, in casu Vlaanderen, en lager is in regio’s met een hoog aantal woongelegenheden in privérusthuizen, meer bepaald in Wallonië en Brussel. Deze vaststelling wordt bevestigd op het niveau van de provincies. Hieruit kan worden afgeleid dat VZW-rusthuizen duurder zijn en dat privérusthuizen goedkoper zijn, terwijl de OCMW-rusthuizen zich qua prijs ergens tussenin bevinden” (FOD Economie, 2009, p.38). De Federale Overheidsdienst legt die prijsverschillen uit aan de hand van de personeelsbezetting die bij de niet-commerciële rusthuizen gevoelig hoger zou liggen. Uit een persbericht van de Christelijke Werknemersorganisatie (ACW) van 2006 blijkt dit inderdaad zo te zijn, waardoor de gemiddelde prijs per voltiijds equivalent (VTE) voor de commerciële rusthuizen hoger uitkomt (Tabel 6.1).

TABEL 6.1 GEMIDDELDE DAGPRIJS EN VTE PER BED (BELGIË, ZONDER SUBSIDIES)

	Gemiddelde dagprijs (OCMW = basis 100)	VTE per bed	Gemiddelde prijs/VTE	Gemiddelde prijs/VTE (OCMW = basis 100)
OCMW	100	0,52	192,3	100
VZW	106	0,51	207,8	108
Privé	98,8	0,32	308,8	157

BRON: ACW, 2006

De commerciële rusthuizen hebben gemiddeld gezien inderdaad de laagste dagprijzen, maar gebruiken gemiddeld gezien ook een kleine 40% minder mensen. Heeft dit implicaties voor de kwaliteit? In het derde hoofdstuk zagen we dat de aanwezigheid van verplegend en verzorgend personeel een essentieel onderdeel van kwaliteit vormt en in die zin is het goed mogelijk dat de kwaliteit van de OCMW- en VZW-instellingen hoger ligt. Deze hypothese kan niet worden verworpen gezien de resultaten van de laatste ontevredenheidsenquête in de Belgische ROB- en RVT-instellingen van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Tabel 6.2).

TABEL 6.2 BEWONERSONTEVREDENHEID IN DE BELGISCHE ROB- EN RVT-INSTELLINGEN VOLGENS INSTELLINGSSTATUUT (AFWIJING TEGENOVER OCMW INSTELLINGEN)

Instellings- statuut	Kamer- keuze	Aspect kamer	Omgeving	Netheid	Maaktijden	Linien	Daginde- ling	Bezoek- modali- teit	reid- buitenwe- Contact	georga- niseerde activiteiten	Hygiën- sche zor- gen	Verpleeg- kundige
Privé & VZW	NS	---	+	NS	NS	NS	+++	--	NS	+	+++	+

+++ MEER ONTEVREDENHEID MET $P < 0,001$ / ++ MEER ONTEVREDENHEID MET $P < 0,01$ / MEER ONTEVREDENHEID MET $P < 0,05$

--- MINDER ONTEVREDENHEID MET $P < 0,001$ / -- MINDER ONTEVREDENHEID MET $P < 0,01$ / - MINDER ONTEVREDENHEID MET $P < 0,05$

BRON: WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID, 2009

De ontevredenheid bij de bewoners van privé-instellingen (commercieel en niet-commercieel) is statistisch significant groter (de plusjes in de tabel) wat de omgeving, de dagindeling, de georganiseerde activiteiten en de hygiënische en verpleegkundige zor-

gen betreft. De bewoners van OCMW instellingen zijn dan weer minder tevreden dan de bewoners van privé-instellingen over het kameraspect en de bezoekmodaliteiten (de minnetjes). Voor de overige vijf domeinen liggen de verschillen te dicht bij elkaar om er statistisch zinvolle conclusies uit te trekken. Nu moet wel een eerste belangrijke nuance bij de enquête worden aangebracht. Zo wordt voor de privé-instellingen geen onderscheid gemaakt tussen profit en non-profit – een onderscheid dat we ook in de ruwe data niet terugvinden. We weten bijgevolg ook niet welk aandeel van de privé-instellingen een commercieel karakter heeft, dan wel onder het VZW-statuut opereert. Maar met een subjectieve tevredenheid die in beperkte mate hoger ligt in de publieke ouderenzorgvoorzieningen, gaan de resultaten van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid weliswaar in dezelfde richting als die van Schlessinger en Gray.

In dezelfde Belgische enquête mochten de bewoners eveneens suggesties doen om de instelling te verbeteren. De suggestie die met 15,6% van de antwoorden (371/2389) het vaakst naar voor komt, is minder te moeten betalen. Hoewel dit geen kwaliteitsindicator *an sich* is, ziet het relatief grootste bewonersaantal het wel als de belangrijkste parameter om hun tevredenheid te verhogen. En in die zin hebben de commerciële instellingen blijkbaar wel een voetje voor. Dit is zeker het geval als we Tabel 6.1 corrigeren voor de **maatschappelijke kostprijs** van de niet-commerciële instellingen. In kaderstuk 3 simuleren we op basis van realistische premissen het concurrentievoordeel van niet-commerciële instellingen die van een maximale bouwsubsidie genieten (60% van de bouwkost). We beperken ons hier tot het Vlaamse beleid om de simulatie niet onnodig ingewikkeld te maken. In ons voorbeeld (kaderstuk 3) kon dat voordeel oplopen tot 7 euro of 18% van de gemiddelde dagprijs. Als we de animatiesubsidies erbij tellen – weliswaar alleen van toepassing in Vlaanderen (1,6€ per bed per dag of 4% van de gemiddelde dagprijs)⁶⁴ – dan kan dat voordeel oplopen tot 8,6€ of 22% van de gemiddelde dagprijs. Een gemiddeld OCMW legt bovendien zo'n 11 euro, of 28%, per dag bij per woongegelegenheid in een rusthuis dat het zelf uitbaat⁶⁵. Voor een VZW-instelling die maximaal van de Vlaamse subsidies geniet kan het concurrentievoordeel ten opzichte van een commerciële speler dus oplopen tot 22%, voor een OCMW-instelling die een gemiddeld tekort van 11 euro toegestopt krijgt en ook maximaal van de Vlaamse subsidieregeling geniet

64 In 2009 gaf de Vlaamse Overheid 33 438 099€ animatiesubsidies aan de Vlaamse OCMW- en VZW-instellingen die samen goed zijn voor ongeveer 57 600 woongegelegenheden (33 438 099/57 600/365 = 1,6).

65 In De Standaard (18/04/2008) op basis van cijfers van de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten.

kan dat voordeel oplopen tot over de 50%. Op basis van deze hypothesen, gemiddelden en realistische cijfervoorbeelden ziet de gemiddelde maatschappelijke dagprijs, en de maatschappelijke dagprijs per voltijdsequivalent er tussen de verschillende types instellingsstatuten als volgt uit (Tabel 6.3):

TABEL 6.3 GEMIDDELTE MAATSCHAPPELIJKE DAGPRIJS EN VTE PER BED (BELGIË)

	Maximale maatschappelijke dagprijs	Maximale maatschappelijke dagprijs (OCMW = basis 100)	VTE per bed	Gemiddelde maatschappelijke dagprijs/VTE	Gemiddelde maatschappelijke prijs/VTE (OCMW = basis 100)
OCMW	150	100	0,52	288,5	100
VZW	128	85	0,51	250,9	87
Privé	98,8	66	0,32	308,8	107

BRON: ACW EN EIGEN BEREKENINGEN

Als we de maatschappelijke dagprijs terugbrengen naar OCMW-basis 100 wordt duidelijk dat in deze simulatie de VZW-instellingen 15%, en de commerciële instellingen één derde goedkoper zijn dan de OCMW instellingen. Per voltijds equivalent zijn de commerciële instellingen 7% duurder dan de OCMW instellingen en 20% duurder dan de VZW-instellingen.

Als we de maatschappelijke dagprijs terugbrengen naar OCMW-basis 100 wordt duidelijk dat in deze simulatie de VZW-instellingen 15%, en de commerciële instellingen één derde goedkoper zijn dan de OCMW instellingen. Als we de voltijdse equivalenten erbij halen zien we dat de maatschappelijke dagprijzen – nogmaals: in deze specifieke simulatie – niet meer dan 20% verschillen. Per voltijds equivalent blijven de commerciële instellingen 7% duurder dan de OCMW instellingen en 20% duurder dan de VZW-instellingen. De vraag of 40% meer personeel de bescheiden kwaliteitswinsten kunnen verantwoorden, de vraag of het sop de kool waard is met andere woorden, blijft onbeantwoord en is voor degenen die er zouden aan twijfelen niet retorisch bedoeld. Deze open vraag getuigt alleen dat we in België dringend gesofisticeerde kwaliteitsindicatoren nodig hebben om gefundeerde vergelijkingen te kunnen maken.

Nu moeten wel weer een paar nuances worden aangebracht. De maatschappelijke kostprijs van OCMW instellingen ligt natuurlijker hoger omdat voor een deel van de populatie de middelen ontoereikend zijn om de gevraagde dagprijs op te hoesten, waardoor de overheid moet tussenkomen. Het volstaat dat die wanbetalingen oplopen tot 15% opdat de OCMW instellingen maatschappelijk als even kostenefficiënt kunnen worden beschouwd als de VZW-instellingen. De OCMW budgetten komen dan wel tussen, maar de niet betaalde daggelden mogen maatschappelijk gezien ook niet als kost doorwegen. In dat geval is er geen welvaartsdestructie vanwege inefficiëntie, maar

spreekt men van een solidariteitsmechanisme: een collectivisering van niet nagekomen privéverplichtingen. Dit is echter een hypothese. We weten niet of gemiddeld genomen OCMW instellingen niet rondkomen omdat ze minder efficiënt werken, dan wel voor andere redenen. Deze vraag verdient van naderbij te worden onderzocht.

Een tweede nuance die zeker ook een vermelding waard is betreft de vergelijkbaarheid van de voltijdse equivalenten (VTE's) per bed. Er moet namelijk een onderscheid gemaakt worden tussen zorg- en niet-zorgpersoneel. Vaak schommelt die verhouding rond 70% zorg en 30% niet-zorg, terwijl de verhoudingen van de hierboven vermelde aantallen niet gekend zijn. We weten dus niet of er effectief 40% meer zorg handen rond de niet-commerciële bedden zijn. We weten bijgevolg ook niet of het extra personeel van de niet-commerciële instellingen wordt gebruikt om meer en beter voor de gebruikers te zorgen.

Verder moet er opgemerkt worden dat we niets weten over de zorgzwaarte en de verdeling van het aantal RVT-bedden (die meer personeel toegewezen krijgen dan de ROB-bedden): twee factoren die eveneens een bepalende invloed hebben op de personeelsinzet. Wie weet trekken bepaalde instellingsvormen gebruikers aan met een zwaardere zorgbehoefte waardoor ook meer personeel aangeworven moet worden (dat ook wordt vergoed, dat spreekt voor zich, dankzij de RIZIV-forfaits). Dikwijls wordt de bovennorm gehanteerd: dit is het extra personeel dat een woonzorgcentrum meer inzet dan de door het RIZIV opgelegde minimum norm. De gemiddelde bovennorm zal dus steeds positief zijn, en hoger naarmate er meer zorgpersoneel werkt dan strikt vereist is om te voldoen aan de RIZIV norm. Een commerciële uitbater uit ons stuurcomité zegt dat zijn groep een bovennorm van 5% hanteert, een andere groep toont ons 14% bovennorm aan. De laatste MARA-studie (Van Der Stock, Mahieu en Goossens, 2010) leert ons wel dat Zorgnet Vlaanderen, de overkoepelende organisatie van de katholieke VZW instellingen, gemiddeld met een bovennorm van 10% werkt. De RIZIV personeelsnorm is echter een relatieve referentie die verandert naarmate de zorgtegraad en het aantal RVT-bedden in de instelling afneemt of toeneemt. Om de absolute zorgpersoneelsinzet per bewoner te meten kan de bovennorm dus enkel gebruikt worden om instellingen met een gelijk zorgprofiel te vergelijken. De vraag hoeveel mensen nu daadwerkelijk bezig zijn ouderen te verzorgen verdient dus ook bijkomend onderzoek.

Daar moet aan toegevoegd worden dat het complex is het aantal VTE's dat OCMW-voorzieningen inzetten te vergelijken. Het kan bijvoorbeeld gebeuren dat er in de telling een vermenging was van OCMW-personeel van een woonzorgcentrum met andere OCMW-diensten. Zo is het een publiek geheim dat sommige maatschappelijke werkers en technici op de payroll van een woonzorgcentrum kunnen staan maar tegelijkertijd ook voor andere OCMW-initiatieven werken. Bovendien hebben OCMW personeelsleden minstens 35 vrije dagen, terwijl de CAO voor zorgmedewerkers 22 vakantiedagen vermeldt. Een OCMW-VTE is dus al minstens 6% minder beschikbaar. De bottomline is: we kunnen het alleen vermoeden; om het te weten zouden we het moeten meten.

😊 AANBEVELINGEN

- In onze simulatie brengen de commerciële instellingen voor de maatschappij (overheidsbudget plus privé-uitgaven) sowieso het minste kosten met zich mee per bewoner. Het verschil tussen VZW's en OCMW's kan mogelijk volledig verklaard worden door verschillen in populatie. De conclusie blijft dan wel dat de privé zelfs na kostenverevening (i.e. met correctie voor verschillende samenstelling van de bewoners) goedkoper uitvalt, maar dit komt dan wel op het conto van een lagere personeelsbezetting. Via een werkelijke kwaliteitsbewaking moet het mogelijk zijn om efficiëntie te combineren met goede resultaten voor bewoners. Als dit gewaarborgd is, is er geen reden om bepaalde instellingsvormen te bevoorstellen tegenover andere, zeker niet gezien de gigantische uitdaging en de budgettaire beperkingen. **Vanuit het budget bekeken, kan niet ontkend worden dat de privé inderdaad aantrekkelijk is (toegankelijkheid);** wat de kwaliteit betreft is het plaatje onduidelijk en moeten meer objectieve gegevens voorhanden zijn.
- Om mogelijke kwaliteitsverschillen te kunnen objectiveren hebben we dringend nood aan precieze **outputmetingen**. Niet de omvang van het ingezette personeel is van belang, wel de beschikbare tijd die aan het bed gepresteerd wordt. Als de overheid, de sociale partners en het RIZIV werkelijk bezorgd zijn dat de bejaarden voldoende "handen aan het bed" hebben, zou het dan niet beter zijn om de personeelstussenkost (die in het RIZIV-forfait vervat zit) niet te berekenen op het aantal contractuele voltijdse equivalenten, maar wel op het aantal werkelijk gepresteerde uren door het zorgpersoneel?

Een gezonde mix tussen commerciële en niet-commerciële spelers is de meeste secure manier om de kwantitatieve en kwalitatieve doelstellingen te halen. Met de nieuwe generatie senioren zullen de zorgverstrekkers hoe dan ook sneller dan voorheen op hun wisselende behoeftes moeten kunnen reageren.

- **Daadkracht, dynamisme en de kwalitatieve uitdaging**

Het zal er niet enkel op aan komen voldoende capaciteit uit te bouwen, de capaciteit zal ook voldoende snel moeten worden uitgebouwd en voldoende nauw aansluiten op de verwachtingen van de gebruikers. Volgens de Federale Overheidsdienst Economie moet het aantal plaatsen de komende 10 jaar met meer dan 20% toenemen en dat terwijl de capaciteit zich de afgelopen 10 jaar maar met 3% uitbreidde. En met de nieuwe generatie senioren zullen de zorgverstrekkers sneller dan voorheen op hun wisselende behoeftes moeten kunnen reageren. Opnieuw zal een goede mix tussen commerciële en niet-commerciële spelers de meeste secure manier zijn om deze doelstelling te bewerkstelligen. Nog steeds volgens de studie van Schlessinger en Gray reageren niet-commerciële spelers trager op veranderingen en breiden ze hun capaciteit minder snel uit wanneer de vraag stijgt. Anderzijds trekken ze zich ook minder snel en minder vaak terug wanneer de winstgevendheid daalt. Snelle aanpassingen op veranderende omstandigheden kan van grote maatschappelijke waarde zijn, zeker wanneer vanuit het beleid een nieuwe koers wordt gevaren. Het onderzoek van Chakravarty *et al.* (2006) bevestigt dat commerciële verstrekkers in een dynamische context duidelijke voorlopers zijn. De keerzijde van de medaille is dan wel dat dit aanpassingsvermogen ook als last kan doorwegen. Verstrekkers die te vaak van dienst, marktsegment of zelfs geografische zone veranderen zullen de vitale band tussen gebruikers en verleners schaden.

De overheid bij monde van de FOD Economie oefent gelukkig controle uit op de prijzen en supplementen die de woonzorgcentra hanteren – op de dienstverlening dus. Iedere verandering moet worden aangevraagd, geargumenteed en aanvaard worden. Dit is een eerste belangrijke en terechte stok achter de deur. Ook de gemeenschappen en gewesten kunnen echter op het vlak van prijsregulering een rol spelen. In de praktijk maakt alleen het Waals Gewest gebruik van deze bevoegdheid en men moet zich afvragen of deze bevoegdheidsverdubbeling überhaupt wel zinvol is. Want ook de Prijzendienst van de FOD Economie neemt naast de economische dimensie ook het sociale aspect in overweging. Om de daadkracht van de verstrekkers te bevorderen zal het er onder andere op neer komen zo veel mogelijk in “red tape” van die soort te snoeien. Om de daad- en slagkracht van alle zorgverstrekkers te vergroten moeten we de kaart van de **administratieve vereenvoudiging** trekken. Zo wordt ook het verzorgend en verpleegkundig personeel van heel wat administratieve rompslomp vrijgesteld.

Marktmechanismen komen de daadkracht van het ganse systeem ten goede en verminderen de responstijd.

Er is een evenwichtige mix tussen commerciële en niet-commerciële instellingen nodig om de kruisbestuiving tussen de verschillende instellingsvormen optimaal te laten renderen.

Rechtszekerheid is een tweede belangrijk instrument dat daadkracht met stabiliteit verzoent. Het ongelijke speelveld tussen de verschillende types zorgverstrekkers dat in dit onderzoek ook meermaals aan bod kwam is daar een goed tegenvoorbeeld van.

Vraagsturing zendt de juiste stimuli uit voor een aangepast en dynamisch aanbod dat rekening houdt met de verwachtingen van de gebruikers. De aanpassingen zullen sneller gebeuren dan bij aanbodfinanciering en planning. De gebruikers moeten de stuwende kracht worden van het ouderenzorglandschap en de concurrentie – onder voorwaarden – laten spelen. Dergelijke marktmechanismen komen de daadkracht van het ganse systeem ten goede en verminderen de responstijd. We moeten wel opmerken dat het dynamisme van de commerciële spelers niet per se synoniem staat voor innovatie. Volgens Schlessinger en Gray zijn vooral de niet-commerciële spelers de kweekkamers van innovatie omdat zij minder financieel risico's lopen en bijgevolg sneller nieuwe diensten en producten zullen durven aan te bieden. Een bron binnen de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid bevestigt: "Innovatie in de sector voor ouderenzorg wordt voor door de niet-commerciële instellingen gedreven. De pilootprojecten alternatieve zorg worden vooral bij OCMW- en VZW-rusthuizen uitgetest, die financieel minder risico's nemen als deze mislukken. We stellen daarom ook vast dat er meer innovatie plaats vindt in Vlaanderen waar minder commerciële instellingen actief zijn." Hiermee worden de conclusies van Schlessinger en Gray nog maar eens bevestigd: er is een evenwichtige mix tussen commerciële en niet-commerciële instellingen nodig om de kruisbestuiving tussen de verschillende instellingsvormen optimaal te laten renderen.

😊 **AANBEVELINGEN**

- Gestroomlijnde procedures en administratieve vereenvoudiging, rechtszekerheid en vraagsturing zijn de sterkhouders van een daadkrachtig ouderenzorglandschap. Zij verzoenen de daadkracht van de markt met de stabiliteit van de overheid voor een zorglandschap dat over voldoende capaciteit en diversiteit beschikt.

BESLUIT

De sociale zekerheid is nu al virtueel failliet. Terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later. Dat geeft ons 20 jaar de tijd om een nieuw financieringssysteem op de been te zetten. Een verzekeringssysteem kan de gigantische financieringsbehoefte van de komende decennia helpen opvangen. Om de huidige kwaliteit en toegankelijkheid niet te fnuiken is een goede publieke en private samenwerking onvermijdelijk. We reikten concrete opties en scenario's voor een nieuw financieringsmodel aan. Alleen een grondig maatschappelijk debat zal het model een nog concretere invulling kunnen geven. Wanneer de praktische financieringsmodaliteiten zichtbaar worden, houden de beleidsmakers best rekening met veel voorkomende verzekeringstechnische valkuilen. In wat wij de tien geboden van de zorgverzekering hebben genoemd stellen we oplossingen voor om deze te omzeilen. Hoe dan ook worden concurrerende verzekeraars verwacht voorzichtige zorginkopers te zijn die in naam van hun aangeslotenen met de zorgverstrekkers onderhandelen voor maximale zorg aan minimale prijs. Het uiteindelijke model kan ofwel eerder naar een sociale verzekering – zoals in Duitsland – ofwel eerder naar een private verzekering – zoals in de Verenigde Staten – neigen. Een hybride systeem dat het beste van de twee werelden samen brengt kan het maatschappelijke draagvlak echter verbreden. Als grote principes van de welvaartstaat (een staat die de het op zich neemt de welvaart van de burgers te beschermen) een leidraad mogen zijn zal het nieuwe systeem zeer waarschijnlijk aan risicoverevening en inkomensbijstand moeten doen. Sowieso staat buiten kijf dat de overheid nu reeds moet instaan voor onafhankelijke en kwaliteitsvolle informatieverschaffing en markttoezicht – welk het gekozen systeem ook mogen zijn. Alleen zo wordt eerlijke concurrentie op alle niveaus een kans gegund.

Omdat de zorggebruiker 2.0 bewuster, mondiger, veeleisender en politiek relevanter wordt is het aangewezen het individu een belangrijke rol te laten spelen in zijn zorgregie. Vertaald naar het beleid betekent dit dat de bestedingszwaartekracht bij de toekomstige gebruikers gelegd dient te worden, en niet meer bij de verstrekkers. Bewuste zorggebruikers werken als een dynamiserende kracht: zorgverstrekkers moeten potentiële gebruikers en hun budget lokken met aantrekkelijke prijzen en kwaliteit. Mogelijke concrete zorgrekeningmodaliteiten werden in “de acht geboden van” gegoten. Het individu evo-

lueert van klassieke patiënt naar bewuste zorgconsument. U heeft het begrepen: ook hier is correcte informatieverschaffing van doorslaggevend belang.

De markt wordt de hefboom die een voldoende uitgebreid zorgaanbod garandeert dat daarenboven nauwer aansluit bij de verwachtingen van de gebruikers. Efficiëntie, dynamisme en innovatie worden de ordewoorden. De taak van de overheden zal evolueren van zorgverstrekker en financierder naar systeemarchitect en waakhond. De overheid heeft dan ook een belangrijke verantwoordelijkheid: kwaliteitscontrole, toegankelijkheidsgarantie, informatievoorziening en markttoezicht.

Stilaan dringen de maatschappelijke implicaties van de vergrijzing tot ons door. We leven in onzekere tijden en de verouderingsproblematiek lijkt dat scepticisme alleen maar te voeden. De cijfers van het realisme roepen meer vragen op dan dat ze zekerheden poneren. Hoe financieren we de pensioenen en zorguitgaven van morgen met een sociale zekerheid die vandaag al tekorten opstapelt? Hoe houden we ons huidige welvaartsniveau in stand? Worden onze kinderen het kind van de rekening? Wat betekent de omschakeling naar een seniorenvriendelijke maatschappij voor de overige generaties? Niet enkel het eigen verouderingsproces boezemt ons angst in, ook dat van de anderen zaait nu twijfel en zelfs verontwaardiging. Moeten de jongere generaties werkelijk opdraaien voor het gebrek aan vooruitziendheid van de senioren? Toegegeven, de boutade “voorspellen is moeilijk, vooral als het om de toekomst gaat” is economen niet vreemd, maar demografische evoluties kan je met enige precisie wel van ver zien aankomen. De sociaaleconomische tsunami hebben we decennia geleden vorm zien krijgen en dreigend dichterbij komen, maar tot nog toe verzuimden we er ten gronde iets aan te doen. Na de “*clash of civilisations*” de “*clash of generations*”?

Zo ver hoeft het echter allemaal niet te komen. Angst is een slechte raadgever en met paniekvoetbal behoudt men in het beste geval de nul. De keerzijde van de vergrijzing-medaille verbergt tal van opportuniteiten. De belangrijkste is dat we de tanende welvaartsstaat kunnen verbeteren door te hervormen. Het momentum is er. De budgettaire noodzaak ook. Nu kan het maatschappelijke draagvlak voor een grondige modernisering van ons sociaal zekerheidssysteem worden gevonden. Ik geloof oprecht dat als we in de richting van de in dit boek voorgestelde hervormingen gaan, we de jongere generaties deels van die druk kunnen ontlasten en de sector voor ouderenzorg beter kunnen afstemmen op de noden en verlangens van de senioren. Vergeet ook niet dat

de babyboomgeneratie gemiddeld de rijkste uit de vaderlandse geschiedenis is. Het beschikbaar inkomen van senioren ligt 12,5 procent boven het nationale gemiddelde. Onze bejaarden zijn vandaag al bij de meest vermogende van heel Europa, zowel in spaargeld als in eigendom. Het is een actieve generatie die comfort en levenskwaliteit wenst. Een leeftijdscategorie die ook gelukkiger is dan de jongere⁶⁶. Er is een behoefte, en er zijn middelen. Door de groeiende groep gezonde en rijke senioren te dienen ontstaan groeimarkten. De technologische mogelijkheden zijn eindeloos en dankzij spelers van wereldniveau zoals het Leuvense IMEC – Europa's grootste onafhankelijke onderzoeks-centrum in nano-electronica en nanotechnologie – hebben we wat brute knowhow betreft al een voetje voor op vele andere landen. Het komt er nu op neer die kennis om te zetten in maatschappelijk zinvolle gerontechnologische toepassingen om exportmarkten aan te boren. In ouderenzorg ligt een fantastische economische opportuniteit van de vergrijzing. Hier hoeft de vergrijzing geen geld te kosten, maar kan ze groei en banen opleveren. "Ouderdom is geen schipbreuk", zegt Claude Olivenstein, "het is een andere manier van varen".

☺ AANBEVELINGEN

De tien geboden van de zorgverzekering

- De verzekerde mag niet zelf de mate van zorg kunnen manipuleren. Deze moet objectief vastgesteld kunnen worden.
- De samenhang van risico's is een fundamenteel probleem voor een verzekeraar die nood heeft aan diversificatie. Hoe groter de groep en hoe breder de leeftijdsverdeling van de groep verzekerden, hoe lager de premies en hoe hoger de potentiële uitkeringen.
- Zeker is het dat we allemaal oud worden en daardoor op bijkomende diensten en producten een beroep zullen moeten doen. Veel minder zeker is hoe zwaar onze afhankelijkheid wordt. De zeer waarschijnlijke zorgkosten kunnen technisch gezien wel worden verzekerd, maar horen eigenlijk thuis in een al dan niet verplicht spaarsysteem. Om de premies zo laag mogelijk te houden zouden verzekeringsproducten dus in de eerste plaats de onvoorspelbare zorgkosten moeten dekken.

⁶⁶ Geluksonderzoek 2006 van de onderzoeksgroep TOR (VUB) door Mark Elchardus en Windy Smits, overgenomen van KBS, 2009.

- Een vroege adoptie opent opportuniteiten van risicopooling en financieringscapaciteit, maar de vaste kosten en onzekerheid pleiten tegen te vroeg afsluiten van dergelijk contract. Ook deze verzekering lijdt aan het fenomeen van antiselectie waarbij goede risico's de verzekeringspool verlaten waardoor de financieringsbasis voor de andere problematisch wordt. Een verplichte aansluiting vanaf een bepaalde leeftijd kan hieraan remediëren.
- Iedereen heeft baat bij een correcte doorverwijzing en minutieuze gegevensregistratie, want hoe groter de onzekerheid en de prospectieve gebruiksduur van ouderenzorgdiensten, hoe hoger de premies.
- Bij verzekeringen is moral hazard een standaardprobleem: door onobserveerbaar gedrag kan de verzekerde zelf bepalen of hij voor uitbetaling al dan niet in aanmerking komt. Typisch wordt hieraan tegemoetgekomen door een franchise.
- Informatie is cruciaal om de polissen strikter te doen aansluiten bij de behoeften.
- Nefaste potentiële interacties tussen verschillende financieringsvormen kunnen worden vermeden door risicoverevening, betalingsbijstand en een goed mededingingsbeleid.
- Vanwege de omvang van de toekomstige zorgnoden is het essentieel de financiering ervan zo snel mogelijk te beginnen. Terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later. Dit laat ruimte om bijvoorbeeld een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen in dergelijke verzekeringen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen.
- Concurrerende verzekeraars worden verwacht voorzichtige zorginkopers te worden in naam van hun verzekerden. Voorwaarden hiervoor zijn een acceptatieplicht en de mogelijkheid kosteloos van de ene naar de andere verzekeraar te kunnen overstappen.
- Door een gebrek aan vertegenwoordiging van de uiteindelijke consument in het onderhandelingsproces tussen verzekeringsfondsen en zorgverleners blijft de feitelijke prijsconcurrentie beperkt. De gebruiker moet met andere woorden in zijn consumentenrol worden versterkt.
- Er is geen fundamenteel probleem om zelfs in de sociale verzekering minstens gedeeltelijk af te stappen van repartitie en een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen.

- Wanneer de gecumuleerde som op de individuele rekening volstaat voor de verwachte kosten van de ouderenzorg kan de inhouding van de sociale bijdrage gestopt worden.
- Om jongeren aan te zetten een private zorgverzekering aan te nemen zou een belastingvoordeel kunnen worden toegekend onder een bepaalde leeftijd, of door het voordeel omgekeerd evenredig te laten verlopen met de leeftijd.
- Om ook groepen aan te trekken met erg lage inkomens kan met een belastingkrediet gewerkt worden in plaats van met een belastingaftrek. Dit zal ook een niet-pecuniair effect hebben aangezien dit het vertrouwen in de verzekeringsproduct zal verhogen.
- Er kan ook gewerkt worden met een “*default option*” waarbij men bewust moet uitschrijven indien men geen ouderenzorgverzekering wenst op te nemen.
- Uitbetalingen kunnen worden gegarandeerd door een door de overheid georganiseerd, maar door de privépartners gefinancierd, verzekeringsstelsel.
- Andere mechanismen om private verzekeringspolissen aantrekkelijker te maken is ze bijvoorbeeld te combineren met een zogenaamde “*reverse mortgage*” waarbij de waarde van de woning van de oudere benut wordt om de zorg te financieren. Zo kan men door de combinatie van een ouderenzorgverzekering met een annuïteit de prijs van elk individueel product reduceren en zo een nieuw marktsegment aanboren.
- Om de kost te reduceren kan ook worden nagedacht over formules van uitgestelde dekking.

De acht geboden van de zorgrekening

- Om te vermijden dat mensen hun budget aan andere dingen dan zorg zouden uitgeven werken we met een fictieve zorgrekening die de functies van een digitale zorgcheque overneemt.
- Om de administratiekosten zo laag mogelijk te houden integreren we de zorgrekening best met bestaande instrumenten zoals het Globaal Medisch Dossier.
- Alle betrokkenen moeten toegang hebben tot het GMD en de zorgrekening van de gebruiker die op die manier snel op de hoogte gebracht kan worden wanneer de rekening te snel leeggehaald zou worden.

- Omdat de gebruiker alleen een eventuele franchise (remgeld) zou moeten voorschieten komt de zorgrekening de facto neer op een derdebetalerssysteem dat de zorgtoegankelijkheid verbetert, en de betalingsmodaliteiten vereenvoudigt en beveiligt.
- Meeruitgaven waar de gebruiker volgens zijn zorgbehoevendheidsgraad en verzekeringspolis geen recht op geeft moeten uit eigen zak worden betaald. Op die manier responsabiliseert men de gebruiker en koppelt men verantwoordelijkheid aan vrijheid.
- Laat de gebruikers tussen verschillende verstrekkers (s)hoppen. Zo wordt de kaart van het zorgcontinuüm getrokken, creëer je een dynamische markt die zich constant zal moeten heruitvinden en wordt echte zorg op maat gerealiseerd.
- Koppel het bestedingsmodel aan het verzekeringsmodel om zo veel mogelijk vruchten van de marktdynamiek te rapen.
- Onafhankelijke, geconsolideerde informatieverstrekking over prijs en kwaliteit van de verschillende diensten en verstrekkers is cruciaal.
- De overheid heeft verschillende instrumenten voor handen om de kwaliteit van de ouderenzorgvoorzieningen te verbeteren. Een goed werkende markt waar onafhankelijke informatie over prijs en kwaliteit beschikbaar is kan het reputatiemechanisme in werk stellen (**compliance**). Ook erkenningsvoorwaarden – zonder in zijn extreme vorm van “reglementitis” te vervallen – zijn een doeltreffend instrument (**enforcement**). Maar misschien moeten we daarenboven kwaliteit belonen via een **bonus-systeem**.
- Er moet hoe dan ook werk worden gemaakt van **objectieve informatie** over prijs en kwaliteit van de verschillende ouderenzorgvoorzieningen en die aan het publiek bekend maken.
- Als we opteren voor een verplichte private zorgverzekering waarbij de overheid voor de **risico's compenseert** (risicoverevening: verzekeraars worden gecompenseerd voor patiënten met een voorspelbare hogere zorgconsumptie om zo veel mogelijk risicoselectie te voorkomen) betaalt iedereen voor de minimumuitkering (die zal afhangen van de zorgbehoevendheidsgraad, zie supra) dezelfde premie. Er zijn echter mensen die een verplichte basisverzekering niet zullen kunnen betalen. Voor die mensen dient de overheid een tweede compensatie te garanderen en aan de hand van een **middelentoets** hun **premies subsidiëren**. Op die manier komt de toeganke-

lijkheid van het systeem niet in gevaar. Het beleid moet dus een “**Matteüs-toets Plus**” hanteren: gaat de situatie van de meest behoevenden er niet op achteruit, en hebben de anderen de instrumenten in handen om zelf ook vooruit te gaan?

- Omdat we ongetwijfeld ook in de ouderenzorg zullen evolueren naar meer bestedingsautonomie ligt een belangrijke **informatie- en begeleidingstaak** voor de overheid weggelegd. Niet iedereen kan zijn zorg even goed regisseren en die mensen dienen daarbij geholpen te worden. Case managers bewezen hun meerwaarde in Duitstalig België, budgethoudersverenigingen zijn een onmisbare schakel in de gehandicaptensector aan het worden. **De doelstelling van bestedingsautonomie vraagt meer dan enkel bestedingsautonomie.**
- Naast het opstellen en beschikbaar maken van kwaliteitsindicatoren zullen de senioren en de sector voor ouderenzorg er ook goed bij varen mochten de **zorgbehoefte en –voorzieningen** van het ganse land letterlijk **in kaart** worden gebracht en publiekelijk beschikbaar worden gemaakt. Dit kan door middel van GIS-technologie, naar het Genkse voorbeeld.
- Een manier om een doeltreffend mededingingsbeleid te voeren is naar het Nederlandse voorbeeld een **onafhankelijke marktregulator** in het leven te roepen die er op zou toezien dat mogelijke en reeds bestaande marktvalingen in marktsuccessen worden omgebogen.
- Een andere les die we van de financiële crisis kregen en waar onze energiemarkt ons nog dagelijks mee confronteert is dat een waakhond zonder tanden veel moeite heeft inbrekers af te schrikken.
- In onze simulatie brengen de commerciële instellingen voor de maatschappij (overheidsbudget plus privé-uitgaven) sowieso het minste kosten met zich mee per bewoner. Het verschil tussen VZW's en OCMW's kan mogelijk volledig verklaard worden door verschillen in populatie. De conclusie blijft dan wel dat de privé zelfs na kostenverevening (i.e. met correctie voor verschillende samenstelling van de bewoners) goedkoper uitvalt, maar dit komt dan wel op het conto van een lagere personeelsbezetting. Via een werkelijke kwaliteitsbewaking moet het mogelijk zijn om efficiëntie te combineren met goede resultaten voor bewoners. Als dit gewaarborgd is, is er geen reden om bepaalde instellingsvormen te bevoordelen tegenover andere, zeker niet gezien de gigantische uitdaging en de budgettaire beperkingen. **Vanuit**

het budget bekeken, kan niet ontkend worden dat de privé inderdaad aantrekkelijk is (toegankelijkheid); wat de kwaliteit betreft is het plaatje onduidelijk en moeten meer objectieve gegevens voorhanden zijn.

- Om mogelijke kwaliteitsverschillen te kunnen objectiveren hebben we dringend nood aan precieze outputmetingen. Niet de omvang van het ingezette personeel is van belang, wel de beschikbare tijd die aan het bed gepresteerd wordt. Als de overheid, de sociale partners en het RIZIV werkelijk bezorgd zijn dat de bejaarden voldoende “handen aan het bed” hebben, zou het dan niet beter zijn om de personeelstussenkost (die in het RIZIV-forfait vervat zit) niet te berekenen op het aantal contractuele voltijdse equivalenten, maar wel op het aantal werkelijk gepresteerde uren door het zorgpersoneel?
- Gestroomlijnde procedures en administratieve vereenvoudiging, rechtszekerheid en vraagsturing zijn de sterkhouders van een daadkrachtig ouderenzorglandschap. Zij verzoenen de daadkracht van de markt met de stabiliteit van de overheid voor een zorglandschap dat over voldoende capaciteit en diversiteit beschikt.



DEEL 3

AANBEVELINGEN



- Richt naar het Franse voorbeeld een onafhankelijke Hoge Raad voor de Gezondheid op die de maatschappelijke opportuniteitskost van medische behandelingen evalueert en goede praktijken binnen ons gezondheidszorgsysteem promoot.
- In zijn rapport erkent het KCE het belang van een goede identificatie van de palliatieve patiënten, maar ook van een aangepaste opleiding voor zorgverleners. Tot slot pleit het KCE voor een multidisciplinair zorgmodel op maat van de individuele palliatieve patiënt en een versterking van de banden tussen de verschillende zorgmilieus om de patiënten een continue verzorging te kunnen aanbieden.
- Als we beslissen het huidige systeem in zijn grote lijnen te behouden – een mogelijkheid die onze voorkeur niet uitdraagt – moet er een ernstige discussie komen over het al dan niet behouden van de programmatienorm in de residentiële ouderenzorg. We stellen voor een forum met alle betrokken partijen (bevoegde overheden en stakeholders) op te starten opdat een nieuw programmatiecompromis zou kunnen worden gevonden. Dat is nodig om de redelijke toegankelijkheid van onze ouderenzorg te behouden. Als we ambitieus en vooruitdenkend zijn beslissen we voor een vraaggestuurd systeem te gaan dat haar evenknie in het opvangen van vraagevoluties niet kent. Een programmatienorm wordt dan helemaal overbodig.
- Ten tweede stellen wij voor in de tussentijd een centrale wachtlijst op te stellen op gewestelijk niveau, omdat transparantie de ontbrekende factor is in de realiteit van het ganse wachtlijstenverhaal. De onderzoeksresultaten van Van Buggenhout (2010b) volgend, mag deze centrale wachtlijst louter informatief zijn. Op termijn dienen we inderdaad te evolveren naar een vraaggestuurd systeem.
- Werk maken van valpreventie om heupbreuken te voorkomen.
- Meer budgettaire middelen vrijmaken om preventie te ondersteunen. We moeten onze senioren preventief leren omgaan met autonomieverlies
- Onafhankelijke informatieverschaffing is cruciaal voor het nemen van de juiste beslissingen. Zorgbehoevenden moeten jaarlijks geïnformeerd worden van de door de collectiviteit gedragen uitgaven.
- De overheid moet werk maken van het ter beschikking stellen van objectieve, betrouwbare en geactualiseerde informatie over de kwaliteit van de (ouderen)zorgverleners in ons land.

- Een label levenslang wonen, dat van het respecteren van een paar eenvoudige basiscriteria afhangt, kan worden ingevoerd. De basiscriteria mogen echter niet lineair worden toegepast, moeten voldoende algemeen zijn om een zekere flexibiliteit en individuele voorkeur toe te laten, en mogen niet in steen gebeiteld staan.
- Creëer het beleidskader en ontwikkel de stimuli die labelwoningen zullen promoten.
- Ontwikkel naar het Franse voorbeeld een label “Goed samenwonen en oud worden”.
- Zet in op technologie om de kwaliteit en efficiëntie van zorg en gezondheidszorg te verbeteren. Maak daarbij gebruik van Health Technology Assessments om te evalueren welke toepassingen de meeste zorg- en gezondheidszorgwinsten genereren.
- Aan de vraagzijde moet de digitale achterstand van de senioren dichtgeftiet worden. De overheid kan de toegang tot technologie en ICT verbeteren door te investeren in opleiding (door middel van opleidingscheques bijvoorbeeld) en het beschikbaar stellen van goed uitgewerkte voorzieningen.
- De aanbodzijde moet er op toezien dat zij haar producten in samenspraak met de gebruikers ontwikkelt en daarbij op een heel resem randvoorwaarden letten (stigmatisering is bijvoorbeeld uit den boze). De zeven design for all principes zijn daarbij een uitstekende leidraad.
- Voor de overheid is een belangrijke taak weggelegd om de innovatie- en ondernemingsrisico's van de aanbodzijde te verminderen. Coördinatie, via algemene normen en standaarden en het internationaal afstemmen van onderzoeksagenda's, interoperabiliteit, schaalvoordelen via gestroomlijnde regulering, juridische kaders die risicodelende overeenkomsten mogelijk maken en het bevorderen van open innovatieprincipes kunnen inderdaad van doorslaggevend belang zijn. Het is aangewezen dat de overheid een industrieel beleid “light” voert, maar – zo leert de economische geschiedenis ons – zeker niet meer dan dat.
- De rol van de eerste lijn geneeskunde moet ook in de ouderenzorg worden versterkt omdat zij garant staat voor een correctere doorverwijzing. Het **huisartsenberoep** zelf moet worden geherwaardeerd en huisartsen die veel met senioren werken moeten worden bijgeschoold.
- Op het meso-niveau kunnen bepaalde **woonzorgcentra** meer medische functies opnemen en moeten de ziekenhuisverwijzingen correct geregistreerd worden. Een bonus-(malus)systeem kan voor de nodige financiële prikkels zorgen.

- Overheid en sector moeten de handen in elkaar slaan en een grootscheepse, maar gerichte communicatiecampagne opstarten. De bedoeling moet zijn bepaalde onterechte vooroordelen de wereld uit te helpen, en de boodschap overbrengen dat oud absoluut niet out is.
- Leg meer nadruk op management en technologie in de opleiding geriatrische verpleegkunde.
- Werk een nieuwe functieclassificatie uit die meer ruimte geeft aan professionele groeitrajecten met bijhorende verloning aan zowel verticale als horizontale functie-groei en promotie.
- Ondersteun ook de professionele zorgverstrekkers via technologie, administratieve en huishoudelijke assistentie en vorming en opleiding.
- Durf de personeelsvereisten in vraag te stellen. Een verschuiving van de financiële middelen van acute zorg naar chronische zorg mag daarbij geen taboe zijn.
- Laat ook competenties gelden voor (bij)scholing en inzetbaarheid. Voorzie in het opleidingsaanbod nog meer aangepaste opleidingstrajecten om competenties gemakkelijker te laten gelden.
- Bespreek samen met werkgevers en werknemersorganisaties waar de arbeidswetgeving kan worden aangepast met het oog op een hogere inzetbaarheid van het personeel. Nog beter zou zijn om algemene aanpassingen in de arbeidswetgeving door te voeren in plaats van specifieke sectorflexibiliteit.
- Er zijn tal van mogelijkheden om de sector financiële steun en fiscale voordelen te geven om de sectorspecifieke arbeidsorganisatie te vergemakkelijken (denk maar aan een BTW-compensatiefonds voor uitzenddiensten in de zorgsector). Toch lijkt het ons verstandiger vooral in te spelen op externe en interne flexibiliteit. Gevarieerd en deeltijds werk is namelijk één van de wezenskenmerken van zorg: het gaat hier niet om flexibiliteit in de ratrace van internationale concurrentie maar om flexibiliteit die ook door de zorgverstrekkers zelf wordt gewaardeerd, gelet op de aard van het beroep.
- Voer op het niveau van de zorginstelling zelf instrumenten die de communicatie en besluitvorming transparanter maken. Het zelfrooster is een goed voorbeeld.
- Mantelzorg kan gefaciliteerd worden via aanpassingen in het arbeidsrecht. Zo is er bijvoorbeeld de tijdspaarrekening of loopbaanrekening die individuen toelaat tijd en middelen bijeen te sparen voor zorgperiodes tijdens het leven

- Erken overal in België het mantelzorgstatuut en voorzie het van een sterke maar flexibele legale basis.
- Goed uitgebouwde thuiszorg- en transmurale voorzieningen zijn de beste manier om mantelzorgers te ontlasten en te ondersteunen.
- De overheid moet in overleg met de sector de beperkingen die er vandaag nog zijn op het bouwen van **woonzorgcentra** in kaart brengen. Zorgvoorzieningen moeten zich namelijk perfect overal kunnen vestigen, dat is in de eerste plaats in het belang van de zorgbehoevende ouderen voor wie nabijheid nog steeds het belangrijkste selectie criterium is. Blauwe zones⁶⁷ moeten bijgevolg door zorginstellingen van alle rechtsvormen kunnen worden bebouwd. Beperkingen die nutteloos lijken moeten worden geschrapt en er moeten wijzigingen worden doorgevoerd in de ruimtelijke ordening op gemeentelijk niveau met het oog op leeftijdsvriendelijke buurten en gemeenten.
- Ontwikkel op regionaal niveau het concept **woonzorgzone** of zorgvriendelijke zone met bijhorende visie, parameters, criteria en richtlijnen. Gebruik dit kader als toetssteen bij buurt- en dorpsontwikkelingen op lange termijn dat toelaat te komen tot doelmatige inplanting van nieuwbouw, verbouwingen, zorginitiatieven en veranderingen van de openbare ruimte. Gebruik daarbij de criteria van het label “levenslang wonen” en indien van toepassing het gemeentelijk actieplan dat werd uitgewerkt in het kader van de “*age friendly cities*”.
- In de lijn van de recente en huidige VIPA hervormingen moet in alle deelstaten over efficiëntere subsidiemodaliteiten worden nagedacht die geen rekening houden met de rechtsvorm van de ontvangende instellingen – een onderscheid waar de senioren zelf geen boodschap aan hebben. Om de capaciteitsnoden te ondersteunen moeten meer zorgverleners op een financiële hefboom kunnen rekenen. Er kunnen verschillende interessante formules met renteloze leningen worden bedacht. Onze voorkeur gaat echter uit naar een omschakeling van object naar subjectfinanciering, een voorstel dat uitvoerig in hoofdstuk 6 besproken wordt.
- Schakel over naar subjectfinanciering om de desinstitutionalisering zinvol te laten verlopen. De budgettaire implicaties van de keuze van de patiënt kunnen op die manier niet op de gemeenschap afgewenteld worden.

⁶⁷ Blauwe zones zijn zones voor gemeenschapsvoorzieningen en openbare nutsvoorzieningen waar commerciële instellingen niet mogen op bouwen (hoofdstuk 3).

- Tenzij men voor een (hybride) systeem van bestedingsautonomie kiest moeten de RIZIV forfaits dichter op de werkelijke zorgnoden aansluiten.
- Maak werk van de integratie van klinische teams via de oprichting van **multidisciplinaire professionele teams** en de aansluiting van die teams op de structuur van het netwerk, zodat elke partner in het netwerk kan worden opgenomen (huisartsen en specialisten, verpleegkundige, huishoudhulp, ...) (Contandriopoulos, 2001). Hier is een belangrijke taak weggelegd voor het lokale bestuur dat de regie op zich zou kunnen nemen om ervoor te zorgen dat alle partners voldoende ruimte krijgen om 'hun ding' te doen, en de spelregels respecteren.
- Vergoed de huisarts of geriatisch consult voor een coördinerende rol tussen de verschillende zorgverstrekkers. Deze persoon is ook verantwoordelijk voor de opvolging en tussentijdse evaluaties van de huidige zorgnoden en verwijst en verleent indien nodig advies. Men zou zelfs zo ver kunnen gaan als het opzetten van een **"single entry point"**: een verplichte stop bij een specialist ter zake (huisarts, geriatisch consult) die de patiënt de nodige informatie verschaft, doorverwijst en de contactpersoon voor alle betrokkenen wordt (zorgverleners, familie en zorgbehoevenden). Hoe dan ook moet de **nomenclatuur** aangepast worden om coördinerende inspanningen te vergoeden.
- **Ouderenzorgregie** moet op het gemeentelijk niveau plaatsvinden.
- Chronische zorg en postacute zorg zijn niet hetzelfde. Dat laatste zou vanuit het ziekenhuis moeten worden geregisseerd en gefinancierd, zoals dat ook in andere landen gebeurt (KCE, 2010).
- **De vrijheid van keuze en zelfbepaling zijn best al aanwezig vóór de opname in het woonzorgcentrum.** De oudere van de toekomst zou zich hierop kunnen voorbereiden en zijn verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van het nieuwe levenskader. Dat kan via *"life coaches"*, maar ook via de huisarts die een coördinerende rol zal hebben opgenomen, of via de geriatrische consulten die in dit rapport al verschillende keren aan bod zijn gekomen.
- **Tijdsschema's** moeten in de mate van het mogelijke worden **versoepeld**. Probeer bijvoorbeeld zoveel als mogelijk vaste bezoeken te vermijden.

- Senioren moeten worden **benaderd vanuit hun resterende capaciteiten**, troeven en potentieel, daarbij ook de beperkingen respecterend. Respect opbrengen voor de oudere betekent dat zij niet als kleine kinderen behandeld dienen te worden, dat geldt ook voor de manier waarop bewoners soms aangesproken worden.
- Probeer meer ontmoeting- en **discussiemomenten** in te lassen in kleine comités. Mocht dat nog niet gebeurd zijn kan een bewonersraad worden opgericht.
- Het **“thuis-gevoel”** kan zonder veel inspanningen worden bevorderd door alles wat aan ziekenhuizen doet denken in de inrichting te vermijden (maaltijden, kleuren, kleren van het personeel, akoestiek, kleinere ruimten en huiselijk meubilair). Een eigen bel en een persoonlijke brievenbus bevorderen die huiselijke sfeer.
- De reglementering van en in woonzorgcentra moet worden versoepeld.
- In de ouderenzorgfinanciering moet rekening worden gehouden met kwaliteit.
- Een belastingvermindering kan worden toegekend aan gezinnen die zich voor een kangoeroewoonproject engageren. Er kunnen ook bouw- en renovatiesubsidies uitgekeerd worden aan gezinnen die hun woning tot een kangoeroewoning ombouwen. Dat geld zou gehaald kunnen worden door de subsidies op zonnepanelen – een inefficiënte en regressieve energiesubsidie – naar beneden te herzien.
- Ook in België moet werk worden gemaakt van een digitaal platform waar senioren jongere huisgenoten kunnen vinden. Zeker in de Belgische (groot)steden zal hier een publiek voor gevonden worden.

De tien geboden van de zorgverzekering

- De verzekerde mag niet zelf de mate van zorg kunnen manipuleren. Deze moet objectief vastgesteld kunnen worden.
- De samenhang van risico's is een fundamenteel probleem voor een verzekeraar die nood heeft aan diversificatie. Hoe groter de groep en hoe breder de leeftijdsverdeling van de groep verzekerden, hoe lager de premies en hoe hoger de potentiële uitkeringen.

- Zeker is het dat we allemaal oud worden en daardoor op bijkomende diensten en producten een beroep zullen moeten doen. Veel minder zeker is hoe zwaar onze afhankelijkheid wordt. De zeer waarschijnlijke zorgkosten kunnen technisch gezien wel worden verzekerd, maar horen eigenlijk thuis in een al dan niet verplicht spaarsysteem. Om de premies zo laag mogelijk te houden zouden verzekeringsproducten dus in de eerste plaats de onvoorspelbare zorgkosten moeten dekken.
- Een vroege adoptie opent opportuniteiten van risicopooling en financieringscapaciteit, maar de vaste kosten en onzekerheid pleiten tegen te vroeg afsluiten van dergelijk contract. Ook deze verzekering lijdt aan het fenomeen van antiselectie waarbij goede risico's de verzekeringspool verlaten waardoor de financieringsbasis voor de andere problematisch wordt. Een verplichte aansluiting vanaf een bepaalde leeftijd kan hieraan remediëren.
- Iedereen heeft baat bij een correcte doorverwijzing en minutieuze gegevensregistratie, want hoe groter de onzekerheid en de prospectieve gebruiksduur van ouderenzorgdiensten, hoe hoger de premies.
- Bij verzekeringen is moral hazard een standaardprobleem: door onobserveerbaar gedrag kan de verzekerde zelf bepalen of hij voor uitbetaling al dan niet in aanmerking komt. Typisch wordt hieraan tegemoetgekomen door een franchise.
- Informatie is cruciaal om de polissen strikter te doen aansluiten bij de behoeften.
- Nefaste potentiële interacties tussen verschillende financieringsvormen kunnen worden vermeden door risicoverevening, betalingsbijstand en een goed mededingingsbeleid.
- Vanwege de omvang van de toekomstige zorgnoden is het essentieel de financiering ervan zo snel mogelijk te beginnen. Terwijl de eerste babyboomers nu op pensioen vertrekken, valt de druk vanuit deze groep op de ouderenzorg twintig jaar later. Dit laat ruimte om bijvoorbeeld een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen in dergelijke verzekeringen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen.
- Concurrerende verzekeraars worden verwacht voorzichtige zorginkopers te worden in naam van hun verzekerden. Voorwaarden hiervoor zijn een acceptatieplicht en de mogelijkheid kosteloos van de ene naar de andere verzekeraar te kunnen overstappen.

- Door een gebrek aan vertegenwoordiging van de uiteindelijke consument in het onderhandelingsproces tussen verzekeringsfondsen en zorgverleners blijft de feitelijke prijsconcurrentie beperkt. De gebruiker moet met andere woorden in zijn consumentenrol worden versterkt.
- Er is geen fundamenteel probleem om zelfs in de sociale verzekering minstens gedeeltelijk af te stappen van repartitie en een belangrijke kapitalisatiecomponent onder te brengen. Zo kunnen de babyboomers zelf nog directe verantwoordelijkheid opnemen.
- Wanneer de gecumuleerde som op de individuele rekening volstaat voor de verwachte kosten van de ouderenzorg kan de inhouding van de sociale bijdrage gestopt worden.
- Om jongeren aan te zetten een private zorgverzekering aan te nemen zou een belastingsvoordeel kunnen worden toegekend onder een bepaalde leeftijd, of door het voordeel omgekeerd evenredig te laten verlopen met de leeftijd.
- Om ook groepen aan te trekken met erg lage inkomens kan met een belastingkrediet gewerkt worden in plaats van met een belastingaftrek. Dit zal ook een niet-pecuniair effect hebben aangezien dit het vertrouwen in de verzekeringsproduct zal verhogen.
- Er kan ook gewerkt worden met een “*default option*” waarbij men bewust moet uitschrijven indien men geen ouderenzorgverzekering wenst op te nemen.
- Uitbetalingen kunnen worden gegarandeerd door een door de overheid georganiseerd, maar door de privépartners gefinancierd, verzekeringssysteem.
- Andere mechanismen om private verzekeringspolissen aantrekkelijker te maken is ze bijvoorbeeld te combineren met een zogenaamde “*reverse mortgage*” waarbij de waarde van de woning van de oudere benut wordt om de zorg te financieren. Zo kan men door de combinatie van een ouderenzorgverzekering met een annuïteit de prijs van elk individueel product reduceren en zo een nieuw marktsegment aanboren.
- Om de kost te reduceren kan ook worden nagedacht over formules van uitgestelde dekking.

De acht geboden van de zorgrekening

- Om te vermijden dat mensen hun budget aan andere dingen dan zorg zouden uitgeven werken we met een fictieve zorgrekening die de functies van een digitale zorgcheque overneemt.
- Om de administratiekosten zo laag mogelijk te houden integreren we de zorgrekening best met bestaande instrumenten zoals het Globaal Medisch Dossier.
- Alle betrokkenen moeten toegang hebben tot het GMD en de zorgrekening van de gebruiker die op die manier snel op de hoogte gebracht kan worden wanneer de rekening te snel leeggehaald zou worden.
- Omdat de gebruiker alleen een eventuele franchise (remgeld) zou moeten voorschieten komt de zorgrekening de facto neer op een derdebetalerssysteem dat de zorgtoegankelijkheid verbetert, en de betalingsmodaliteiten vereenvoudigt en beveiligt.
- Meeruitgaven waar de gebruiker volgens zijn zorgbehoevendheidsgraad en verzekeringspolis geen recht op geeft moeten uit eigen zak worden betaald. Op die manier responsabiliseert men de gebruiker en koppelt men verantwoordelijkheid aan vrijheid.
- Laat de gebruikers tussen verschillende verstrekkers (s)hoppen. Zo wordt de kaart van het zorgcontinuüm getrokken, creëer je een dynamische markt die zich constant zal moeten heruitvinden en wordt echte zorg op maat gerealiseerd.
- Koppel het bestedingsmodel aan het verzekeringsmodel om zo veel mogelijk vruchten van de marktdynamiek te rapen.
- Onafhankelijke, geconsolideerde informatieverstrekking over prijs en kwaliteit van de verschillende diensten en verstrekkers is cruciaal.
- De overheid heeft verschillende instrumenten voor handen om de kwaliteit van de ouderenzorgvoorzieningen te verbeteren. Een goed werkende markt waar onafhankelijke informatie over prijs en kwaliteit beschikbaar is kan het reputatiemechanisme in werk stellen (**compliance**). Ook erkenningsvoorwaarden – zonder in zijn extreme vorm van “reglementitis” te vervallen – zijn een doeltreffend instrument (**enforcement**). Maar misschien moeten we daarenboven kwaliteit belonen via een **bonus-systeem**.

- Er moet hoe dan ook werk worden gemaakt van **objectieve informatie** over prijs en kwaliteit van de verschillende ouderenzorgvoorzieningen en die aan het publiek bekend maken.
- Als we opteren voor een verplichte private zorgverzekering waarbij de overheid voor de **risico's compenseert** (risicoverevening: verzekeraars worden gecompenseerd voor patiënten met een voorspelbare hogere zorgconsumptie om zo veel mogelijk risicoselectie te voorkomen) betaalt iedereen voor de minimumuitkering (die zal afhangen van de zorgbehoevendheidsgraad, zie supra) dezelfde premie. Er zijn echter mensen die een verplichte basisverzekering niet zullen kunnen betalen. Voor die mensen dient de overheid een tweede compensatie te garanderen en aan de hand van een **middeltoets** hun **premies te subsidiëren**. Op die manier komt de toegankelijkheid van het systeem niet in gevaar. Het beleid moet dus een **“Matteüs-toets Plus”** hanteren: gaat de situatie van de meest behoevenden er niet op achteruit, en hebben de anderen de instrumenten in handen om zelf ook vooruit te gaan?
- Omdat we ongetwijfeld ook in de ouderenzorg zullen evolueren naar meer bestedingsautonomie ligt een belangrijke **informatie- en begeleidingstaak** voor de overheid weggelegd. Niet iedereen kan zijn zorg even goed regisseren en die mensen dienen daarbij geholpen te worden. Case managers bewezen hun meerwaarde in Duitstalig België, budgethoudersverenigingen zijn een onmisbare schakel in de gehandicaptensector aan het worden. **De doelstelling van bestedingsautonomie vraagt meer dan enkel bestedingsautonomie.**
- Naast het opstellen en beschikbaar maken van kwaliteitsindicatoren zullen de senioren en de sector voor ouderenzorg er ook goed bij varen mochten de **zorgbehoeftes en –voorzieningen** van het ganse land letterlijk **in kaart** worden gebracht en publiekelijk beschikbaar worden gemaakt. Dit kan door middel van GIS-technologie, naar het Genkse voorbeeld.
- Een manier om een doeltreffend mededingingsbeleid te voeren is naar het Nederlandse voorbeeld een **onafhankelijke marktregulator** in het leven te roepen die er op zou toezien dat mogelijke en reeds bestaande marktfaalingen in marktsuccessen worden omgebogen.

- Een andere les die we van de financiële crisis kregen en waar onze energiemarkt ons nog dagelijks mee confronteert is dat een waakhond zonder tanden veel moeite heeft inbrekers af te schrikken.
- In onze simulatie brengen de commerciële instellingen voor de maatschappij (overheidsbudget plus privé-uitgaven) sowieso het minste kosten met zich mee per bewoner. Het verschil tussen VZW's en OCMW's kan mogelijkerwijs volledig verklaard worden door verschillen in populatie. De conclusie blijft dan wel dat de privé zelfs na kostenverevening (i.e. met correctie voor verschillende samenstelling van de bewoners) goedkoper uitvalt, maar dit komt dan wel op het conto van een lagere personeelsbezetting. Via een werkelijke kwaliteitsbewaking moet het mogelijk zijn om efficiëntie te combineren met goede resultaten voor bewoners. Als dit gewaarborgd is, is er geen reden om bepaalde instellingsvormen te bevoornden tegenover andere, zeker niet gezien de gigantische uitdaging en de budgettaire beperkingen. **Vanuit het budget bekeken, kan niet ontkend worden dat de privé inderdaad aantrekkelijk is (toegankelijkheid);** wat de kwaliteit betreft is het plaatje onduidelijk en moeten meer objectieve gegevens voorhanden zijn.
- Om mogelijke kwaliteitsverschillen te kunnen objectiveren hebben we dringend nood aan precieze outputmetingen. Niet de omvang van het ingezette personeel is van belang, wel de beschikbare tijd die aan het bed gepresteerd wordt. Als de overheid, de sociale partners en het RIZIV werkelijk bezorgd zijn dat de bejaarden voldoende "handen aan het bed" hebben, zou het dan niet beter zijn om de personeelstussenkost (die in het RIZIV-forfait vervat zit) niet te berekenen op het aantal contractuele voltijdse equivalenten, maar wel op het aantal werkelijk gepresteerde uren door het zorgpersoneel?
- Gestroomlijnde procedures en administratieve vereenvoudiging, rechtszekerheid en vraagsturing zijn de sterkhouders van een daadkrachtig ouderenzorglandschap. Zij verzoenen de daadkracht van de markt met de stabiliteit van de overheid voor een zorglandschap dat over voldoende capaciteit en diversiteit beschikt.

BIBLIOGRAFIE

- Ackermann, R. (2001). Nursing home practice. Strategies to manage most acute and chronic illnesses without hospitalization, *Geriatrics* N. 56(5), p. 37-44.
- ACW Persbericht, 06/02/2006. Geen overheidssteun voor bouw van commerciële rusthuizen.
- AGE, (2009). *Een pleidooi voor meer solidariteit tussen de verschillende generaties*, Brussel.
- Amrous, K. en Hugaerts, L. (2003). Nieuwe woonvormen vervangen het rusthuis, *Plusmagazine* No 182, p. 34-39.
- Artsenkrant, 12/01/2010. Gezondheidszorg mist promotie en innovatie.
- Alber, J. en Köhler, U. (2004). *Health and care in an enlarged Europe*, European foundation for the improvement of living and working conditions.
- Arntz, M., et al. (2007). The German Social Long-Term Care Insurance - Structure and Reform Options, *IZA Discussion Paper*, No 2625.
- Audenaert, V. en Vanderleyden, L. (2004). Gezin, familie en partnerrelatie, In Jacobs, T., Vanderleyden, L. en Vanden Boer, L. (Red.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p.81-100.
- Baker, V. en Venema, K., (2007). De Belgische Ouderenzorg, *Rapport van de Nederlandse Kamer van Koophandel voor België en Luxemburg*.
- Berlowitz, D. et al. (2001). Clinical practice guidelines in the nursing home, *American Journal of Medical Quality*, No 16(6), p. 189-195.
- Beusen, A., Vermeire, T., Van Paassen, R, Cousaert, C. en De Keyser, G. (2004). Wonen van ouderen, *Denktank Wonen-Welzijn*.
- Björnberg, A., et al. (2009). Euro Health Consumer Index 2009, *Health Consumer Powerhouse*.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, Vol. 28, p. 143-154.
- Breda, J. et al. (2002). *Zorgbehoevende ouderen tussen thuiszorg en residentiële zorg. Een onderzoek naar de behoeften en aanbod in de Belgische transmurale ouderenzorg*, UFSIA/UCL.
- Breda, J. et al. (2010). *Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen*, HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- Chan, M. et al. (2009). Smart homes – Current features and future perspectives, *Maturitas* No 64, p. 90-97.
- Chaudry, P. et al., (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 144, Nr. 10, p. E12 – E22.
- Blomqvist, P. (2004) The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s, *Social Policy and Administration*, Vol. 28, No 2, p. 139-155.

- Brodin, H. (2005) *Does Anybody Care? Public and Private Responsibilities in Swedish Eldercare 1940-2000*, University of Umeå Doctoral Thesis.
- Capeau, B en Pacolet, J. (2009). Vertel me niet hoe rijk je bent, ik zie de kleren die je draagt, Uiteenzetting COVIVE studiedag 5 maart 2009.
- Capitman, J. en Bishop, C. (2005). Long-Term Care Quality: Historical Overview and Current Initiatives, *National Commission for Quality Long-Term Care*.
- Chakravarty, S. et al. (2006). Does the Profit Motive Make Jack Nimble? Ownership Form and the Evolution of the U.S. Hospital Industry, *Health Economics* Vol. 15, No 4, p. 345-361.
- Chappell, N. et al. (2004). Comparative costs of home care and residential care, *The Gerontologist*, Vol. 44, No 33, p. 389-400.
- Charlot, V. et al. (2009). Het woonzorgcentrum in de 21ste eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl., *Koning Boudewijnstichting*.
- Contandriopoulos, A. et al., (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, Vol. 8, No 2, p. 38-52.
- Courbage, C. en Roudaut, N. (2008). Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France, *The Geneva Papers*, No 33, p. 645-658.
- Cutler, D. (1996). Why don't markets insure long-term risk?, *NBER Working Paper*.
- Cutler, D.M. (2005). *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Healthcare System*, Oxford University Press
- Daue, F. en Crainich, D. (2008). De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies, *Itinera Institute*.
- Decruynaere, E. (2009). Het pgb experiment in Vlaanderen, *Expertisecentrum Onafhankelijk Leven*.
- Decruynaere, E. (2010). Het pgb in Nederland, *Expertisecentrum Onafhankelijk Leven*.
- De Artsenkrant, 18/12/2009. Nederland ontwikkelt kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg.
- de Haan, J., Klumper, O. en Steyaert, J. (2004). *Surfende Senioren, Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*, Academic Service, Den Haag.
- De Morgen, 21/10/2009. Verouderingsproces kan stoppen op vijftig.
- De Morgen, 22/02/2010. Te koop: uw zuurverdiende oude dag.
- De Morgen, 05/03/2010. Minister Onkelinx zegt loonverhoging toe voor honderdduizend verplegers.
- Denef, N. (1999). Ontwerp gids Levenslang Wonen, *Platform Wonen van Ouderen*.
- De Standaard, 07/05/2005. Dossier: oud zijn is een feest.
- De Standaard, 18/04/2008. Vlaamse OCMW's draaien op voor hoge huur en rusthuisfacturen.
- De Standaard, 09/07/2009. Pil tegen veroudering komt stapje dichterbij.
- De Standaard, 06/09/2009. Iedereen wil verpleegster worden.
- De Standaard, 05/03/2010. Rusthuizen smeken om personeel.

- De Standaard, 06/08/2010. Zorg is geen koopwaar: kunnen markt en zorg met elkaar verzoend worden?.
- De Standaard, 27/08/2010. Grote meerderheid Brusselaars sterft in ziekenhuis.
- De Standaard, 02/09/2010. SZ stapelt in 6 jaar tekort 23 miljard op.
- De Vos, M. en Konings, J. (2007). *Van baan zekerheid naar werkzekerheid op de Belgische arbeidsmarkt* – Ideeën voor een New Deal voor arbeid in België, Itinera Institute Monografie.
- Devroey, D., et al. (2001). Revealing regional differences in the institutionalization of adult patients in homes for the elderly and nursing homes: results of the Belgian network of sentinel GPs, *Family Practice*, Vol. 18, No 1, p. 39-41.
- Dittmann, J. (2008). Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege, *GESIS ISI* 40.
- Ducharme, M.-N. (2004). Les pratiques organisées d'habitation partagée, *La Société d'habitation du Québec*.
- Dutch Research Institute for Transition (2009). *Mensenzorg, een transitiebeweging*, Rotterdam.
- Eberstadt, N. en Groth, H. (2007). *Europe's coming demographic challenge*, American Enterprise Institute, Washington.
- Europese Commissie (2007). Health and long-term care in the European Union, *Special Eurobarometer*.
- Europese Commissie (2007). Gezond ouder worden in de informatiemaatschappij – Actieplan inzake informatie en communicatietechnologieën voor ouderen, *Mededeling van de commissie aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's*.
- Europese Commissie (2009). *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*.
- Eurostat, (2003). *Feasibility study about comparable statistics in the area of care of dependent adults in the EU*.
- Fassbender, K. (2001). Cost implications of informal supports, *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*.
- Federaal Planbureau (2010). *Economische vooruitzichten 2011-2015*.
- Fleishman, R., Walk, D., en Mizrahi, G. (1996). Licensing, quality of care and the surveillance process, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 9, No.7, p. 39-45.
- Flohimont, V. et al. (2010). *Reconnaissance légale et accès aux droits sociaux pour les aidants proches*, Aidants Proches ASBL.
- FOD Economie (2009). *Sectorstudie rusthuizen*.
- Fontaine, L. en Jans, B. (2009). *Tevredenheidsenquête in de Belgische ROB- en RVT-instellingen Gegevens 2007*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

- Foster, et al. (2003). Improving the Quality of Medicaid Personal Assistance through Consumer Direction, *Health Affairs*, W3, p. 162-175.
- Geeraert, G. (2009). Het woonzorgdecreet in de praktijk: De zorgende kracht van een rijhuis, *Weliswaar* No 88, p. 24-26.
- Getzen, T. (2008). Modeling Long Term Healthcare Cost Trends, *Research Projects in Health, the Society of Actuaries*
- Gibson, M. en Redfoot, D. (2007). Comparing Long-Term Care in Germany and the United States: What Can We Learn from Each Other? *AARP Public Policy Institute Paper*.
- Gimbert, V. (2009). Les Technologies pour l'autonomie: de nouvelles opportunités pour gérer la dépendance ? *Centre d'Analyse Stratégique*, La note de veille No 158.
- Goosens, L. en Haesevoets, G. (2005). *Menswaardig wonen voor ouderen in Vlaanderen*, OASeS, Universiteit Antwerpen.
- Goris, A., et al. (2010). Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven, *Actiz*.
- Grammenos, S. (2005). Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care, *Centre for European Social and Economic Policy (CESEP)*.
- Hall, R. and Jones, C. (2007). The Value of Life and the Rise in Health Spending, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 122, nr. 1, p. 39-72.
- Hertogen, J. (2010). Aantal verpleegstudenten 2009/2010, alle records gebroken, *BuG* 127.
- Hillestad, R., et al., (2005). Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs, *Health Affairs*, Vol. 24, nr. 5, p. 1103 – 1117.
- Hoge Raad van Financiën, (2002-2010). *Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarlijks verslag*.
- Hoge Raad van Financiën (2009). *Begrotingstrajecten op korte en middellange termijn voor het aangepaste stabiliteitsprogramma 2009-2012*.
- Hollander, M. et al. (2002). Study of the costs and outcomes of home care and residential long term care services, *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*.
- Hollander, M. (2006). Providing Integrated Care and Support for Persons with Ongoing Care Needs: Policy, Evidence, and Models of Care, *Hollander Analytical Services Ltd*.
- Jones, B. (2005). Age and Great Invention, *NBER Working Paper* 11359.
- Jonker, M. A. (2003). Estimation of life expectancy in the Middle Ages, *Journal Of The Royal Statistical Society*, 166, p. 105-117.
- Kabinet Jo Vandeuren, 21/05/2010. Persmededeling: Zorg om talent: 60 000 extra arbeidskrachten nodig tegen 2015.
- Karakaya, G. (2009a). Long-term care: Regional disparities in Belgium, *DULBEA Working Paper* 09-06.

- Karlsson, M., Mayhem L., Plumb, R., en Rickayzen, B. (2004). *An international comparison of long term care arrangements*, London.
- KCE (2006). *Klinische kwaliteitsindicatoren*, KCE rapporten 41A.
- KCE, (2009). *Organisatie van de palliatieve zorg in België*, KCE rapporten, 115A.
- KCE (2010). *Financiering van de thuisverpleging in België*, KCE reports 122A.
- Koning Boudewijnstichting (2009). *Het woonzorgcentrum in de 21^e eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl.*, Brussel.
- Kuperman, GJ., et al., (1999). Improving response to critical laboratory results with automation: results of a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Informatics Association*, Vol. 6, p. 512 – 522.
- Lakdawalla, D. en Philipson, T. (2002). The rise in old-age longevity and the market for long-term care, *American Economic Review*, Vol. 92, No. 1, p. 295-306.
- La Libre Belgique, 05/04/2010. De plus en plus de pensionnés belges à l'étranger.
- Lambreghts, P. (2010). Marktwerking in de ondersteuning van personen met een handicap: standpunt, *Expertisecentrum Onafhankelijk Leven*.
- Landi, F. et al. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 54, No 9, p. 968-970.
- Le Monde, 19/07/2010. Une assurance obligatoire pour financer la dépendence.
- Lynn, J. (1997). Hospitalization of nursing home residents: the right rate? *Journal of the American Geriatrics Society*, No 45(3), p. 378-379 (Review).
- Madrian, B. en Shea, D. (2001). The Power of Suggestion: Inertia in 401(k) Participation and Savings Behavior, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 116, p. 1149-1187.
- Mestdagh, J. en Lambrecht, M. (2003). The AGIR project: ageing, health and retirement in Europe. *Federal Planning Bureau Working Paper 11-03*.
- Monnier, A. (2007). Le baby-boom: suite et fin, *Population et Sociétés*, No 431.
- Mukamel, D. (1997). Risk-adjusted outcome measures and quality of care in nursing homes, *Medical Care*, Vol. 35, No 4, p. 367-385.
- National Institute on Consumer-Directed Long-Term Care Services (1996). Principles of consumer-directed home & community based services. National Council on Aging and World Institute on Disability, Washington, DC.
- Nationale Bank van België (2003). *Jaarverslag*.
- Netto, 14/11/2009. *Thuis oud worden, waarom niet?*
- NVRC (2005). *Voluit vanaf 50 – De potentie van de 50-plusmarkt*, Sanoma Uitgevers.
- OECD (1994). *New Orientations for Social Policy*, Paris.
- OECD (2005). *Long-term Care for Older People*, Paris.

- OECD (2009). *Health at a glance*.
- Ohlshansky, S.J. *et al.*, (1990). In search of Mathuselah: estimating the upper limits of human longevity. *Science*, 250, p. 634-640.
- Ottnad, A. (2003). Pflgeversicherung – Last Exit, *Wirtschaftsdienst*, Vol. 83, No 12, p. 777-785.
- Pacolet, J. *et al.*, (2004). Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België, *Rapport voor de FOD Sociale Zekerheid*.
- Pacolet, J. *et al.*, (2005). Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socio-culturele sector. *HIVA*.
- Pacolet, J., Cattaert, G. en Van Steenberghe, A. (2006). De rijkdom van de ouderen herbekeken, *Gids op Maatschappelijk Gebied*
- Pacolet, J., Merckx, S. en Peetermans, A. (2008). *Is de thuiszorg onderontwikkeld?* HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- Pacolet, J. *et al.*, (2010). Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen. *HIVA*.
- Pak, C. en Kambil, A., (2005). Wealth with Wisdom: Serving the Needs of Aging Consumers, *Deloitte Research Study*.
- Pauly, M. (1990) The rational non-purchase of long term care insurance', *Journal of Political Economy*, No 98, p. 153-168.
- Peetermans, A. en Winters, S. (2009). *Naar een zorgvriendelijk Genk*, HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- Pillemer, K. en Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random survey, *The Gerontologist*, 28, p. 51-57.
- Poiesz, T. (1999). Gedragsmanagement: Waarom mensen zich (niet) gedragen, *Inmerc bv*, Wormer.
- Polis, H. (2008). Het woonzorgdecreet, *Weliswaar* Nr. 84.
- Portegijs, W. *et al.*, (2008). Verdeelde tijd: waarom vrouwen in deeltijd werken, *Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.
- Quaethoven, P. (2003). Over kwaliteit, Verpleegkundigen en gemeenschapszorg, Nr. 3, p. 157-163.
- RIZIV (2009). *Conceptuele nota met betrekking tot alternatieve en ondersteunende zorgvormen*, op <http://www.riziv.fgov.be> .
- RIZIV (2010). *Jaarverslag 2009*.
- Rosso-Debord, V. (2010). *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Rapport d'information No 2647, Assemblée Nationale.
- Rothgang, H. en Igl, G. (2007). Long-term Care in Germany, *The Japanese Journal of Social Security Policy*, Vol.6, No 1, p. 54-83.
- Scales, D., en Laupacis, A., (2007). Health Technology Assessment in critical care, *Intensive Care Medicine*, Vol. 33, p. 2183 – 2191.

- Schlesinger, M. en Gray, B. (2006). How Nonprofits Matter In American Medicine, And What To Do About It, *Health Affairs*, Vol. 25, p. w287-w303.
- Service Public de Wallonie, (2009). Les parcours résidentiels des seniors wallons, *Les Echos du Logement*, No 3, p. 1-21.
- Singelenberg, J. (2009). *Toekomstverkenning thuiszorg*, Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting Rotterdam.
- Solidariteit voor het Gezin (2009). *Memorandum Verkiezingen 2009 'Een handvol maatregelen'*.
- Spillman, B., Murtaugh, C. en Warshawsky, M. (2001). In sickness and in health: An annuity approach to financing long-term care and retirement income, *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 68, No 2, p. 225-254.
- Steenbekkers A., Simon C. en Veldheer V. (2006). *Thuis op het platteland – de leefsituatie van platteland en stad vergeleken*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Strategische adviesraad voor het Vlaams Welzijns-, Gezondheids en Gezinsbeleid, (2010). *Zorg en welzijn in België en Vlaanderen vergeleken met vijf buurlanden, een aantal indicatoren, sterktes en zwaktes op een rij*, SARWGG(Wah MCZ)/D-10/04.
- Stuart, M. en Weinrich, M. (2001). Home-and community-based long-term care: Lessons from Denmark, *Gerontologist*, Vol. 41, No 4, p. 474-480.
- Tarricone, R. en Tsouros, A. (ed.) (2008). *The solid facts : home care in Europe*, *World Health Organisation*.
- The Economist (25/06/2009). A slow-burning fuse.
- The Economist (16/07/2009). What went wrong with economics?
- The Economist (25/08/2010). Social Innovation: Let's hear those ideas.
- Theobald, H. en Kern, K. (2009). Elder Care Systems: Policy Transfer and Europeanization. In: *Post-Communist Welfare Pathways. Theorizing Social Policy Transformations in Central and Eastern Europe*. Cerami, A. en Vanhuyse, P. (ed.), - Basingstoke, New York.
- Theunis, K. (2010). Ruimte voor personeel, Prioriteiten Federaal Sociaal akkoord 2011-2016, *Zorgnet Vlaanderen*.
- Tilly, J., Wiener, J., en Cuellar, A. (2000). Consumer-directed home and community-based services programs in five countries: Policy issues for older people and government, *Generations*, Vol. 24, p. 74-84.
- Trends en De Huisarts, (2006). Rust- en verzorgingstehuizen, on-line:
http://cmp.roularta.be/cmdata/Attachments/site4/2007/w04/ENQUETERESULTATEN_RUSTHUIS.pdf.
- Trends, 25/01/2007, Wie betaalt rekening van oma en opa?
- Trends, 27/11/2008. Verouderen zonder verhuizen.

- Trends, 27/11/2008. Kangoeroeflats in een woontoren.
- Van Buggenhout, M. (2010). Verpleegkundigen in woonzorgcentra, vraag en aanbod, *Ablecare*.
- Van de Cloot, I. (2003). De Beheersbare Gezondheidszorg, *Financiële Berichten ING*, Nr. 2390, p. 1 – 10.
- Vallin J., (1993). Future of health expectancy. In Robine JM et al., Eds : *Calculations of health expectancies, harmonization, consensus achieved and future perspectives*. John Libbey Eurotext.
- Van Buggenhout, M. (2010a). Verpleegkundigen in woonzorgcentra, vraag en aanbod, *Ablecare*.
- Van Buggenhout, M. (2010b). Wachtlijsten in woonzorgcentra: de weg naar meer transparantie, *Zorgbeheer*.
- Van Camp-Van Rensbergen, G. en Prims, H., (2004). Op zoek naar de residentiële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden. *Arch Public Health*, 62, p. 291-314.
- Van Camp-Van Rensbergen G. (2005). Frequency and causes of hospitalization of nursing home residents, *Archives of Public Health*, No 63, p. 35-56.
- Van Damme, B. (2009). Dank u huisarts!, *Itinera Instiute Nota* 2009/18.
- Van Der Stock, R., Mahieu, S. en Goossens, A. (2010). Financiële analyse ouderenzorg Vlaanderen, MARA-studie van Dexia, Partezis en Zorgnet Vlaanderen voor de boekjaren 2005-2008.
- van de Ven, W. en Schut, T. (2008). Universal mandatory health insurance with Managed Competition in the Netherlands: A model for the USA? *Health Affairs*, Vol. 27, No 3, p. 771-781.
- Van Holsbeek, J. (2009). Zorg voor de zorgende: tienpuntenplan voor een toekomstige manpowerbeleid in de zorg, *Zorgnet Vlaanderen*.
- Van Riet, J. (2002). Wie oud wordt, moet wachten, *Weliswaar* Nr. 41.
- Vansteenkiste, S. (2004). La sécurité sociale flamande, belge et européenne – aspects juridiques de l'assurance-dépendance, en droit belge et européen, *Revue Belge de Sécurité Sociale*, No 1, p. 35-68.
- Vaupel et al. (1995). The emergence and proliferation of centenarians, In Jeune B., Vaupel JW eds. *Exceptionnal longevity: from prehistory to the present*. Odense University, Odense Monographs on Population Aging 2.
- Vaupel et al. (2009). Ageing populations: the challenges ahead, *The Lancet*, Vol. 374, Issue 9696, p. 1196-1208.
- Viitanen, T. (2007). Informal and Formal Care in Europe, *IZA Discussion Paper* No. 2648.
- Vlaamse Overheid (2009). *Bijdrage Vlaamse administratie aan het regeerprogramma van de aantrekkende Vlaamse Regering, Beleidspecifieke bijdrage Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- Vlaams Parlement, (2009). Ontwerp van woonzorgdecreet – tekst aangenomen door de plenaire vergadering, 4 maart 2009.

- Vleeshouwer, W. (2008). Nood aan objectieve cijfers voor wachtlijsten in woonzorgcentra. *Provinciaal Domein Welzijn*, 3^e jaargang.
- Wanless, D. (2006). *Securing Good Care for Older People*, King's Fund, London.
- Weissert, W. et al. (1997). Cost savings from home and community-based services: Arizona's capitated Medicaid long term care program, *Journal of Health Politics, Policy & Law*, Vol. 22, No 6, p. 1329-1357.
- WHO, PAHO Basic Health Indicator Data Base.
- Wiener, J., et al. (2007). Quality assurance for long-term care: The experiences of England, Australia, Germany and Japan, *AARP Public Policy Institute*.
- Willemé, P. (2010). The Belgian long-term care system, *Federal Planning Bureau Working Paper 7-10*.
- Winters, S. en Peetermans, A. (2005). Discussienota: "Het voorzien van voldoende en specifieke woonvormen voor senioren", *HIVA*.
- Zorginnovatieplatform (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg, Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*.
- Zorgnet Vlaanderen, (2010). *Basisbeginselen voor een Vlaamse Sociale Bescherming*.



