



DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

CONCEPTNOTA

**Residentiële ouderenzorg,
een échte thuis voor kwetsbare personen**

Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders

Inhoudstafel

1. Inleiding
2. Cijfergegevens
 - 2.1. Demografische evoluties Vlaams Gewest
 - 2.2. Evolutie van het aanbod van woongelegenheden in woonzorgcentra in Vlaanderen
 - 2.3. RIZIV-bezettingsgraad van de woonzorgcentra
 - 2.4. Evolutie van de zorgzwaarte in woonzorgcentra
 - 2.5. Prevalentie dementie
 - 2.6. Evolutie aantal erkende RVT-bedden periode 1999-2017
 - 2.7. Evolutie erkenningen centra voor kortverblijf, assistentiewoningen, centra voor herstelverblijf en dagverzorgingscentra
3. Residentiële ouderenzorg in internationaal perspectief
4. Financiering van de woonzorgcentra
 - 4.1. Inleiding
 - 4.2. Financieringswijze
 - 4.3. RIZIV-inkomsten
 - 4.4. Budgettaire kader
5. Uitdagingen die kunnen tellen
 - 5.1. Zesde staatshervorming
 - 5.2. Beeldvorming
 - 5.3. Onderfinanciering van de zorg
 - 5.4. Betaalbaarheid onder druk
 - 5.5. Hoge werkdruk
 - 5.6. Overregulering en toenemende administratieve lasten
 - 5.7. Nieuwe, complexe zorg- en ondersteuningsvragen vragen nieuwe, aangepaste antwoorden
 - 5.8. Hoe klein is té klein, hoe groot is té groot
 - 5.9. Brussel
6. Het woonzorgcentrum: onmisbare schakel in het geheel van woon-, leef- en zorgvormen voor zorg- en ondersteuningsafhankelijke personen
 - 6.1. Omschrijving
 - 6.2. Doelstelling
 - 6.3. Geen one size fits all
 - 6.4. Multifunctioneel woonzorgcentrum
 - 6.5. Woonzorgcentrum partner in de eerstelijnszorg
 - 6.6. Speerpunten voor het woonzorgcentrum
 - Speerpunt 1: dichtbij, herkenbaar en integraal
 - Speerpunt 2: kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning, organisatie, management en bestuur
 - Speerpunt 3: beschikbaar en betaalbaar
 - Speerpunt 4: goed personeelsbeleid
 - Speerpunt 5: ondersteunende en faciliterende overheid
7. Slotbeschouwingen
8. Voorstel van beslissing

Lijst van afkortingen

CADO	Collectieve autonome dagopvang
CVK	centrum voor kortverblijf
CVD	centrum voor dagverzorging
DVC	dagverzorgingscentrum
GAW	groep van assistentiewoningen
IGO	Inkomensgarantie voor ouderen
Mbt	met betrekking tot
PVT	psychiatrisch verzorgingstehuis
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering
ROB	rustoord voor bejaarden
RVT	rust- en verzorgingstehuis
THAB	tegemoetkoning voor de hulp aan bejaarden
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VIKZ	Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg
VSB	Vlaamse sociale bescherming
WZC	woonzorgcentrum

TABELLEN

Tabel 1: demografische evoluties in het Vlaams Gewest 1991-2060.

Tabel 2: evolutie aantal erkende woongelegenheden in woonzorgcentra periode 01/01/2013 – 01/01/2017.

Tabel 3: gegevens programmatie, vergund, erkend, erkenning in onderzoek en realisatiegraad op datum van 01/01/2017 woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, centra voor herstelverblijf, groepen van assistentiewoningen en dagverzorgingscentra.

Tabel 4: gegevens programmatie, vergund, erkend, erkenning in onderzoek en realisatiegraad op datum van 01/01/2017 – globaal en per provincie.

Tabel 5: evolutie van zorgprofielen Cdem in ROB en RVT periode 2012-2016.

Tabel 6: prevalentiegegevens dementie volgens leeftijdsgroep.

Tabel 7: evolutie erkende woongelegenheden centra voor kortverblijf 2013-2017.

Tabel 8: evolutie erkende wooneenheden assistentiewoningen 2013-2017.

Tabel 9: evolutie aangemelde wooneenheden assistentiewoningen 2013-2017.

Tabel 10: aantal aangemelde wooneenheden groep voor assistentiewoningen op 01/01/2017 per provincie.

Tabel 11: evolutie erkende woongelegenheden centra voor herstelverblijf 2013-2017.

Tabel 12: evolutie erkende dagverzorgingscentra 2014-2017.

Tabel 13: evolutie aantal verblijfseenheden bijzondere erkenning 2009-2017.

Tabel 14: RIZIV personeelsnormen ROB-RVT in functie van zorgzwaarteprofiel.

Tabel 15: raming van de kost van het instellingsforfait per zorgprofiel en per statuut (bedrage index 01-06-2017) .

Tabel 16: De tegemoetkoming derde luik per VTE die in aanmerking komt, op jaarbasis.

Tabel 17: budget ouderenzorg 2017.

Tabel 18: overzicht bijkomende budgettaire middelen 2015-2019 woonzorgcentra.

Tabel 19: percentage evolutie zorgprofielen in ROB en evolutie in ROB van cliënten met zwaar zorgprofiel.

Tabel 20: RVT-dekkingsgraad (# bewoners BCCdCc in kwartaal/aantal RVT-erkenningen einde kwartaal).

Tabel 21: gewogen gemiddelde dagprijs in woonzorgcentra per provincie op 1 mei 2016.

Tabel 22: zorgverzekering lopende dossiers per leeftijdscategorie in residentiële zorg in 2016.

Tabel 23: evolutie van personen die een tegemoetkoming hulp aan bejaarden ontvangen en die in een erkende residentiële voorziening verblijven (WZC, PVT).

Tabel 24: percentage medewerkers dat aangeeft geen probleem te ervaren met de werkbaarheidsindicatoren (*en evolutie t.o.v. 2013 in ppn*) naar sector (Vlaams Gewest, 2013 -2016).

Tabel 25: percentage medewerkers dat aangeeft een probleem te ervaren met de risicofactoren inzake werkbaarheid naar sector (*en evolutie t.o.v. 2013 in ppn*) (Vlaams Gewest, 2016).

GRAFIEKEN

Grafiek 1: evolutie zorgzwaarte in ROB periode 2010-2016.

Grafiek 2: evolutie aantal personen met dementie in het Vlaams Gewest periode 2015-2060.

Grafiek 3: evolutie aantal RVT-woongelegenheden in woonzorgcentra 01/01/2002 – 01/01/2017.

Grafiek 4: evolutie gebruik langdurige zorg per leeftijdscategorie in % per type van zorg in EU 27.

Grafiek 5: onderdeel van de totale langdurige zorg per type van zorg en ondersteuning in Europese landen (2010).

Grafiek 6: % van de ondervraagden voor welke woonvorm kiezen bij zorgafhankelijkheid.

Grafiek 7: bevolking met een gestandaardiseerd beschikbaar huishoudinkomen onder de Belgische armoederisicodrempel na sociale transfers naar leeftijdsgroep, Vlaams Gewest, 2006-2015, in %.

Grafiek 8: bevolking met een gestandaardiseerd beschikbaar huishoudinkomen onder de nationale armoederisicodrempel na sociale transfers, EU28-landen en Vlaams Gewest, 2015, in %.

Grafiek 9: aantal geregistreerde verpleegkundigen naar leeftijd in Vlaanderen – Evolutie 2010-2016.

Grafiek 10: evolutie aantal inschrijvingen HBO5 en professionele bachelor verpleegkunde per academiejaar (telling in oktober) 2010-2016.

1. Inleiding

De conceptnota over het *'Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda'* werd na goedkeuring door de Vlaamse Regering ingediend bij het Vlaams parlement op 24 juni 2016. Zij werd ondertussen grondig besproken in enkele hoorzittingen. De nota omvat per beleidsinstrument een oplistings van de op korte en lange termijn te ondernemen initiatieven. Een van deze initiatieven betreft *'het ontwikkelen van een visie met betrekking tot het toekomstprofiel van de woonzorgcentra in Vlaanderen'*. De voorliggende conceptnota geeft aan dit aangekondigde initiatief uitvoering en omschrijft een geactualiseerde visie op vlak van de rol en de opdrachten van woonzorgcentra in het continuüm van zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen.

In de conceptnota over het *'Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda'* (2016) worden onder andere de visie, de missie en het conceptuele raamwerk omvattende de verschillende perspectieven, die bepalend zijn voor de levenskwaliteit van ouderen en dit vanuit het oogpunt van de oudere persoon zélf, beschreven. In deze nota wordt de rol en opdracht van het woonzorgcentrum geëxpliciteerd in perspectief 14, met name: *'Wanneer de toenemende vraag naar ondersteuning en zorg niet (meer) thuis kan geboden worden, heeft een oudere persoon nood aan een residentiële woonzorgvorm van goede kwaliteit, waar op een respectvolle, waardigheidsondersteunende wijze zorg en ondersteuning wordt geboden in een voor hem herkenbare, huiselijke woon- en leefomgeving, waar ook betekenisvolle relaties kunnen worden onderhouden of zich ontwikkelen, alsook zinvolle activiteiten worden aangereikt'*.

Het woonzorgcentrum van vandaag heeft de afgelopen decennia heel wat transformaties doorgemaakt: het evolueerde van gesticht, home, bejaardentehuis, rusthuis naar woonzorg-centrum. Het woonzorgdecreet van 2009 (Onderafdeling XII. Artikel 37 en 38) omschrijft het woonzorgcentrum als *'een voorziening die bestaat uit een of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden.'* De Vlaamse Regering bepaalt waaruit de ouderenzorg, aangeboden door een erkend woonzorgcentrum, bestaat. In elk geval moet die ouderenzorg ten minste bestaan uit aangepaste huisvesting, de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke zorg, de hygiënische en verpleegkundige zorg, in voorkomend geval van gedifferentieerde en gespecialiseerde aard, de (re)activering en psycho-sociale ondersteuning, de animatie en sociale netwerkvorming.

Woonzorgcentra evolueren steeds meer richting lokaal knooppunt van waaruit niet enkel 24 op 24, maar ook op afroep of voor een kortere periode ondersteuning en zorg kan worden geboden, mogelijks zelfs aan personen die in de buurt wonen, al dan niet in samenwerking met de in de buurt actieve en relevante welzijns- en zorgactoren. Het woonzorgcentrum maakt uitdrukkelijk deel uit van de eerstelijnszorg, die eveneens volop in transitie is¹. Er zijn ook in een toenemende mate aanknopingspunten te leggen tussen de woonzorgcentra en de algemene en geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en de lokale beleidsvoering op het vlak van het ouderen(-zorg)beleid.

¹ Beleidsvisie. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Agentschap Zorg en Gezondheid. 16/02/2017.

Onder invloed van het grote maatschappelijke draagvlak voor de thuiszorg, de uitbreiding van de mogelijkheden ter ondersteuning van de mantelzorg, de ontwikkelingen in de ziekenhuissector en de toenemende intensiteit en complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen, wordt een verschuiving vastgesteld in de doelgroep van het woonzorgcentrum. Daar waar vroeger ook relatief zelfredzame oudere personen gedurende meerdere jaren woonden in een woonzorgcentrum, wordt vastgesteld dat de zorgprofielen van de huidige cliënten van woonzorgcentra in zorgzwaarte toenemen, en dat de verblijfsduur inkort.

Er komen heel wat ontwikkelingen af op de woonzorgcentra. Zij staan immers in het middelpunt van maatschappelijke transformaties. De zorg en ondersteuning wordt zichtbaar meerlagig en intensiever. Daarnaast worden de woonzorgcentra aangesproken om ook voor niet-ouderen met een langdurige en intensieve zorgvraag (jonge personen met dementie, personen met een fysieke of psychische beperking, personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische aandoening, personen met een niet-aangeboren hersenletsel) de zorg en ondersteuning op te nemen, al dan niet in samenwerking met gespecialiseerde voorzieningen. De vraag naar ontschotting - het leggen van dwarsverbanden tussen de diverse sectoren - sectoren- en een leeftijds-onafhankelijk woonzorgbeleid neemt duidelijk toe. Geïntegreerde zorg-organisatiemodellen, ketenzorg, zorgcirkels en woonzorgzones zijn nieuwe creatieve perspectieven die een grotere continuïteit, doelmatigheid en doeltreffendheid van de langdurige complexe zorg en ondersteuning beogen. Daarnaast is er ook een toenemende vraag om het eerder dominante medische model dat gangbaar is in de woonzorgcentra om te buigen naar een model waar de woon-, welzijns- en zorgaspecten in een meer uitgebalanceerd evenwicht staan. Echter, niet enkele zorginhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen tekenen zich af, ook op het vlak van de financieringswijze, staat de residentiële ouderenzorg voor een belangrijk transitietraject. Het is immers de bedoeling dat het huidig voorzieningsgebonden financieringsmodel wordt ingeruild voor een vraaggestuurd, persoonsvolgend financieringsconcept. Deze talrijke ontwikkelingen stellen nieuwe verwachtingen en eisen aan de organisatie en de competenties van de medewerkers en bestuurders van alle (woon-)zorgvoorzieningen in het algemeen, en de woonzorgcentra in het bijzonder.

Dit alles en nog veel meer spoort Vlaanderen aan om het toekomstig profiel - en, dus, de rol en de opdrachten - van het woonzorgcentrum binnen het snel veranderende welzijns- en zorglandschap af te stemmen op de nieuwe evoluties en uitdagingen.

2. Cijfergegevens

2.1. Demografische evoluties Vlaams Gewest

Tabel 1: demografische evoluties in het Vlaams Gewest 1991-2060.

Aantallen op 01/01		Verdeling volgens leeftijd				
In duizend		0-17	18-29	30-66	67-84	85+
1991	5767,9	21,6%	18,4%	47,7%	11,0%	1,3%
2000	5940,3	20,6%	15,1%	49,7%	12,9%	1,8%
2010	6252,0	19,6%	14,4%	49,9%	13,9%	2,2%
2016	6477,8	19,4%	14,2%	49,1%	14,5%	2,8%
2020	6606,9	19,5%	13,9%	48,5%	15,0%	3,1%
2030	6869,3	19,6%	13,5%	45,5%	18,0%	3,5%
2040	7088,5	19,6%	13,6%	42,8%	19,2%	4,8%
2050	7255,7	19,7%	13,7%	42,3%	17,9%	6,4%
2060	7399,0	19,9%	13,7%	42,4%	17,4%	6,6%

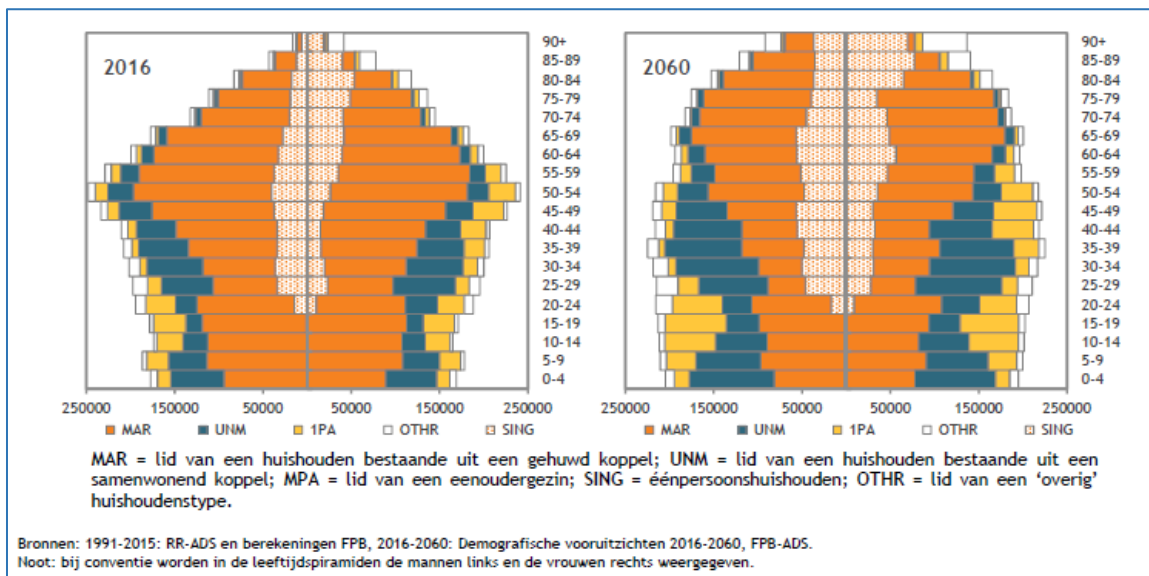
Bron: Demografische vooruitzichten 2016-2060. Bevolking en huishoudens. Maart 2017. Federaal planbureau. Economische analyses en vooruitzichten. FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. p.32.

Het Federaal Planbureau (2017) stelt vast dat voor het Vlaams Gewest:

- de afhankelijkheidscoëfficiënt² van de ouderen stijgt van 27 % in 2016 tot 43 % in 2060;
- in 2016 één 67-plusser voor 4 personen tussen 18 en 66 jaar telde. In 2060 zal die verhouding 1 op 2,5 zijn;
- na 2040 neemt het aantal 67-84 jarigen procentueel af, het aantal 85+ neemt toe;
- de vergrijzing van de bevolking sterker is, dan op het niveau van België;
- de levensverwachting voor vrouwen in 2015 83,9 jaar is en in 2060 89,6 jaar zal bedragen;
- de levensverwachting voor mannen in 2015 79,6 jaar is en in 2060 87,6 jaar zal bedragen;
- het aantal éénpersoonshuishoudens stijgt, voornamelijk als gevolg van de vergrijzing: in 2060 bestaat 40 % van de particuliere huishoudens uit één persoon.

Onderstaande schema geeft de evolutie van de bevolking in de periode 2016-2060 in het Vlaams Gewest weer aan de hand van de bevolkingspiramide.

² Afhankelijkheidscoëfficiënt staat voor het aantal 65-plussers tegenover het aantal 15-64-jarigen.



Bij toenemende leeftijd bestaat - door chronische aandoeningen en/of co-morbiditeit - een verhoogde kans dat een persoon behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg en/of ondersteuning. De opvolging van de demografische evoluties is dus een belangrijk (evenwel niet het enige) gegeven bij de inschatting van de mogelijke vragen naar zorg en ondersteuning. Andere factoren die een invloed kunnen hebben op de vraag naar zorg en/of ondersteuning zijn: het al dan niet aangepast zijn van de woning, het beschikken over een sociaal netwerk en/of informele zorg, de beschikbaarheid van professionele zorg en ondersteuning, het inkomen, ontwikkelingen op vlak van technologie,

2.2. Evolutie van het aanbod van woongelegenheden in woonzorgcentra in Vlaanderen

De programmatie bepaalt, met het oog op een evenredige spreiding afhankelijk van de behoeften, aan de hand van objectief meetbare criteria, de planning in de tijd en ruimte van ofwel het maximale aantal voorzieningen, woonzorgnetwerken en verenigingen, ofwel het maximale aantal plaatsen in voorzieningen, ofwel het maximale aantal subsidiabele uren woonzorg die een voorziening mag aanbieden ofwel het maximale aantal subsidiabele personeelsleden van een voorziening (rekening houdend budgettaire marges).

De Vlaamse Regering legt voor de verschillende soorten van voorzieningen, gevat in het woonzorgdecreet van 2009, de programmatie vast. Bij een aantal woonzorgvoorzieningen wordt er voor de toepassing van die programmacijfers uitgegaan van bevolkingsprojecties. Wanneer een initiatief past in de programmatie (cijfers en evaluatiecriteria) dan kan het een voorafgaande vergunning aanvragen voor de realisatie van de voorziening. Er kunnen echter voor bepaalde woonzorgvoorzieningen, specifieke evaluatiecriteria van toepassing zijn voor het bekomen van een voorafgaande vergunning.

Bij de bepaling van de regels met betrekking tot programmatie en voorafgaande vergunning dient er rekening te worden gehouden met de toegankelijkheid van de woonzorgvoorzieningen in geval van acute zorg- en ondersteuningsvragen.

Om erkend te worden, moet de initiatiefnemer beschikken over een voorafgaande vergunning (passen in de programmatie en beantwoorden aan de evaluatiecriteria), in voorkomend geval over een erkenningskalender beschikken en beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden verbonden aan het soort woonzorgvoorziening dat men wenst te exploiteren.

Het aanbod en programmacijfer van woonzorgcentra wordt uitgedrukt in het aantal woongelegenheden. Per woongelegheden kan één persoon in het woonzorgcentrum verblijven. Jaarlijks berekent het Agentschap Zorg en Gezondheid de programmacijfers:

- 1 woongelegheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar;
- 4 woongelegheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 75 tot 79 jaar;
- 12 woongelegheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 80 tot 84 jaar;
- 23 woongelegheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 85 tot 89 jaar;
- 32 woongelegheden per 100 ouderen in de leeftijdsgroep 90 jaar en ouder.

Het resultaat wordt vermenigvuldigd met 1,047³. Voor de berekening worden de bevolkingsprognose over 5 jaar genomen.

De berekening gebeurt per gemeente of regio:

- voor een gemeente met minder dan 10.000 ouderen: de gemeente en de aangrenzende gemeenten, met uitzondering van die aangrenzende gemeenten met meer dan 10.000 ouderen waarvan het programmacijfer overschreden is;
- voor een gemeente met 10.000 ouderen of meer: de gemeente zelf.

De Vlaamse Regering heeft in het kader van de voorafgaande vergunningen en de erkenning van de woongelegenheden in woonzorgcentra diverse besluiten genomen die de bevoegde minister in staat stelt om het aanbod aan woongelegenheden, zowel kwalitatief als kwantitatief, alsook de beheersing van het budgettair haalbaar aantal erkenningen, voortkomend uit bestaande voorafgaande vergunningen, te garanderen:

- het besluit van de Vlaamse Regering van 20 december 2013 betreffende de voorafgaande vergunning en de erkenning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra en tot wijziging van de regels betreffende de erkenning van die centra wijzigt het systeem van voorafgaande vergunning en het aanvragen van de erkenning voor de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf, voor zover de voorafgaande vergunning verleend wordt voor initiatieven met betrekking tot die centra, die een verdere invulling van de nog beschikbare programmatieruimte impliceren. In uitvoering van dit besluit:
 - beslist de administrateur-generaal over de erkenningskalender. Hij kan de ingediende erkenningskalender goedkeuren, afwijzen of het daarin vermelde trimester wijzigen in een later trimester of, met akkoord van de betrokken initiatiefnemer(s), een voorafgaand trimester. De beslissing van de administrateur-generaal met betrekking tot het trimester tijdens hetwelk de erkenning moet worden aangevraagd, wordt uiterlijk honderdtwintig kalenderdagen na de uiterste indieningsdatum bij aangetekende brief of op een andere wijze die de minister bepaalt, aan de initiatiefnemer(s) meegedeeld;
 - bepaalt de Vlaamse Regering jaarlijks het maximale aantal te erkennen woongelegenheden in centra voor kortverblijf en woonzorgcentra.

³ Het resulterende aantal woonfaciliteiten wordt vermenigvuldigd met 1,047, ter compensatie voor het feit dat het Decreet de minimumleeftijd om te mogen intreden in een residentiële voorziening voor ouderen verhoogt van 60 naar 65 jaar. De programmatie-aantallen worden gewestelijk berekend tot op gemeentelijk niveau.

De vraag die zich in 2015 stelde, was deze op welke basis (wetenschappelijke gegevens) de vooropgestelde meerjarenplanning met betrekking tot het jaarlijks toewijzen van erkenningskalenders, kon worden verankerd. Het meest recente en gevalideerde onderzoek waarover men toen (én tevens tot op vandaag) beschikte betreft een onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheid (KCE Reports 167A): *'Toekomstige behoefte residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025'* (2011)⁴. Op basis van dit onderzoek werd de meerjarenplanning uitbreiding woongelegenheden, en dus de jaarlijkse toewijzing van erkenningskalenders, in woonzorgcentra uitgewerkt.

In het KCE-rapport *'Toekomstige behoefte residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025'* (KCE, 2011) gaat men uit van een basisscenario dat stelt dat het geprojecteerd aantal ouderen (leeftijd 65 jaar of ouder) in residentiële zorg zal stijgen van 125.500 in 2010 naar 166.000 in 2025 voor België, dit is een stijging met 32 % bij constant beleid, constante prevalentie van chronische aandoeningen en geen daling van de huidige mantelzorg. Dit staat voor een toename van 40.500 woongelegenheden voor België in de periode 2011-2025. Dit basisscenario kan wijzigen in functie van wijzigingen in de beschikbaarheid van mantelzorg en/of bij beleidsmatige initiatieven in de thuiszorg.

Bij de bepaling van het maximaal aantal te erkennen woongelegenheden woonzorgcentra en centra voor kortverblijf is men ervan uitgegaan dan van deze 40.500 woongelegenheden 60 % kan worden toegewezen aan Vlaanderen. Dit betekent voor Vlaanderen in de periode van 2011 tot 2025 (15 jaar) een toename van maximaal 24.300 woongelegenheden (woongelegenheden woonzorgcentra, exclusief woongelegenheden kortverblijf). Vlaanderen heeft echter in de periode van 01/01/2011 tot 01/01/2015 reeds 7.037 (cijfers 27/01/2015) van de door het KCE vooropgestelde aantal noodzakelijke toe te nemen woongelegenheden erkend in woonzorgcentra: 17.263 nog te realiseren woongelegenheden tegen 2025.

Voor de aangroei van de woongelegenheden kortverblijf, die niet gevat werden in de KCE-studie, kunnen we uitgaan van de programmatienorm van 01/01/2015 op die datum waren nog 1.150 woongelegenheden vergund of vergunbaar zijn.

Ook voor de erkenningskalender van de woongelegenheden van de centra voor kortverblijf kunnen de jaren 2015 en 2016 als overgangsjaren worden beschouwd en het aantal woongelegenheden ingebracht in de erkenningskalender voor de centra voor kortverblijf als te erkennen beschouwen. Voor de beide jaren samen werden er voor 282 woongelegenheden een erkenningskalender ingediend. Dit betekent dat vanaf het jaar 2017 en tot het jaar 2025 nog 868 woongelegenheden kunnen worden erkend of gemiddeld 97 woongelegenheden gespreid over 9 jaar.

⁴ Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België : projecties 2011-2025.(2011). KCE reports ; 167:A. Brussel.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_167A_residentiele_zorg_in_Belgie.pdf

- bij besluit 24 april 2015 heeft de Vlaamse Regering het maximale aantal te erkennen woongelegenheden voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het kader van de erkenningskalender voor de periode 2015-2025 als volgt bepaalt:

Jaartal	Maximaal aantal te erkennen woongelegenheden woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	
2015	2.348	2.348
2016	3.287	5.635
2017	1.389	7.024
2018	1.389	8.413
2019	1.389	9.802
2020	1.389	11.191
2021	1.389	12.580
2022	1.389	13.969
2023	1.389	15.358
2024	1.389	15.358
2025	1.389	18.136
totaal	18.136	

- het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015 betreffende het maximale aantal te erkennen woongelegenheden voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het kader van de erkenningskalender bepaalt dat de administrateur-generaal van het Agentschap Zorg en Gezondheid enkel de voor de jaren 2015 tot en met 2018 voorziene ruimte voor erkenningskalenders kan invullen. In het totaal betrof dit een totaal van 8.413 woongelegenheden;
- uit de verschillende overlegmomenten met de koepelorganisaties ouderenzorg en contacten met voorzieningen bleek echter dat er een aantal preciaire situaties waren ontstaan naar aanleiding van de toepassing van de in het besluit van de Vlaamse Regering van 20 december 2013 opgenomen prioriteringscriteria en de met het besluit van de administrateur-generaal van 26 juni 2015 genomen beslissingen tot verschuiving of afwijzing van bepaalde erkenningskalenders;
- naar aanleiding hiervan keurde de Vlaamse Regering op 16 september 2016 het besluit goed houdende de bepaling van voorwaarden voor een bijzondere oproep om voor bepaalde woongelegenheden een erkenningskalender in te dienen en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra en het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015 betreffende het maximale aantal te erkennen woongelegenheden voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf in het kader van de erkenningskalender;
- met een besluit van de Vlaamse Regering van 16 september 2016 werd de maximaal te erkennen capaciteit voor 2017 en 2018 verhoogd met maximaal 1.389 woongelegenheden voor beide jaren samen;
- naar aanleiding van de oproep van de minister van 14 oktober 2016 werden, met het besluit van de administrateur-generaal van 28 maart 2017, 1.161 extra woongelegenheden toegekend voor de jaren 2017 en 2018. Voor 65 van de 1.161

woongelegenheden betrof het een aanvraag voor een verschuiving van het goedgekeurde trimester naar een vroeger trimester. Bijgevolg resten nog 293 woongelegenheden van de maximaal 1.389 woongelegenheden die nog konden worden ingezet voor deze bijzondere oproep voor het jaar 2018;

- met een besluit van de Vlaamse Regering van 15 september 2017 werd een nieuwe bijzondere oproep voorzien om, in afwijking van de opschorting van het indienen van erkenningskalenders voor de jaren 2018 en 2019 en, mits het voldoen aan een aantal voorwaarden, erkenningskalenders voor deze jaren in te dienen.

Dit heeft tot gevolg dat voor de periode 2015 tot en met 2019 in het totaal 9.802 bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf kunnen worden erkend en dus ook voorzien worden van een ROB-financiering⁵.

Voorafgaande vergunningen:

- bijkomend werd bepaald dat tot en met 31 december 2020 geen ontvankelijke aanvragen voor voorafgaande vergunningen kunnen worden ingediend die een verdere invulling van de programmatie vereisen;
- om ervoor te zorgen dat de rechten van de initiatiefnemers met een voorafgaande vergunning voor capaciteitsuitbreiding bij de opschorting van het verlenen van erkenningskalenders, zoals hoger beschreven, gevrijwaard blijven, werd met het besluit van de Vlaamse Regering van 16 september 2016 werd de geldigheidsduur van deze voorafgaande vergunningen verder verlengd tot en met 31 december 2025.

De twee onderstaande tabellen geven informatie over de evolutie van het aantal woongelegenheden in de Vlaamse woonzorgcentra.

Tabel 2: evolutie aantal erkende woongelegenheden in woonzorgcentra periode 01/01/2013 – 01/01/2017.

Woonzorgcentra	1/01/2013	1/01/2014	1/01/2015	1/01/2016	1/01/2017
Antwerpen	19.753	20.040	20.468	21.024	21.532
Vlaams-Brabant	11.071	11.476	11.818	12.368	12.788
Limburg	6.857	7.326	7.729	8.132	8.413
Oost-Vlaanderen	17.560	17.961	18.267	18.425	18.786
West-Vlaanderen	14.714	14.808	14.974	15.661	16.450
Brussel-Hoofdstad	197	200	429	649	649
TOTAAL	70.152	71.811	73.685	76.259	78.618

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, fotoregistratie op 01/01/2017.

Vastellingen:

- op 5 jaar tijd een aangroei van 8.466 woongelegenheden, gemiddeld 1.693 woongelegenheden per jaar;
- dit vertegenwoordigt een globale toename van 12%;
- grootste stijging op 5 jaar tijd doet zich voor in Brussel-Hoofdstad, met name 230 %.

⁵ ROB financiering staat voor de financiering van een erkend woonzorgcentrum zonder een bijkomende erkenning als RVT.

Tabel 3: gegevens programmatie, vergund, erkend, erkenning in onderzoek en realisatiegraad op datum van 01/01/2017 woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, centra voor herstelverblijf, groepen van assistentiewoningen en dagverzorgingscentra.

cijfergegevens voor Vlaanderen (inclusief Brussel) - 1 januari 2017									
	programmatie 2012	programmatie 2017	erkend	erkenning aangevraagd	vergund met EK	vergund zonder EK	totaal	verhouding programmatie/ erkend (*)	verhouding programmatie/ erkend en gepland
woonzorgcentra	93.286	101.598	78.618	324	3.619	9.634	92.195	84,62	90,74
centra voor kortverblijf	3.005	3.274	2.259	24	240	357	2.880	75,97	87,97
centra voor herstelverblijf	1.500	1.500	407	0		1.093	1.500	27,13	100,00
groepen van assistentiewoningen			21.173	1.134		16.303	38.610		
	programmatie 2013 (****)	programmatie 2017	erkend DVC niet conform art. 51	erkend DVC conform art. 51	vergund niet conform art. 51	vergund conform art. 51	totaal	verhouding programmatie/ erkend (**)	verhouding programmatie/ erkend en gepland
dagverzorgingscentra	346	371	204	57	61	22	344	75,43	92,72
(*) om na te gaan of het erkende aanbod in 2017 toereikend is tov het geplande aanbod, moet het aanbod op 1/1/2017 vergeleken worden met het programmacijfer 2012 dat gebaseerd is op de bevolkingsprojecties voor 2017 en dat het benodigde aanbod in 2017 weergeeft									
(**) om na te gaan of het erkende en geplande aanbod in 2017 toereikend zal zijn tov het geplande aanbod, moet het aanbod op 1/1/2017 vergeleken worden met het programmacijfer 2017 dat gebaseerd is op de bevolkingsprojecties voor 2022 en het te realiseren aanbod tegen 2022 weergeeft									
(***) om na te gaan of het erkende aanbod in 2017 toereikend is tov het geplande aanbod, moet het aanbod op 1/1/2017 vergeleken worden met het programmacijfer 2012 dat gebaseerd is op de bevolkingsprojecties voor 2017 en dat het benodigde aanbod in 2017 weergeeft - gezien het programmeren van DVC per centrum pas ingevoerd werd in 2013, wordt voor DVC de vergelijking met het programmacijfer voor 2013 berekend									
(****) programmatie per DVC pas vanaf 2013									

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid fotoregistratie op 01/01/2017.

Vaststellingen:

- verhouding programmatie 2017 en erkend, erkenning aangevraagd en vergund met erkenningskalender: 82.561/101.598: 81% realisatie.
- op datum van 01/01/2017 waren er nog 9.634 woongelenheden vergund, waarvoor nog geen erkenningskalender is toegekend;
- indien men voor de periode 2019 tot en met 2025 jaarlijks 1.292 woongelenheden zou erkennen (voorziene 1.389 woongelenheden – 97 woongelenheden centrum voor kortverblijf), dan zouden er 9.044 woongelenheden bij komen;
- eind 2025 zullen/kunnen er in het totaal 91.605 woongelenheden erkend zijn in Vlaanderen (78.618 + 324 + 3.619 + 9.044);
- eind 2025 zal, wanneer het vooropgestelde groeipad aan erkenningskalenders gerealiseerd is, 94 % van de afgeleverde voorafgaande vergunningen erkend zijn⁶;

De berekening van de programmatie voor de woongelenheden in woonzorgcentra is echter verouderd. Deze baseert zich enkel op demografische gegevens en houdt geen rekening met economische, maatschappelijke evoluties en gaat uit van een gelijkblijvend beleid. Verder in deze nota wordt toegelicht dat deze programmatiecijfers zullen worden geactualiseerd.

⁶ Noot: 100% realisatie van de programmatie is niet mogelijk, want voorafgaande vergunningen worden niet gerealiseerd of vervallen.

In uitvoering van het regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019⁷ heeft de Vlaamse Regering op 13 november 2015 een besluit getroffen dat de mogelijkheid creëert tot de omzetting van voorafgaande vergunningen of erkenningen voor centra voor kortverblijf of woonzorgcentra voor een andere ouderenvoorziening, in een planningsvergunning voor een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis, of in een erkenning van een thuiszorgvoorziening, telkens binnen dezelfde zorgregio⁸.

Tabel 4: gegevens programmatie, vergund, erkend, erkenning in onderzoek en realisatiegraad op datum van 01/01/2017 – globaal en per provincie.

cijfergegevens voor provincie Antwerpen - 1 januari 2017									
	programmatie 2012	programmatie 2017	erkend	erkenning aangevraagd	vergund met EK	vergund zonder EK	totaal	verhouding programmatie/ erkend (*)	verhouding programmatie/ erkend en gepland
woonzorgcentra	24.872	26.891	21.532	43	847	2.294	24.716	86,74	91,91
centra voor kortverblijf	777	845	563	10	116	85	774	73,75	91,60
centra voor herstelverblijf	360	360	97	0		263	360	26,94	100,00
groepen van assistentiewoningen			6.584	617		2.755	9.956		
	programmatie 2013 (****)	programmatie 2017	erkend DVC niet conform art. 51	erkend DVC conform art. 51	vergund niet conform art. 51	vergund conform art. 51	totaal	verhouding programmatie/ erkend (***)	verhouding programmatie/ erkend en gepland
dagverzorgingscentra	82	85	41	20	15	4	80	74,39	94,12

cijfergegevens voor provincie Vlaams-Brabant - 1 januari 2017									
	programmatie 2012	programmatie 2017	erkend	erkenning aangevraagd	vergund met EK	vergund zonder EK	totaal	verhouding programmatie/ erkend (*)	verhouding programmatie/ erkend en gepland
woonzorgcentra	15.466	16.629	12.788	195	912	1.337	15.232	83,95	91,60
centra voor kortverblijf	484	522	316	11	36	56	419	67,56	80,27
centra voor herstelverblijf	60	120	0	0		120	120	0,00	100,00
groepen van assistentiewoningen			3.311	141		3.013	6.465		
	programmatie 2013 (****)	programmatie 2017	erkend DVC niet conform art. 51	erkend DVC conform art. 51	vergund niet conform art. 51	vergund conform art. 51	totaal	verhouding programmatie/ erkend (***)	verhouding programmatie/ erkend en gepland
dagverzorgingscentra	66	68	28	14	6	7	55	63,64	80,88

⁷ Vlaams Regeerakkoord 2014-2019: 'We onderzoeken de mogelijkheden van reconversie van residentiële capaciteit en beschikbare voorafgaande vergunningen naar andere geschikte zorgvormen.' p. 112.

⁸ Besluit van de Vlaamse Regering van 13/11/2015 betreffende de omzetting van voorafgaande vergunningen of erkenningen voor centra voor kortverblijf of woonzorgcentra en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra.

cijfergegevens voor provincie Limburg - 1 januari 2017									
	programmatische 2012	programmatische 2017	erkend	erkenning aangevraagd	vergund met EK	vergund zonder EK	totaal	verhouding programmatische/ erkend (*)	verhouding programmatische/ erkend en gepland
woonzorgcentra	10.945	12.500	8.413	121	617	1.369	10.520	77,97	84,16
centra voor kortverblijf	358	408	241	0	47	37	325	67,32	79,66
centra voor herstelverblijf	120	120	35	0		85	120	29,17	100,00
groepen van assistentiewoningen			2.235	95		1.471	3.801		
	programmatische 2013 (****)	programmatische 2017	erkend DVC niet conform art. 51	erkend DVC conform art. 51	vergund niet conform art. 51	vergund conform art. 51	totaal	verhouding programmatische/ erkend (***)	verhouding programmatische/ erkend en gepland
dagverzorgingscentra	46	48	25	8	9	4	46	71,74	95,83
cijfergegevens voor provincie Oost-Vlaanderen - 1 januari 2017									
	programmatische 2012	programmatische 2017	erkend	erkenning aangevraagd	vergund met EK	vergund zonder EK	totaal	verhouding programmatische/ erkend (*)	verhouding programmatische/ erkend en gepland
woonzorgcentra	21.074	22.863	18.786	0	456	1.581	20.823	89,14	91,08
centra voor kortverblijf	653	712	588	2	25	77	692	90,35	97,19
centra voor herstelverblijf	330	450	120	0		330	450	36,36	100,00
groepen van assistentiewoningen			4.541	201		4.399	9.141		
	programmatische 2013 (****)	programmatische 2017	erkend DVC niet conform art. 51	erkend DVC conform art. 51	vergund niet conform art. 51	vergund conform art. 51	totaal	verhouding programmatische/ erkend (***)	verhouding programmatische/ erkend en gepland
dagverzorgingscentra	72	77	47	10	17	3	77	79,17	100,00
cijfergegevens voor provincie West-Vlaanderen - 1 januari 2017									
	programmatische 2012	programmatische 2017	erkend	erkenning aangevraagd	vergund met EK	vergund zonder EK	totaal	verhouding programmatische/ erkend (*)	verhouding programmatische/ erkend en gepland
woonzorgcentra	19.674	21.505	16.450	-65	421	2.844	19.650	83,28	91,37
centra voor kortverblijf	619	672	541	0	14	96	651	87,40	96,88
centra voor herstelverblijf	570	390	120	0		270	390	21,05	100,00
groepen van assistentiewoningen			4.420	61		4.468	8.949		
	programmatische 2013 (****)	programmatische 2017	erkend DVC niet conform art. 51	erkend DVC conform art. 51	vergund niet conform art. 51	vergund conform art. 51	totaal	verhouding programmatische/ erkend (***)	verhouding programmatische/ erkend en gepland
dagverzorgingscentra	72	74	60	4	10	3	77	88,89	104,05

Vaststellingen:

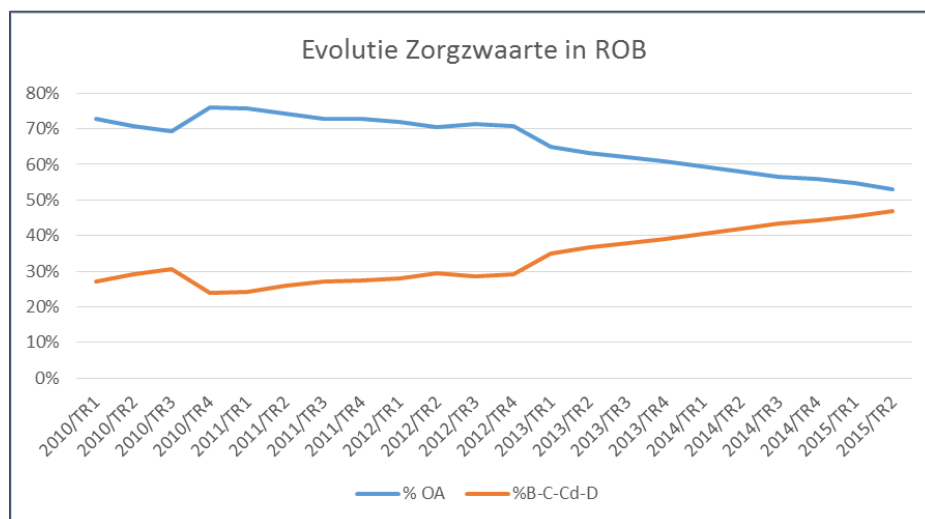
- verhouding programmatische/erkenning:
 - laagste verhouding is vast te stellen bij de centra voor herstelverblijf in alle provincies;
 - laagste realisatiegraad woonzorgcentra (56,16%) en de centra voor kortverblijf (9,91%) in Brussel-Hoofdstad;
 - in Vlaams-Brabant werd tot op heden nog geen centrum voor herstelverblijf gerealiseerd.
- Verhouding programmatische/erkenning en gepland:
 - de verhouding blijft het laagst in Brussel-Hoofdstad voornamelijk wat betreft de centra voor herstelverblijf (16,67 %) en de dagverzorgingscentra (47,37%).

2.3. RIZIV-bezettingsgraad van de woonzorgcentra in Vlaanderen

Volgens de gegevens van de studie ING en PROBIS (2017) ligt de RIZIV-bezettingsgraad⁹ in de woonzorgcentra hoog. De mediane waarde bedraagt voor Vlaanderen 97,69 % (cijfers kwartaal 2 – 2016). Een kwart van de voorzieningen scoort zelfs hoger dan 98 %. Rekening houdende met onvermijdelijke leegstand (bijvoorbeeld ten gevolge ziekenhuisopname of na overlijden), zijn dit zeer performante cijfers.¹⁰

2.4. Evolutie van de zorgzwaarte in de woonzorgcentra in Vlaanderen

Grafiek 1: evolutie zorgzwaarte in ROB periode 2010-2016.



Bron: RIZIV, 2016.

Vaststellingen:

- over de jaren heen daalt het aantal cliënten met een lage zorggraad (O- en A-zorgprofielen) en neemt het aantal cliënten met een hoge zorggraad toe (B-, C-, Cdem en D- zorgprofielen);
- in de periode 01-01-2013 tot 01-06-2015 steeg het percentage van cliënten met een hoge zorggraad in ROB-bedden met 1,32% per kwartaal. Dit tijdsinterval is gekozen omdat in 2013 een RVT reconversie plaatsvond, en in hetzelfde jaar zorgzwaarte niveau D (personen met dementie in ROB)) werd ingevoerd.

De cliënten van een woonzorgcentrum zijn in een toenemende mate zorgafhankelijk, dit wil zeggen dat ze zich niet meer zelfstandig kunnen aan- en/of uitkleden, zelfstandig eten en drinken, of naar het toilet gaan. Vaak zijn ze niet meer zelfstandig mobiel of soms zelfs bedlegerig. De woonzorg-centra richten zich hoofdzakelijk op kwetsbare mensen op hoge leeftijd, meestal in hun laatste levensfase, die vaak nood hebben aan specialistische zorgen inzake dementie, palliatie, complexe chronische zorg, psychosociale zorg, spirituele zorg,

⁹ RIZIV-bezettingsgraad staat voor de mate waarin het aantal erkende plaatsen door het RIZIV in ROB of RVT effectief bezet zijn.

¹⁰ *De sector van de woonzorgcentra in beeld: trends, uitdagingen en indicatoren*. ING & PROBIS. April 2017, p. 53 en 55.

De studie van ING en PROBIS (2017) maakt inzichtelijk dat in de woonzorgcentra in Vlaanderen het aandeel cliënten met een dementieprofiel (zorgprofiel D of Cdem) relatief hoog is. De mediaan bedraagt voor Vlaanderen 35,85 % in het bovenste kwart zelfs bijna 42 %.

Tabel 5: evolutie van zorgprofielen Cdem in ROB en RVT periode 2012-2016.

Kwartalen	Gemiddeld aantal bewoners			
	ROB		RVT	ROB+RVT
	D	Cd	Cd	
2012/TR1	0	2.807	19.145	21.952
2012/TR2	0	3.131	18.860	21.991
2012/TR3	0	3.117	18.959	22.076
2012/TR4	0	3.317	18.947	22.263
2013/TR1	1.421	3.363	18.851	23.635
2013/TR2	1.688	3.541	18.682	23.910
2013/TR3	1.826	3.851	18.546	24.222
2013/TR4	1.907	4.178	18.525	24.610
2014/TR1	2.023	4.525	18.183	24.730
2014/TR2	2.118	4.855	18.168	25.142
2014/TR3	2.213	5.167	18.129	25.510
2014/TR4	2.247	5.537	18.133	25.917
2015/TR1	2.274	5.634	17.842	25.749
2015/TR2	2.343	6.151	17.531	26.024
2015/TR3	2.397	6.636	17.330	26.362
2015/TR4	2.464	6.861	17.468	26.793
2016/TR1	2.492	6.870	17.598	26.959
2016/TR2	2.536	7.183	17.315	27.035

Bron: RIZIV, berekening instellingsforfait 2017.

Vaststellingen:

- in de periode 2013-2016 (eerste twee kwartalen) nam het aantal cliënten met dementie toe met 14,39%.

2.5. Prevalentiegegevens dementie¹¹

Tabel 6: prevalentiegegevens dementie volgens leeftijdsgroep.

%									
Leeftijd	30-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Mannen	0,16%	0,2%	1,8%	3,2%	7,0%	14,5%	20,9%	29,2%	32,4%
Vrouwen	0,09%	0,9%	1,4%	3,8%	7,6%	16,4%	28,5%	44,4%	48,8%

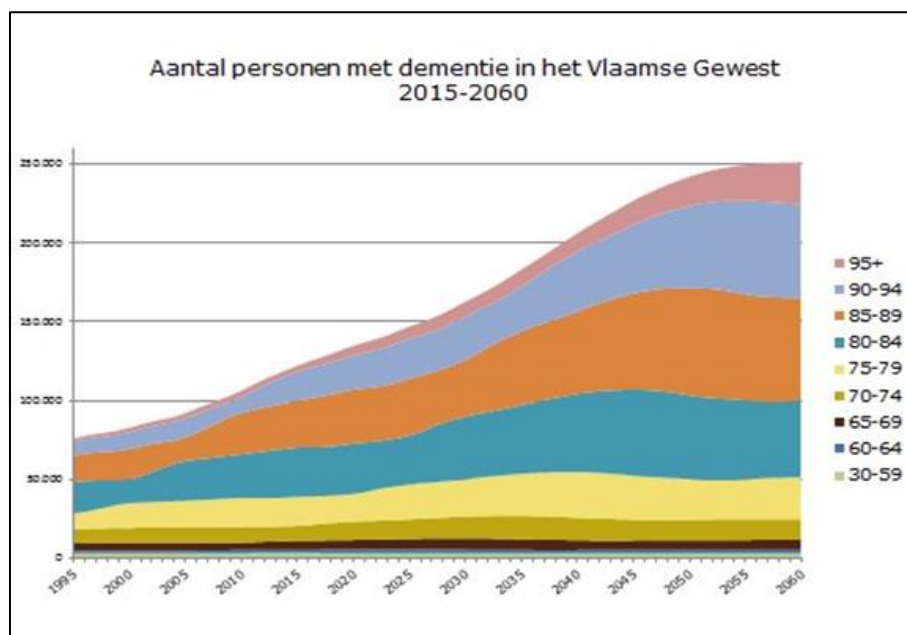
Bron: cijfers op basis van het EuroCoDe onderzoek en (Hofman, Rocca, & Brayne, 1991).

¹¹ Samen verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen. Geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen 2016 – 2019. Vlaamse Regering, 2016.

Voor Vlaanderen is vooral de “dubbele vergrijzing” belangrijk: het aantal mensen op zeer hoge leeftijd stijgt behoorlijk de volgende decennia en juist daar ligt het hoogste risico op dementie. Het aantal personen met een leeftijd van 90 jaar of hoger is in 2015 in Vlaanderen 54.312. Volgens recente bevolkingsprognose zal dat in 2020 stijgen naar 68.048, in 2030 naar 91.267, in 2040 naar 124.337, in 2050 naar 178.330 en in 2060 naar liefst 217.725 personen. Deze cijfers hebben natuurlijk onmiddellijk gevolgen voor het geschatte aantal personen met dementie.

Bij gelijkblijvende therapeutische mogelijkheden en leefstijl stijgt het aantal personen met dementie van 122.161 nu naar 162.818 in 2030, naar 206.201 in 2040, naar 242.064 in 2050 en naar 251.166 in 2060. Dit zou een verdubbeling van het aantal personen met dementie in Vlaanderen betekenen. De stijging zal groter zijn bij vrouwen dan bij mannen, en groter bij de hogere leeftijdscategorieën dan bij de ‘lage’ leeftijdscategorieën. Opgemerkt moet worden dat in de cijfers rekening wordt gehouden met jongdementie (de eerste symptomen en de klinische diagnose “dementie” valt voor de leeftijd van 65 jaar). Het aantal personen met jongdementie blijft ongeveer stabiel: naar schatting gaat het over 5.461 personen¹².

Grafiek 2: evolutie aantal personen met dementie in het Vlaams Gewest periode 2015-2060.¹³



Bron: Samen verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen. Geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen 2016 – 2019. Vlaamse Regering, 2016.

Vaststellingen:

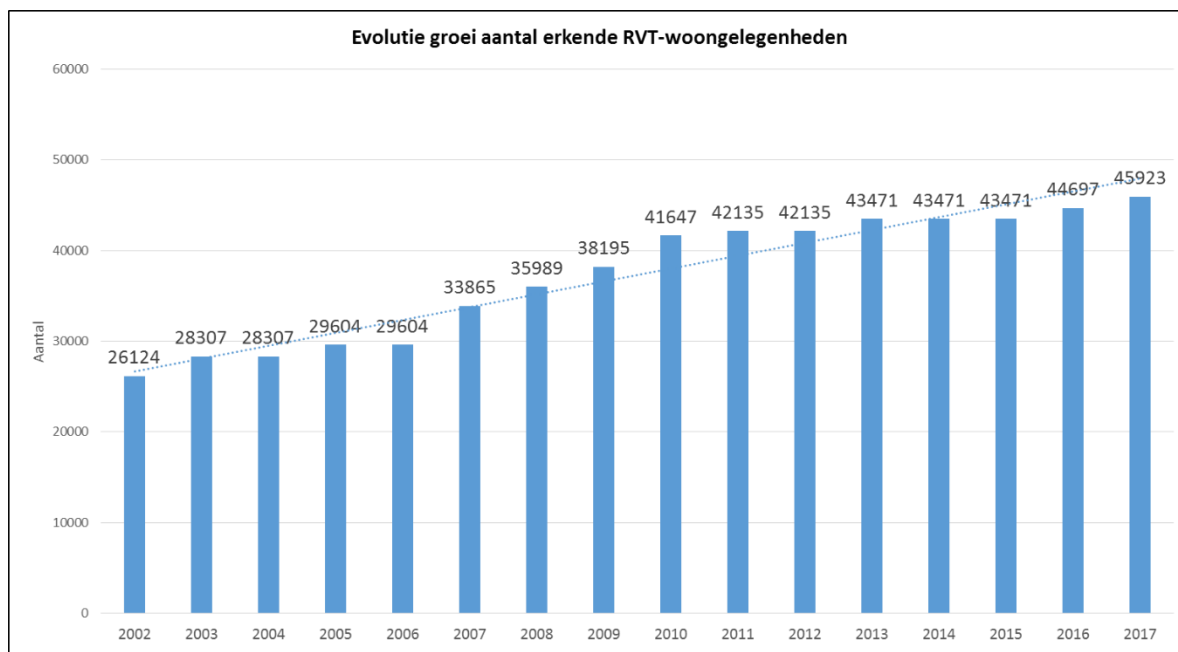
- de verwachte toename van het aantal personen met dementie zal een belangrijke druk leggen op de beschikbare mantelzorg, de thuiszorg en de residentiële zorg en zal aangepaste expertise, competenties, personele omkadering en infrastructuur vragen.

¹² Samen verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen. Geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen 2016 – 2019.

¹³ Samen verder bouwen aan een dementievriendelijk Vlaanderen. Geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen 2016 – 2019.

2.6. Evolutie aantal erkende RVT-bedden periode 2002-2017 in Vlaanderen

Grafiek 3: evolutie aantal RVT-woongelegenheden¹⁴ in woonzorgcentra 01/01/2002 – 01/01/2017.



Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid 2017.

Vaststellingen

- over de jaren heen neemt het aantal bijkomende erkenningen RVT toe;
- de toename van bijkomende erkenningen is afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden;
- ter informatie: de meerkost van één bijkomend RVT-forfait bedraagt ongeveer 9.362 euro/jaar (25,65 euro/dag) tegenover een ROB-forfait zware zorg¹⁵.

2.7. Evolutie erkenningen centra voor kortverblijf, assistentiewoningen, centra voor herstelverblijf en dagverzorgingscentra.

Vele woonzorgcentra differentiëren in een toenemende mate hun aanbod en realiseren een aansluitend woonzorgaanbod, zoals onder andere een centrum voor kortverblijf, een groep van assistentiewoningen, een centrum voor herstelverblijf en een centrum voor dagverzorging. Naast het 'erkende' aanbod bestaat er wat de assistentiewoningen en de centra voor herstelverblijf betreft ook nog een belangrijk aantal 'aangemelde' voorzieningen.

Het woonzorgdecreet voorziet de mogelijkheid dat bepaalde woonzorgvoorzieningen kunnen geëxploiteerd worden buiten het 'erkend' circuit, op voorwaarde dat zij zich aanmelden bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. Volledigheidshalve vermelden we voor deze voorzieningen het aantal aangemelde centra, wooneenheden of woongelegenheden.

¹⁴ RVT-bed staat voor een ROB-bed dat een bijzondere erkenning heeft verworven als rust- en verzorgingsstehuisbed op voorwaarde dat men minimum 25 bewoners met een hoge zorgnood huisvest en hiertoe aan de bijzondere erkenningsvoorwaarden beantwoordt (zoals bijvoorbeeld de personele omkadering).

¹⁵ Bij 19,95 euro/dag of 7.274 euro/jaar. In onderzoek.

heden. Binnen de woonzorgsector bestaat een brede consensus om het principe van 'aanmelding' te verlaten. Dit principe scheidt veel verwarring en een te grote rechtsonzekerheid op vlak van kwaliteit, veiligheid, continuïteit en transparantie voor de gebruikers van dit 'type' van niet erkende woonzorgvoorzieningen.

Tabel 7: evolutie erkende woongelegenheden centra voor kortverblijf 2013-2017.

provincie	1/01/2013	1/01/2014	1/01/2015	1/01/2016	1/01/2017
Antwerpen	389	422	442	534	563
Vlaams-Brabant	226	248	275	296	316
Limburg	130	166	195	213	241
Oost-Vlaanderen	454	515	543	572	588
West-Vlaanderen	441	464	486	509	541
Brussel-Hoofdstad	0	0	10	10	10
TOTAAL	1.640	1.815	1.951	2.134	2.259

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid - foto registratie op 1 januari.

Vaststelling: in de afgelopen 5 jaar is het aantal woongelegenheden in centra voor kortverblijf toegenomen met 619 woongelegenheden. Dit vertegenwoordigt een stijging van 37 %.

Tabel 8: evolutie erkende wooneenheden assistentiewoningen 2013-2017.

Provincie	1/01/2013	1/01/2014	1/01/2015	1/01/2016	1/01/2017
Antwerpen	4.955	5.547	5.561	8.096	8.556
Vlaams-Brabant	2.247	2.364	2.601	3.011	3.394
Limburg	1.715	1.802	1.964	2.175	2.478
Oost-Vlaanderen	4.192	4.392	4.392	4.719	5.059
West-Vlaanderen	3.555	3.924	4.063	4.154	4.813
Brussel-Hoofdstad	32	32	130	180	278
TOTAAL	16.696	18.061	18.711	22.335	24.578

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid - foto registratie op 1 januari.

Vaststelling: in de afgelopen 5 jaar is het aantal assistentiewoningen toegenomen met 7.882 wooneenheden. Dit vertegenwoordigt een stijging van 47 %.

Aantal aangemelde wooneenheden assistentiewoningen op 01/04/2017: **3.749**.

Tabel 9: evolutie aangemelde wooneenheden assistentiewoningen 2013-2017.

jaartal	Aantal aangemelde wooneenheden assistentiewoningen (cumulatief)
01/01/2013	Geen gegevens
01/01/2014	Geen gegevens
01/01/2015	554
01/01/2016	2.651
01/01/2017	3.405

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid - foto registratie op 1 januari.

Tabel 10: aantal aangemelde wooneenheden groep voor assistentiewoningen op 01/01/2017 per provincie.

	Aangemeld
Antwerpen	1.972 ¹⁶
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	196
Limburg	243
Oost-Vlaanderen	518
Vlaams-Brabant	83
West-Vlaanderen	393
Totaal	3.405

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid - foto registratie op 1 januari.

Tabel 11: evolutie erkende woongelegenheden centra voor herstelverblijf 2013-2017.

Provincie	1/01/2013	1/01/2014	1/01/2015	1/01/2016	1/01/2017
Antwerpen	60	60	60	97	97
Vlaams-Brabant	0	0	0	0	0
Limburg	0	35	35	35	35
Oost-Vlaanderen	60	60	60	120	120
West-Vlaanderen	240	120	120	120	120
Brussel-Hoofdstad	0	0	35	35	35
TOTAAL	360	275	310	407	407

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid - foto registratie op 1 januari.

Vaststelling:

- Van de 1.500 geprogrammeerde woongelegenheden in centra voor herstelverblijf waren er op 01/01/2017 407 erkend wat staat voor 27% realisatiegraad.

Aantal aangemelde woongelegenheden centrum voor herstelverblijf op 01/04/2017:

1.112.

Tabel 12: evolutie erkende dagverzorgingscentra 2014-2017.

Dagverzorgings-centra	1/01/2014			1/01/2015			1/01/2016			1/01/2017		
	totaal	gewoon	cado	totaal	gewoon	cado	totaal	gewoon	cado	totaal	gewoon	cado
Antwerpen	36	32	4	44	35	9	51	39	12	61	41	20
Vlaams-Brabant	27	24	3	35	27	8	41	27	14	45	29	16
Limburg	29	25	4	31	25	6	31	25	6	33	25	8
Oost-Vlaanderen	45	40	5	49	41	8	49	41	8	62	50	12
West-Vlaanderen	50	47	3	56	52	4	57	53	4	64	60	4
Brussel-Hoofdstad	2	2	0	2	2	0	2	2	0	4	3	1
TOTAAL	189	170	19	217	182	35	231	187	44	269	208	61

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid 01/01/2017.

¹⁶ In Antwerpen is er een woonzorgactor actief die meer dan ¾ van de aangemelde assistentiewoningen in beheer heeft en een plan aan het uitwerken is om deze aangemelde assistentiewoningen op termijn te erkennen.

Vaststelling: in de afgelopen 4 jaar is het totaal aantal dagverzorgingscentra toegenomen met 80 centra. Dit vertegenwoordigt een stijging van 42%.

Er zijn 5 centra met een erkenning als dagverzorgingscentrum voor palliatieve verzorging.

Tabel 13: evolutie aantal verblijfseenheden bijzondere erkenning centra voor dagverzorging 2009-2017¹⁷.

	Aantal verblijfseenheden bijzondere erkenning	Aangroei
1/01/2009	1.280	
1/01/2010	1.384	104
1/01/2011	1.431	47
1/01/2012	1.543	112
1/01/2013	1.772	229
1/01/2014	1.818	46
1/01/2015	2.036	218
1/01/2016	2.113	77
1/01/2017	2.242	129

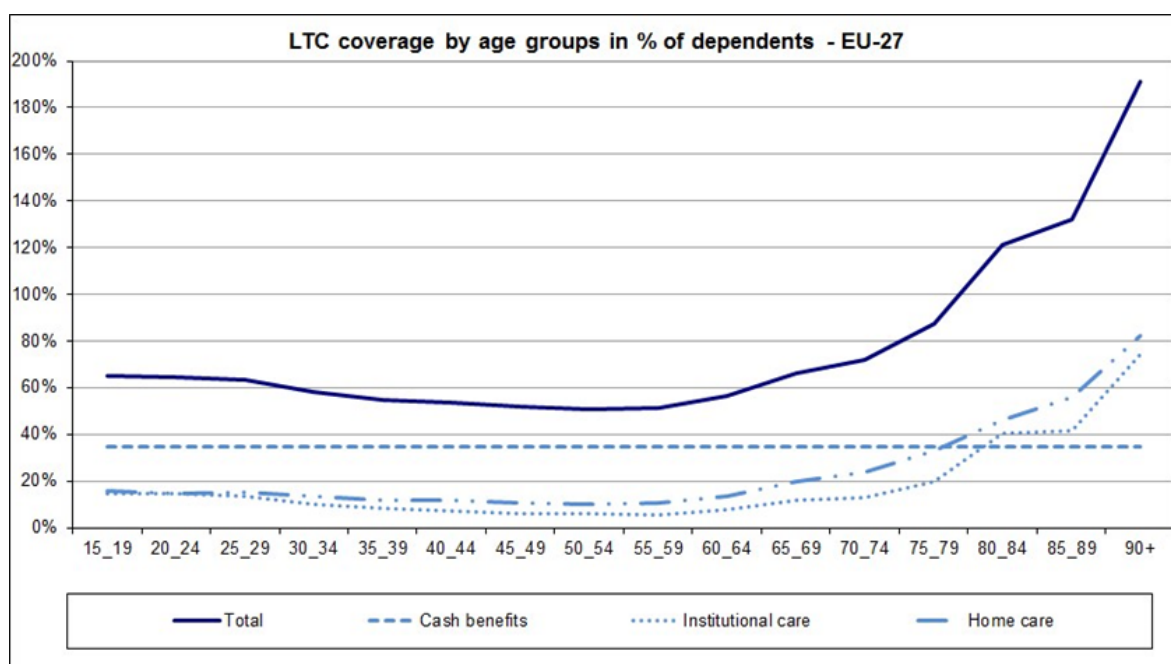
Bron: Z&G 01/04/2017.

¹⁷ Bijzondere erkenning centra voor dagverzorging staat voor de toewijzing van een F-forfait voor de opvang van zwaar zorgbehoevende personen in een erkend dagverzorgingscentrum.

3. Residentiële ouderenzorg in internationaal perspectief^{18 19 20 21 22 23}

Wanneer men de internationale literatuur consulteert over de beleidsvoering met betrekking tot de residentiële ouderenzorg (vaak internationaal 'institutionele' ouderenzorg genoemd), merkt men al snel dat in de beschikbare documenten voornamelijk wordt verwezen naar de noodzaak van het voeren van een meersporenbeleid. De rapporten geven aan dat in de Westerse landen de toenemende vergrijzing de volgende decennia een belangrijke druk zal leggen op de vraag naar informele en formele zorg en ondersteuning van zorgafhankelijke oudere personen, en dus, ook op de beschikbare budgetten. Onderstaande grafiek toont aan dat in alle Europese landen de vraag naar voorzieningen in het kader van de langdurige zorg toeneemt met de leeftijd.

Grafiek 4: evolutie gebruik langdurige zorg per leeftijdscategorie in % per type van zorg in EU 27²⁴.



Bron: Commissie dienstverlening (DG ECFIN), based on 2012 AR.

Beleidsmakers worden aangespoord om de preventie en gezondheidspromotie, de eerstelijnszorg, de mantelzorg en het vrijwilligerswerk in de thuiszorg beleidsmatig meer en beter te versterken, met als doel de opname in een residentiële zorgvorm uit te stellen of te vermijden. De integratie van de gezondheidszorg en welzijnszorg is hierbij een terugkerend item, alsook de aanbeveling om de coördinatie tussen de

¹⁸ Leichsenring, K., Billings, J. and H. Nies (eds.) *Long-term care in Europe. Improving policy and practice*. Basingstoke 2013: Palgrave Macmillan.

¹⁹ OECD/European Commission (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD. Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

²⁰ European Economy. *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*. Economic Papers 469. November 2012.

²¹ OECD (2016) (2016), *Health Workforce in OECD countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

²² *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*. European Union, 2012.

²³ OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD. Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

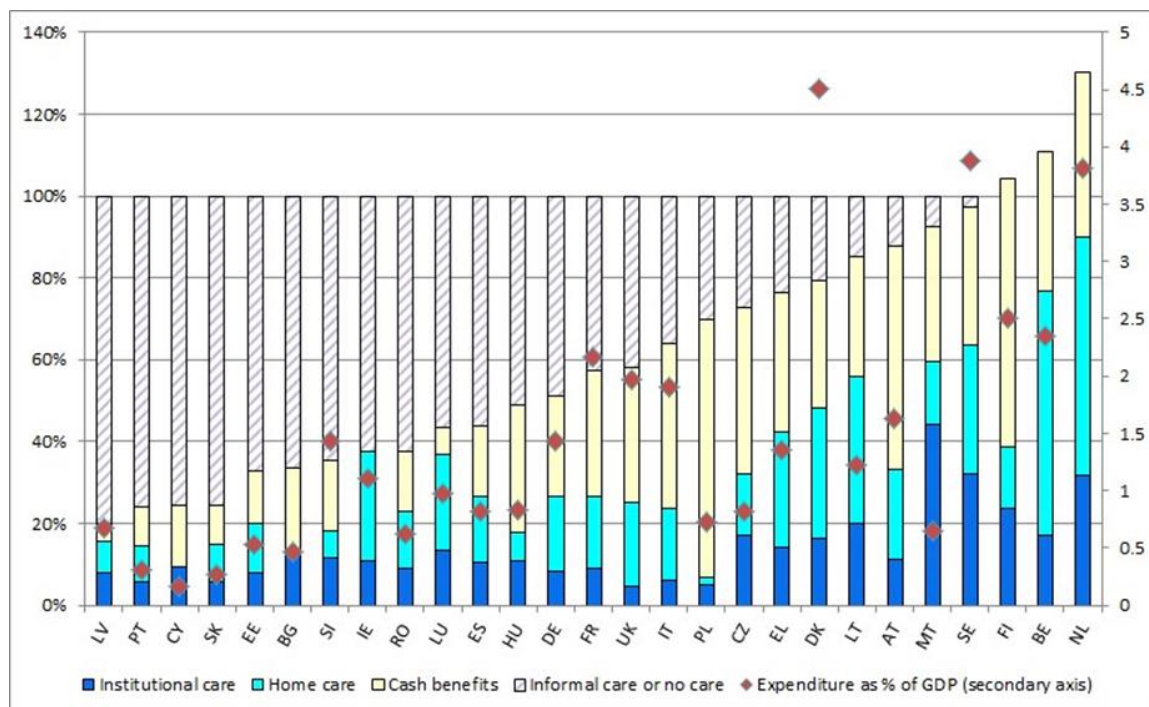
²⁴ European Economy. *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*. Economic Papers 469. November 2012, p.12.

thuiszorg, de residentiële ouderenzorg en de ziekenhuiszorg voor oudere personen te verbeteren. Men adviseert de bevoegde overheden om de nodige maatregelen te treffen zodat de instroom van kwantitatief en kwalitatief voldoende professioneel zorgpersoneel wordt gegarandeerd. Daarnaast suggereert men om de aantrekkelijkheid en de werkbaarheid van het werken in de ouderenzorg te optimaliseren. De beleidsmatige inzet op aangepaste woningen en technologie beoogt de thuiszorg voor kwetsbare ouderen eveneens in een meer haalbaar perspectief te plaatsen. Voor de institutionele ouderenzorg wordt bijzondere aandacht gevraagd voor de specifieke behoeften van allochtone ouderen, de zorg voor personen met dementie en de palliatieve zorg.

In landen, zoals in de Scandinavische landen, heeft men beleidsmatig een belangrijke reductie van het institutionele zorg gerealiseerd ten voordele van een forse investering in de thuiszorg. In Nederland heeft men de woongelegenheden in de verzorgingshuizen gesloten (vanuit een besparingsobjectief) en doet men een groter beroep op de zelfzorg en de zorg van de sociale omgeving van de oudere persoon²⁵. Decentralisering en privatisering zijn eveneens terugkerend items in het beleidsmatig denken rond ouderenzorg.

Onderstaande grafiek geeft per geïncludeerd Europees land een overzicht van de aard van langdurige zorg en ondersteuning aan (gegevens 2010)²⁶.

Grafiek 5: onderdeel van de totale langdurige zorg per type van zorg en ondersteuning (2010) in EU.



Bron: Commissie dienstverlening (DG ECFIN).

In deze grafiek merken we op dat België, net zoals Nederland, verhoudingsgewijze meer inzet op thuiszorg, dan de andere Europese landen. Er is een verband vast te stellen tussen de publieke uitgaven (aandeel BNP in de grafiek) en de mate waarin beroep moet

²⁵ ActiZ, juni 2014. Sluiting verzorgingshuizen. Publicatienummer 14.011. Amsterdam.

²⁶ European Economy. Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27. Economic Papers 469. November 2012, p.16.

gedaan worden op informele zorg en/of de mate waarin de zorg- en/of ondersteuningsvragen niet beantwoord worden. Met andere woorden, hoe lager de inzet van collectieve middelen, hoe meer men beroep doet (al dan niet gedwongen) op de informele zorg om de bestaande zorg- en ondersteuningsnoden te lenigen. Wat de institutionele zorg betreft, zit België eerder in de middenmoot. In 2010 waren Malta, Zweden, en Nederland bij de landen met een hoog percentage aan institutionele zorg.

Diverse internationale rapporten beschrijven de verschillende financieringsmodellen van de ouderenzorg met vermelding van de voor- en nadelen van elk model. Veel aandacht gaat naar de kwaliteit van het leven in de residentiële ouderenzorg en het belang van het respecteren van de rechten van de oudere personen die er verblijven. Uit de beschikbare rapporten blijkt dat het inschatten van het aantal noodzakelijke 'woongelegenheden' in de residentiële ouderenzorg vanzelfsprekend gerelateerd wordt aan de demografische ontwikkelingen, maar dat de vraag naar dergelijke woongelegenheden ook afhankelijk is van diverse sociale en economische factoren van een land. Cijfers die we vonden en waarin België gepositioneerd wordt zijn enerzijds verouderd, anderzijds verwijzen ze naar 'Belgische' cijfers, wat sinds de staatshervorming van 2014 niet meer relevant is. Bovendien is het ook niet steeds duidelijk of de definitie van 'institutionele' ouderenzorg in alle landen die met elkaar worden vergeleken wel dezelfde is.

Een bijzonder waardevol document is het Nederlands rapport '*Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen.*' Een rapport dat bijdragen bevat van personen en partijen betrokken bij de verpleeghuiszorg in Nederland. Het kadert in het plan van de staatssecretaris Van Rijn dat gelanceerd werd onder de benaming '*Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen*' en had als doelstelling de ouderenzorg in Nederland te verbeteren. Als belangrijkste speerpunten hierbij werden genoemd: de kwaliteit door de ogen van de bewoner, de deur wagenwijd open voor mantelzorgers, trotse zorgverleners en de baan ruimen voor goede verpleeghuizen met ambitie.

In januari 2017 werd bijkomend door het Zorginstituut Nederland een '*Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*' gelanceerd. Het kwaliteitskader kwam tot stand in samenwerking tussen de overheid en de betrokken actoren. Voor de hele sector en alle betrokken partijen beschrijft dit kader wat cliënten en naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Het biedt ruimte en vertrouwen om lokaal en contextgebonden invulling te geven aan zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd kent het kader ook concrete vereisten voor en opdrachten aan de sector om de komende jaren verder te ontwikkelen en het lerend vermogen te versterken. De cliënt als mens is het vertrekpunt voor dit kader. Het is de cliënt die bepaalt welke en hoe zorgverleners en zorgorganisaties zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. En het is ook de cliënt die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt: in welke mate is hij of zij tevreden over de bijdrage van de geleverde zorg aan de beoogde kwaliteit van leven? Het is aan zorgverleners en organisaties om de zorg hierop af te stemmen, inzichtelijk te maken op welke wijze hieraan gewerkt wordt en blijvend te leren en te verbeteren. Beide Nederlandse vermelde documenten kunnen, naast nog andere buitenlandse documenten en artikels, inspirerend zijn voor de Vlaamse context^{27 28}.

²⁷ Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. Van goede zorg verzekerd. 2017.

²⁸ Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Waardigheid en trots. 2017. <https://www.waardigheidentrots.nl/>

Persoonsvolgende financiering

In verschillende Europese landen worden er modellen van persoonsvolgende financiering toegepast. Ervaringen uit het buitenland, leren ons over de verschillende wijzen waarop PVF geïmplementeerd kan worden, alsook over de voor- en nadelen van de PVF.

Nederland:

- Het Persoonsgebonden budget via de Wet Langdurige Zorg (PGB-WLZ) is bedoeld voor mensen die intensieve, langdurige (24 x 7) zorg nodig hebben, zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige geestelijke of lichamelijke beperking of aandoening. Is bedoeld voor persoonlijke verzorging, verpleging, kortdurend verblijf in een instelling en ondersteunende en activerende begeleiding
- Het Persoonsgebonden budget via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (PGB-WMO) is bedoeld voor mensen die begeleiding en ondersteuning nodig hebben (individueel of in groepsverband), zoals huishoudelijke hulp, dagbesteding of bepaalde voorzieningen en hulpmiddelen. Is een budget voor huishoudhulp.
- Het Persoonsgebonden budget via de Zorgverzekeringswet (PGBZVW) is bedoeld voor mensen die persoonlijke verpleging en/of verzorging nodig hebben of kinderen die behoefte hebben aan intensieve zorg, bijvoorbeeld bij autisme. Is een budget voor huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, persoonlijke verpleging, persoonlijke verzorging, intensieve kindzorg, palliatief terminale zorg, behandeling om te leren omgaan. met een zintuiglijke beperking
- Het Persoonsgebonden budget via de Jeugdwet (PGB-Jeugdwet) is bedoeld voor kinderen en jeugdigen die zorg, hulp en/of ondersteuning nodig hebben, zoals persoonlijke verzorging, begeleiding of kortdurend verblijf. Is een budget voor zorg en hulp bij opvoedingsproblemen, geestelijke gezondheidszorg, zorg bij een lichamelijke of verstandelijke beperking, individuele begeleiding en dagbesteding in groepsverband, vervoer bij begeleiding en vervoer naar instelling, persoonlijke verzorging, kindbescherming en jeugdreclassering, gesloten jeugdzorg.

Duitsland:

- Het Persönliches Budget (PB) is bedoeld voor wie door een lichamelijke, psychologische of geestelijke ziekte of handicap frequent of in aanzienlijke mate zorg nodig heeft voor hun dagelijkse activiteiten voor een periode van minstens 6 maanden. Ook kinderen en ouderen komen hiervoor in aanmerking. Het recht op het PB staat los van de vorm en zwaarte van de beperkingen en is onafhankelijk van welke diensten de persoon aanvraagt.
- Er zijn verschillende soorten PBs:
 1. De Pflegeversicherung (PV) is bedoeld voor personen met een langdurige zorgbehoefte (ouderen of personen met een handicap). Men krijgt een budget of zorg in natura.
 2. Het Trägerübergreifendes persönliches Budget (TPB) is een inclusiebudget waarmee men ook ondersteuning op het werk en begeleid wonen kan financieren. Hiermee heeft men de stap gezet naar volwaardige directe financiering. Dit budget is een recht dat men kan afdwingen.

- De PV werd in 1994 ingevoerd als een verzekering voor mensen met een langdurige zorgbehoefte. Dit budget was laag en viel eerder te vergelijken met een mantelzorgpremie. In 2001 werd het TPB (gecombineerd budget) ingevoerd. Hiermee kon men een budgetaanvraag indienen voor diensten van verschillende zorgverleners. Sinds 2008 heeft iedereen recht op een PB.

Oostenrijk:

- In 1993 werd het Pflegegeld ingevoerd in Oostenrijk. Pflegegeld is bedoeld voor iedere burger met een lichamelijke, verstandelijke, psychische of zintuiglijke beperking die meer dan 50 uur zorg of oppas per maand nodig heeft, gedurende een periode die ten minstens 6 maanden duurt, heeft recht op een zorgtoelage. Ook ouderen komen in aanmerking.
- Het Pflegegeld is bedoeld om zorgbehoevende personen door middel van een forfaitaire bijdrage te verzekeren van hulp en bijstand, zodat zij meer kansen hebben om een autonoom en aan hun behoeften aangepast leven te leiden.

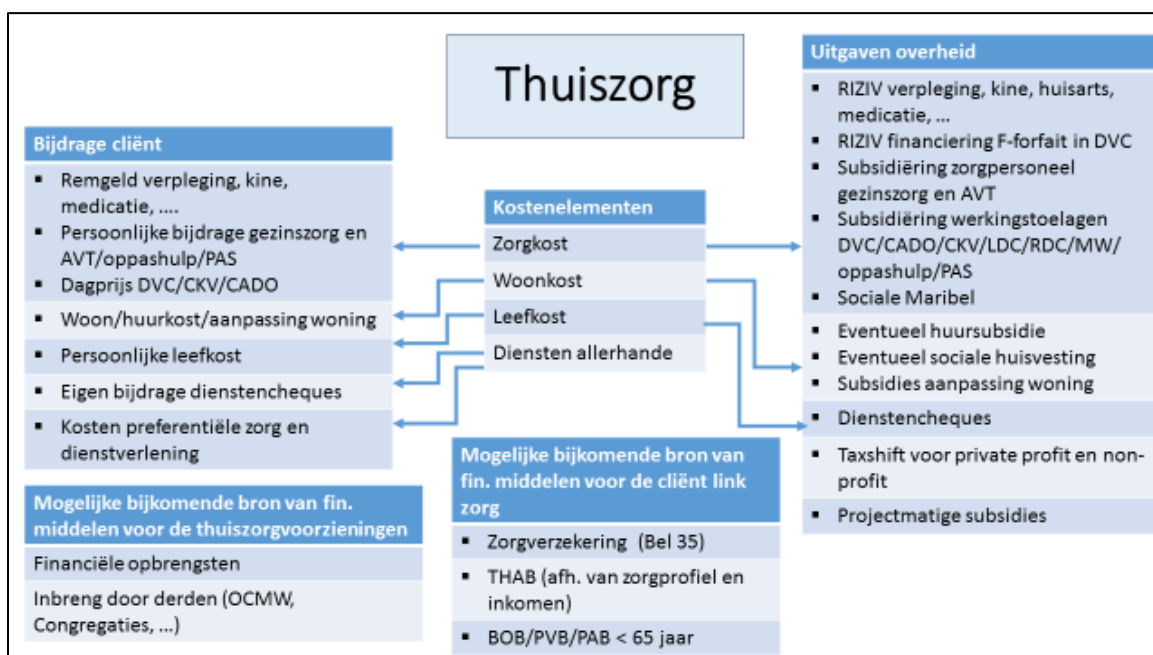
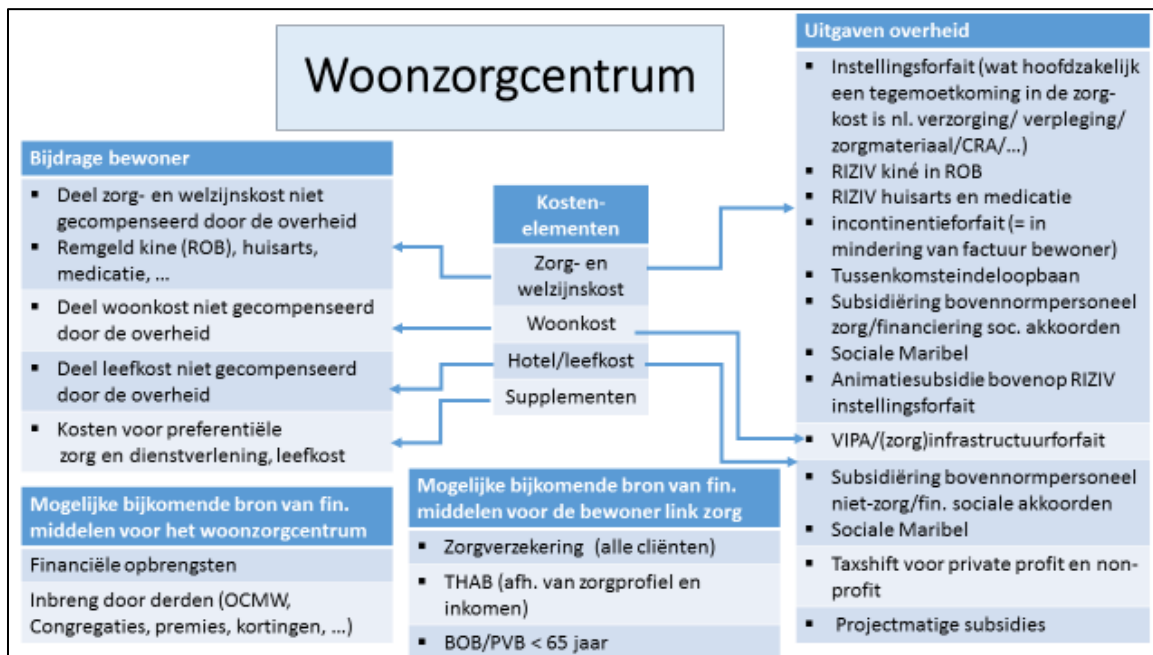
Engeland:

- Elke zorgbehoevende persoon, ongeacht zijn leeftijd of soort beperking kan in aanmerking komen voor Direct Payments (1997). De leeftijdsgrens op 65 jaar werd opgeheven in 2000. Sindsdien kunnen ouderen ook gebruik maken van het systeem. De in- en exclusiecriteria worden opgelegd door lokale overheden. Over het algemeen kan een budget gebruikt worden voor alle huishoudelijke hulp, behalve voor medische zorg en verpleging. Ook hulpmiddelen kunnen ermee betaald worden. Een budget kan niet ingezet worden voor residentiële zorg. Personen met leerstoornissen kunnen tevens gebruik maken van Direct Payments.
- Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor het uitreiken van de budgetten. De regelgeving verschilt sterk van regio tot regio en van gemeente tot gemeente. Voorzieningen die zorg aanbieden aan personen met een budget, worden bijkomend gefinancierd door de overheid. Deze financiering wordt door de lokale autoriteiten geregeld en verschilt dus ook sterk van regio tot regio.
- Direct Payments zijn bedoeld voor zorgbehoevenden die bij voorkeur hun eigen zorg en ondersteunende diensten regelen. De bedragen worden rechtstreeks aan de persoon (of aan zijn vertegenwoordiger) toegekend opdat deze er zelf controle over heeft.
- Direct Payments kunnen gebruikt worden voor alle huishoudelijke hulp, behalve voor medische zorg en verpleging. Ook hulpmiddelen kunnen ermee betaald worden. Een budget kan niet ingezet worden voor residentiële zorg. Personen met leerstoornissen kunnen tevens gebruik maken van Direct Payments.

4. Financiering van de woonzorgcentra

4.1. Inleiding

De financiering van de woonzorgcentra is een complex gegeven. De onderstaande schema's geven aan dat er zowel voor de residentiële ouderenzorg als voor de thuiszorg verschillende financieringsstromen zijn en dat, zelfs ná de zesde staatshervorming, er nog een rol blijft van de federale overheid.



4.2. Financieringswijze

De woonzorgcentra kunnen, zoals vaststelbaar is, rekenen op verschillende financieringsbronnen, meer bepaald subsidies van de Vlaamse overheid (o.a. Sociale Maribel, werkingssubsidies, infrastructuurforfait, ...), federale middelen (kinesitherapeutische prestaties in ROB), de voormalige RIZIV-inkomsten waarvoor Vlaanderen sinds de zesde staatshervorming bevoegd is ("instellings-forfait", derde luik) en de persoonlijke bijdrage van de oudere zelf (dagprijs en supplementen). De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra worden in hoofdzaak gefinancierd bij middel van een 'in kind' financiering. In afwachting van het nieuwe financieringssysteem (persoonsvolgende financiering) wordt voorlopig de huidige 'instellingsfinanciering' behouden.

In het algemeen kan men in de kosten van de woonzorgcentra een onderscheid maken tussen de kosten met betrekking tot zorg en welzijn, de woonkosten of leefkosten en de supplementen. Aan de inkomstenzijde onderscheiden we volgende bronnen: financiering van de zorgkost (instellingsforfait), de werkingstoelagen van de Vlaamse Gemeenschap (in de woonzorgcentra betreft dit de werkingstoelagen voor de animatiefunctie), subsidies gekoppeld aan bepaalde tewerkstellingsmaatregelen (Sociale en financiële Maribel, vrijstelling van arbeidsprestaties en eindloopbaan), het uitvoeren van sociale akkoorden (loonharmonisering, jobcreatie mobiele equipes en personeel dementie, premies voor verpleegkundigen die houder zijn van bepaalde titel of beroepsbekwaamheid), de VIPA-infrastructuursubsidie (vanaf 2018 het infrastructuurforfait per ligdag) en de inkomsten uit de dagprijs.

De dagprijsreglementering bepaalt wat al dan niet moet opgenomen worden in de dagprijs, wat mogelijke supplementen kunnen zijn en welke voorschotten aan derden kunnen worden gefactureerd. De dagprijzen van de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf, de groepen van assistentiewoningen en centra voor dagverzorging zijn onderworpen aan de reglementering inzake de dagprijscontrole, een bevoegdheid die bij de zesde staatshervorming werd overgedragen van de federale overheid aan de Gemeenschappen/Gewesten.

4.3. RIZIV-inkomsten²⁹

Het instellingsforfait dat een voorziening ontvangt is afhankelijk van:

- 1) de graad van zorgbehoevendheid zoals bepaald met het formulier "Katzschaal";
- 2) het tewerkgesteld zorgpersoneel (aantal en kwalificatie en anciënniteit);
- 3) type bed (statuut: ROB/RVT);
- 4) het juridisch statuut van het woonzorgcentrum.

De KATZ-schaal is een evaluatieschaal om de fysieke afhankelijkheidsgraad/ zorgbehoevendheid van de bewoner te bepalen. Ze bestaat uit een vragenlijst waarmee men zijn mogelijkheden in 6 domeinen van het dagelijks leven worden geëvalueerd: zich wassen, zich kleden, transfer en verplaatsingen, toiletbezoek, continëntie en eten. Voor elk domein varieert het antwoord tussen 4 scores, gaande van 'geen behoefte aan enige hulp' tot 'behoefte aan volledige hulp'. Op basis van de som van de individuele scores wordt het zorgprofiel bepaald:

²⁹ Sinds de 6de staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid.

- zorgprofiel O: bijna geen zorg/hulp nodig ofwel volledig zelfredzaam;
- zorgprofiel A: lichte zorg, ofwel matig zorgbehoevend;
- zorgprofiel B: zorgafhankelijk, ofwel zwaar zorgbehoevend;
- zorgprofiel C: zwaar fysiek zorgafhankelijk;
- zorgprofiel Cd: zwaar fysiek zorgafhankelijk en persoon gedesoriënteerd in tijd en ruimte;
- zorgprofiel Cc: comateuze cliënten
- zorgprofiel D: voor alle personen bij wie de diagnose dementie werd gesteld aan de hand van een gespecialiseerd diagnostisch bilan, ongeacht hun fysieke afhankelijkheid.

De voormalige RIZIV-financiering (sinds de 6de staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid) is over de jaren heen uitgegroeid tot een ingewikkeld en complex gegeven. In de volgende tekst gaan we kort in op de basisprincipes. De (huidige) RIZIV-inkomsten van een woonzorgcentrum bestaan uit drie grote financieringsmechanismen en komen tegemoet in de kost van de verzorging van de cliënten:

- het instellingsforfait;
- tegemoetkoming derde luik (loonharmonisering, jobcreatie mobiele equipes en personeel dementie);
- tegemoetkoming eindeloopbaanmaatregel.

De medische honoraria en de terugbetaalbare geneesmiddelen zijn niet in het RIZIV-forfait vervat, maar worden vergoed volgens de normale regels van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.

a) Het instellingsforfait

Het instellingsforfait dat een woonzorgcentrum ontvangt wordt bepaald door de volgende elementen (tijdens een referentieperiode):

- het zorgprofiel van de bewoners;
- het statuut van de erkende woongelegenheden (ROB/RVT/CVK);
- het tewerkgesteld zorgpersoneel (de mate waarin men voldoet aan de personeelsnormen, de kwalificatie van het personeel en de anciënniteit).

Er wordt reeds jaren een onderscheid gemaakt wat de financiering van zwaar zorgbehoevende bewoners betreft en dit naargelang een bewoner is opgenomen in een woongelegenheden die enkel erkend als woonzorgcentrum (ROB) of in een woongelegenheden met een bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis (RVT).

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de gefinancierde personeelsnormen naargelang het zorgprofiel van de bewoner en naargelang de bewoner in een ROB, dan wel RVT-bed verblijft.

Tabel 14: RIZIV personeelsnormen ROB-RVT in functie van zorgzwaarteprofiel.

Per 30 recht-hebbers	Woonzorgcentrum (ROB)			Rust- en verzorgingstehuis			
	Verpleegkundige	Zorgkundige	Personeel reactivering	Verpleegkundige	Zorgkundige	Kine/ergo/logo	Personeel reactivering
O	0,25	-	-				
A	1,20	1,05	-				
B	2,1	4	0,35	5	5,2	1	0,1
C	4,1	5,06	0,385	5	6,2	1	0,6
Cd	4,1	6,06	0,385	5	6,7	1	0,6
D	1,2	4	1,25				

+ 1,4 lid van het personeel voor reactivering per 30 patiënten die verblijven in een erkend bed voor kortverblijf (liaisonfunctie³⁰);

- In ROB wordt voor de bewoners met een zorgzwaarteprofiel B de financiering voorzien van 6,45 VTE zorgpersoneel voor 30 bewoners met dit zorgprofiel, in RVT bedraagt dit 11,3 VTE. Wat een verschil maakt van **4,85 VTE**.
- In ROB wordt voor de bewoners met een zorgzwaarteprofiel C de financiering voorzien van 9,54 VTE zorgpersoneel voor 30 bewoners met dit zorgprofiel, in RVT bedraagt dit 12,8 VTE. Wat een verschil maakt van **3,25 VTE**.
- In ROB wordt voor de bewoners met een zorgzwaarteprofiel Cdem de financiering voorzien van 10,54 VTE zorgpersoneel voor 30 bewoners met dit zorgprofiel, in RVT bedraagt dit 13,3 VTE. Wat een verschil maakt van **2,75 VTE**.

Tabel 15: raming van de kost van het instellingsforfait per zorgprofiel en per statuut (bedrage index 01-06-2017)³¹.

Loonkost per kwalificatie				
	vpk	zorgkundige	K-E-L	reactivering
loonkost	€ 65.286,41	€ 51.358,54	€ 58.609,83	€ 58.609,83

Deel A1 (personeelsnorm): kost per dag					
	vpk	zorgkundige	K-E-L	reactivering	totaal
ROB-O	1,49 €	- €	- €	- €	1,49 €
ROB-A	7,15 €	4,92 €	- €	- €	12,08 €
ROB-B	12,52 €	18,76 €	- €	1,87 €	33,16 €
ROB-C	24,45 €	23,73 €	- €	2,06 €	50,24 €
ROB-Cd	24,45 €	28,42 €	- €	2,06 €	54,93 €
ROB-D	7,15 €	18,76 €	- €	6,69 €	32,61 €
RVT-B	29,81 €	24,39 €	5,35 €	0,54 €	60,09 €
RVT-C	29,81 €	29,08 €	5,35 €	3,21 €	67,45 €
RVT-Cd	29,81 €	31,42 €	5,35 €	3,21 €	69,80 €
RVT-Cc	41,74 €	56,28 €	5,35 €	8,03 €	111,40 €
CVK-O	1,49 €	- €	- €	7,49 €	8,98 €
CVK-A	7,15 €	4,92 €	- €	7,49 €	19,57 €
CVK-B	12,52 €	18,76 €	- €	9,37 €	40,65 €
CVK-C	24,45 €	23,73 €	- €	9,55 €	57,73 €
CVK-Cd	24,45 €	28,42 €	- €	9,55 €	62,42 €
CVK-D	7,15 €	18,76 €	- €	14,18 €	40,10 €

³⁰ Die liaisonfunctie kortverblijf wordt niet omschreven in het ministerieel besluit van 2003 (instellingsforfait). Voor de centra voor kortverblijf komt dit in de praktijk neer op een hogere norm personeel voor reactivatie in kortverblijf.

Geraamde kost instellingsforfait per zorgprofiel en per statuut												
	doel A1+A2+A3: personeelkosten	doel B1: verzorgingsmateriaal	doel B2 producten nosocomiale ziekten	doel C: palliatieve functie	doel D admkosten	doel E1: functiecomp/hidpjk RVT	doel E2: functiecomp/diensthoofd	doel E3: helpenpersoneel dementie	doel F: CRA RVT	doel G: laagstand CVR	doel H: vorming personeel dementie	TOTAAL (geraamde kost instellingsforfait per zorgprofiel en per statuut)
ROB-D	2,25 €	0,17 €	0,07 €	- €	0,13 €	- €	0,05 €	0,41 €	- €	- €	- €	3,08 €
ROB-A	15,34 €	0,34 €	0,07 €	- €	0,13 €	- €	0,05 €	0,41 €	- €	- €	- €	17,34 €
ROB-B	36,44 €	0,50 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	- €	0,05 €	0,41 €	- €	- €	- €	37,96 €
ROB-C	55,20 €	0,60 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	- €	0,05 €	0,41 €	- €	- €	0,36 €	57,25 €
ROB-Gd	60,36 €	0,60 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	- €	0,05 €	0,41 €	- €	- €	0,36 €	62,41 €
ROB-D	35,83 €	0,50 €	0,07 €	- €	0,13 €	- €	0,05 €	0,41 €	- €	- €	- €	36,99 €
RVT-B	65,01 €	0,50 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	0,71 €	0,05 €	0,41 €	0,61 €	- €	- €	68,84 €
RVT-C	74,11 €	0,60 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	0,71 €	0,05 €	0,41 €	0,61 €	- €	0,36 €	77,48 €
RVT-Gd	75,60 €	0,60 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	0,71 €	0,05 €	0,41 €	0,61 €	- €	0,36 €	80,06 €
RVT-Gc	122,41 €	11,12 €	0,07 €	0,36 €	0,13 €	0,71 €	0,05 €	0,41 €	0,61 €	- €	- €	135,06 €

b) De tegemoetkoming derde luik

De tegemoetkoming derde luik werd in het leven geroepen ter financiering van de meerkost van de verschillende sociale akkoorden. Het bestaat uit financiering 'loonharmonisering': deze financiering geldt enkel voor het loontrekkend bovennorm zorgpersoneel en het administratief, technisch en werkliedenpersoneel tewerkgesteld in een woonzorgcentrum inclusief een dagverzorgingscentrum. Daarnaast is er ook financiering voor jobcreatie (mobiele equipes en personeel dementie). Het gaat hier om forfaitaire bedragen per VTE .

De baremaharmonisering van het normpersoneel wordt opgenomen in het dagforfait A1. Voor de berekening van de financiering in het derde luik worden ook de studenten, de sociale/fiscale maribellers, vervangers in het kader van een vormingsproject, de loontrekkende beheerder, de personeelsleden tewerkgesteld in het dagverzorgingscentrum, en het teveel aan vervangers in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen, mee genomen. Alle zelfstandigen, interimpersoneel en de vervangers in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen worden niet via het derde luik gesubsidieerd. Vanaf het besluit van 17 augustus 2007 rekent het RIZIV met dezelfde referentieperiode als bij de financiering van het instellingsforfait, meer bepaald van 1 juli van het jaar X tot 30 juni van het jaar X+1. Omwille van budgettaire reden is een correctiemechanisme voorzien van zodra het plafond van 25.278 te financieren VTE bereikt is.

De tegemoetkoming voor niet-zorgpersoneel wordt anders ingevuld voor de private en de openbare voorzieningen. De private voorzieningen ontvangen een tegemoetkoming voor het niet-zorgpersoneel in functie van het effectieve aantal VTE niet-zorgpersoneel. De openbare voorzieningen ontvangen een tegemoetkoming berekend op basis van het aanwezige VTE zorgpersoneel. Deze wijze van berekening werd in het verleden door het RIZIV met de koepels onderhandeld en afgesproken.

Tabel 16: de tegemoetkoming derde luik per VTE die in aanmerking komt, op jaarbasis.

	Bedragen juni 2016 in euro
Verpleegkundige A1	7.007,69
Verpleegkundige A2	6.639,52
Verzorgende	10.653,56
Kiné, ergo, logo, reactivering	3.152,44
Niet-zorgpersoneel private sector	10.261,87
Niet-zorgpersoneel openbare sector	3.672,94

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid/RIZIV 01/01/2017.

Met de persoonsvolgende zorgfinanciering in het perspectief enerzijds, en de actualisering van de RIZIV-personeelsnormen anderzijds, dient een passende oplossing te worden gevonden voor de integratie van het budget bovennormpersoneel binnen het toekomstig globale zorgbudget van de woonzorgcentra. Om deze reden wordt een technische werkgroep samengesteld die als doel heeft voorstellen hieromtrent uit te werken en voor te stellen.

c) De tegemoetkoming eindeloopbaanmaatregel

Om de uitstroom van het verzorgend en verplegend personeel in de social-profitsectoren te beperken, werd in het Federale Gezondheidsakkoord van 1 maart 2000 de maatregel eindeloop-baan en arbeidsduurvermindering ingevoerd. Ook het Gemeenschappelijk Comité van de overheidsdiensten heeft deze maatregel opgenomen (protocol nummer 120/2 van 28 november 2002), waardoor ook deze maatregelen gelden in de openbare gezondheidssectoren. In het kader van de CAO van 26 oktober 2005 met betrekking tot de arbeidsduurvrijstelling komt het RIZIV tussen in de financiering van de vervangingsovereenkomsten.

De eindeloopbaanmaatregel in de woonzorgcentra is vooral gericht op het verplegend en verzorgend personeel, alsook de maatschappelijk en psychologisch assistenten, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen (tewerkgesteld in zorgteam of geïntegreerd in therapeutische programma's), opvoeders, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, audiologen en diëtisten. Ander personeel (onderhoudspersoneel, administratief personeel, etc.) moet aan een aantal bijkomende voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor deze maatregel: er moeten minstens 200 uur onregelmatige prestaties (zaterdag, zondag, feestdagen, nachtdienst, werken in onderbroken diensten) zijn verzameld hebben tijdens een periode van 24 maanden die voorafgaat aan de maand waarin de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt wordt.

Het personeel krijgt in het kader van de eindeloopbaanmaatregel twee opties:

- ofwel arbeidsduurvrijstelling vanaf 45 jaar, met loonbehoud;
- ofwel een premie vanaf 45 jaar, om het blijven werken financieel aantrekkelijker te maken (enkel voor verpleegkundigen).

Het voltijds personeel heeft vanaf 45 jaar tot 49 jaar recht op een arbeidsduurvrijstelling (AV of vrijstelling van arbeidsprestaties – VAP-dagen) van 96 uren per jaar, ofwel twee uur per week. De premie bedraagt 5,26% van het voltijds loon. Deeltijdswerkenden hebben uiteraard maar recht op deze maatregelen naar verhouding van hun contractuele arbeidstijd. Personeelsleden met een leeftijd tussen 50 en 54 jaar hebben recht op een ADV van 192 uren per jaar, ofwel vier uren per week, of een premie van 10,52% van het voltijdsloon (verpleegkundigen). Personeelsleden met een leeftijd van 55 jaar of ouder hebben recht op een ADV van 288 uren per jaar, ofwel 6 uren per week, of een premie van 15,78% van het voltijds loon. Een combinatie van arbeidsduurvrijstelling en premie is mogelijk voor verpleegkundigen vijftig plussers.

In de thuiszorgsector wordt de maatregel eindeloopbaan onder de vorm van VAP-dagen (vrijstelling van arbeidsprestaties) geformuleerd en staat gelijk aan 'de arbeidsduurvrijstelling met loonbehoud'. Een premie behoort niet tot de mogelijkheid. De vrijgekomen uren na ADV moeten ingevuld worden om aanspraak te kunnen maken op de financiële compensatie. Dit kan door een nieuwe aanwerving ofwel door een verhoging van de contractuele arbeidsduur van andere werknemers in de voorziening.

4.4. Budgettaire kader

De onderstaande tabel geeft een overzicht van het budget 2017 met betrekking tot de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra. Het betreft hier zowel werkingsmiddelen (bijvoorbeeld voor de woonzorgcentra voor de financiering van de animatiefunctie), als de voormalige RIZIV middelen, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap sinds 2014 bevoegd is. De Vlaamse Gemeenschap voorziet geen werkingsmiddelen in de centra voor herstelverblijf en de assistentiewoningen. In deze voorzieningen geldt de financiering van de thuisgezondheidszorg.

Tabel 17: budget ouderenzorg 2017.

Budget 2017- cijfers begrotingsaanpassing 2017	In duizend euro
RIZIV financiering ROB/RVT/CVK/ Werkingstoelage animatie	1.664.899
Sociaal akkoord	302.040
RIZIV financiering CVD	29.965
Werkingsstoelage kortverblijf en dagverzorging	15.014
ex-gesco	5.017
ex-dac	3.609
netwerken voor de zorg voor personen met dementie en hun omgeving	1.656
Projecten	332
Totaal	2.022.532

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid 18/09/2017.

Bij volledige realisatie van de erkenningskalender (uitbreiding woongelegenheden woonzorgcentra en centra voor kortverblijf) 2015-2025 is een budgettaire inspanning vereist van ruim 283 miljoen euro³².

Tabel 18: overzicht bijkomende (cumulatieve) budgettaire middelen 2015-2019 woonzorgcentra.

2015	2016	2017	2018	2019		
/	45	84	116	137		capaciteit woonzorgcentra (9.802 extra plaatsen)
/	27	48	69	101		zorgzwaarte binnen woonzorgcentra (ROB & RVT)
			9,6	18,0	40	infrastructuur (men kan tot 40 mio uitgeven, in 2019 voorlopig 18 mio uitgaven geraamd)
				256,0	278	totaal

In de periode 2015-2019 zal voor de Vlaamse woonzorgcentra in het totaal 278 miljoen euro geïnvesteerd worden.

³² 283 mio euro = 16.979 wgl Wzc * kost bijkomende woongelegenhed ROB (15.416 euro) + 1.157 wgl CvK * kost bijkomende woongelegenhed CVK (18.151). Kost woongelegenhed dd. 1-1-2015, geen rekening met stijging instellingsforfait omwille van stijgende zorgzwaarte, geen rekening met ROB/RVT reconversies en geen rekening met index."

5. Uitdagingen die kunnen tellen

De woonzorgcentra staan voor vele uitdagingen. De aanpak ervan is en zal een hele opgave zijn, zowel voor de bevoegde overheden, als voor de zorgaanbieders. Er wordt echter breed erkend dat het anders moet én kan.

5.1. Zesde staatshervorming

Vlaanderen is sinds de zesde staatshervorming van 2014 én bevoegd voor de programmatie, voorafgaande vergunning en erkenning, én voor de financiering van de zorgkost van de woonzorg-centra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra. Dit biedt de mogelijkheid om een homogeen beleid te voeren wat betreft dit deeldomein van de zorg voor oudere personen. Diverse overgangsprotocollen tussen de gemeenschappen en de federale overheid zorgen ervoor dat de feitelijke bevoegdheids-overdracht geleidelijk aan wordt gerealiseerd. Vlaanderen koos er voor in een eerste fase de bevoegdheden en de daaraan verbonden regelgeving en financiering in te kantelen in bestaande of, waar nodig, nieuwe structuren. Zo beoogt men het financiële luik van de overgedragen bevoegdheden (RIZIV zorgfinanciering en THAB) te integreren in een systeem van Vlaamse sociale bescherming met een Vlaams Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming (omvorming IVA Zorgfonds). Ook is de federale RVT-regelgeving op te nemen in het uitvoeringsbesluit van het woonzorgdecreet voor de woonzorgcentra (bijlage XII).

In overleg met de koepelorganisaties van de residentiële ouderenzorg werd in een eerste fase de continuïteit van het gevoerde beleid gewaarborgd. In een tweede fase werd een belangrijke transitie in het vooruitzicht gesteld, zowel op zorginhoudelijke, organisatorische, administratief, als op financieel vlak. Doel is te komen tot een meer vraaggestuurde, persoonsgerichte zorg en ondersteuning en financiering van ouderenzorg. De staatshervorming biedt Vlaanderen de kans om van het louter medisch-RIZIV model een omslag te maken naar een holistisch model, een model waar men aandacht heeft voor zowel de lichamelijke, sociale, psychische, als existentiële behoeften van de cliënten van het woonzorgcentrum. In dit model staat de kwaliteit van het leven, de autonomie en de eigen regie van de persoon met een zorgbehoefte centraal. Zonder uit het oog te verliezen dat er ook een substantiële groep oudere personen is, die de eigen regie niet kan of sommige situaties zelfs wenst op te nemen.

De vooropgestelde transitie veronderstelt een traject dat tijd nodig heeft en in dialoog met al de betrokken actoren zal moeten worden gerealiseerd. Onvermijdelijk gaat dit samen met onzekerheid, ongerustheid en zenuwachtigheid bij de zorgaanbieders. De grote lijnen zijn duidelijk, de praktische realisatie en uitvoering omvat nog vele onbekenden en vergt heel wat onderzoek en uitproberen in pilootprojecten. Bij de integratie van de nieuwe bevoegdheden op het vlak van de ouderenzorg is een duurzaam en constructief overleg met de federale overheid van essentieel belang. De beleidsmaatregelen op de beide beleidsniveaus beïnvloeden elkaar wederkerig. Zo zal bijvoorbeeld wanneer Vlaanderen de omzetting van ROB naar RVT woongelegenheden verder doorzet, de Vlaamse overheid in een toenemende mate de financiering van de kinesitherapeutische verstrekkingen op zich nemen. Voor een persoon opgenomen in ROB worden de kinesitherapeutische prestaties aangerekend via (federale) nomenclatuur. Dit betekent een meeruitgave voor Vlaanderen en een min-uitgave voor de federale overheid. Hierover en over andere onderwerpen zal overleg moeten gepleegd worden met de federale overheid.

5.2. Beeldvorming

Het is als een open deur intrappen wanneer we stellen dat het imago van de woonzorgcentra niet positief is. Bij regelmaat van de klok verschijnen er in de media verhalen van onderzorg, gebrekkige kwaliteit van zorg en wanpraktijken met als gevolg publieke opvlammende verontwaardiging.

Het beeld over de woonzorgcentra wordt veelal gevormd door de media en verhalen uit de omgeving. De media draagt door het woordgebruik dat zij aanwendt, als men het heeft over ouderen en woonzorgcentra, niet altijd bij tot een constructieve en positieve wijze van verslaggeving. Te vaak schrijven zij, zelfs wanneer het gaat om een positieve initiatieven, in betuttelende woorden en verkleinwoorden. Zij versterken de negatieve beeldvorming door vooral over de (on-) betaalbaarheid van de ouderenzorg en de excessen te schrijven.

Het Nieuwsblad 24 augustus 2016: *'Chefs klagen industriële kost in rusthuizen aan: sommige dingen lijken meer op gekleurd water'*.

De Standaard 26 augustus 2016: *'Mensen met klachten over rusthuis blijven in de kou staan'*.

De Tijd 24 december 2016: *'Rusthuizen in drie jaar fors duurder'*.

Het Belang van Limburg 1 februari 2017: *'Onderzoek bij personeel OCMW-rusthuizen. Te weinig tijd voor zorg'*.

De Morgen 1 februari 2017: *'In één week 1.700 incidenten met medicijnen in rusthuizen'*.

De Morgen 3 april 2017: *'In dit rusthuis wonen studenten gratis tussen oudjes'*.

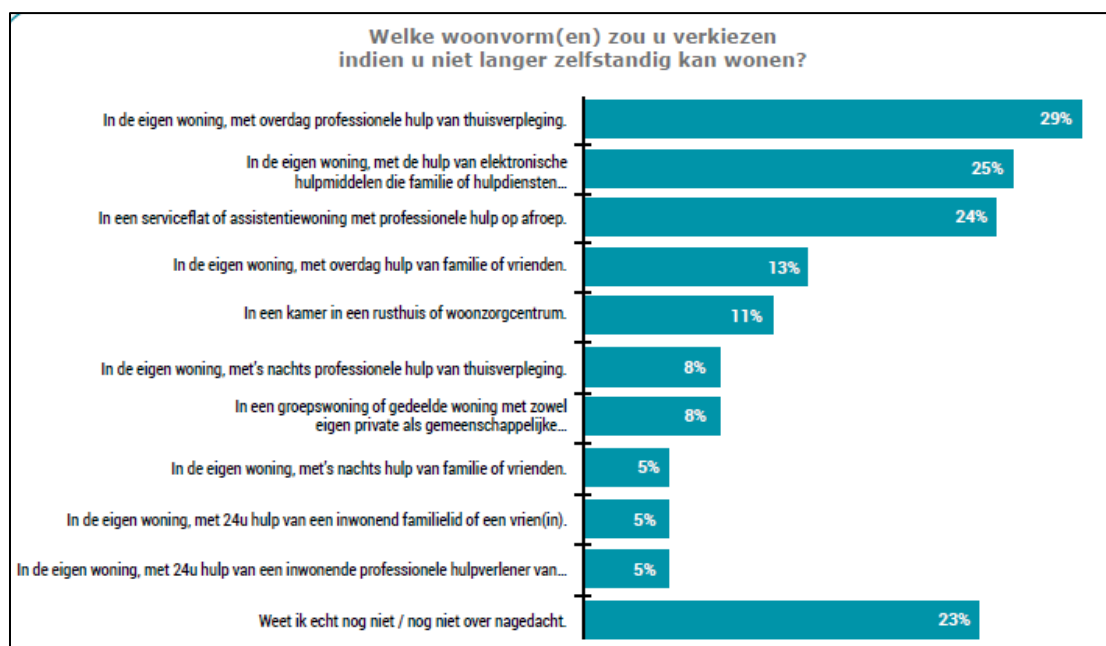
PANO-reportage 11 oktober 2017: *'Undercover in de zorgfabriek'*.

Onbekend is onbemind, zo blijkt. Wanneer mensen bevraagd worden over hun concrete ervaringen met woonzorgcentra, zijn ze over het algemeen minder negatief. Vaak rapporteren zij over de grote inzet en betrokkenheid van het personeel naar de cliënten toe. Wanneer de cliënten van het woonzorgcentrum bevraagd worden naar hun persoonlijke ervaringen en kwaliteit van leven (DIMARSO onderzoek 2014-2016), dan stellen we vast dat de woonzorgcentra goed scoren op vlak van privacy, veiligheid, respect, zich prettig voelen, vraaggerichtheid en autonomie. Zij signaleren echter minder positieve ervaringen op vlak van keuze van activiteiten, een band voelen met het personeel en de persoonlijke omgang met andere cliënten.

Mensen willen veelal zo lang als mogelijk de eigen regie over het eigen leven en zorg behouden, ook wanneer men zorgbehoevend wordt. Een recent onderzoek van de Koning Boudewijnstichting³³ (september 2017) over levenskeuze bij ouderen, maakt dit inzichtelijk.

³³ <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>

Grafiek 6: % van de ondervraagden voor welke woonvorm kiezen bij zorgafhankelijkheid³⁴.



Het liefst van al wil men – en dat is begrijpelijk – tot het einde van zijn leven onafhankelijk blijven. De gemiddelde Vlaming gaat er van uit dat hij tot op zeer hoge leeftijd vitaal, actief en zelfstandig kan blijven deelnemen aan de samenleving. De studie van de Koning Boudewijnstichting toont ook aan dat de Belgen, behalve voor wat het financiële betreft, daar maar weinig mee bezig zijn. Ze nemen niet veel concrete maatregelen om zich voor die levensfase te wapenen, zoals het veranderen van woning of het aanpassen van de huidige woning. De onderzoekers adviseren het beleid om het brede publiek te sensibiliseren voor de noodzaak om de oude dag op tijd voor te bereiden.

Woonzorgcentra worden nog te vaak beschouwd als een noodzakelijk kwaad. Mogelijks heeft men niet zozeer angst voor het woonzorgcentrum op zich, maar wel eerder voor de gedachte afhankelijk te worden van anderen bij de persoonlijke verzorging (wassen, toiletgang, eten, aankleden, verplaatsen en/of mentale achteruitgang). Zij worden – willens nillens – geassocieerd met aftakeling, ontluistering, eindigheid en de dood. En, dit klopt ook, in woonzorgcentra komt dit alles ook samen voor. Maar, het zijn aspecten van het leven waar we niet graag mee worden geconfronteerd. Kwetsbaarheid en afhankelijkheid liggen nu eenmaal moeilijk in een samenleving waar autonomie, zelfbeschikking, maakbaarheid van het leven de maatschappelijk dominante waarden zijn. Bovendien leven we ook in een samenleving waar het hardnekkige geloof in de maakbaarheid van succesvol ouder worden enorm wordt uitgelicht, ten koste van de gebreken die onvermijdelijk toch komen. Op de vitaliteit volgt eenvoudigweg ook nog een minder vitale fase. Maar daar heeft onze samenleving geen script voor³⁵. Ouderen moeten vooral vitaal blijven en “onprettige zaken”, zoals een opname in een woonzorgcentrum, moet vooral vermeden worden. Een opname in een woonzorg-

³⁴ <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>

³⁵ Cees Hertogh en Wilco Achterberg, (2015). Hoogleraren: Samenleving heeft irreële verwachtingen van laatste levensfase. De échte problemen van de langdurige zorg. Medisch Contact, 19 februari 2015, p. 334-337.

centrum wordt niet zelden nadrukkelijk voorgesteld óf ervaren als een falen van de oudere persoon zelf en/of zijn mantelzorger(-s).

De keuze voor een definitieve opname in een woonzorgcentrum is eigenlijk zelden een positieve keuze. Het is ook een keuze die mensen vaak niet in hun eentje nemen. Veelal gaan hier heel wat gesprekken en overleg aan vooraf. Het gebeurt echter ook dat bij een dringende ziekenhuisopname door derden beslist wordt dat een verblijf in een woonzorgcentrum wenselijk is.

Niet enkel de samenleving heeft behoorlijk wat onrealistische verwachtingen met betrekking tot de woonzorgcentra, ook houden sommige woonzorgcentra een onrealistisch imago in stand en stellen zichzelf voor als een soort 'club-med' – een luilekkerland waar alles kan en niets moet. In deze beeldvorming gaat men voorbij aan de realiteit. Ouderen die in een woonzorgcentrum wonen, wensen zich niet permanent in een vakantiemodus te bevinden. Evenmin wensen zij continu het gevoel te hebben te wonen in een ziekenhuisomgeving.

In een woonzorgcentrum delen de bewoners, de medewerkers, de vrijwilligers en de bezoekers ruimte en ritme en trekt men in het alledaagse leven in mindere of meerdere mate met elkaar op. De gemeenschap die hierbij ontstaat, is niet alleen maar een soort leefgemeenschap. Door de zorg en ondersteuning die er verleend wordt, krijgt deze leefgemeenschap een bijzondere inkleuring: het gaat immers om een 'zorgleefgemeenschap'.³⁶ Met het uitdrukkelijke accent op het woord 'leef', want het woonzorgcentrum is meer dan een zorggemeenschap. Het is een plaats waarin mensen hun leven zo veel als mogelijk op een gewone manier leiden en hun leven in mindere of meerdere mate met elkaar delen uitgaande van hun levensgeschiedenis, leefstijl, hun mogelijkheden en persoonlijke keuzes. Het zorgaspect is daaraan dienstbaar. Het relationele aspect in de aangereikte zorg- en ondersteuning is hier dan ook van cruciaal belang. Zorgbehoevende personen hebben betekenisvolle, waarachtige relaties nodig om invulling te kunnen (blijven) geven aan hun verlangen er bij te horen, er toe te blijven doen. In de ouderenzorg gaat het om het behoud van of het terugvinden van levenskwaliteit én levenszin. Hierop dient uitdrukkelijk te worden ingezet. Oudere personen moeten kunnen blijven ervaren dat zij ondanks de toenemende ouderdom en de mogelijke afhankelijkheid van anderen, voor anderen 'zichtbaar' zijn, dat zij niet in de steek zullen gelaten worden en tot het einde toe respectvol omringd zullen worden. Als hen dit perspectief geboden wordt, zullen ze zich niet tot last, overbodig of zelfs in de steek gelaten voelen.

Ten slotte, heeft men vaak ook het beeld van een woonzorgcentrum, alsof het een gesloten gemeenschap is, een eiland op zich, een introvert instituut. Dit is echter onjuist. Het is een onderdeel van de samenleving. Het is een actieve en open gemeenschap, waarbij er wederkerige verbindingen zijn tussen woonzorgcentrum en de samenleving, er dwarsverbindingen zijn tussen verschillende generaties. Een zorgleefgemeenschap zoekt naar dialoog en bezint zich over de vraag wat zij als gemeenschap aan de samenleving, in casu haar directe omgeving, te bieden heeft. Verbinding met de samenleving en het denken en handelen in samenwerkingsverbanden op het gebied van informele en formele zorg is noodzakelijk. De woonzorgcentra kunnen een belangrijke

³⁶ Margriet Sprong-Brouwer, (2014). Ouderen doen ertoe. Hoe de oudere mens vanuit een (zorg) gemeenschap van betekenis kan zijn. Uitgeverij Boekencentrum, Zoetermeer.

rol vervullen binnen de buurt, de wijk waarbinnen ze zich bevinden en op die wijze een bijdrage leveren aan de vermaatschappelijking van de zorg.

Het woonzorgcentrum is een volwaardige partner in de zorg- en ondersteuningsketen, participeert vaak aan diverse lokale of bovenlokale samenwerkingsverbanden (met eerstelijnszorgactoren, ziekenhuizen, vrijwilligersorganisaties, het lokale bestuur, de lokale middenstand, ...) en ontwikkelt in een toenemende mate een diversiteit van woon- en zorgvormen voor een groter wordende verscheidenheid aan woon-, zorg- en ondersteuningsvragen. Bij langdurige en complexe zorg en ondersteuningsvragen wordt ketenzorg de norm. In woonzorgcentra neemt de palliatieve zorg en de levenseindezorg een belangrijke plaats in, net zoals dit het geval is binnen een thuiszorgcontext. De ouderenzorg is een zorg waar uitdrukkelijk de existentiële noden en vragen, die samengaan met het ouder worden, en het ingebed zijn van de oudere persoon in het sociaal weefsel mee opgenomen wordt.

5.3. Onderfinanciering van de zorg

Zoals bekend, wordt sinds vele jaren de zorg en ondersteuning aan personen die verblijven in een woonzorgcentrum ongelijk gefinancierd. Deze ongelijke financiering van zware zorg in ROB en RVT heeft een rechtstreeks gevolg op de personele omkadering van de woonzorgcentra. Deze is voor een ROB-bewoner met een B, C, Cdem zorgprofiel beduidend lager dan voor een RVT-bewoner met een gelijkaardig zorgprofiel. Vele woonzorgcentra werven als gevolg daarvan meer (zorg-) personeel aan, dan wettelijk verplicht en dit om te voldoen aan de specifieke ondersteunings- en zorgbehoeften van de bewoners. Een onderfinanciering van de effectieve kost van het zorgpersoneel is hiervan het gevolg. Hiermee verwijzen we naar het verschil tussen de werkelijke zorgkost voor een bepaalde graad van zorgbehoevendheid en de tussenkomst van de overheid in deze zorgkost.

De ongelijkheid van financiering van de zorg manifesteert zich niet enkel bij de woonzorgcentra, maar ook bij de dagverzorgingscentra wordt een onderscheid gemaakt in de financiering van de zorgkost al naargelang men een bijkomende erkenning als dagverzorgingscentra heeft verkregen. Binnen de dagverzorgingscentra gaat het om de facturering van het RIZIV F-forfait, wat concreet 48 euro per dag bedraagt. Voor cliënten die zwaar zorgbehoevend zijn en verblijven in een dagverzorgingscentrum met onvoldoende RIZIV-forfait, wordt de kost voor de verzorging opgenomen in de dagprijs.

Binnen de centra voor kortverblijf worden bewoners met eenzelfde zorgzwaarte gelijk gefinancierd: de ROB-personeelsnormen zijn van toepassing en per 30 bewoners dient 1,4 VTE reactiverings-personeel extra te worden ingeschakeld. De centra voor kortverblijf worden vaak geconfronteerd met sociale problematiek, die een intense inzet van ondersteunende medewerkers behoeft (ziekenhuisopname van mantelzorger, crisissituatie thuis en nood aan tijdelijke time out, ...). Binnen de centra voor kortverblijf geldt eenzelfde problematiek als binnen de ROB woongelegenheden van de woonzorgcentra, met name dat de financiering voor gebruikers met een B, C of Cdem geen RVT-financiering en dus geen RVT-personeelsomkadering wordt voorzien.

In de recente publicatie van ING en PROBIS (2017)³⁷ lezen we dat heel wat woonzorgcentra extra investeren in zorgomkadering ten opzichte van de subsidiëring. De mediaan voor Vlaanderen bedraagt 494,9 euro extra loonkost voor zorgpersoneel per jaar per bewoner. Een kwart van de woonzorgcentra scoort zelfs hoger dan 2.862,3 euro per jaar per bewoner (of 7,8 euro per dag of 234 euro per maand).

De studie van Pacolet (2015)³⁸ stelt dat op basis van gegevens uit 2012 de onderfinanciering van de woonzorgcentra zich zowel voordoet bij de financiering van de lage zorgprofielen als bij de hoge zorgprofielen in ROB. Ter informatie dient te worden vermeld dat alle woonzorgcentra in Vlaanderen inzetten op bovennormpersoneel omdat de normen bij lage zorgprofielen strenger zijn geformuleerd in de Vlaamse personeelsnormen³⁹, dan in de RIZIV-normen. Prof. Pacolet stelt dat de discriminatie tussen hoge en lage zorgcategorieën helemaal dient te verdwijnen. Het onderscheid tussen het statuut ROB en RVT is voorbijgestreefd en is onhoudbaar in het perspectief van een persoonsvolgend financieringsmodel. Pacolet (2015, p. 195): *'Een structurele onderfinanciering (door de Ziekteverzekering, nu regionaal) is duidelijk aan de orde (in de hypothese dat de Vlaamse overheid het zorgpersoneel volledig wenst te financieren). Het is een massieve uitdaging die de 6de Staatshervorming voor de Vlaamse overheid in petto heeft. Blijft ten slotte de vraag of de resterende personeelsleden (voor huishoudelijke taken vooral) volledig ten laste moeten komen van de bewoner (via de dagprijs) of ook meer en meer moet vallen onder de sociale bescherming die nu moet verder uitgebouwd worden op Vlaams niveau.'*

Uit recente gegevens van het RIZIV (2017) stellen we vast dat binnen ROB-woongelegenheden er in de eerste twee kwartalen van 2016 meer dan 12.000 cliënten een zwaar zorgprofiel hadden waarvoor er geen RVT-erkenning is. Ondanks de bijkomende RVT-erkenningen stijgt de zorgzwaarte en de capaciteit sterker, en dus, blijft de kloof tussen ROB en RVT toenemen, ondanks de bijkomende RVT-middelen. Bovendien hadden 2.500 bewoners een zorgprofiel D (dementie binnen ROB).

Tabel 19: percentage evolutie zorgprofielen in ROB en evolutie in ROB van cliënten met zwaar zorgprofiel.

	%OA ROB	%BCCd ROB	%D ROB	Aantal bewoners BCCd in ROB	Aantal bewoners D in ROB
2015/TR3	52%	40%	8%	11.788	2.397
2015/TR4	51%	40%	9%	11.865	2.464
2016/TR1	52%	40%	8%	11.565	2.492
2016/TR2	51%	40%	9%	11.999	2.536

Bron: RIZIV, ligdagen berekening instellingsforfait 2017.

Deze trend zal zich ongetwijfeld verder doorzetten, aangezien het Vlaamse residentiële ouderen-zorgbeleid haar prioriteit uitdrukkelijk bij de meest zorgbehoevende personen legt. Dit werd reeds aantoonbaar gemaakt bij de koppeling van de animatiesubsidies aan de zorgzwaarteprofielen van de bewoners in plaats van aan het aantal

³⁷ De sector van de woonzorgcentra in beeld: trends, uitdagingen en indicatoren. ING & PROBIS. April 2017, p. 86.

³⁸ Prof. dr. Jozef Pacolet en Annelies De Coninck. (2015). Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Leuven.

³⁹ Per 15 cliënten 2,5 VTE zorgpersoneel waarvan 1 VTE een verpleegkundige.

tewerkgestelde animatoren in de voorzieningen. Personen met een laag zorgprofiel verblijven gemiddeld langer in een woonzorgcentrum, dan deze met een hoog zorgprofiel. Wat maakt dat mogelijk personen met een hoge zorgnood niet kunnen opgenomen worden in het woonzorgcentrum van hun eerste keuze of langer moeten wachten, alvorens een opname kan worden gerealiseerd.

Beleidsmatige prioritering voor de meest zorgbehoevenden zorgt, naast efficiëntieverhoging, ook tot prikkels tot het diversifiëren van het aanbod (op maat van de behoefte van de oudere persoon). Op dit vlak is er al een belangrijke transitie aan de gang. Het maakt ook hier duidelijk dat de programmatiënormen uit het verleden niet meer voldoende aansluiten bij deze nieuwe realiteit en aanpassing behoeven.

Het is een budgettaire uitdaging van formaat, wil men de financiering van de zorgzwaarte (en dus, de personele inzet) binnen de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra correct afstemmen op de reële zorg- en ondersteuningsbehoefte, dit vereist inspanningen over meerdere jaren.

Tabel 20: RVT-dekkingsgraad (# bewoners BCCdCc in kwartaal/aantal RVT-erkenningen einde kwartaal)

	Aantal bewoners met zorgprofiel BCCdCc in ROB+RVT(a)	Aantal RVT-erkenning op einde kwartaal (b)	RVT-dekkingsgraad (b)/(a)
4^{de} kwartaal 2013	51.564	43.471	84,3%
4^{de} kwartaal 2014	53.370	43.471	81,5%
4^{de} kwartaal 2015	55.231	43.471	78,7%
2^{de} kwartaal 2016	56.052	44.221	78,9%

Bron: erkenningen Z&G en ligdagen Riziv.

De toename van het aantal personen met zware zorg in ROB, maar ook de toename van het bijkomende RVT-erkenningen zal in 2016-2019 de bovengeschetste verhouding opnieuw wijzigen.

5.4. Betaalbaarheid onder druk

Sinds 1 januari 2015 draagt Vlaanderen de bevoegdheid over de controle op de dagprijzen van woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra en assistentiewoningen. Voorheen was de Vlaamse overheid reed verantwoordelijk voor een transparante prijszetting.

In overleg met de vertegenwoordigers van de koepels van de ouderenzorg werden de door de federale overheid gehanteerde uitgangspunten en criteria met betrekking tot het prijzenbeleid geactualiseerd en geëxpliciteerd en dit met als doel de prijsbepaling meer transparant, uniform en efficiënt te maken. Deze stap werd beschouwd als een overgangperiode in functie van continuïteit en in afwachting van de ontwikkeling van een nieuwe financieringsconcept in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Er werd afgesproken dat:

- de opvolging van de toepassing van de evaluatiecriteria structureel onderwerp zou uitmaken van het overleg met de koepelorganisaties;
- de toepassing van de evaluatiecriteria na 1 jaar geëvalueerd wordt en, desgevallend, tussentijds de evaluatiecriteria ook bijgestuurd worden;
- een adviesopdracht uitgeschreven wordt om na te gaan of en onder welke voorwaarden een systeem van prijscontrole duurzaam kan ontwikkeld worden.
- er een nulmeting zou gehouden worden van de dagprijzen in de woonzorgcentra.

De Vlaamse Regering heeft ten aanzien van de financiering van de woonzorgcentra vanaf 2015 volgende maatregelen genomen:

- een structurele besparing van 5 % op hun werkingskosten (vertaald in een vermindering van 2,2328% van het instellingsforfait toegewezen gemiddelde zorgforfait);
- de koppeling van de werkingsmiddelen voor animatie aan het RIZIV-instellingsforfait en dit in het voordeel van de woonzorgcentra die voornamelijk inzetten op zware zorg en dit ongeacht het statuut van de beheersinstantie;
- de afschaffing van de (60%) VIPA subsidies voor infrastructuurwerken en van de waarborg, en de realisatie van een infrastructuurforfait (5 euro per ligdag) en dit eveneens ongeacht het statuut van de beheersinstantie, mits een nieuw dagprijsdossier wordt ingediend en goedgekeurd. De inbreng van het forfait fungeert als een korting op de dagprijs ten voordele van de bewoner.

Zoals bekend heeft de Vlaamse Regering daarnaast:

- fors geïnvesteerd in bijkomende capaciteit (9.802 woongelenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf periode 2015-2018);
- bijkomend middelen voorzien voor de toenemende zorgzwaarte in ROB;
- bijkomende middelen voorzien om zowel in 2016 als 2017 1.226 bijkomende erkenningen RVT te realiseren, ook in 2018 en 2019 wordt een groeipad voorzien;
- afgesproken dat de woonzorgcentra de middelen die zij verkregen in 2016 en 2017 vanuit de federale taxshift (deel RSZ-kortingen) konden aanwenden ter compensatie van de mogelijke verliezen ten gevolge de wijziging in de subsidiëring van de animatiefunctie⁴⁰;
- afgesproken dat in overleg en consensus met de sector richtlijnen worden bepaald voor een transparante sectorspecifieke boekhouding, met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kaders.

Vele mensen maken zich echter zorgen over de financiële toegankelijkheid van de woonzorgcentra en het risico op residentiële ouderenzorg met twee snelheden: groep van mensen die de dagprijs van een woonzorgcentrum met eigen middelen kan betalen en een groep die dit niet kan. Uit de nulmeting blijkt dat de gemiddelde gewogen dagprijs voor een eenpersoonskamer 55,14 euro bedraagt. Dit geeft op maandbasis 1.654 euro. Daar waar het gemiddelde pensioen ongeveer 1.200 euro per maand bedraagt. Vooral bij koppels die samen dienen te worden opgenomen in een woonzorgcentrum, kunnen hierdoor financiële problemen ontstaan. Deze financiële problemen kunnen in Vlaanderen ondervangen worden bij middel van de tegemoetkoming van de zorgverzekering en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Mocht dit echter onvoldoende blijken, kan een tussenkomst vanwege het OCMW aangevraagd worden.

⁴⁰ Belangrijk hier is te melden dat de openbare woonzorgcentra geen beroep kunnen doen op de taxshift. Vanaf 2017 ontvangen de openbare woonzorgcentra recurrent 2 mio euro extra aan middelen binnen het financieringskanaal van het 'derde luik'.

Voor koppels waarvan één van de partners nog zelfredzaam is, werd ondertussen een decretale aanpassing uitgevoerd, zodat deze op een betaalbare wijze kan verblijven in het woonzorgcentrum samen met zijn/haar zorgbehoevende partner. De niet-zorgbehoevende partner wordt nu soms al opgenomen binnen de erkende capaciteit van de voorziening, maar 'weegt' dan vaak door zijn/haar lage zorggraad op het instellingsforfait. Een opname buiten erkende capaciteit moet dit wegwerken. Een woonzorgcentrum kan hiervoor een '*verblijf van zelfredzame personen*' inrichten, bovenop haar erkende capaciteit, waarin de zelfredzame, inwonende mantelzorger van een zorgbehoevende bewoner kan verblijven. Dit is geen verplichting, wel een mogelijkheid. Bij de actualisering van het woonzorgdecreet is het wenselijk dat er bijkomende bepalingen worden opgenomen op vlak van brandveiligheid en rechten en verplichtingen van de zelfredzame persoon, welke op dit ogenblik ontbreken.

De dagprijzen

Sinds 1 mei 2016 worden de dagprijzen van de woonzorgcentra systematisch gemonitord. Voorheen werden deze gegevens door de federale overheid opgevraagd, doch methodisch anders en onvolledig geregistreerd. Vergelijking met vorige jaren is om deze reden niet mogelijk. Hieronder de dagprijzen bij de eerste meting.

Tabel 21: gewogen gemiddelde dagprijs in woonzorgcentra per provincie op 1 mei 2016.

	Totaal aantal woonzorgcentra	Voor alle kamertypes	Eenpersoons kamers	Tweepersoons kamers
Antwerpen	203	€ 58,72	€ 59,34	€ 54,15
Limburg	91	€ 51,89	€ 52,21	€ 45,36
Oost-Vlaanderen	185	€ 52,14	€ 52,63	€ 46,82
Vlaams-Brabant	126	€ 55,66	€ 56,63	€ 48,67
West-Vlaanderen	154	€ 52,14	€ 52,62	€ 47,44
Brussel	6	€ 62,12	€ 63,16	€ 53,51
Totaal: Vlaanderen	765	€ 54,60	€ 55,14	€ 49,72

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, december 2016.

Bij onvermogen om de factuur van het woonzorgcentrum te betalen kan men een beroep doen op een tussenkomst van het OCMW van gemeente van herkomst. Op dit ogenblik wordt niet op een systematische, structurele wijze bijgehouden voor hoeveel personen en voor welk bedrag de Vlaamse OCMW's tussenkomen in de kosten van een verblijf in een woonzorgcentrum.

De realiteit dwingt ons ondertussen vast te stellen dat de zorg- en ondersteuningsvraag in de woonzorgcentra in stijgende lijn zwaarder en intensiever wordt en dat dit belangrijke budgettaire gevolgen heeft en verder zal hebben. Wanneer deze toenemende kost niet of onvoldoende wordt gefinancierd, zal deze een druk leggen op de dagprijzen en op de financiële toegankelijkheid van de woonzorgcentra of op de kwaliteit van de zorg.

De huidige prijscontrole kan de forse prijsstijgingen enigszins beperken, maar we lopen een risico op een versnelling van de dagprijsstijging en dit ten gevolge volgende evoluties:

- de forse toename van het aanbod aan woonzorgwoongelegenheden waarin personen met een hoge zorgnood verblijven en dit gekoppeld aan voornamelijk een ROB-financiering met slechts een gefaseerde omzetting in RVT-financiering;
- de tewerkstelling van een toenemend aantal bovennorm (zorg-)personeelsleden waarvan een groot deel van de loonkost verrekend wordt in de dagprijs voor de bewoner;
- de tewerkstelling van hoger (en duurder) gekwalificeerd personeel om tegemoet te komen aan de toenemende complexe zorg- en ondersteuningsnoden;
- de toename van '(ver-)nieuwe(-de) zorginfrastructuur' met mogelijkheid tot vrije prijssetting, met als gevolg dat een aantal initiatiefnemers niet terugschrikken hoge dagprijzen te hanteren;
- de vaststelling dat openbare woonzorgcentra steeds meer marktconforme dagprijzen toepassen;
- de toenemende verwachtingen en eisen van de ouderen zelf en hun familie;
- de syndicale eisen met betrekking tot werkbaar werk en betere loonvoorwaarden;
- de toenemende levensduurte (ICT, energie, milieu, bouwkosten,...);
- wijzigingen in de regelgeving die bijkomende kosten of verlies van inkomsten tot gevolg hebben;
- toenemende regelgeving en administratieve lasten;
- ...

Vlaanderen beschikt over een instrumentarium om de financiële toegankelijkheid van het residentiële woonzorgaanbod te handhaven/optimaliseren, deze zijn onder andere:

- de vastlegging van een meerjarenbegroting op vlak van de financiering van de toenemende zorgzwaarte ;
- de effectieve en efficiënte aanwending van de taks-shift in het kader van de kwaliteit in de woonzorgcentra en de aanwending van de Sociale Maribel voor bijkomende tewerkstelling (niet van toepassing voor de openbare woonzorgcentra);
- de aanpassing van de huidige zorgpersoneelsnormen met het oog op de toenemende zorgzwaarte en de flexibelere inzet van deze personeelsnormen in functie van de zorgzwaarte;
- de tegemoetkoming van de Vlaamse zorgverzekering;
- de tegemoetkoming van de hulp voor bejaarden (THAB);
- infrastructuurforfait;
- VIA akkoorden;
- het dagprijzenbeleid;
- fiscaliteit (bijvoorbeeld de huidige vrijstelling onroerende voorheffing voor erkende welzijns- en zorgvoorzieningen).

Vlaamse sociale bescherming

Via de Vlaamse Zorgverzekering worden de cliënten van woonzorgcentra systematisch bijkomend financieel ondersteund (in cash), weliswaar voor een beperkt onderdeel van de zorgkosten (130 euro per maand – tegemoetkoming voor niet-medische kosten). Sommige cliënten van een woonzorgcentrum ontvangen, onder bepaalde voorwaarden (o.a. inkomensvoorwaarden), bovenop de tegemoetkoming van de Vlaamse Zorgverzekering de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB), waarvoor Vlaanderen

ondertussen eveneens bevoegd is geworden. Ondertussen werden de benamingen van 'zorgverzekering' en 'tegemoetkoming hulp aan bejaarden' geactualiseerd in het decreet Vlaamse sociale bescherming:

Zorgverzekering	Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood

Tabel 22: zorgverzekering lopende dossiers per leeftijdscategorie in residentiële zorg in 2016.

Leeftijd	Mantel- en thuiszorg		Residentiële zorg		Totaal	
	Aantal	% leeftijdscategorie t.o.v. totaal mantel- en thuiszorg	Aantal	% leeftijdscategorie t.o.v. totaal residentiële zorg	Aantal	% leeftijdscategorie t.o.v. totaal
0 - 18	4.586	2,61%	0	0,00%	4.586	1,81%
19-25	3.318	1,89%	10	0,01%	3.328	1,31%
26-44	10.812	6,16%	298	0,38%	11.110	4,38%
45-64	28.398	16,18%	2.837	3,62%	31.235	12,31%
0-64	39.210	22,34%	3.135	4,00%	42.345	16,68%
65-69	11.472	6,54%	2.187	2,79%	13.659	5,38%
70-74	14.965	8,53%	3.586	4,58%	18.551	7,31%
75-79	22.052	12,57%	7.314	9,34%	29.366	11,57%
80-84	32.144	18,32%	14.902	19,03%	47.046	18,54%
85-89	30.146	17,18%	22.976	29,34%	53.122	20,93%
90-94	14.566	8,30%	18.036	23,03%	32.602	12,84%
95-99	2.788	1,59%	5.463	6,98%	8.251	3,25%
>= 100	255	0,15%	703	0,90%	958	0,38%
65-->100	128.388	77,66%	75.167	96,00%	203.555	83,32%
Totaal	175.502	100,00%	78.312	100,00%	253.814	100,00%

Bron: zorgverzekering 2017.

Vaststellingen:

- de cijfers maken aantoonbaar dat het gebruik van de residentiële zorg gerelateerd is aan de toename van de leeftijd;
- 79,28 % van de cliënten residentiële ouderenzorg (woonzorgcentra en psychiatrische verzorgingstehuizen) zijn 80 jaar of ouder.

Tabel 23: evolutie van personen die een tegemoetkoming hulp aan bejaarden ontvangen en die in een erkende residentiële voorziening verblijven (WZC, PVT).

	In residentiële voorziening	Totaal THAB
01/2013	23.803	104.724
01/2014	25.126	106.054
01/2015	25.800	107.077
01/2016	25.398	105.857
01/2017	24.722	104.405

Bron: Agenschap zorg en Gezondheid, 2017.

Vaststellingen:

- het aantal mensen met een THAB daalt sinds 2015;
- er wordt vastgesteld dat de pensioenen stijgen. De oudste generaties hebben de laagste pensioenen en deze vallen geleidelijk aan weg.

Armoederisico bij 65-plussers

De studiec commissie voor de vergrijzing⁴¹ beschrijft in haar jaarlijks verslag de stand van zaken met betrekking tot het armoederisico bij 65-plussers. Na een sterke daling van het armoederisico bij 65-plussers over de periode 2003-2014, lijkt het zich in 2015 te stabiliseren rond het niveau van de totale bevolking. In 2015 loopt in België 15,4 % van de ouderen een armoederisico. Voor Vlaanderen bedroeg dit 13,5%. Dit betekent dat hun equivalent beschikbaar inkomen lager is dan de armoede-drempel die voor dat jaar 13 377 euro bedraagt, of 1 115 euro per maand (op basis van de meest recente EU-SILC enquête, namelijk 2016 over het inkomensjaar 2015). Terwijl in 2005 nog 23,2 % van de 65-plussers een armoederisico liep tegenover 13 % van de populatie jonger dan 65 jaar, sluiten hun armoederisico's in 2015 nauw bij elkaar aan. Voor het derde jaar op rij is het armoederisico bij kinderen (17,2 % in 2015 voor België, voor Vlaanderen 12%) hoger dan dat bij ouderen. Ook bij gepensioneerden lijkt het armoederisico zich, na een sterke daling tussen 2003-2013, te stabiliseren (Voor België 13,3 % in 2015, voor Vlaanderen 11,4%).

De evolutie van het armoederisico bij gepensioneerden en ouderen wordt in de eerste plaats verklaard door een hogere arbeidsparticipatie bij vrouwen, wat resulteert in hogere pensioenen en bijgevolg een lager armoederisico. Daarnaast wordt de evolutie beïnvloed door de adequaatheid van de minima in de pensioenregeling en de inkomensgarantie voor ouderen (IGO), hier gemeten door hun (maximum- of forfaitaire) bedragen te vergelijken met de armoededrempel. Over de periode 2005-2011 is de relatieve positie van de IGO en pensioenminima, in het bijzonder in de zelfstandigenregeling, ten opzichte van de drempel er sterk op vooruitgegaan. Vervolgens is deze verhouding relatief stabiel gebleven. In 2015 liggen het pensioen op basis van een volledige loopbaan aan het minimumrecht per loopbaanjaar en het minimumpensioen voor een alleenstaande in de werknemersregeling boven de armoededrempel. De overige minima en IGO halen het niveau van deze drempel niet maar de kloof werd dus wel sterk gereduceerd.

⁴¹ Hoge Raad van Financiën. Studiec commissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Juli 2017.

Op basis van een vergelijking van de minima met een geraamde armoededrempel voor de periode 2016-2018, zou het minimumpensioen voor een alleenstaande zelfstandige vanaf 2016 ook boven de drempel liggen gegeven de gelijkschakeling met het minimumpensioen bij werknemers vanaf augustus 2016. In 2017 en 2018 zou de verhouding van de minima en de IGO ten opzichte van de drempel relatief stabiel blijven, mits de voorgestelde welvaartsaanpassingen in het kader van het Interprofessioneel Akkoord 2017-2018 uitgevoerd worden.

Verskillende indicatoren wijzen op een nuancering van het armoederisico bij ouderen. Het "klassiek" armoederisico dat hierboven vermeld is, is gebaseerd op een netto beschikbaar inkomen dat geen rekening houdt met het vermogen op zich, zoals het bezit van een eigen woning. Eigenaars betalen geen huur voor hun woning, waardoor hun levensstandaard hoger zal zijn dan die van huurders met hetzelfde beschikbare inkomen. Indien het armoederisico berekend wordt op basis van een beschikbaar inkomen dat rekening houdt met dit inkomensvoordeel voor eigenaars via "geïmputeerde huur", dan zou het armoederisico bij ouderen 9,1 % bedragen in 2014 wat aanzienlijk minder is dan bij de rest van de bevolking (14,9 %). Daarnaast geven oudere koppels en alleenstaanden minder dan gelijkaardige jongere gezinstypes aan dat ze problemen ondervinden om de eindjes aan elkaar te knopen of dat ze materieel gedepriveerd zijn.

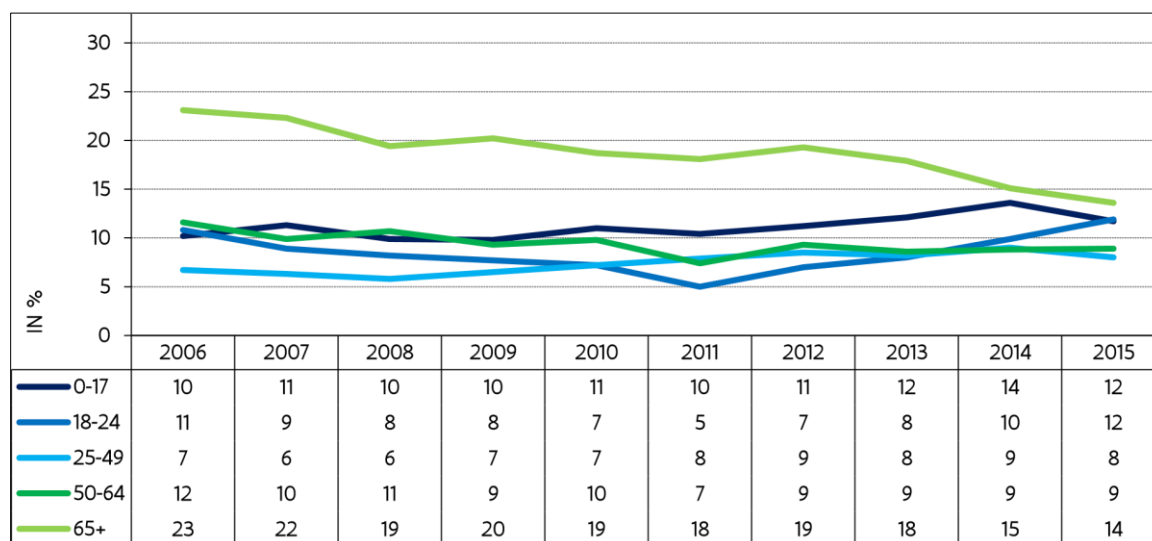
Twee bedenkingen bij de bevindingen van de studiegcommissie voor de vergrijzing:

1. 'Geïmputeerde huur' draagt steeds een bepaalde "fictie" in zich. Het vermogen van de woning kan men immers niet direct consumeren (onder andere omdat zaken zoals "opeethypotheek" of omgekeerde hypotheek niet mogelijk zijn in Vlaanderen). Het is effectief zo dat huiseigenaars geen huuruitgaven hebben, maar daardoor zijn ze niet vrijgesteld van mogelijke armoede. Huiseigenaars hebben daarnaast andere kosten die huurders niet hebben, en die worden niet altijd doorgerekend in de geïmputeerde huur. . Bovendien is het ook zo dat ouderen vaker in een woning wonen die minder geïsoleerd is. Daardoor loopt de energiefactuur hoger op en is er een hoger risico op energie-armoede.
2. Het armoederisico focust hier op 65+, terwijl de doelgroep van een woonzorgcentrum 80+ is. De EU-SILC waarop de armoedecijfers gebaseerd zijn, bevraagt geen ouderen die wonen in een woonzorgcentrum. Het armoederisico van ouderen die vandaag in een woonzorgcentrum wonen, wordt niet in kaart gebracht.

In de Vlaamse armoedemonitor 2017⁴² lezen we dat het totaal aandeel personen in Vlaanderen onder de armoederisicodrempel min of meer stabiel gebleven is tijdens de periode 2004-2015, wat echter niet betekent dat dit bij alle groepen het geval is. Bij ouderen is het armoederisicopercentage sinds 2006 opvallend gedaald. Mogelijk hangt dit, aldus de Vlaamse armoedemonitor, samen met hogere pensioenrechten van vrouwen (door langere loopbanen) en de verbetering van de laagste pensioenen in deze periode.

⁴² Noppe, J., Vergeynst, T. & Vanweddigen, M. (2017) Vlaamse Armoedemonitor 2017 , Studiedienst Vlaamse Regering Departement Kanselarij en Bestuur, Brussel.

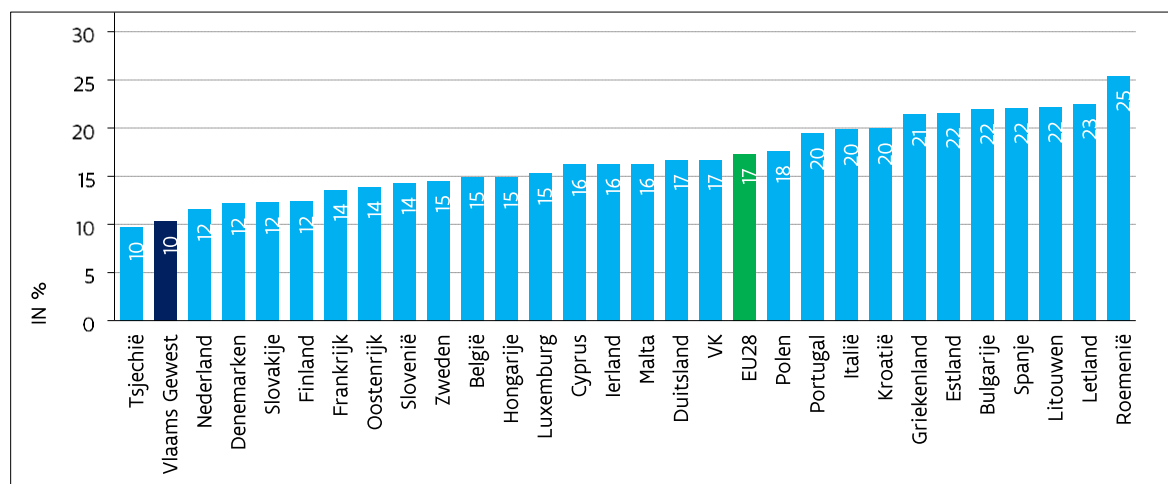
Grafiek 7: bevolking met een gestandaardiseerd beschikbaar huishoudinkomen onder eade Belgische armoederisicodrempel na sociale transfers naar leeftijdsgroep, Vlaams Gewest, 2006-2015, in %.



Bron: EU-SILC ADS, bewerking SVR.

Naast een opvallende daling van het armoederisicopercentage bij de ouderen/ gepensioneerden en een stijging bij de werklozen, is er tussen 2008 en 2015 ten slotte ook sprake van een stijging van het armoederisico bij personen in een gezin met (zeer) lage werkintensiteit en personen in grote gezinnen. Bij de andere groepen is de evolutie minder uitgesproken.

Grafiek 8: Bevolking met een gestandaardiseerd beschikbaar huishoudinkomen onder de nationale armoederisicodrempel na sociale transfers, EU28-landen en Vlaams Gewest, 2015, in %



Bron: EU-SILC Eurostat en ADS, bewerking SVR.

Het Vlaamse armoederisicopercentage (10%) lag in 2015 duidelijk lager dan het EU28-gemiddelde (17%). Vlaanderen haalt daarmee een 2de plaats in de EU-rangschikking na Tsjechië. In het Pact 2020 heeft de Vlaamse Regering zich als doel gesteld dat het aandeel inwoners in Vlaanderen dat leeft in armoede in 2020 laag moet liggen in vergelijking met de best presterende EU-landen. Sinds 2008 bekleedt Vlaanderen telkens een plaats in de top 3 van de best scorende EU-landen. Het is opvallend dat verschillende Oost- en Centraal-Europese landen (Tsjechië, Slovakije, Slovenië en

Hongarije) niet beduidend slechter scoren dan de West- en Noord-Europese landen, terwijl de levensstandaard in die eerste groep landen toch lager ligt. Dat heeft te maken met het feit dat het hier gaat om een relatieve armoedemaat, berekend op basis van het mediaan inkomen in elk land afzonderlijk. Dat gebeurt vanuit de redenering dat een minimaal aanvaardbare levensstandaard - en dus ook de armoederisicodrempel - afhankelijk is van de specifieke sociaaleconomische situatie van het land in kwestie.

Naar analogie met de daling van het armoederisicopercentage van 65-plussers daalt ook het aandeel gepensioneerden onder de armoederisicodrempel. Daartegenover staat dat het aandeel werklozen onder de armoederisicodrempel in de periode vanaf 2013 duidelijk hoger ligt dan in de jaren vóór 2012. Bij de werkenden blijft het armoederisicopercentage over de jaren heen nagenoeg stabiel. De stijging van het armoederisicopercentage bij werklozen houdt mogelijk verband met een stijgende degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen (=afname van de hoogte van de uitkering naarmate de werkloosheid langer duurt) in de meest recente jaren.

5.5. Hoge werkdruk

Diverse enquêtes⁴³ bij het personeel van de woonzorgcentra, alsook de werkbaarheidsbarometer (SERV, STV) geven aan dat de werkdruk bij het personeel van de woonzorgcentra hoog is en dat men steeds minder tijd overhoudt voor persoonlijke aandacht voor de cliënten en hun familie, terwijl dit hen juist het meest aanspreekt in hun werk.

De cijfers tonen aan dat de zorgzwaarte van de cliënten in een belangrijke mate en op korte tijd aanzienlijk toeneemt, alsook de complexiteit van de zorg- en ondersteuningsnoden. De wettelijk verplichte (RIZIV en erkenning) personeelsnormen zijn hier echter niet voldoende op afgestemd, noch kwantitatief, noch kwalitatief. Veranderende zorg- en ondersteuningsvragen vergen ook nieuwe competenties en mogelijks ook nieuwe functies binnen de woonzorgcentra. De staatshervorming is het momentum waarom men binnen Vlaanderen zich kritisch kan buigen over de RIZIV-personeelsnormen, die sterk vanuit een medisch zorgmodel werden ontwikkeld. Vlaanderen kiest meer voor een holistisch zorgmodel, dat naast de lichamelijke eveneens aandacht geeft aan de psychische, sociale en spirituele zorg- en ondersteuningsbehoeften van de oudere personen. Dit gegeven dient zich te weerspiegelen in een aangepaste financiering van de personeelseffectieven. De werkdruk staat eveneens in relatie tot de competenties van het zorg- en ondersteuningspersoneel. Er groeit ten gevolge de stijgende complexiteit ook een toenemende nood aan bijkomende competenties en/of functies.

Een recente publicatie van ING en PROBIS (2017)⁴⁴ maakt op vlak van de inzet aan verpleegkundigen en zorgkundigen een benchmark duidelijk maakt dat in Vlaanderen de mediaan per 30 cliënten 12,3 VTE bedraagt. Een kwart van de woonzorgcentra zet minder in, met name 10,8 VTE (of minder) en een kwart zet meer in, met name 13,29 VTE (of meer). Voor Vlaanderen bedraagt de mediaan voor het totaal bovennorm-zorgpersoneel 17,40 %, een kwart van de woonzorgcentra zet minder in, met name 12,57 % en een kwart meer, met name 30,08%. Hoe lager de zorggraad en hoe lager het aantal RVT-erkenningen, hoe meer bovennormpersoneel wordt ingezet.

⁴³ Onder andere BING Research MEDEWERKERS monitor Ouderenzorg - <http://bing-research.com/zorgsector/>

⁴⁴ De sector van de woonzorgcentra in beeld: trends, uitdagingen en indicatoren. ING & PROBIS. April 2017.

De toenemende zorgzwaarte en complexiteit van de zorg- en ondersteuningsnoden geven ook aanleiding tot de vaststelling dat zelfs in een stijgende lijn de RVT-personeelsnormen onvoldoende afgestemd zijn om kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te bieden. De ongelijke financiering van eenzelfde zorgbehoefte zorgt voor meer werkdruk in die woonzorgcentra, die veel ROB-bewoners met een zwaar zorgprofiel huisvesten.

Voortdurend worden er signalen gegeven van personeelstekorten en stijgende werkdruk, net zoals in de andere domeinen van de zorg- en welzijnssector. Een zorgzaam personeelsbeleid en projecten innovatieve arbeidsorganisatie kunnen ondersteunend zijn en de werkbelasting temperen.

Tabel 24: percentage medewerkers dat aangeeft geen probleem te ervaren met de werkbaarheidsindicatoren (*en evolutie t.o.v. 2013 in ppn*) naar sector (Vlaams Gewest, 2013 -2016)

	Werkstress	Welbevinden op het werk	Leermogelijkheden	Combinatie werk-privé
Gezins- en bejaardenhulp	70,9 (-5,6)	86,8 (+0,2)	83,5 (+2,9)	95,6 (+2,0)
Jeugdbijstand , gehandicaptenzorg en welzijnswerk	66,1 (-11,7)	90,0 (-0,7)	92,2 (-0,6)	89,1 (-5,0)
Ziekenhuizen	65,3 (-2,0)	88,1 (-1,0)	89,1 (+1,9)	88,9 (-1,8)
Woonzorgcentra	57,6 (-7,1)	84,3 (-2,1)	82,2 (+3,4)	85,5 (-4,6)
Vlaamse arbeidsmarkt	65,8 (-4,9)	80,2 (-1,7)	82,5 (+0,5)	87,8 (-1,4)

Bron: SIA - Serv, Werkbaarheidsmonitor 2013 – 2016.

Bovenstaande tabel toont dat in 2016 alle sectoren in de gezondheids- en welzijnssector bijzonder goed scoren op welbevinden op het werk. Ook voor de leermogelijkheden scoren onze sectoren vrij goed en is er voor de meeste sectoren zelfs een verbetering ten opzichte van 2013. *Met uitzondering van de 'woonzorgcentra'* (85,5%) scoren alle sectoren beter dan gemiddeld voor de combinatie werk en privé (87,8%).

De werkbaarheidsmonitor 2013-2016 (p. 32) geeft aan dat in de woonzorgcentra 42,4% van de werknemers kampt met werkstressklachten, bij 14,9% is er sprake van burnout-symptomen. Dit betekent een significante toename van het aandeel werknemers met werkstressproblemen tegenover de situatie in 2013 en significant hogere indicatorscores dan in de rest van gezondheids- en welzijnssector.

Wat werkstress betreft scoren enkel in 'rusthuizen' (64,7%) significant minder goed dan gemiddeld op de Vlaamse arbeidsmarkt. Zoals voor de meeste sectoren op de Vlaamse arbeidsmarkt is de werkstressproblematiek de afgelopen jaren ongunstig geëvolueerd in de gezondheids- en welzijnssectoren.

Tabel 25: percentage medewerkers dat aangeeft een probleem te ervaren met de risicofactoren inzake werkbaarheid naar sector (*en evolutie t.o.v. 2013 in ppn*) (Vlaams Gewest, 2016).

	Gezins- en bejaardenhulp	Jeugdbijstand, gehandicapten zorg en welzijnswerk	Ziekenhuizen	Woonzorgcentra	Vlaamse arbeidsmarkt
Werkdruk	19,9 (+4,8)	29,3 (+6,2)	45,9 (+9,3)	50,6 (+10,7)	36,8 (+7,8)
Emotionele belasting	26,5 (+4,2)	57,9 (+8,3)	44,8 (+3,9)	46,5 (+11,1)	23 (+3,0)
Routinewerk	21,5 (-7,0)	11,5 (-0,3)	19,9 (-1,4)	34,4 (-0,8)	24 (+0,3)
Gebrek autonomie	14,1 (+6,7)	11,2 (+1,7)	30,6 (+1,9)	30,7 (-1,0)	19,4 (+0,4)
Gebrek steun leiding	4,9 (-1,8)	12,1 (+0,5)	14,5 (-0,4)	15,3 (-1,1)	14,3 (-0,1)
Fysieke belasting	12,8 (-2,7)	6,5 (-0,2)	18,1 (+2,7)	27,4 (+3,8)	14,9 (+2,0)

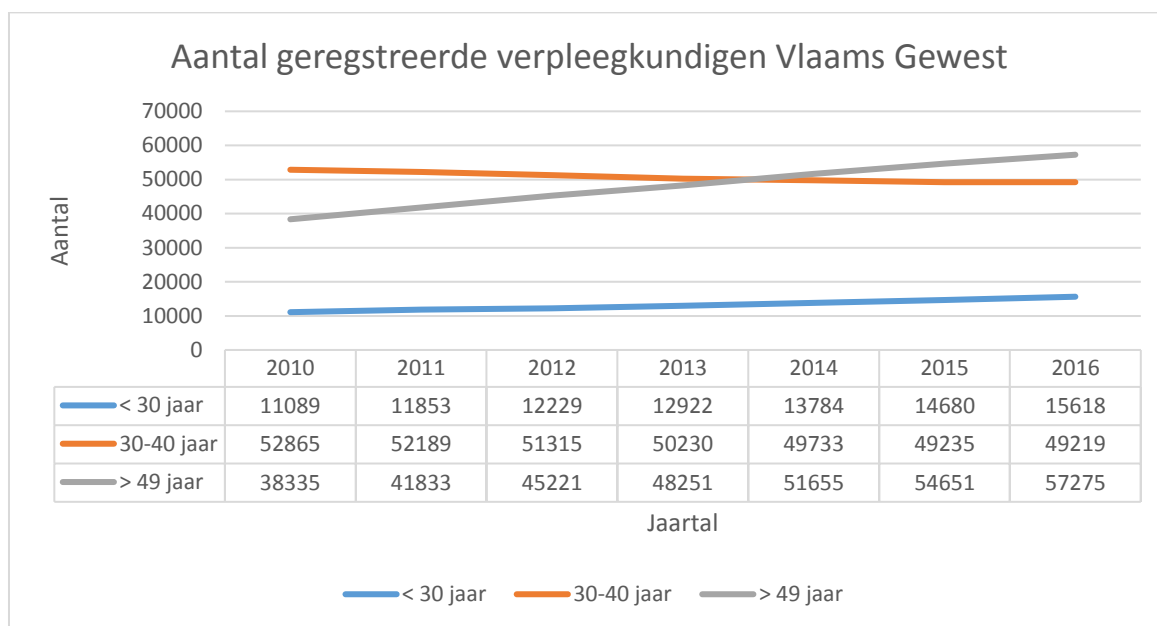
Bron: SIA - Serv, Werkbaarheidsmonitor 2013 – 2016.

Bovenstaande tabel geeft het aandeel medewerkers weer dat effectief een probleem ervaart met één van de zes risicofactoren van werkbaarheid. Zo stellen we vast dat de emotionele belasting in al de welzijns- en gezondheidssectoren hoger scoort dan gemiddeld en dat de emotionele belasting de afgelopen drie jaar is toegenomen. Verder zien we dat in de 'ziekenhuizen' en in de 'woonzorgcentra' zo goed als alle risicofactoren meer aanwezig zijn dan gemiddeld op de arbeidsmarkt. Soms zijn deze verschillen aanzienlijk. In de 'woonzorgcentra' bijvoorbeeld geeft maar liefst 50,6% van de medewerkers aan te kampen met werkdruk, 30,7% met een gebrek aan autonomie, 34,4% met routinewerk en 27,4% met belastende fysieke arbeidsomstandigheden.

De werkdruk in de 'woonzorgcentra' en de 'ziekenhuizen' nam de afgelopen drie jaar ook bovengemiddeld toe. De cijfers maken inzichtelijk dat er op het vlak van werkbaar werk wel degelijk problemen zijn binnen de woonzorgcentra en dat hieromtrent dringende maatregelen dienen te worden getroffen.

De woonzorgcentra worden daarenboven geconfronteerd met problemen op het vlak van enerzijds de uitstroom (pensionering zorgpersoneel) en anderzijds de instroom van het zorgpersoneel (vinden en binden van zorgpersoneel). De forse toename van het aantal woongelegenheden in de woonzorgcentra de afgelopen jaren verscherpt bovendien de vraag naar bijkomend (zorg-)personeel. Hierbij ervaren zij vaak een belangrijke concurrentie van onder andere de ziekenhuizen die vaak nog betere, bijkomende verloning en/of arbeidsvoorwaarden kunnen bieden.

Grafiek 9: aantal geregistreerde verpleegkundigen naar leeftijd in Vlaanderen – Evolutie 2010-2016.

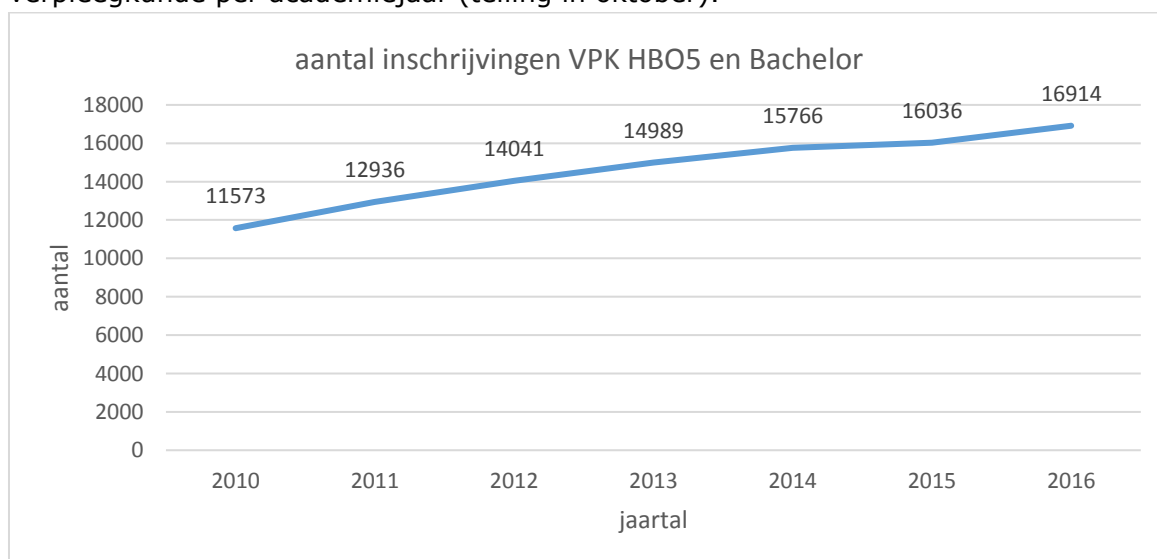


Bron: <http://www.ikgaervoor.be/voor-zorgprofessionals>.

De bovenstaande grafiek maakt duidelijk dat binnen het aantal VTE verpleegkundigen tewerkgesteld in de zorgsector de afgelopen jaren het aantal VTE met een leeftijd van 50 jaar en ouder, stijgt.

De Vlaamse overheid maakt bij middel van de zorgambassadeur en diverse actieplannen uitdrukkelijk werk van werk in de zorg- en welzijnssector. Zowel in de HBO5 als bachelor opleiding verpleegkunde is er de afgelopen jaren een toename vast te stellen van het aantal studenten. Zie onderstaande grafiek.

Grafiek 10: evolutie aantal inschrijvingen HBO5 en professionele bachelor verpleegkunde per academiejaar (telling in oktober).



Bron: <http://www.ikgaervoor.be/voor-zorgprofessionals>.

De vraag stelt zich in welke mate deze afgestudeerde verpleegkundigen bij een eerste tewerkstelling kiezen voor een betrekking in een woonzorgcentrum. Daar is onderzoek over gedaan en toen bleek dat 85% van de verpleegkundigen die afstuderen in eerste instantie kiezen voor een carrière in het ziekenhuis. De overige 15% kiest voor een tewerkstelling in een woonzorgcentrum of in de thuiszorg. Op zich hoeft dit geen probleem te zijn, wanneer een verpleegkundige na enkele jaren actief te zijn geweest in een ziekenhuis de keuze maakt om te werken in een woonzorgcentrum, dan heeft deze al wat klinische ervaring in een acute omgeving opgedaan en kan dan mogelijk op basis van deze ervaring met meer kennis van zaken verpleegkundige zorgen verlenen in een woonzorgcentrum.

Ten slotte laat zich binnen de woonzorgcentra ook de nood voelen tot actualisering en optimalisering van het KB 78 dat de zorgberoepen regelt. Concrete praktijkervaringen maken duidelijk dat een taakherschikking tussen verpleegkundigen en zorgkundigen zich opdringt. Ook kan worden nagegaan worden of en hoe andere gezondheids- en welzijnsberoepen vlot ingang te vinden in de woonzorgcentra. Ook de diverse opleidingen tot zorg- en welzijnsberoepen hebben tot op heden nog onvoldoende aandacht voor de specifieke zorg- en ondersteuningsbehoeften van oudere personen, alsook het multidisciplinaire karakter ervan. Er is binnen de woonzorgcentra een grote nood aan kwaliteitsvolle stageplaatsen en ondersteunende, inspirerende stagebegeleiding. Tevens neemt de vraag naar flexibele inzet van het personeel toe, omdat de behoefte aan voorziening- en sectoroverschrijdend werken merkbaar groeit.

5.6. Overregulering en toenemende administratieve lasten

Een terugkerende klacht bij de beheersinstanties van woonzorgcentra is deze van de overregulering en de toenemende administratieve lasten die hen worden opgelegd. Zij vragen van de overheid meer vertrouwen in hun doen en laten. Zij geven aan dat zij hun deugdelijk bestuur willen verantwoorden en dat ze kwaliteitsvol voor de mensen willen zorgen. Te veel regels belemmeren het innoverende vermogen van de woonzorgcentra. Te veel administratieve taken weerhouden het zorgpersoneel van hun kerntaak 'zorg en ondersteuning' verlenen.

De overheid is bereid om minder regels en administratieve lasten op te leggen (bijvoorbeeld de erkenningen van onbepaalde duur in plaats van bepaalde duur, aanvraag RVT erkenning administratief vereenvoudigd,), maar wenst hierbij sluitende garanties dat bij 'minder regels' de oudere cliënt beschermd blijft in zijn fundamentele rechten, alsook dat de beschikbaarheid, de kwaliteit en de financiële toegankelijkheid van het zorgaanbod gevrijwaard blijft.

De overheid wil met andere woorden werk maken van minder regels in ruil voor transparantie en verantwoording op het vlak van deugdelijk bestuur, de outcome van de geboden kwaliteit en financiële stromen en beheersstructuren. Dit zal zowel van de overheid als van de woonzorgcentra de nodige inspanningen vereisen.

Regeerakkoord 2014-2019:

Deze Vlaamse Regering gelooft in de kracht van het sociaal ondernemen om de zorg en hulpnoden in te vullen en wil daar alle ruimte aan geven. We gaan voor meer autonomie en meer vertrouwen in de partners die onze beleidsdoelstellingen helpen uitvoeren. Voor het handhaven van kwaliteit en toegankelijkheid wordt de focus verlegd naar outcome en ex post controle. We creëren regelluwe en administratieve vereenvoudiging. We hechten een groot belang aan een goede corporate governance bij die partners en geven hen hierbij voldoende vrijheid om hun missie in te vullen en doelstellingen te realiseren. Een goede corporated governance, een systematische inspanning met betrekking tot performantie en efficiëntie en transparantie onder andere als het gaat over de kwaliteit van de geleverde zorg, hulp en dienstverlening zijn daarbij expliciete verwachtingen naar iedereen die onderneemt in zorg en welzijn. Het gebruik van ICT is nog in volle ontwikkeling. Deze evolutie moeten we versterken en verduurzamen. Op die manier kunnen we een kwaliteitsvollere dienstverlening, administratieve vereenvoudiging en efficiëntiewinsten realiseren.

5.7. Nieuwe, complexe zorg- en ondersteuningsvragen vragen nieuwe, aangepaste antwoorden

Woonzorgcentra zijn op dit ogenblik nog onvoldoende uitgerust en aangepast om de groeiende diversiteit aan woon-, zorg- en ondersteuningsvragen te beantwoorden. We denken hier in het bijzonder aan de zorg voor jonge mensen met dementie, allochtone ouderen, ouderen met een uitbehandelde psychiatrische aandoening, personen met complexe zorgvragen, bijvoorbeeld personen die aan de autodialyse zijn of in een behandeling zijn voor een oncologisch probleem, nog niet uitbehandelde oudere personen (wegens kortere ligduur in het ziekenhuis). Ook wat betreft de kennis en expertise op het vlak van de voorafgaande zorgplanning, palliatieve zorg en levenseinde zorg (wet op de patiëntenrechten, wet op palliatieve zorg, wet op euthanasie) en ondersteuning valt mogelijks nog te winnen. Specifieke competenties (kwalificaties), inzichten en ervaringen (evidence based practices) ontbreken nog om passende antwoorden te geven aan deze complexer wordende zorgproblematiek en aan een groeiende variëteit van vragen die hiermee gepaard gaan op vlak van levensbeschouwelijke ondersteuning, voeding, seksualiteitsbeleving, aangepaste zinvolle activiteiten, Niettemin zijn er tal van interessante voorbeelden van goede zorgpraktijken, die andere woonzorgcentra inspireren of van samenwerkingsverbanden waar competenties worden gedeeld. Het is niet de bedoeling dat alle woonzorgcentra op heel specifieke, gespecialiseerde of complexe zorgnoden een passend antwoord moeten kunnen geven. Het vergt allereerst een zelfreflectie om in te schatten wat men kan, wat al dan niet haalbaar is. Deze afweging zal verschillend zijn voor elke individueel woonzorgcentrum.

De zorg voor personen met dementie vereist verdieping van kennis en expertise, een aangepaste bestaffing, alsook een kritische kwaliteitstoets van de werkzaamheid van de velerlei aangewende benaderingen, werkmethoden, technieken en interventies: hebben zij effectief een positief effect op de kwaliteit van het leven en de autonomie van de persoon met dementie. Onderzoek hierover is meer dan gewenst.

Zowel de ouderen zelf, als hun naasten, worden mondiger en zijn meer en beter geïnformeerd. Zij zullen in toenemende mate regie opeisen in hun zorg- en ondersteuningsproces, alsook hun rechtspositie als 'gebruiker, consument, klant' van zorg versterkt willen zien.

Voor al deze nieuwe vragen die op de woonzorgcentra afkomen zijn andere vaardigheden en competenties nodig. Hierop moet stevig worden ingezet, anders heeft het zorgpersoneel het gevoel dat het continu tekortschiet.

Tenslotte, merken we ook op dat de digitalisering van de woonzorgcentra slechts mondjesmaat ingang vindt en dat er nog schroom bestaat om te experimenteren met de toepassing van nieuwe technologieën. Denken we hierbij bijvoorbeeld aan zorgtechnologie die het zorgpersoneel kan ondersteunen bij het toezicht en het opvolgen van de bewoners (akoestische bewaking, bewegingsdetectoren, monitoring vitale parameters, ...). Dit zou de woonzorgcentra kunnen helpen bij de optimalisering van de werkprocessen, zodat er meer tijd kan vrijgemaakt worden voor directe zorg en persoonlijke aandacht voor de cliënten. Het project e-WZC (medicatieschema, transfertdocumenten, delen zorg- en ondersteuningsplan, ...) en de uitrol van Vitalink (gegevensdeling) kunnen hier een belangrijke positieve bijdrage aan leveren.

Volgende én tijdig digitaliseren en technologisch innoveren heeft ontegensprekelijk voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, het wonen en het leven in een woonzorgcentrum een belangrijke toegevoegde waarde, alsook in de samenwerking met andere welzijns- en zorgactoren. Het maakt – als middel – ook een essentieel onderdeel uit van het noodzakelijke professionaliseringstraject van elk woonzorg-centrum.

5.8. Hoe klein is té klein, hoe groot is té groot?

In het landschap van de woonzorgcentra heeft zich de afgelopen jaren een stevige trend richting schaalvergroting gemanifesteerd. Heel wat woonzorgcentra hebben de krachten gebundeld en dit binnen diverse vormen van samenwerking of in een fusie. Ook grote internationale, beursgenoteerde commerciële zorgactoren hebben hun intrede in deze markt gedaan. Deze trend zal zich mogelijks verder zetten. Binnen de lokale besturen stellen we een trend tot het verzelfstandigen van de woonzorgcentra (al of niet in combinatie met thuiszorg) vast via de oprichting van publiekrechtelijke of privaatrechtelijke verenigingen (zorgbedrijven).

Alleenstaande (kleinschalige) autonome woonzorgcentra worden geconfronteerd met de toenemende administratieve en juridische complexiteit op vlak van beheer van een woonzorg-centrum. Vaak missen zij de expertise (en de middelen) op vlak van infrastructuurwerken en technieken, gespecialiseerde zorg- en ondersteuning, ICT, financieel management, Zij worden ook geconfronteerd met de moeilijkheid om vrijwillige bestuurders aan te trekken. Van de andere kant zijn deze woonzorgcentra vaak goed geïntegreerd in de lokale gemeenschap en samenwerkingsverbanden allerhande. Zij kunnen goed inspelen op de specifieke lokale behoeften. Zij zijn op hun manier kwetsbaar en hebben tegelijkertijd ook een sterke lokale inbedding en gedragenheid.

Woonzorgcentra ingebed in grotere groeperingen of samenwerkingsverbanden van zorg creëren door het bundelen van krachten schaalvoordelen, wat hen de mogelijkheid biedt om meer inhoudelijke expertise in te kopen, alsook stevig in te zetten op kostenefficiëntie. Zij kunnen beroep doen op (betaalde) professionele bestuurders. Vaak loopt de besluitvorming binnen deze groeperingen sterk gecentraliseerd, wat mogelijks het risico inhoudt dat de besluitvorming trager verloopt en minder op maat van de lokale behoeften gesneden is. We stellen ook vast dat de grootschalige structuren - die vaak verbonden zijn met deze (private) groeperingen - aan complexiteit toenemen en niet altijd even transparant zijn. Bijvoorbeeld zijn er initiatiefnemers die in de exploitatie van het woonzorgcentrum het juridisch statuut van een vereniging zonder winstoogmerk aannemen, maar in de onderliggende structuren een aantoonbare commercieel, (beursgenoteerd) winstgevend oogmerk hebben. Bij verzelfstandiging van openbare woonzorgcentra dient eveneens de bestuurlijke en financiële transparantie gevrijwaard te blijven. Ook bij vzw's kunnen er diverse financieringsstromen zijn tussen meerdere vzw's/groepen, ook dit vraagt transparantie

Er wordt vastgesteld dat bij een grotere marktwerking (grotere verscheidenheid aan initiatiefnemers en consolidatie van woonzorgcentra in grote groepen) en de creatie van het level playing field, de overheid moet toezien op de transparantie met betrekking tot de inzet van de publieke middelen en de duurzaamheid van het zorgaanbod en dit met (cfr toezichtdecreet) toezichtmiddelen via de bestaande kanalen, zoals onder andere via de Nationale Bank). Corporate governance en financiële transparantie voor alle initiatiefnemers zijn essentieel om de continuïteit en kwaliteit van het wonen, de zorg en ondersteuning te kunnen waarborgen, ook op langere termijn. De invulling van de corporate governance kan aangepast zijn naargelang de grootte en rekening houdend met de specifieke eigenschappen van het juridisch statuut van het woonzorgcentrum, maar de transparantie naar de Vlaamse overheid toe is essentieel⁴⁵.

De strategische adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin schrijft in haar advies van 2012 *'Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg'*:⁴⁶ dat:

- het zorgveld veronderstelt een diversiteit aan aanbieders voor de volledige doelgroep. Deze diversiteit moet behouden blijven. Schaaloptimalisaties, integraties, fusies en samenwerkingsverbanden kunnen uiteraard leiden tot schaalvoordelen en positieve effecten hebben op de prijs, de efficiëntie of de kwaliteit. Toch moeten deze bewegingen in het oog gehouden worden. Een gezonde mededinging betekent het verbod op buitensporige concentratie van marktmacht.
- monopolies, kartels en varianten ervan kunnen leiden tot problematische situaties waarbij de rechten en belangen van andere zorgaanbieders maar ook van de zorgbehoevenden met de voeten worden getreden. Denken we maar aan negatieve gevolgen van marktmacht zoals beperkte keuzevrijheid, onvoldoende aanbod voor kwetsbare groepen, te hoge prijzen, slechtere kwaliteit, en zo meer. Prijzen zijn dan bijvoorbeeld niet meer 'marktconform'. Toezicht houden op marktmacht veronderstelt een performante overheid.

⁴⁵ De governance- en organisatiestructuur van een eenmanszaak verschilt duidelijk van een vzw of een NV. Hiermee dient rekening te worden gehouden.

⁴⁶ Strategische Adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, (2012). Advies: Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg.

Overwegende de evoluties terzake is het noodzakelijk dat een aantal bijkomende garanties en maatregelen op vlak van beheer van de woonzorgcentra (en ook andere erkende zorg- en welzijnsvoorzieningen) worden geformuleerd op het vlak van :

- de financiële soliditeit en risicobeheersing van een voorziening, alsook de bedrijfscontinuïteit;
- de kwaliteit en de integriteit van aandeelhouderschap/bestuurders/begunstigden en leiding;
- de transparantie met betrekking tot groepsstructuren en relaties tussen entiteiten van een groep of met dienstverleners;
- het aantoonbaar maken dat cliënten en/of mantelzorgers minstens geïnformeerd worden over beleidsbeslissingen die hen aanbelangen en, waar mogelijk en relevant, ook hierbij betrokken worden (rol van de bewoners- en/of familieraad).

Bovenstaande aandachtspunten worden verder geconcretiseerd in concrete acties onder speerpunt 2 – kwaliteitsvol besturen.

5.9. Brussel

De realisatie van een door Vlaanderen erkend woonzorgcentrum in Brussel vergt, ten gevolge haar specifieke grootstedelijke context⁴⁷ en de beleidsmatige keuze om in Brussel Vlaamse initiatieven ten volle ontwikkelingskansen te bieden, een geëigende aanpak en bijkomende ondersteuning. Dit is reeds het geval bij de subsidiëring van de Vlaamse erkende lokale dienstencentra in Brussel, die een verhoogde werkingstoelage toegewezen krijgen. Belangrijk in het kader van het Vlaamse ouderenzorgbeleid in Brussel is de rol van de Vlaamse Gemeenschapscommissie als partner van de Vlaamse overheid.

Voor Brussel worden door de Vlaamse overheid 1.254 woongelegenheden geprogrammeerd. Wanneer deze allen worden gerealiseerd dan stemt dit ongeveer met 8% van het residentieel aanbod voor ouderen in Brussel. Het leeuwendeel (92%) van de woongelegenheden in woonzorgcentra wordt erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. In Brussel zijn er in totaal 16.440 plaatsen in ROB en RVT (cijfers jaarrapport Home Info 2016) en ongeveer 3.000 bijkomende plaatsen voorzien voor de komende jaren (programmatiestudie 2012) (er is wel een uitbreidingsstop toegepast).

Met een gepland totaal aanbod van 19.000 bedden voor 160.000 65+ in 2020, zal Brussel bijna 12 woongelegenheden tellen per 100 65plussers. Dit relatief overaanbod verantwoordt de keuze die gemaakt werd om, in afwijking van de 30%-norm uit het Vlaams regeerakkoord, het aantal toe te kennen woongelegenheden te blijven programmeren op een derde hiervan of 10% van het aantal plaatsen in vergelijking met een sociaal-demografisch gebied van dezelfde omvang in Vlaanderen (Masterplan Woonzorg Brussel).

⁴⁷ Superdiversiteit, hoge prijzen gronden en gebouwen, lage sociaal-economische situatie van vele Brusselse ouderen, onaangepaste woningen, onaangepaste mobiliteitsmogelijkheden voor kwetsbare doelgroepen, verhoogd risico op vereenzaming en verwaarlozing, onveiligheid, drukke verkeer, 19 verschillende gemeenten in Brussel met elk hun specifieke beleidsvoering,

Ook met behoud van dit principe zal de programmatie van de Brusselse woonzorg-eenheden evolueren, samen met de stijging van de ouderenpopulatie met 15% over de komende 15 jaar (van 156.106 in 2016 naar 160.000 in 2020 tot 180.000 in 2030). (cijfers BISA). Eerder dan deze stijging in te zetten op nieuwe woonzorgcentra zal de voorkeur vanuit Vlaanderen, naarmate de ruimte vrijkomt, gaan naar bijkomende personeelsomkadering voor ambulante en buurtgerichte ondersteuningsfuncties en kleinschalige woonvormen voor ouderen. (zie ook masterplan Woonzorg Brussel, deel 3,)

Wat de centra voor kortverblijf betreft, stellen we vast dat de vooropgestelde programmatie voor Brussel (114 wooneenheden) nooit gerealiseerd kan worden, aangezien deze verbonden moeten zijn aan een Vlaams erkend woonzorgcentrum, wat zou neerkomen op minstens 10 plaatsen kortverblijf per erkend woonzorgcentrum. Anno 2016 zijn er 7 erkende woonzorgcentra waarvan twee ook kortverblijf aanbieden met in totaal 13 plaatsen. Het voorstel is om de programmatie, zoals voor de woonzorgcentra, eveneens te herleiden naar 1/3, zijnde 38 plaatsen gespreid over de Vlaamse woonzorgcentra in Brussel. De overige 78 geprogrammeerde plaatsen zouden dan eventueel kunnen omgezet worden in een bijkomende omkadering van buurtgerichte en semi-residentiële zorg. (lokale dienstencentra en dagverzorgingscentra) in Brussel.

We kunnen stellen dat de programmatiecijfers voor Brussel best worden aangepast aan de concrete Brusselse context. Wil men de financiële toegankelijkheid en leefbaarheid van de Vlaamse initiatieven in Brussel waarborgen, dan zal prioritering bij de toewijzing van bijkomende erkenningen als RVT en F-forfaits dagverzorging in overweging moeten worden genomen.

Vanaf 1 januari 2019 zal een overgangstermijn van drie jaar worden voorzien voor de verdere uitwerking van VSB in Brussel. In deze fase zal het verzekeringsprincipe in de Brusselse unicommunautaire zorgvoorzieningen nog niet worden toegepast en kan ook een monitoring gebeuren van de problemen die zich potentieel stellen. Deze monitoring wordt toegepast vanaf 1 januari 2019 gedurende drie jaar. Dit moet ons toelaten om concrete afspraken te maken met de GGC omtrent het samengaan van de financiering van zorg vanuit de GGC met de VSB en vice versa en deze te vertalen in een samenwerkingsakkoord met alle bevoegde overheden in Brussel. Ondertussen zal er meer duidelijkheid zijn over de wijze waarop de GGC haar bevoegdheden wenst in te vullen in Brussel en de mogelijkheden tot afstemming tussen beleidsmaatregelen van de GGC met de principes van dit decreet. Hierin moeten ook afspraken worden gemaakt omtrent de financiering. Het overleg hierover werd reeds opgestart. Daarbij hebben we ook oog voor de financiële leefbaarheid van de unicommunautaire Vlaamse voorzieningen in Brussel.

6. Het woonzorgcentrum: onmisbare schakel in het geheel van woon-, leef- en zorgvormen voor zorg- en ondersteuningsafhankelijke personen

Uit het voorgaande mag voldoende blijken dat het tijd is voor een nieuw perspectief voor de woonzorgcentra. In de volgende tekst beschrijven we de toekomst van de woonzorgcentra als een positief vooruitzicht, samengaand met gezond realisme en transparante verwachtingen.

6.1. Omschrijving

Een woonzorgcentrum wordt omschreven als een door de Vlaamse overheid erkende woonzorgvoorziening waar 24 uur op 24 uur aangepaste huisvesting, intensieve ondersteuning en zorg wordt geboden aan personen met een complexe en langdurige ondersteunings- en zorgvraag.

6.2. Doelstelling

Het woonzorgcentrum stelt zich tot doel een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de levenskwaliteit, de levenszin en de autonomie van mensen met een langdurige en intensieve zorg- en ondersteuningsbehoefte. Dit heeft tot gevolg dat het woonzorgcentrum minimaal (naast de generieke werkingsprincipes, zoals bepaald in het woonzorgdecreet) de volgende opdrachten realiseert, met name het aanbieden van:

- een aangepaste en langdurige huisvesting;
- huishoudelijke en logistieke ondersteuning;
- ADL en IADL ondersteuning;
- persoonlijke verzorging;
- verpleegkundige zorgen;
- paramedische zorgen;
- psycho-sociale begeleiding;
- levensbeschouwelijke en existentiële zorg;
- gespecialiseerde ondersteuning en zorg (zorg voor personen met dementie, voortijdige zorgplanning palliatieve zorg en levenseindezorg (met respect voor de wetgeving inzake patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie), zorg voor personen met een beperking,);
- versterking sociaal netwerk;
- ondersteuning bij de dagbesteding/animatie;
- reactivering.

In het woonzorgcentrum wordt op een evenwichtige wijze aandacht gegeven aan woon, zorg en welzijnsaspecten op maat van de bewoners. Er wordt uitdrukkelijk afgestapt van het medische model, historisch gegroeid uit het voorzieningsgebonden federaal (RIZIV) financieringsconcept. Er wordt in het woonzorgcentrum van de toekomst geen onderscheid meer gemaakt tussen 'ROB- en RVT-bedden'. Er wordt eveneens niet meer gesproken van 'bedden', maar van woongelegenheden.

Om de bovenvermelde opdrachten kwaliteitsvol en duurzaam te realiseren stelt de beheersinstantie van een woonzorgcentrum de juiste randvoorwaarden en middelen ter beschikking, zoals onder andere een uitgeschreven en doorleefde visie op leven, wonen en zorg in een woonzorgcentrum, voldoende en betrokken en vakbekwame zorg- en dienstverleners, aangepaste infrastructuur/ wooncomfort, performante en flexibele

organisatie, noodzakelijke financiële middelen en efficiënte inzet ervan, veiligheidsbeleid, zorgbeleid ondersteund met richtlijnen voor goede zorgpraktijk, performant kwaliteitsbeleid, ICT, informatiedeling, cyclisch geborgd zorg- en ondersteuningsplan, ondersteunend leiderschap, mantelzorg- en vrijwilligersbeleid, ethisch verantwoord zorgbeleid, deugdelijk bestuur, diverssensitief cliënt- en medewerkersbeleid,

6.3. **Geen one size fits all**

Een blauwdruk voor het woonzorgcentrum van de toekomst bestaat niet. Elk woonzorgcentrum geeft op haar manier vorm aan kwaliteit van wonen, leven, zorg, tewerkstelling, organisatie en bestuur. Een woonzorgcentrum dat aan de verwachtingen van alle mensen voldoet bestaat niet, en zal overigens nooit bestaan.

De fysieke verschijningsvorm van een woonzorgcentrum kan ook heel verscheiden zijn. Het kan zich zowel concentreren binnen een woonzorgwijk- of campus, als in kleinschalige entiteiten verspreid binnen een gemeente of buurt. Vaak zullen hier de historische inplanting, de bestaande gebouwen, de stedenbouwkundige richtlijnen en de lokale mogelijkheden bepalend zijn.

Zorg en ondersteuning verdergaand uitrusten in de breedte

Het woonzorgcentrum kan voor haar specifieke opdrachten samenwerken (slimme clustering) met de lokale overheid en/of met diverse andere vormen van wonen, ondersteuning en zorg: nieuwe innovatieve woonvormen, andere woonzorgvoorzieningen, wijkgezondheidscentra, poliklinische consultaties van een ziekenhuis, dienstenchequebedrijf, dienst voor warme maaltijden, een sociaal restaurant, mobiel vervoer, klaslokalen voor een school of een open ruimte voor een tentoonstelling of voor start-ups, lokale middenstand, (niet limitatieve lijst).

Het woonzorgcentrum van de toekomst heeft de ruimte om nieuwe (al dan niet commerciële, al dan niet in co-creatie met andere actoren via samenwerking) haal- en brengdiensten voor personen woonachtig in de wijk te realiseren, zoals onder andere online dienstverlening, was- en strijkdiensten, boodschappendienst, hotel, restaurant, In dit verband wordt uitgeklaard wat dit betekent op vlak van fiscaliteit.

Ondersteuning en zorg verdergaand uitrusten in de diepte

Het woonzorgcentrum kan zich op het vlak van de langdurige ondersteuning en zorg oriënteren en specialiseren op de combinaties van huisvesting, ondersteuning en/of zorg voor specifieke doelgroepen die al dan niet een intensieve en complexe zorg- en ondersteuningsnood hebben: personen met dementie, personen met een beperking, personen met een gestabiliseerde chronische aandoening (fysieke en/of psychiatrisch), personen in een palliatieve zorgfase en hun mantelzorgers, ... Hiervoor worden specifieke randvoorwaarden en kwaliteitseisen bepaald.

De leeftijd wordt niet langer als een criterium voor de begrenzing van de doelgroep beschouwd. Daartoe ontwikkelen we een regelgevend kader. Het ontplooiën van doelgroepspecifieke zorg- en ondersteuning veronderstelt een regionale afstemming in het kader van de eerstelijns, alsook een klaarheid in de juridische (arbeidsrechtelijk) en verzekeringstechnische aspecten die hier mogelijk mee samengaan bij de flexibele

inzet van het personeel ('over de schotten' en 'categoriale dienstverleningsvormen' heen). Deze inzet dient zowel kwantitatief als kwalitatief aantoonbaar te zijn.

Elk woonzorgcentrum kan zijn rol en opdrachten ontwikkelen vanuit de eigen kerncompetenties en/of in samenhang met de competenties van partners.

Ondersteuning en zorg faciliteren met de hulp van ICT

Het woonzorgcentrum van de toekomst zet ondersteunende technologie (M-health-technologie/ zorgtechnologie/ domotica) in met als doel de zorg en ondersteuning af te stemmen op de zorg- en ondersteuningsdoelen die de cliënt en zijn mantelzorger(-s) stellen, alsook om een efficiëntere en doelmatiger inzet van (schaarse) personele middelen te realiseren. De zorg- en ondersteunings-technologie wordt naadloos verweven met de menselijke dagdagelijkse zorg en ondersteuning. Daarnaast wordt door de woonzorgcentra ICT ontwikkeld en geïmplementeerd met het oog op een performante gegevensdeling intern en extern (thuiszorgvoorzieningen/ ziekenhuizen/ BelRAI/vitalink).

Woonzorgcentra kunnen samen met de relevante actoren uit de omgeving mee in staan voor het ontvangen en/of interveniëren bij oproepen van personen woonachtig in de onmiddellijke omgeving van het woonzorgcentrum, die gebruik maken van bijvoorbeeld een personen-alarmsysteem⁴⁸.

Ondersteuning en zorg voor de buurt

In Vlaanderen bevinden er zich ongeveer 800 woonzorgcentra. Allen hebben de potentie om zich te ontwikkelen (in samenwerking met het lokaal bestuur en de lokaal actieve en relevante actoren) als een '*community hub*', een trefpunt waar mensen, het lokale bedrijfsleven, scholen, kinderdagverblijven en/of kleinere organisaties uit de buurt, de wijk, samen met het woonzorgcentrum initiatieven kunnen ontplooiën met het oog op de ondersteuning van sociale cohesie en de leefbaarheid van de wijk/de buurt. In het kader van het uitgangspunt van de inclusie is het cruciaal dat woonzorgcentra zich naar buiten toe oriënteren, naar de buurt toe, naar de inbedding in het maatschappelijk weefsel.

Wanneer ingezet wordt op levendige en zorgzame buurten, waar kwetsbare ouderen veilig kunnen wonen, welkom zijn en deel uit maken van de levendige gemeenschap, kunnen de opdrachten van de diverse woonzorgvoorzieningen geïntegreerd gerealiseerd worden. In die buurten zijn etniciteit, leeftijd, inkomen, gezondheid en religie niet bepalend in de omgang met elkaar en geven cliënten zelf zoveel mogelijk vorm aan hoe ze elkaar kunnen ondersteunen en versterken. Het woonzorgcentrum kan hier, samen met de cliënten en hun familie, en in wisselwerking met de buurtcliënten, de lokale middenstand en alle andere actieve welzijns- en zorgpartners, een bijdrage leveren aan een samenhangende en buurtgerichte aanpak van wonen, zorg en welzijn bewerkstelligen. Het stemt in dit verband af met de lokale overheid in het kader van het lokaal

⁴⁸ Onderzoek Koning Boudewijnstichting 2017 'levenskeuzes van 60-plussers': '*Een bijzonder grote meerderheid, vooral bij wie jonger is dan 75, is bereid om alarmsystemen of elektronische hulpmiddelen te gebruiken en op die manier zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook als dat deels ten koste gaat van hun privacy: 40% wil alleen systemen die ze zelf kunnen bedienen; 47% wil elk systeem overwegen dat hen in staat stelt zelfstandig te blijven wonen.*'

sociaal beleid (die hiertoe de regie voert), alsook met de in de buurt actieve voorzieningen, organisaties en verenigingen.

De buurtwerking kan onder meer omvatten de ondersteuning en zorg aan buurtcliënten die kortstondig of langdurig nood hebben aan al dan niet complexe/eenvoudige ondersteuning en zorg (en die zelf willen beroep doen op de diensten), alsook uit het ondersteunen van informele buurtzorg en dit in samenwerking met de betrokken lokale thuis(gezondheids-)zorgactoren.

Voorkomen van eenzaamheid, zorg voor een veilige woonomgeving, gezonde voeding, vroegsignalering, zijn onderdelen van een zorgzame samenleving, waar ook een woonzorgcentrum een steentje in kan bijdragen. (o.a. door het ter beschikking stellen en/of uitwisseling van expertise met de lokale en/of eerstelijnsactoren, adviesfunctie naar mantelzorgers toe, ...).

6.4. Multifunctioneel woonzorgcentrum

Steeds meer woonzorgcentra combineren hun aanbod met andere woonzorgvormen, zoals centrum voor dagverzorging, centrum voor kortverblijf, groep van assistentiewoningen, De samenvoeging van het aanbod van het woonzorgcentrum en andere woonzorgvormen biedt als voordeel dat meer zorg en ondersteuning op maat kan geboden worden aan de zorgvrager. Het woonzorgcentrum kan op immers deze wijze een zorgvrager toeleiden naar de minst ingrijpende woonzorgvorm. Anderzijds biedt het aanbod van een diversiteit aan woonzorgvormen ook de mogelijkheid tot continuïteit van woonzorg, mits uiteraard de waarborg van de vrije keuze van de zorgvrager.

Vaak stelt men immers vast dat een zorgafhankelijke persoon eerst enkele dagen beroep doet op de zorg en ondersteuning van een centrum voor dagverzorging en dit soms in vakantieperioden gecombineerd met deze van een centrum voor kortverblijf. Beide woonzorgvormen beogen de respijtzorg, wat staat voor de een tijdelijke en volledige overname van de zorg voor zorgvrager met als doel de mantelzorg te ontlasten of de zorgvrager te oriënteren naar een passend zorg- en ondersteuningsaanbod. Vanaf 1 januari 2018 bestaat ook de mogelijkheid om kortverblijf aan te reiken in een groep van assistentiewoningen op voorwaarde dat deze in elkaars nabijheid gelegen zijn.

Een woonzorgcentrum dat in samenwerking met andere lokale woonzorgvoorzieningen of zelf, bijkomend minstens twee van de drie hierna opgesomde woonzorgvormen aanbiedt: centrum voor kortverblijf, centrum voor dagverzorging of assistentiewoningen, kan om het opname- en ontslagbeleid binnen de gekozen combinatie in goede banen te leiden beroep doen op een 'linking pin': een persoon die aanspreekbaar is en de zorgvrager en zijn mantelzorgers helpt bij het schakelen tussen deze drie woonzorgvormen. Deze persoon - een interne coördinator - heeft als opdracht de zorgvrager en zijn mantelzorger omstandig te informeren over de mogelijkheden en beperkingen van het aanbod van deze drie woonzorgvormen, een doelmatig en doeltreffend opname en ontslagbeleid te waarborgen, een doorverwijzing naar een meer passend zorg- en ondersteuningsaanbod te faciliteren en ondersteunen, wanneer nodig, en mee te werken aan de optimale organisatie en afstemming van zorg en ondersteuning tussen de diverse betrokken zorg- en ondersteuningsactoren. De zorgvrager behoudt de vrije keuze om al dan niet een beroep te doen op een of meerdere woonzorgvormen die het woonzorgcentrum aanreikt.

Het voordeel van het gezamenlijke aanbod van drie woonzorgvormen (al dan niet bij middel van een samenwerkingsovereenkomst) is eveneens dat het woonzorgcentrum op deze wijze haar plaats binnen de eerstelijnszorg verbreedt. Het veronderstelt echter ook dat dit gezamenlijk aanbod enerzijds onderling naadloos aansluit, en anderzijds aansluiting vindt met de ziekenhuiszorg, de thuisgezondheidszorg en/of andere woonzorgvoorzieningen van waaruit de zorgvrager doorverwezen wordt of naar toegeleid wordt.

Het multifunctionele woonzorgcentrum beschikt over één aanmeldingspunt een gemeenschappelijk toeleidingsprocedure, een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid, een beleid op vlak van gegevensdeling en een beleid op vlak van expertisedeling buurtgerichte werking.

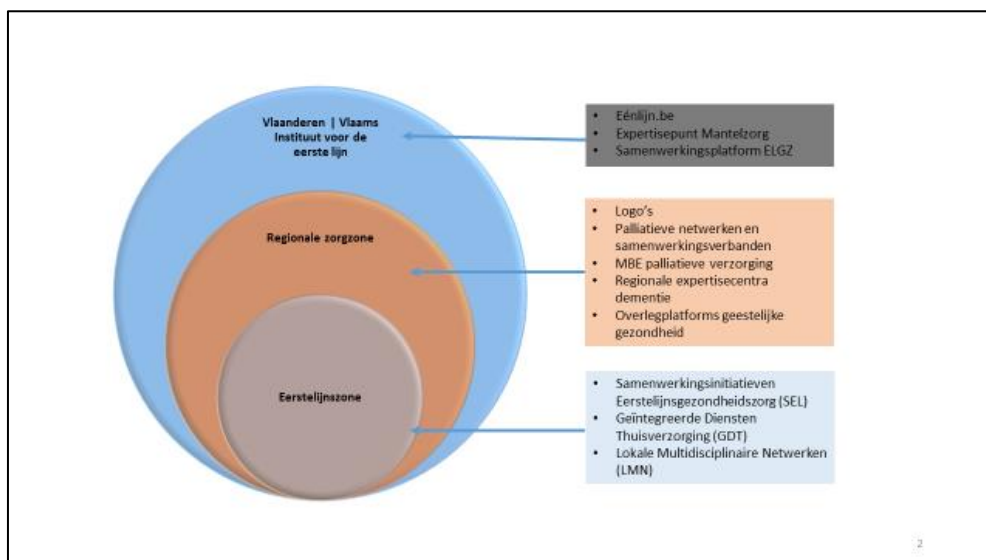
6.5. Woonzorgcentrum partner in de eerstelijnszorg

In de visietekst met betrekking tot de eerstelijnszorg⁴⁹ lezen we dat de eerstelijns verwijst naar rechtstreeks toegankelijke, ambulante, generalistische zorg voor niet-gespecificeerde gezondheids- of welzijns(gerelateerde)problemen, zowel van fysieke, psychologische en sociale aard. Het vormt in de regel het eerste contact met professionele zorg, het kan diagnostische, curatieve, revaliderende en palliatieve zorgverlening aanbieden voor het overgrote deel van de problemen, het biedt preventie voor individuen en risicogroepen in de eigen populatie, het houdt rekening met de persoonlijke en sociale context van mensen, het verzekert continuïteit van zorg over de tijd en tussen zorgaanbieders en het ondersteunt de informele zorg rondom de patiënt/cliënt.

In de visietekst⁵⁰ staat dat in de eerstelijnszone het zwaartepunt komt te liggen op de ondersteuning van de praktijk en de dienstverlening en van de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijns- en gezondheidsactoren. De eerstelijnszone is een geografische afgebakend gebied waarin de lokale besturen en de zorgaanbieders die er hun zorg- en dienstverlening ontwikkelen (inclusief de partners van het geïntegreerd breed onthaal), hun samenwerking vorm geven en hun verantwoordelijkheid opnemen voor de populatie van die eerstelijnszone. De woonzorgcentra worden als een van de vele onontbeerlijke actoren beschouwd binnen de eerstelijnszorg.

⁴⁹ Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Agentschap Zorg en Gezondheid. Conferentie eerstelijnszorg. Reorganisatie van de eerstelijns in Vlaanderen. 16/02/2017, p.42.

⁵⁰ Conferentie eerstelijnszorg. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Agentschap Zorg en Gezondheid, Brussel 16 februari 2017.



Gezien de vaak lokale inbedding (buurt, wijk, dorp, gemeente) neemt elk woonzorgcentrum actief deel aan de activiteiten met betrekking tot zorg en welzijn die georganiseerd worden binnen de eerstelijnszorgzone. Op vlak van de meer gespecialiseerde zorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen en de zorgstrategische planning hieromtrent zullen de woonzorgcentra zich eveneens betrekken op de activiteiten van de regionale zorgzone.

De eerstelijnszone wordt aangestuurd door een Zorgraad. Deze raad is pluralistisch en divers samengesteld en bestaat uit zorgaanbieders van verschillende disciplines en uit vertegenwoordigers van *de woonzorgcentra*, gezinszorg, diensten maatschappelijk werk, CAW, en lokale besturen, aangevuld door een vertegenwoordiging van de zorggebruikers en mantelzorgers en met bij voorkeur een lokale huisarts als voorzitter. Vanuit de regionale zorgzone worden experts inzake preventie, palliatie, dementie en geestelijke gezondheidszorg ter beschikking gehouden van de Zorgraad.

De Zorgraad binnen de eerstelijnszorgzone beoogt hier een belangrijke ondersteunende rol te vervullen ⁵¹:

1. Het ondersteunen van een kringwerking van de verschillende beroepsgroepen en interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams en op het niveau van de eerstelijnszones stimuleren.
2. Inhoudelijke afstemming bevorderen tussen preventie, curatie, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning,... in welzijn en gezondheid, inclusief de afstemming met Kind en Gezin (via de "Huizen van het Kind") en met de Centra voor Leerlingen Begeleiding, bedrijfsgezondheidszorg, milieugezondheidszorg,...
3. Het signaleren aan de regionale zorgzone of Vlaams niveau van problemen, knelpunten of drempels die binnen het werkgebied geen of onvoldoende oplossing kunnen vinden.
4. Het voorbereiden van overleg (aan de hand van door de Vlaamse overheid of het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn ter beschikking gestelde gegevens) over het nodige en gewenste zorgaanbod in de eerstelijnszone. De uitkomst van dit overleg in de Zorgraad wordt meegenomen naar de regionale zorgzone voor

⁵¹ Conferentie eerstelijnszorg. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Agentschap Zorg en Gezondheid, Brussel 16 februari 2017.

verdere uitwerking. Voor het in kaart brengen van de noden en behoeften van de populatie en het bepalen van de doelstellingen voor de zorgverlening en een optimale ontwikkeling van het zorgaanbod in de eerstelijnszone wordt een methodiek ontwikkeld (door KU Leuven en Deloitte). Bij het lokaal toepassen en analyseren van de resultaten zal de eerstelijnszone begeleid worden vanuit het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn.

5. Het operationaliseren van multidisciplinaire aanbevelingen door lokale afspraken te maken over de toepassing van de aanbevelingen (bv. via zorgtrajecten). Ook het ondersteunen van de zorgtrajectbegeleiding voor diabetes type 2 - en chronische nierinsufficiëntiepatiënten.
6. Vormingen helpen organiseren, afgestemd op de vormingsnoden in de eerstelijnszone en vooral gericht op deskundigheidsbevordering rond alle aspecten van een geïntegreerde zorgverlening (interdisciplinaire samenwerking, doelgroepen (bv.. mantelzorger, kansarmen, kwetsbare ouderen, personen met dementie, ...), gebruik van ICT-applicaties ter ondersteuning van de praktijkvoering.
7. Initiatieven en praktijken van zorgaanbieders ondersteunen zodat zorgaanbieders mantelzorgers als volwaardige zorgpartner betrekken.
8. Ondersteuning bieden bij de toepassing van de (nog te ontwikkelen) methodiek rond geïntegreerde zorgplanning voor de persoon met een zorgnood. De methodiek rond zorgplanning omvat het formuleren van zorgdoelen, het opmaken van een zorg- en ondersteuningsplan, zorgcoördinatie, desgevallend inschakelen van case management en ondersteuning bieden aan het sluiten en doorlopen van de zorg(traject)contracten.
9. De zorgaanbieders helpen met het oplossen van problemen, knelpunten of drempels op vlak van de praktijkvoering.
10. Ondersteuning bij het mee ontwikkelen van het geïntegreerd breed en herkenbaar onthaal, onder de regie van de lokale besturen.
11. Stimuleren van de lokale partners om initiatieven te nemen rond buurtgerichte zorg en ondersteuning bieden bij de uitvoering van deze initiatieven (zonder in de plaats te treden van deze lokale partners). Specifieke aandacht wordt hierbij gegeven aan de toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare groepen.
12. Meewerken aan de invulling en uitvoering van een Vlaams kwaliteitsbeleid voor de eerste lijn, in functie van de richtlijnen en methodieken die hiervoor door het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg worden ontwikkeld. Hierbij worden zowel proces- als outcome-indicatoren geformuleerd.
13. Mee operationaliseren van Vlaamse- en lokale doelstellingen voor de eerste lijn i.s.m. de lokale partners en zorgverleners.
14. Het opnemen van de klachtenbehandeling bij klachten waarvoor tussen de persoon met een zorgnood en de betreffende zorgaanbieder geen oplossing kan gevonden worden.
15. Het ondersteunen van de lokale en bovenlokale zorgstrategische planning passend binnen het Vlaams kader. Binnen het nieuwe decreet lokaal sociaal beleid kunnen lokale besturen een gezamenlijk initiatief nemen om een bovenlokaal sociaal beleid te ontwikkelen.
16. Stimuleren van digitale multidisciplinaire gegevensdeling tussen de zorgaanbieders op het niveau van de eerstelijnszones en ondersteunen om dit in de praktijk te realiseren .

Acties:

- In het aan te passen woonzorgdecreet van 2009 worden de opdrachten van het woonzorgcentrum geactualiseerd.
- In het eerstelijnszorgdecreet wordt rekening gehouden met de link naar de diverse in het woonzorgdecreet opgenomen bepalingen en omgekeerd.
- De bepalingen van het KB van 2014 houdende de erkenningsnormen van rust- en verzorgingstehuizen (en centra voor dagverzorging en Niet Aangeboren Hersenafwijkingen) worden geëvalueerd, geactualiseerd en waar nodig geïntegreerd in de Vlaamse regelgeving (gewijzigd woonzorgdecreet of besluiten Vlaamse Regering).
- Bij de wijziging van het uitvoeringsbesluit voor het woonzorgcentrum wordt de actualisering van de sectorspecifieke minimale criteria en de normen met betrekking tot het kwaliteitshandboek in ogenschouw genomen.
- De personele omkadering wordt geactualiseerd en correct afgestemd op de zorg- en ondersteuningsnoden van de cliënten van het woonzorgcentrum bij middel van een stappenplan en wetenschappelijk onderbouwd, waar mogelijk.
- De functie van de coördinerende en raadgevende arts wordt geactualiseerd.
- De functie van de animator wordt geactualiseerd.
- De financiering van de interne coördinatiefunctie binnen een multifunctioneel woonzorgcentrum (woonzorgcentrum met combinatie van twee van de drie woonzorgvormen: een centrum voor dagverzorging, centrum voor kortverblijf of groep van assistentiewoningen) wordt nader onderzocht. Een van de mogelijk te overwegen pistes is deze functie mee op te nemen in de reconversiebeweging.
- In samenwerking met de Vlaamse bouwmeester wordt een inspiratiedag 'zorg voor de buurt'⁵² georganiseerd.
- Pilotprojecten worden opgezet met als doel de ontschotting tussen de diverse deelsectoren te realiseren aan de hand van een regelluw kader. Op voorwaarde dat hierdoor niet wordt ingeleverd op de kwaliteit van het leven, de zorg en het wonen van de cliënt. Dit veronderstelt dat hiervoor een eenduidig kwaliteitskader wordt ontwikkeld.
- Bijzondere aandacht zal bij dit laatste gaan naar de bescherming van de arbeidsvoorwaarden van het personeel, alsook de oplossing van specifieke fiscale-vraagstukken.
- Om de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf, centra voor dagverzorging en groepen van assistentiewoningen te optimaliseren wordt onderzocht of nieuwe regelgeving een bijdrage kan leveren aan nieuwe vormen van tewerkstelling (cfr. wijkwerking) in het kader van aangepast vervoer (chauffeurs) voor kwetsbare doelgroepen.
- Voorbeelden van efficiënt en effectief georganiseerd aangepast vervoer voor kwetsbare doelgroepen (al dan niet in samenwerkingsverbanden) van en naar de diverse woonzorg-vormen worden opgelijst en verspreid.
- Woonzorgcentra worden uitdrukkelijk en formeel betrokken in de Zorgraad van de eerstelijnszone waarbinnen zij werkzaam zijn.
- Binnen de eerstelijnszone wordt kennis en ervaring gedeeld op vlak van chronische zorg, geriatrische zorg, palliatieve zorg en levenseindezorg.

⁵² Zie https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/zorg-voor-de-buurt-vlaams-bouwmeester
Zorg voor de buurt.

Technische nota. Lucas en Vlaamse Bouwmeester. 2017.

- Bijzondere beleidsmatige ondersteuningsinitiatieven voor Vlaamse woonzorgcentra en ander woonzorgvormen in Brussel;
 - aanpassing van de programmatiënormen voor Brussel op basis van de aanbevelingen van het strategisch plan Brussel van het Kenniscentrum Brussel Welzijn, Wonen en Zorg;
 - prioritering van de werkingssubsidies voor door Vlaanderen erkende lokale dienstencentra die gelegen zijn in Brussel;
 - prioritering van de werkingmiddelen voor door Vlaanderen erkende dagverzorgingscentra die gelegen zijn in Brussel;
 - automatische toewijzing van 10 bijkomende erkenningen centra voor dagverzorging (F-zorgforfaits) voor door Vlaanderen erkende dagverzorgingscentra in Brussel, mits aantoonbaarheid financiële toegankelijkheid van het DVC;
 - prioritering bij toewijzing van bijkomende erkenning RVT-bedden in Vlaamse erkende woonzorgcentra in Brussel, mits aantoonbaarheid financiële toegankelijkheid van het woonzorgcentrum;
 - prioritering van VIPA-subsidies bij de realisatie van lokale dienstencentra en dagverzorgingscentra conform art. 51 en niet conform art. 51;
 - initiatieven die het gebruik van de Nederlandse taal in de door Vlaanderen erkende zorg- en welzijnsvoorzieningen versterken, worden ondersteund.

6.7. Speerpunten van het woonzorgcentrum

SPEERPUNT 1

Dichtbij, herkenbaar en integraal

Dichtbij

Het woonzorgcentrum van de toekomst is 'geïntegreerd in de samenleving'. Het bevindt zich met andere woorden in het centrum van de leefgemeenschappen. De sterke verbondenheid met de buurt, de wijk of het dorp is een van haar doelstellingen. Het ontwikkelt activiteiten en/of participeert aan activiteiten die ertoe bijdragen dat het woonzorgcentrum en haar cliënten zich geïntegreerd voelen in deze leefgemeenschappen. Inclusie is hier het streefdoel.

Het woonzorgcentrum kan - in samenwerking met andere lokale actoren - een spil in de wijk, de buurt of het dorp zijn: aan het woonzorgcentrum kunnen allerhande niet uitsluitend zorggerelateerde activiteiten, initiatieven of organisaties worden verbonden (al dan niet in eigen beheer), zoals bijvoorbeeld kinderopvang, activiteiten van scholen, lokale middenstand, lokalen voor het verenigingsleven, bedrijven, bibliotheek, tentoonstelling, polikliniek, huisartsengroeps-praktijk, Het maakt integraal deel uit van een leeftijds- en dementievriendelijke buurt, wijk, dorp of gemeente.

De cafetaria van het woonzorgcentrum staat open voor de buurt en er kunnen warme maaltijden worden geserveerd voor de cliënt, zijn familie/mantelzorger en buurtcliënten. In de kineruimte worden fitness-activiteiten georganiseerd voor de cliënten en de buurtcliënten. Buurtcliënten kunnen on-line ondersteund worden vanuit het woonzorgcentrum, dit in samenwerking met in de buurt of in de wijk actieve

woonzorgvoorzieningen, organisaties en vrijwilligersorganisaties, zoals bijvoorbeeld het lokaal dienstencentrum.

Het woonzorgcentrum werkt actief mee aan de buurtgerichte zorg en ondersteuning aan personen met een langdurige, complexe zorg- en ondersteuningsnood. Het maakt integraal onderdeel uit van een continuüm van zorg en dienstverlening in buurtgerichte welzijns- en samenwerkingsverbanden. Buurtgerichte aanpak veronderstelt per definitie een intersectorale aanpak.

Herkenbaar

Het woonzorgcentrum maakt deel uit van vernieuwende buurt, wijk, dorp of stadsontwikkeling. Stedenbouwkundig is er aandacht voor de inplanting van toekomstige woonzorgcentra. (zie ook hiervoor project zorg voor de buurt van de Vlaamse bouwmeester in samenwerking met Lucas).⁵³ Goede zorg in het woonzorgcentrum wordt ondersteund door vernieuwende architectuur, belevingsgerichte design die rekening houdt met aangename zintuigelijke waarnemingen, de inzet van ondersteunende innovatieve, slimme en ethisch verantwoorde (sensor-based/assistieve) technologie en een gezond, ecologisch verantwoord binnenmilieu.

De architectuur en (zorg-)infrastructuur is huiselijk en aangenaam om in te wonen, leven en verzorgd te worden, alsook om in te werken. De architectuur en infrastructuur geeft rust en is oriënterend. Beiden zijn relatiegericht: ze faciliteren en ondersteunen het contact tussen de cliënten onderling, met hun familie/vrienden en met de buurt, de wijk of de gemeente. Ze bieden kansen tot ontmoeting, maar ook tot privacy.

Aan de woonkwaliteit wordt bijzondere aandacht geschonken en dit in relatie tot de woon-, zorg- en/of ondersteuningsbehoeften van de cliënten: beschikbare vierkante meters, licht, lucht, privacy, opbergruimte, sanitaire ruimtes, (brand-)veiligheid, het aanbod van de woongelegenheden kan variëren (grote en kleine éénpersoonkamers, studio's, één en tweepersoonsappartementen), ... Architectuur en de infrastructuur sluiten aan bij de leefstijl en leefgewoontes van de cliënten.

In het woonzorgcentrum zijn de leefruimtes huiselijk en gezellig ingericht. Kleinschalige aanpak is inpasbaar in een grootschalige organisatievorm. Keukens kunnen worden geïntegreerd in de leefgroepen. Er wordt architectonisch en infrastructureel de mogelijkheid geboden aan de cliënten om ofwel in hun kamer/woongelegenheden te eten of gezamenlijk in groep. Echtparen kunnen samen verblijven in het woonzorgcentrum (zie ook mogelijkheid tot het inrichten van woongelegenheden voor een zelfredzame persoon).

Alle ondersteunende dienstverlening (keuken, onderhoud, onthaal, administratie,...) ondersteunen de huiselijkheid en de gastvrijheid van het woonzorgcentrum .

⁵³ Chantal Van Audenhove en Anja Declercq, 2016. Zorg voor de buurt. Technische nota. Lucas. Leuven. http://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/zorg-voor-de-buurt-vlaams-bouwmeester

Het woonzorgcentrum voert een diversiteitsbeleid op vlak van zorg- en ondersteuningsbeleid. Met andere woorden, het tracht zoveel als mogelijk de zorg en ondersteuning af te stemmen op de specifieke noden van de cliënten, eigen aan hun identiteit, levensbeschouwing en/of cultuur.

Integraal

Het woonzorgcentrum verleent ondersteuning en zorg op vlak van lichamenlijk, geestelijk, sociaal en spiritueel welbevinden voor personen met een complexe en langdurige zorg en ondersteuningsvraag. Hierbij zijn de verdere levensdoelen die de cliënt zich stelt als unieke persoon de vertrekbasis en richtinggevend voor de zorg en ondersteuning die persoonsgericht, vraaggestuurd en op maat zijn.

Een integrale multidisciplinaire aanpak van preventie, cure, care en welzijn (met linken naar mobiliteit, toegankelijkheid, wonen, sociale en culturele participatie,) wordt inhoudelijk en organisatorisch uitgewerkt, waarbij de menselijke maat en persoonsgerichte bejegening voorop staat, de zorg en ondersteuning goed georganiseerd is, op elkaar aansluit, adequaat en veilig is. Ontspannings- en relaxatieactiviteiten, deelname aan culturele en sportactiviteiten, levenslang leren... maken integraal onderdeel uit van het ondersteuningsaanbod van het woonzorgcentrum. Kortom, bewoners van het woonzorgcentrum moeten quasi even vlot als voorheen, kunnen deelnemen aan en genieten van alles wat elke burger doet om zich goed te voelen, moet ook kunnen in een woonzorgcentrum (zingen, dansen, yoga, lezen, ...)

Zorg- en dienstverleners van het woonzorgcentrum hebben aandacht voor de individuele zorgrelatie met de cliënten en houden rekening met hun sociaal netwerk. De individuele behoeften, zorg- en ondersteuningsdoelen van de cliënt staan centraal en de cliënt krijgt zorg en ondersteuning op maat. De individuele wensen en behoeften, zorg- en ondersteuningsdoelen van de cliënt zijn gekend en voor zover mogelijk, worden gerespecteerd. De medewerker en de cliënt maken duidelijke afspraken over wat ze van elkaar kunnen verwachten. Deze afspraken zijn steeds bespreekbaar. De cliënten houden zoveel als mogelijk de regie in eigen handen. Met het nodige respect ook voor cliënten die deze regie niet meer in eigen handen kunnen of willen houden en hun familie/mantelzorgers. De participatie en betrokkenheid van de (beschikbare) familie, mantelzorgers en vrijwilligers wordt aangemoedigd (vertrouwenspersoon / vertegenwoordiger). De zorg en ondersteuning wordt menswaardig en respectvol verleend. Diverssensitieve zorg (in de brede betekenis van het woord) maakt integraal onderdeel uit van de 'herkenbare, vertrouwde' zorg op maat.

Ook de laatste levensfase wordt beschouwd als een volwaardig onderdeel van het levensproces, een periode van persoonlijke ontwikkeling en zelfreflectie. Hier geeft het woonzorgcentrum aandacht voor en, waar gewenst, ook de nodige psycho-sociale ondersteuning. Daarnaast is zorg voor het levenseinde ook een kernopdracht van het woonzorgcentrum.

Voorafgaande welzijns- en zorgplanning maken dan ook integraal onderdeel uit van elk individueel woonzorgleefplan, waarin de zorg- en ondersteuningsdoelstellingen en de taken van alle betrokken zorgactoren staan beschreven. Het woonzorgcentrum heeft hierbij aandacht voor en maakt zorgethische vragen rond de zorg bij palliatie en levenseinde bespreekbaar en respecteert hierbij de keuze van de cliënt. Het is de

verantwoordelijkheid van het woonzorgcentrum om een zorgcontext te creëren waarin goede palliatieve zorg en levenseindezorg kan worden geboden (mensen, middelen, kennis, infrastructuur, etc.) en waarbij het respecteren van de keuzes en het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker worden gewaarborgd.

Het woonzorgcentrum van de toekomst maakt deel uit van een continuüm van woon-, ondersteunings- en zorgvormen aan diverse doelgroepen die nood hebben aan langdurige, intensieve ondersteuning en zorg, chronische zorg. Vanuit dit perspectief maakt het als woonzorgvoorziening integraal onderdeel uit van de eerstelijnszorg en de verdere uitbouw ervan zal mee geïntegreerd worden binnen de regionale zorgplanning. De goede samenwerking met alle ziekenhuizen in de eerstelijnszone is tevens een kritische succesfactor op vlak van continuïteit en kwaliteit van de zorg. Met deze ziekenhuizen bestaan formele afspraken met betrekking tot de wederzijdse informatie-doorstroming en het opname- en ontslagbeleid (zie hiervoor project e-WZC- ICT) en de te verwachten service-levels.

Het is de zorgraad van de eerstelijnszone die als opdracht heeft om binnen de eerstelijnszone de interdisciplinaire samenwerking tussen de zorgaanbieders in zorgteams te stimuleren. Dit kan door methodieken, samenwerkingsmodellen en afsprakenkaders uit te werken om tot geïntegreerde zorgverlening te komen. De cliënt (of diens mantelzorger) kiest vervolgens zelf de zorgaanbieders die invulling geven aan deze samenwerking en afspraken. Doel is om de autonomie en de levenskwaliteit van de personen te ondersteunen, te behouden of te verbeteren. Het woonzorgcentrum beschikt over de noodzakelijke competenties en expertise om samen te werken met alle betrokken actoren.

Samenwerking betekent het realiseren van een goede afstemming tussen de verschillende zorg- en welzijnsvoorzieningen en zorgverstrekkers/zorgverleners te bewerkstelligen, met onderling afdwingbare afspraken en service levels. Het is flexibel wat haar structuur en organisatie betreft en neemt de nodige initiatieven om de hiaten in het zorg- en ondersteuningscontinuüm in de buurt/wijk/dorp te vullen. Samenwerking, co-creatie en co-operatie zijn sleutelwoorden, zowel met thuiszorg als met ziekenhuiszorg. Er wordt hierbij ingezet op gegevensdeling als cruciale randvoorwaarde voor alle betrokken actoren (o.a. Vitalink, BelRAI-zorg- en ondersteuningsplan). Het woonzorgcentrum kan binnen de eerstelijnszone deel aan een of meerdere horizontale en/of verticale samenwerkingsverbanden⁵⁴ als partner, facilitator en/of initiatiefnemer. De expertise aanwezig in het woonzorgcentrum kan worden ingezet in de thuiszorg of de ziekenhuiszorg. Het omgekeerde geldt echter evenzeer: de woonzorgcentra kunnen beroep doen op de expertise en ervaring van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, de thuiszorg en de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Dit veronderstelt een regelgevend kader, dat dit toelaat.

Om de organisatie en de continuïteit van de zorg zowel op kwantitatief als kwalitatief vlak te realiseren wordt effectief en efficiënt gebruik gemaakt van ICT. Gegevensdeling is mogelijk met respect voor de privacy van de cliënt en zijn mantelzorg(-s), de wet op de patiëntenrechten en de informatieveiligheid. De cliënt wordt beschouwd als eigenaar van zijn zorg- en ondersteuningsplan. In de praktijk zal dit plan mogelijks al opgemaakt zijn binnen de thuiszorg en dient mogelijks geactualiseerd te worden bij opname in het

⁵⁴ Onder horizontale samenwerkingsverbanden bedoelen we samenwerkingsverbanden met eerstelijns-actoren. Met verticale samenwerkingsverbanden wordt bedoeld samenwerkingsverbanden met de tweede lijn of gespecialiseerde zorg- en/of welzijnsvoorzieningen.

woonzorgcentrum. De cliënt en/of zijn mantelzorger(-s) wordt in de mogelijkheid gesteld om het zorg- en ondersteuningsdossier (-plan) in te kijken en aan te vullen. Hiervoor zijn binnen de sectorspecifieke afspraken/richtlijnen geformuleerd. Deze afspraken zijn afgestemd met deze die geldig zijn in de thuiszorg.

Acties:

- De erkenningsvoorwaarden van het woonzorgcentrum worden afgestemd op de basisprincipes dichtbij, herkenbaar en integraal en opgenomen in een besluit van de Vlaamse Regering.
- De begrippen ROB en RVT verdwijnen van zodra de financiering van de zorgzwaarte wordt gerealiseerd, ongeacht 'het bed' waar de bewoner in verblijft.
- De personeelsnormen en de daarbij passende persoonsvolgende financiering worden afgestemd op de effectieve zorgzwaarte van de bewoners.
- Multi- en interdisciplinaire werking wordt gefaciliteerd bij middel van een flexibel personeels-omkadering waarbinnen het woonzorgcentrum disciplines kan inzetten in functie van de zorg en ondersteuningsnoden van de cliënt.
- De persoonsvolgende financiering wordt geïmplementeerd in de residentiële ouderenzorg. Voor de inhoudelijke en technische uitvoering ervan wordt verwezen naar het decreet met betrekking tot de Vlaamse Sociale Bescherming. Belangrijk aandachtspunt hierbij is de toegankelijkheid en begrijpbaarheid van de terminologie met betrekking tot de persoonsvolgende financiering voor de oudere personen en hun mantelzorger(-s)
- Afspraken rond de inhoud en overdracht van zorg- en ondersteuningsplannen worden intersectoraal en over de zorg- en ondersteuningsvormen heen gemaakt.
- Een mediacampagne wordt opgezet met als doel het brede publiek te sensibiliseren voor een positieve beeldvorming van het woonzorgcentrum en de positieve uitgangspunten die gelegd worden.
- Met de media wordt een 'pact' afgesloten over de wijze waarop men over ouderen en de residentiële ouderenzorg communiceert (niet betuttelend, geen verkleinwoorden, vrij van ageïsme). (cfr. media-pact personen met dementie) en een recht van wederwoord biedt aan de woonzorgcentra.
- Projecten worden opgezet met als doel de besturen, het management en het personeel van woonzorgcentra te sensibiliseren voor een diverssensitief woon-, leef- en zorgbeleid. voorbeelden hiervan zijn de projecten cultuursensitieve zorg en het project 'tachtig tinten grijs' (holebi- en transgendersensitief woonzorgcentrum).
- In het kader van het 'level playing field' wordt onderzocht of en hoe het georganiseerd vrijwilligerswerk ook activiteiten kan ontplooiën in for profit georganiseerde woonzorgvoorzieningen.
- In het kader van het 'level playing field' worden de werkingssubsidies van centra voor dagverzorging eveneens toegekend aan for profit initiatiefnemers. Hiertoe wordt het woonzorgdecreet van 2009 aangepast. Dit veronderstelt bijkomende budgettaire middelen.

Kwaliteitsvol wonen, leven, zorg verlenen en ondersteunen, organiseren, managen en besturen

Goede zorg en ondersteuning streeft naar een zo optimaal mogelijke autonomie en kwaliteit van leven voor de persoon met een langdurige zorg- en ondersteuningsvraag. Kwaliteit heeft twee kanten. Enerzijds de beleving van de cliënt van goede zorg en ondersteuning en anderzijds deskundige, veilige zorg en ondersteuning. Goede zorg voldoet aan professionele standaarden en evidence of practice based richtlijnen.

Kwaliteitsvol wonen en leven

In het woonzorgcentrum van de toekomst zijn de ondersteuning van de (bedreigde) autonomie en de kwaliteit van leven van de cliënt en zijn naasten dé centrale doelstellingen. Het woonzorgcentrum ziet erop toe dat de waardigheid en de integriteit van de cliënt worden gevrijwaard. Het creëert de voorwaarden die ertoe bijdragen dat elke cliënt zin en betekenis kan (blijven) geven aan zijn leven. Het garandeert persoonsgerichte, warme, zorgzame, zorgvuldige, gastvrije en diverssensitieve ondersteuning en zorg. Aandacht wordt besteed aan 'levenszin' die te maken heeft met genieten, plezier en ontspanning alleen of met anderen. (individuele of groepsgewijze vormen van zinvolle dagbesteding, extra zorg rond de maaltijden, een huiselijke uitstraling van de leefomgeving, feest vieren, ...). Maar tevens met 'levenszin' die te maken heeft met van betekenis zijn voor anderen, alsook met de ultieme zingevingsvragen. Het verlangen naar 'zinsbeleving' is geen los stukje, maar doortrekt het dagelijkse leven van zorgbehoeftige ouderen. Daarom verdient het een uitdrukkelijke plaats in het dagelijkse zorg- en ondersteuningsproces.

Kwaliteitsvol zorg verlenen en ondersteunen

Kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning is een basisvoorwaarde voor kwaliteit van leven, wonen en zorg. We spreken van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning wanneer deze aansluit bij de behoeften van de cliënten en voldoet aan kwaliteits-/beroepsstandaarden. Het respect voor de waardigheid van de mens in zijn concreetheid is hierbij richtinggevend. Veronderstelt dat zo veel als mogelijk de autonomie, eigenwaarde en lichamelijke en geestelijke integriteit van de bewoner wordt erkend en in ere gehouden. Precies vanuit het respect voor de elementaire waardigheid dragen we er zorg voor dat ook een door de ouderdom afgetakeld lichaam met alle nodige eerbied benaderd en verzorgd wordt en dat de oudere persoon, hoe afhankelijk hij of zij ook mag zijn, in zijn of haar uniciteit herkend en erkend mag blijven worden. De Dijn⁵⁵: *'Ouder worden betekent onvermijdelijk (vroeg of laat) een verlies van bepaalde capaciteiten en de mogelijke erkenningen daarmee verbonden, maar het is geen verlies van basale menselijke waardigheid'*.

In het woonzorgcentrum is de cliënt als mens altijd het vertrekpunt. Daarbij moet het gaan om alle levensdomeinen die voor de cliënt van belang zijn. De zorg en

⁵⁵ De Dijn, H., (2017). *Drie vormen van weten. Over ethiek, wetenschap en moraal filosofie*. Uitgeverij Polis. Kalmthout, p. 150.

ondersteuning worden multidisciplinair en integraal vormgegeven en zijn dienend hieraan. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral iemand met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst, eigen doelen, eigen context en eigen naaste(-n)⁵⁶.

Bij de zorg en ondersteuning aan de cliënt wordt de nadruk gelegd op de kwaliteit van de relatie. Zorg- en dienstverleners zijn bereid en vaardig om werkelijk te luisteren, aandacht te geven en te kunnen en mogen handelen naar wat de cliënt werkelijk vraagt (afgestemde zorg en ondersteuning). Zij vragen zich steeds - binnen het geheel van hun specifieke taken - af wat zij kunnen betekenen voor elke cliënt afzonderlijk.

Het uitgangspunt van de ondersteuning en de zorg in een woonzorgcentrum zijn de gedetecteerde behoeften van de cliënt en zijn woon-, leef- en zorgdoelen. Hiertoe wordt een eenvormig inschalingsinstrument aangewend, met name de BelRAI screener, voor een eerste indicatiestelling en een BelRAI Long-Term Care Facilities bij complexe zorg. Deze worden samen met de cliënt en/of zijn familie besproken en beschreven in een woonzorgleefplan⁵⁷. In dit plan wordt uitdrukkelijk opgenomen of en hoe de mantelzorg wordt betrokken in het zorg- en ondersteuningsproces aan de cliënt. In het plan wordt eveneens opgenomen welke opdracht er is weggelegd voor de professionele zorgverstrekkers/zorgverleners die voor de opvang in het woonzorgcentrum met de cliënt vertrouwd waren. Het plan wordt regelmatig geëvalueerd en waar nodig, bijgestuurd. Hierbij staat de versterking van de zelfredzaamheid en de samenredzaamheid voorop. Dit veronderstelt dat:

- er vertrokken wordt vanuit het holistisch zorgmodel en er dus aandacht is voor zowel de fysieke, psychische, sociale als existentiële behoeften van de cliënten;
- de empowerment, zelfmanagement en regie van de cliënt wordt aangemoedigd, gefaciliteerd en/of ondersteund, mits respect voor de mogelijkheden en de wensen van de cliënt. Empowerment betekent hier niet de autonomie geven aan en macht in handen leggen van de cliënt, maar het 'mogelijk maken' van "een kwalitatief zo goed mogelijk leven", in relatie met een netwerk van ondersteunende mogelijkheden en mensen die deel uit (gaan) maken van sociale context van de oudere persoon (cfr. term enabling Ike Kamphof, universiteit Maastricht).
- er rekening wordt gehouden met de competenties van de cliënt en functieverlies wordt voorkomen en/of ondersteund en/of gecompenseerd;
- er rekening wordt gehouden met wat belangrijk is, van betekenis is voor de cliënt (wat meer is dan wat professioneel wordt geleverd): grootmoeder of -vader zijn, vriend of vriendin zijn van iemand, hobby verder kunnen uitoefenen, ...;
- de cliënten en hun familie in hun waarde worden gelaten en de medewerkers in staat zijn zich te verplaatsen in hun positie;
- het klachtenbeleid binnen de woonzorgcentra wordt in samenwerking met de koepels en de vertegenwoordigers van de ouderenorganisaties en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers geactualiseerd;
- mantelzorgers, als zij dit zelf wensen kunnen, actief betrokken worden in het ondersteunings- en/of zorgproces, mits toestemming van de cliënt;

⁵⁶ Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. (2017) Diemen. Nederland.

⁵⁷ Het woonzorgleefplan is het plan dat - in aansluiting op het zorg- en ondersteuningsplan opgemaakt binnen de thuiszorg of de ziekenhuiszorg aan de hand van de BelRAI-screener of BelRAI HC/LTCF - door het woonzorgcentrum in samenspraak met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger wordt opgemaakt en de noden/verwachtingen/voorkeuren van de cliënt op vlak van het wonen, de zorg en het leven in het woonzorgcentrum bepaalt, de interventies hiervoor beschrijft en op regelmatige wijze evalueert.

- de cliënt én zijn mantelzorgers actief betrokken worden in de besluitvorming rond de vooropgestelde ondersteunings- en zorgdoelen (shared decision making), alsook – waar relevant/haalbaar/mogelijk - in de besluitvorming rond de werking/organisatie van het woonzorgcentrum. Woonzorgcentra ontwikkelen hiertoe een aantoonbaar beleid;
- de keuzevrijheid en autonomie worden gevrijwaard;
- de vrije keuze van de arts wordt gegarandeerd;
- de voor de cliënt betekenisvolle relaties en relevante leefgemeenschappen worden aangemoedigd en ondersteund, of desgevallend mee op zoek gaan naar die betekenisvolle anderen en betekenisvolle rollen;
- het woonzorgcentrum beschikt over een uitgeschreven en operationeel beleid op vlak van de medische zorgverlening. Dit beleid wordt geformuleerd in samenspraak tussen het management, de CRA en de in het woonzorgcentrum actieve huisartsen;
- het woonzorgcentrum beschikt over een uitgeschreven en operationeel beleid op vlak van diversiteitsbeleid, ethisch verantwoord zorgbeleid, voortijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg (cfr. wet op patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie);
- het woonzorgcentrum beschikt over een duidelijk uitgeschreven beleid met betrekking tot de individuele en collectieve inspraak van de bewoners en de familie. Hiertoe kunnen diverse modellen en methoden worden aangewend. Woonzorgcentra kunnen er voor kiezen om in hun beslissingsorganen al dan niet een vertegenwoordiging van de bewoner/familie op te nemen als adviserend lid of thematisch uit te nodigen voor overleg. Wat betreft de betrokkenheid van de stakeholders bij de werking en/of de beleidsvoering van de voorziening, waaronder deze van de bewoners en de familie, dit moet blijken uit de door de voorziening gehanteerde code goed bestuur;
- het beschikt over een uitgeschreven en operationeel beleid met betrekking tot de mantelzorg en het vrijwilligerswerk;
- een woonzorgcentrum beschikt over een uitgeschreven, operationeel en integraal beleid met betrekking tot de kwaliteit van de zorg en wendt hierbij minimaal de door Vlaanderen verplichte kwaliteitsindicatoren aan om verbeter- of borgprocessen op te zetten;
- zorg en ondersteuning in het woonzorgcentrum gaan gepaard met ethische dilemma's en discussies. Deze maken onderdeel uit van de besluitvorming die samen met de cliënt en/of zijn naasten wordt gemaakt. Het woonzorgcentrum beschikt over een ethisch referentie- en werkkader van waaruit zij de cliënt en/of zijn naasten ondersteunt bij het bespreken van ethische probleemstellingen.

Zonder voldoende, bevoegd en bekwaam personeel kan geen kwalitatief verantwoorde zorg en ondersteuning geboden worden. Het personele normenkader en de financiering zijn aangepast aan de zorgzwaarte van de cliënten. Het woonzorgcentrum beschikt dan ook over een personeels-equipe dat in aantal, vaardigheden en competenties in staat is om op een flexibele wijze in te spelen op de specifieke zorg- en ondersteuningsnoden van de cliënten. De personeelsleden kunnen rekenen op permanente bijscholing.

De coördinerend, raadgevende arts (CRA) en de in het woonzorgcentrum actieve huisartsen geven in samenspraak met het management en het zorgpersoneel vorm aan een passend medisch beleid.

De functionele samenwerkingsverbanden met de geriatrische diensten van algemene ziekenhuizen en de palliatieve netwerken worden uitgebreid naar een actieve samenwerking met zoveel mogelijk relevante actoren binnen de eerstelijnszone waartoe het woonzorgcentrum valt.

Het hanteert evidence based richtlijnen/procedures met betrekking tot onder andere zorg voor personen met dementie, levensenzorg, mond- en tandzorg, wondzorg, infectiebestrijding, continentiebeleid, medicatiebeleid, decubituspreventie, valpreventie, fixatie-armbeleid, dementiezorg, voedingszorg, veiligheid, voorafgaande zorgplanning, preventie van acute ziekenhuisopnamen en zorg bij depressie/vereenzaming, en past deze ook effectief toe. In dit verband is de samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek cruciaal en vindt zijn weerslag in een met de sector af te stemmen kwaliteitskader. Ook het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg kan hier een belangrijke ondersteunende rol vervullen.

De openbare verslagen van de systematische inspecties en de resultaten van de geregistreerde kwaliteitsindicatoren informeren de cliënten, hun naasten en woonzorgcentrum de samenleving over bepaalde aspecten van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van het woonzorgcentrum.

Het ontwerp van decreet houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid bepaalt dat, indien de geïnspecteerde (in casu het woonzorgcentrum) niet tevreden is over de inspectie en/of het inspectieverslag heeft hij een aantal mogelijkheden om dit aan te kaarten: zo wordt er in het ontwerp van decreet een reactiemogelijkheid ingeschreven voor de geïnspecteerde, om binnen de dertig dagen te reageren op de vaststellingen opgenomen in het verslag. Deze reactie wordt als bijlage bij het verslag gevoegd en maakt dus deel uit van het administratief dossier. Daarnaast ontvangt de geïnspecteerde bij elk verslag een begeleidende brief met de verwijzing naar de klachtenmogelijkheid en de eventuele beroepsmogelijkheden. Indien de geïnspecteerde van mening is dat hij schade heeft geleden door inspectie, kan hij beroep aantekenen bij de rechtbank van eerste aanleg (al dan niet in kort geding).

De rechtspositie van de bewoner/cliënt van een woonzorgcentrum en zijn familie is ondubbelzinnig geformuleerd in de schriftelijke overeenkomst. Het woonzorgcentrum communiceert hierover transparant en eenduidig minstens op de website.

Kwaliteitsvol organiseren

Elke cliënt die een beroep wenst te doen op de zorg- en/of dienstverlening van een woonzorgcentrum kan erop rekenen dat binnen de thuiszorg of de ziekenhuiszorg een indicatiestelling wordt uitgevoerd in samenspraak met hemzelf en/of zijn vertegenwoordiger. Mocht dit echter bij aanmelding aan het woonzorgcentrum nog niet gebeurd zijn, dan zal het woonzorgcentrum hiertoe de nodige stappen ondernemen en ofwel de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger verwijzen naar een organisatie die gemachtigd is in het kader van de Vlaamse sociale bescherming te indiceren, ofwel zelf een traject met de cliënt lopen op vlak van:

- de vraagverheldering;
- de indicatiestelling aan de hand van de BelRAI screener en de BelRAI LTCF;
- het inschatten van de zorgbehoefte met het oog op het opmaken van zorg- en ondersteuningsdoelstellingen en/of een zorg- en ondersteuningsplan en de opvolging van de gebruiker;

- de informatieverstopping over de diversiteit aan bestaande woon- en zorgvormen;
- het bepalen van de zorgprofiel voor de toekenning van het recht op tegemoetkoming of persoonsvolgende financiering;
- de informatieverstopping over het persoonsvolgend budget waarmee hij/zij beroep kan doen op een of meerdere woonzorgvorm naar keuze
- de toeleiding naar de meest passende woonzorgvorm(-en) van de keuze van de cliënt.

Wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger de keuze maakt voor een opname in het woonzorgcentrum, dan vormt het zorg- en ondersteuningsplan dat volgt uit de indicering de basis voor de opmaak van het woonzorgleefplan binnen het woonzorgcentrum. Het is belangrijk dat vóór de opname in een woonzorgcentrum de gebruiker omstandig, objectief en transparant wordt geïnformeerd over de mogelijke alternatieve woonzorgvormen via overleg tussen de gebruiker, de mantelzorger en de betrokken professionele zorgactoren.

Van de woonzorgcentra wordt verwacht dat ze een eenduidig en transparant - op papier gesteld - opname- en ontslagbeleid voert en beschikken over een transparant wachtlijstbeheer⁵⁸. Het woonzorgcentrum werkt samen met de partners actief in de eerstelijnszone, wanneer initiatieven zouden ondernomen worden om binnen deze zone de bestaande wachtlijsten op te volgen en/of te optimaliseren of de toeleiding te optimaliseren in afwachting van opname. De samenwerking is essentieel om een zo goed mogelijk zorgcontinuüm te verzekeren en om de regie bij de cliënt te leggen, zodat deze zelf de keuze kan maken om zolang mogelijk thuis te blijven of - mits de nodige informatie, ondersteuning of toeleiding - te kiezen voor een gepaste residentiële woonzorgvorm die zijn/haar voorkeur geniet.

De elektronische gegevensdeling is hier een cruciale succesfactor. Elektronische zorg- en ondersteuningsplannen zijn operationeel en geïntegreerd in de dagelijkse ondersteuning en zorg van de cliënt. Registraties worden onmiddellijk verbonden met kwaliteitsindicatoren, die op hun beurt continu gemonitord worden en aangewend worden voor verbetering of borging van de zorg- en managementprocessen.

Het woonzorgcentrum beschikt over een doelmatige, doeltreffende en transparante organisatiestructuur. De zorg- en dienstverleners en de beschikbare middelen worden op een verantwoorde en zo efficiënt mogelijke manier ingezet in functie van de zorg- en ondersteuningsnoden van de cliënten. De organisatiecultuur kenmerkt zich door haar openheid en gerichtheid op dialoog, flexibiliteit, creativiteit en voortdurende aandacht voor het verbeteren en borgen van de kwaliteit.

Technologie wordt slim ingezet om ondersteunings- en zorgprocessen te faciliteren en/of te vereenvoudigen, zodat meer tijd kan worden gegeven aan persoonlijk contact en warme aandacht. Wetenschappelijk gevalideerde zorg- en ondersteuningsrichtlijnen zijn beschikbaar en worden toegepast. De medische activiteiten worden mee gecoördineerd door een huisarts en de farmaceutische zorg door een apotheker. Beiden beschikken over de nodige expertise en kennis op het vlak van de complexe, langdurige zorg en ondersteuning. Met een of meerdere tandartsen actief in de eerstelijnszone, waarbinnen

⁵⁸ Transparant wachtlijstbeheer: de cliënt en zijn naaste worden eenduidig geïnformeerd over de opname criteria die gehanteerd worden en de wijze waarop de wachtlijst in het woonzorghuis - voor alle onderdelen ervan - opgevolgd wordt.

het woonzorgcentrum zich bevindt, bestaan concrete afspraken met betrekking tot de organisatie van de tandzorg. Deze afspraken kunnen ook uitgebreid worden naar andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de oogzorg, Bezoek van een tandarts, neuroloog of geriater aan een of meerdere bewoners van het woonzorgcentrum dient gefaciliteerd te worden. Hierdoor kunnen (vaak dure) verplaatsingen naar het ziekenhuis worden vermeden. Overleg met het federale niveau hierover is wenselijk.

Personen die in een woonzorgcentrum wonen hebben vaak zeer complexe zorg- en welzijnsnoden. Om hieraan tegemoet te komen is een goede samenwerking tussen het woonzorgcentrum, de eerstelijnszorg (huisarts, andere zorgverstrekkers/zorgverleners) en de ziekenhuizen erg belangrijk. Door samen afspraken te maken op vlak van kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg en/of ondersteuning kan men er in slagen om de gezondheid en het welzijn van de cliënten te handhaven en/of te bevorderen. Dergelijke samenwerking kan ook aanleiding geven tot extra wederzijdse professionele ondersteuning (outreach), wanneer nodig. Het versterkt ook het wederzijdse vertrouwen in elkaars competenties.

Het woonzorgcentrum voert een performant kwaliteitsbeleid. De kwaliteit van de zorg, organisatie en bestuur wordt structureel en continu opgevolgd en bijgestuurd, waar nodig, bij middel van een performant integraal kwaliteitssysteem, dat cliëntgericht en outcome-georiënteerd is. De resultaten met betrekking tot de kwaliteit worden open en eerlijk gecommuniceerd naar cliënten, partners en overheid. De organisatie van het woonzorgcentrum is er op gericht doublures, lacunes en gefragmenteerde ondersteuning en/of zorg te voorkomen.

Innovatieprojecten op vlak van zorg, dienstverlening, woonvormen of organisatie worden op een gestructureerde wijze uitgewerkt. Innovatieve technologie wordt ethisch verantwoord ingezet. Co-creatie (met andere zorg- en welzijnsactoren, bedrijven, dienstverleners, ...) wordt hierbij aangemoedigd en focust op een toegevoegde waarde voor de persoon met een langdurige, complexe zorg- en ondersteuningsvraag. De inzet van robots in de zorg wordt moreel-ethisch afgetoetst en moet vooral een meerwaarde zijn voor de cliënten op het vlak van de autonomie en de kwaliteit van het leven.

Woonzorgcentra blijven onder een performant toezicht van de Vlaamse overheid (erkenningnormen, indicatoren, kwaliteitskader). Het handhavingsbeleid van de overheid is transparant en wordt consequent uitgevoerd. Woonzorgcentra zijn vrij in het behalen van een kwaliteitscertificaat.

Een onafhankelijk en erkend certificeringsorganisme kan aan het en aan de daaraan verbonden woonzorgvormen ervan een certificaat verlenen. De certificering kan er echter niet toe leiden dat de woonzorgcentra of de onderdelen ervan zich zouden onttrekken aan het overheidstoezicht, waaronder dit van Zorginspectie. Er wordt niet gewerkt met een soort 'sterrensysteem'. De voorwaarden waaraan een certificering voldoen zijn minimaal:

- het te beoordelen kwaliteitskader wordt bepaald in overleg met al de betrokken actoren, waaronder de vertegenwoordigers van de ouderen zelf, de woonzorgcentra, de overheid, de werknemersorganisaties, Zorginspectie,;
- het certificaat dient te beantwoorden aan vooraf bepaalde criteria, deze worden in overleg met Zorginspectie, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de koepelorganisaties bepaald;

- de voorwaarden voor het toekennen van het certificaat of keurmerk moeten ondubbelzinnig omschreven zijn;
- het certificeringsorgaan dient zijn certificering te laten accrediteren door een (inter-) nationaal verankerd, onafhankelijk organisme.

Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, waar de residentiële ouderenzorg in vertegenwoordigd is, heeft een ondersteunende en sturende rol ten aanzien van de ontwikkeling en opvolging van de kwaliteitsindicatoren en de certificering binnen de woonzorgcentra.

Kwaliteitsvol managen en besturen

Management en bestuur bepalen de visie en de missie van het woonzorgcentrum, het organiseren van de zorg en de ondersteuning en het betrekken van de medewerkers bij het verlenen van kwalitatief goede zorg en ondersteuning. Zij zorgen ervoor dat het intern toezicht goed geregeld is en de financiële leefbaarheid van het woonzorgcentrum gevrijwaard wordt. De transparantie op vlak van kwaliteit en financieel beleid wordt gewaarborgd naar de diverse belanghebbende toe: de cliënten en hun naasten, de medewerkers en vrijwilligers, de overheid en de financierders.

Het management en het bestuur zijn samen de motor achter een goedwerkend kwaliteitssysteem binnen de voorziening zowel op organisatieniveau, als op cliëntniveau. Zij moeten er zorg voor dragen dat de inzet en de deskundigheid van de medewerkers is afgestemd op de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënt. Zij maken aantoonbaar dat kwaliteit en de cyclus van kwaliteitsverbetering en/of –borging in de organisatie blijvend geïmplementeerd wordt en deel uitmaakt van een beleidscyclus. De resultaten met betrekking tot financieel beleid en kwaliteitsbeleid worden open en eerlijk gecommuniceerd naar cliënten, medewerkers, partners en overheid.

In het kader van de diverse maatschappelijke trends en evoluties wordt van de initiatiefnemers in de zorg en welzijn in een toenemende mate transparantie met betrekking tot het deugdelijk bestuur verwacht, zowel op uitbatings- als op organisatieniveau. Management en bestuur engageren zich om de aanbevelingen voor goed bestuur in de social profit in de praktijk om te zetten aangepast aan hun grootte en juridisch statuut. Het betrekken van de stakeholders bij de bestuurlijke besluitvorming maakt hier onderdeel van uit.

Onderzoek⁵⁹ wijst uit dat de basis voor de kwaliteit van een woonzorgcentrum goed leiderschap is, dat zich uit in volgende succesfactoren:

1. handelen naar een heldere visie gericht op persoonsgerichte, warme en veilige zorg;
2. leidinggeven met lef om te denken vanuit de cliënt;
3. lange-termijngerichtheid;
4. aandacht voor technologie en innovatie;
5. focus op een wijkgerichte organisatie en ketenbenadering;
6. zichtbaar en aanspreekbaar management.

⁵⁹ KPMG. *Van goed naar geweldig door leiderschap. Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg.* Juni 2017.

Zorgorganisaties die de stap zetten van goed naar geweldig, stellen zich kwetsbaar op, staan open voor feedback, bespreken dilemma's met elkaar, en investeren in deskundigheid van hun mensen. Ze hebben gemeen dat ze investeren in een cultuur van gezamenlijk werken aan verbeterde kwaliteit.

Het woonzorgcentrum profileert zich als een sociale onderneming: het wordt gestuurd door de vraag van de cliënt en wordt gedreven door de doelstelling zoveel mogelijk waarde te creëren voor de cliënt. Met andere woorden, los van het juridische statuut van de zorgorganisatie, streeft men niet enkel en alleen winst na. Dit ondernemerschap kan zich ontwikkelen zowel binnen profit als non-profit organisaties en hecht zowel belang aan de maatschappelijke, als aan de economische waardecreatie met het oog op de financiële duurzaamheid en de economische leefbaarheid van de initiatieven⁶⁰.

Sociaal ondernemerschap betekent vooral gericht zoeken naar innovatieve, creatieve en flexibele manieren om vraaggestuurde zorg en ondersteuning aan te reiken. Binnen een regelluw kader, met voldoende managementruimte, kunnen sociale ondernemers een antwoord bieden aan veranderende zorg- en ondersteuningsnoden. Het spreekt voor zich dat daarbij ook afspraken horen met betrekking tot informatie en transparantie over de kwaliteit, de prestaties en de prijs en goed personeelsbeleid⁶¹.

Management en bestuurders gedragen zich als sociaal ondernemers doordat ze niet alleen een woonomgeving bieden, alsook ondersteuning en zorg verlenen aan cliënten, maar ook betrokken zijn bij de ontwikkeling van de sociale omgeving van de cliënten en de omgeving waarbinnen zij werkzaam zijn. Lokale inbedding van het woonzorgcentrum is hierbij een kritische succesfactor. Hun professionaliteit en integriteit is vaststelbaar en ze hebben aantoonbare actieve relaties met maatschappelijk relevante actoren uit de buurt/regio waar het woonzorgcentrum actief is. Ze werken actief mee aan het lokale sociale beleid met bijzondere aandacht voor kwetsbare doelgroepen. Krachtige en open-minded besturen betrekken hun stakeholders bij de ontwikkeling van hun visie op het leven, wonen en de zorg in het woonzorgcentrum, alsook bij de daaruit volgende strategieën (stakeholders-participatie).

Complementariteit van de competenties van de bestuurders (financieel, juridisch, kwaliteit, bouwtechnisch, zorgorganisatie, ethiek, ...) is een belangrijk gegeven voor een wendbaar en vitaal bestuur. Bijzondere aandacht gaat dan ook naar het rekruteren van bekwame en geëngageerde bestuurders. Voor de woonzorgcentra die uitgebaat worden door een openbaar bestuur wordt de mogelijkheid onderzocht om expert-bestuurders op te nemen in het bestuur, waarvan het mandaat over een of meerdere legislaturen kan verlopen.

De managementstijl is transparant, mensgericht, participatief en ondersteunt de vraagsturing en niet omgekeerd.

⁶⁰ Conceptnota *Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda*. P.16.

⁶¹ Conceptnota *Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda*. P.16.

Acties:

Kwaliteit van wonen, leven en zorg

- Bij het uitwerken van een visie en beleid in het woonzorgcentrum wordt erop toegezien dat:
 - ten allen tijde de menselijke waardigheid en integriteit van de bewoner gerespecteerd wordt door het bestuur, het woonzorgcentrum management en alle medewerkers, vrijwilligers en externe zorg- en dienstverleners van het woonzorgcentrum;
 - de levenskwaliteit en levenszin van de bewoner het leidend principe is bij de zorg en ondersteuning op maat voor het bestuur, het management en alle medewerkers, vrijwilligers en externe zorg- en dienstverleners van het woonzorgcentrum;
 - de keuzevrijheid, de individuele en collectieve inspraak van de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger gevrijwaard wordt;
 - de afspraken met betrekking tot de inspraak van de cliënt en/of zijn mantelzorger(s-) in zijn woonzorgleefplan worden helder en ondubbelzinnig op aangeven van en in samenspraak met de cliënt bepaald. Bijzondere aandacht gaat tevens naar de empowerment van de cliënt.

Deze principes worden expliciet opgenomen bij de actualisering van de regelgeving.

- De erkenningsvoorwaarden van het woonzorgcentrum worden afgestemd op de in deze conceptnota beschreven kwaliteitsprincipes op vlak van wonen, leven, zorg, organisatie, management en bestuur en opgenomen in een besluit van de Vlaamse Regering.
- De modaliteiten voor de realisatie van een woongelegenheden voor een zelfredzame persoon in het woonzorgcentrum boven de erkende capaciteit zijn uitgewerkt en worden geoperationaliseerd.
- Er worden proeftuinen opgezet in woonzorgcentra op vlak van diverssensitieve zorg en ethisch verantwoord zorgbeleid.
- De woonzorgcentra verbinden zich tot de invoering van het nieuwe indicatie-instrument de BelRAI-screener/BelRAILTCF/HC en de vertaalslag ervan in zorg- en ondersteunings-doelen die - in samenspraak met de cliënt en/of zijn mantelzorger (-s)- worden opgenomen in een cyclisch geborgd digitaal woonzorgleefplan, alsook de systematische opvolging ervan.
- Persoonsvolgende financiering in de woonzorgcentra wordt gerealiseerd: het personele normenkader en de financiering worden hierbij gekoppeld aan zorgbehoeften van de cliënt bepaald aan de hand van de BelRAI/ screener/ LTCF.
- De animatiefunctie wordt verder geëvalueerd en geactualiseerd. Het financiële groeipad van de werkingskosten voor de functie in relatie tot de toenemende zorgzwaarte binnen de woonzorgcentra wordt gewaarborgd. Deze functie is niet enkel belangrijk in kader van het aanreiken van betekenisvolle, zinvolle dagbesteding, maar evenzeer draagt deze bij tot inclusie.
- Een kwaliteitskader voor het leven, de zorg en het wonen in een woonzorgcentrum wordt afgesproken met de koepels van de residentiële ouderenzorg en de vertegenwoordigers van de ouderen, en dit op basis van evidence based richtlijnen en goede praktijken. Dit kwaliteitskader maakt een geïntegreerd onderdeel uit van het globale kwaliteitsbeleid van elk woonzorgcentrum.

- Het kwaliteitskader met betrekking tot het leven, de zorg en het wonen van personen met dementie in een woonzorgcentrum is een van de eerste thema's dat zal worden uitgewerkt en in verband worden gebracht met het Vlaams Indicatoren Project woonzorgcentra.
- Een project wordt in overleg met de relevante betrokken actoren opgestart met het oog op de implementatie van kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg en levenseindezorg (waaronder de toepassing van de wetgeving met betrekking tot de patiëntenrechten, de palliatieve zorg en de euthanasie) voor de woonzorgcentra, cfr project in palliatieve netwerken, teams en palliatieve SP-diensten, alsook voor de dementiezorg en wordt gekaderd in het Vlaams Indicatoren Project voor de woonzorgcentra.
- Er wordt een wetenschappelijk onderzoek opgezet naar de huidige werking van de bewoners- en/of familieraden.
- Zorginspectie kan zich bij het ontwikkelen van inspectieconcepten in functie van de genomen beleidsbeslissingen focussen op specifieke (deel)thema's om daarover een (beleids-)voorbereidende bijdrage te leveren. Zij gaat daarover in dialoog met de betrokken actoren uit de sector. Het ontwerp van decreet met betrekking tot het toezicht in Vlaamse welzijns- en gezondheidsvoorzieningen is hierbij richtinggevend.
- Voor de voorafgaande zorgplanning, palliatieve en levenseinde zorg in de woonzorgcentra wordt in overleg met de koepels, de Vlaamse Ouderenraad (gebruikersorganisaties), de palliatieve samenwerkingsverbanden, de federatie palliatieve zorg Vlaanderen en LEIF door Zorginspectie een inspectieconcept afgesproken.
- Elk woonzorgcentrum maakt aantoonbaar dat methodisch gewerkt wordt aan (zorg-) ethische onderbouwing van de eigen (zorg-) praktijken.
- Het (basis-) toezichts- en handhavingsbeleid op de woonzorgcentra blijft onverkort van toepassing en wordt geoptimaliseerd. De nadruk komt steeds meer te liggen op risicogestuurd inspecteren.
- Binnen het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) worden de reeds geconsolideerde kwaliteitsindicatoren voor de woonzorgcentra verder (wetenschappelijk) opgevolgd, en waar nodig, aangepast. Bijkomende indicatoren en/of kwaliteitsrichtlijnen kunnen er eveneens ontwikkeld worden. De criteria met betrekking tot de voorwaarden en de implementatie van de certificering van de woonzorgcentra worden in samenspraak met de sector van de woonzorgcentra bepaald. (cfr. VIKZ).
- De meting van de subjectief indicatoren (kwaliteit van leven) wordt gecontinueerd.

Samenwerking en ontschotting

- Bij de ontwikkeling van de klinische ziekenhuisnetwerken worden de netwerken verplicht om de externe liaisonfunctie geriatrie uit te bouwen naar onder andere de woonzorgcentra, ook de outreachfunctie van de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen voor specifieke zorgdomeinen wordt expliciet geregeld, zoals bijvoorbeeld voor wondzorg, hygiëne en infectiebestrijding, autodialyse, , alsook deze van de centra voor geestelijke gezondheid voor de doelgroep ouderen.
- Er worden pilootprojecten opgezet in alle soorten erkende woonzorgvoorzieningen, waaronder de woonzorgcentra, met als doel te ondersteunen bij de ontwikkeling van een zorg- en ondersteuningsaanbod afgestemd op de specifieke behoeften van specifieke doelgroepen (personen met een handicap, personen met een gestabiliseerde psychiatrische aandoening, allochtone

ouderen, personen in een palliatieve zorgfasen,....). Belangrijk hier is dat het concept doelgroepgericht werken wordt uitgewerkt en ingevoerd. Hiertoe bouwt men ook een outreach functie uit met een of meerdere voorzieningen, organisaties of zorgverstrekkers/zorgverleners die een erkende expertise hebben in deze doelgroep.

- De woonzorgcentra verbinden er zich toe om hun administratie en processen te digitaliseren en tot gegevensdeling met relevante zorg- en welzijnsactoren binnen de contouren van het beroepsgeheim/privacywetgeving.
- Woonzorgcentra werken structureel samen en hebben een functionele binding met een geriatrische dienst van een of meerdere algemene ziekenhuizen en het palliatief netwerk actief in de eerstelijnszone waarbinnen zij actief zijn (cfr. regelgeving RVT).
- Woonzorgcentra werken samen met de in de regionale zorgzone actieve initiatieven die zich inzetten voor diverse doelgroepspecifieke zorg en ondersteuning, zoals de expertisecentra voor dementie, mantelzorgverenigingen, LEIF,
- De functie van de coördinerende en raadgevende arts in de woonzorgcentra wordt op een wetenschappelijke wijze geëvalueerd. Op basis van de resultaten van deze studie worden beleidsaanbevelingen geformuleerd en, waar mogelijk, in overleg met alle betrokkenen vertaald in een aangepast operationeel kader.
- Tandzorg en mondhygiëne wordt expliciet opgenomen in het zorgbeleid. Er wordt onderzocht of de functie van coördinerend raadgevend tandarts (CRT) en coördinerend raadgevend apotheker (CRAP) met betrekking tot medisch-farmaceutisch overleg kan geïntroduceerd worden in de woonzorgcentra in overleg met partners uit de eerstelijnszorgzone.

Kwaliteit van bestuur

- Bij de actualisering van het woonzorgdecreet wordt een decretale basis voorzien voor de vereiste dat bestuurders en medewerkers van een woonzorgvoorziening niet strafrechtelijk veroordeeld zijn geweest.
- Er wordt in overleg met de sector een regelgevend kader gecreëerd dat voorziet in garanties en maatregelen op vlak van beheer en financiële weerbaarheid van de woonzorgvoorzieningen, waartoe het woonzorgcentrum behoort. De soort en het aantal maatregelen opgelegd in dit kader, zijn afhankelijk van de grootte van de voorziening en met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kader (level playing field):
 - bij aanvraag van erkenning wordt een administratief basisdossier weerbaarheid gevoegd (voorgenomen activiteit, beleidsorganen, organisatiestructuur, nauwe economische/ financiële banden met andere personen, organisaties, bedrijven,);
 - maatregelen naar structuur en organisatie (de kwaliteit en de integriteit van aandeelhouderschap/begunstigden wordt gescreend/ voorwaarden feitelijke leiding worden opgelegd, o.a. fusies moeten worden aangemeld en kunnen worden tegengehouden wanneer de continuïteit van de zorg in het gedrang komt,...);
 - maatregelen naar goed beleid (de mogelijkheid wordt onderzocht of en hoe een vergunnings- of erkenningsaanvraag een financieel plan kan bevatten waarvan de vorm, de inhoud en de geldigheidstermijn vastgesteld zijn door de Vlaamse Regering; een solide en passende regeling voor de bedrijfsorganisatie wordt opgelegd; financiële soliditeit en risicobeheersing van een voorziening, alsook de bedrijfscontinuïteit wordt gegarandeerd).

Bij eventueel vermoeden van problematische situatie kan er een toezichtstelling worden opgestart door de Vlaamse overheid (cfr. Kinderopvang Kind & Gezin);

- maatregelen inzake transparantie (een governance memorandum wordt afgesproken waarbij o.a. de transparantie m.b.t. groepsstructuren en relaties inzake zakelijke rechten tussen entiteiten van een groep of met dienstverleners wordt gewaarborgd;...);
- er wordt werk gemaakt van een éénduidig uniform boekhoudkundig systeem voor alle erkende woonzorgcentra, met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kaders;
- aanwenden van de bestaande toezichts- en controlesystemen (controle bedrijfsrevisor, externe accountant naargelang de grootte van de voorziening, controle aan de hand van bestaande controle-instrumenten,...). Het toezichtdecreet laat toe om de handhaving van de in deze nota bedoelde garanties op vlak van financiële en bestuurlijke transparantie en maatregelen te waarborgen. Als blijkt dat het toezichtsdecreet niet toelaat om de nieuwe erkenningsvoorwaarden op vlak van financiële en bestuurlijke transparantie en weerbaarheid te handhaven, dan komt er een vervroegde evaluatie van het decreet, zo nodig zal het hierop worden aangepast.

- Het is niet de bedoeling om goed werkende en vertrouwenwekkende woonzorgcentra en hun bestuurders permanent te onderwerpen aan diverse bijkomende controles. Bestuurders zijn aansprakelijk voor hun beleid. Bij vermoeden van problematische bestuursmatige en/of financiële situaties dient de overheid onverwijld inzage te hebben en te beschikken over transparante gegevens.

SPEERPUNT 3

Beschikbaar en betaalbaar

Beschikbaar

Wil men een inschatting maken van het aantal noodzakelijke beschikbare woongelegenheden binnen woonzorgcentra, moet men bepalen wat het profiel is van de cliënt van het woonzorgcentrum, welke behoeften deze heeft, wat hij nodig heeft en wat dit vraagt van alle betrokken actoren. Woonzorgcentra bieden mensen die door hun lichamelijk en/of psychische beperkingen in hun dagelijkse leven grote belemmeringen ondervinden intensieve (24 uur op 24 uur), langdurige zorg en ondersteuning en dit in een aangepaste woonomgeving en met een oriëntatie op kwaliteit van leven en autonomie. Het gaat niet om curatieve zorg en ondersteuning gericht op genezing.

De kans dat men beroep doet op de zorg en ondersteuning van een woonzorgcentrum neemt toe met de leeftijd, al is de leeftijd alleen niet voldoende om de groep van potentiële cliënten van het woonzorgcentrum in kaart te brengen. Maar, het zijn vooral de fysiek, psychische en/of sociaal kwetsbare ouderen die het grootste risico lopen. Het

leeftijdsspecifieke aandeel van de bevolking dat in een woonzorgcentrum woont, stijgt sterk vanaf de leeftijd van 75 jaar. Door deze sterke vertegenwoordiging van 75-plussers binnen de woonzorgcentra, ligt de nadruk dan ook op deze leeftijdsgroep.⁶²

Men verwacht tevens dat de diversiteit van de doelgroep voor het woonzorgcentrum zal toenemen op vlak van opleiding, inkomen, levensgeschiedenis, leefstijl, etniciteit, seksuele voorkeuren, levensbeschouwelijke overtuigingen,

Diverse elkaar versterkende of afzwakkende factoren zullen een invloed hebben op de vraag naar zorg en ondersteuning van een woonzorgcentrum. Het potentieel aan mantelzorgers kan toe- of afnemen, ontwikkelingen in de thuiszorg (vb. inzet zorgtechnologie) en/of ziekenhuissector (vb. verkorte ligduur) kunnen de vraag doen toenemen of afremmen. Dit maakt duidelijk dat het bijzonder moeilijk is om een inschatting te maken van de exacte toekomstige vraag naar woongelenheden in woonzorgcentra.

Tot op heden beschikken we slechts over één wetenschappelijk gevalideerd onderzoek dat de vraag naar residentiële ouderenzorg in kaart heeft gebracht, met name de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg van 2011 onder de titel *'Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025'*. Het omvat een wetenschappelijke raming van het aantal plaatsen die de volgende 15 jaar in Belgische rusthuizen nodig zullen zijn. Dankzij de samenwerking met het Federaal Planbureau werd er een projectiemodel ontwikkeld. Daaruit blijkt dat er 149.000 tot 177.000 woongelenheden zullen nodig zijn in 2025. Jaarlijks komt dit neer op 1.600 tot 3.500 nieuwe plaatsen, afhankelijk van het scenario. Deze toename zou gedeeltelijk kunnen worden opgevangen door meer thuiszorg te organiseren. Maar zich beperken tot het minimum van 149.000 bedden is alleen haalbaar als het aanbod van de thuiszorg met de helft toeneemt, bovenop de uitbreiding die alleszins nodig zal zijn door de vergrijzing. De periode tot 2025 moet worden beschouwd als een 'inlooperperiode'. Daarna zal de vraag zelfs nog meer toenemen.

Om de behoefte aan thuis- en residentiële zorg en ondersteuning in Vlaanderen te schatten en op een permanente wijze te monitoren zal het Agentschap Zorg en Gezondheid kunnen beroep doen op een wetenschappelijk gevalideerde behoefte-raming en -monitoringsinstrument, het onderzoek hierrond is lopend in het kader van de Vlaamse sociale bescherming.

Betaalbaar

Als men het heeft over zorg en welzijn in het algemeen en ouderenzorg in het bijzonder, staan de financiële toegankelijkheid én de kwaliteit van zorg onbetwistbaar voorop. De vraag wie en op welke wijze de mogelijks klimmende vraag naar zorg en ondersteuning zal financieren is uiteraard terecht en bekommert velen. Het vergt een debat ten gronde. Dit debat zal moeten gaan over de mate waarin we als samenleving onze solidariteit wensen te handhaven ten aanzien van kwetsbare doelgroepen, waaronder zorgafhankelijke ouderen, zonder dat we toekomstige generaties treffen en belasten.

⁶² Van der Gaag, N. en van Wissen L., (2017). Toekomstperspectief van de verpleeghuiszorg – een demografisch perspectief. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut. Uit Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze Ouderen. Waardigheid en trots. Utrecht, Nederland. p. 108.

Vlaanderen beschikt over een doeltreffend instrumentarium om de financiële toegankelijkheid en betaalbaarheid te bewerkstelligen: de tegemoetkoming van de Vlaamse zorgverzekering die rekening houdt met de zorgzwaarte (cliënten van woonzorgcentra ontvangen - ongeacht hun zorgzwaarteprofiel - de tegemoetkoming van de zorgverzekering), maar ook de tegemoetkoming van de hulp aan bejaarden die rekening houdt met de zorgzwaarte én het inkomen van de oudere. Sommige bewoners zullen daarnaast ook recht hebben op een basisondersteuningsbudget⁶³. De zorgkas betaalt deze vanaf 2017 uit, waardoor deze ook het uniek loket wordt. Daarnaast zet Vlaanderen met de algemene middelen in op enerzijds de uitbreiding van het aanbod aan woongelegenheden in woonzorgcentra, anderzijds ook op een betere financiering van de zorg, met name door de omzetting van ROB -woongelegenheden in RVT-woongelegenheden. Ten slotte, voorziet Vlaanderen ook een tussenkomst ten gunste van de bewoner in de dagprijs bij middel van een infrastructuurforfait vanaf 2018 voor initiatiefnemers die een nieuw woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf bouwen, of vernieuwbouwen.

Het dagprijzenbeleid is een belangrijk instrument in het kader van de opvolging van de betaalbaarheid van de residentiële ouderenzorg bij middel van controle op de persoonlijke bijdragen van de cliënten. Het al dan niet toestaan van dagprijsverhogingen wordt onderbouwd met transparante criteria, waarbij ook de belangen van (potentiële) cliënten ter harte worden genomen. Binnen de Vlaamse sociale bescherming wordt het kader ontwikkeld van de vraaggestuurde persoonsvolgende financiering van de woonzorgcentra. Het waarborgt de financiële toegankelijkheid van de verleende zorg en ondersteuning en de eigen regie van de cliënt.

Voor de woonzorgcentra wordt eenduidig bepaald dat de persoonlijke bijdrage van het verblijf in een woonzorgcentrum de kosten voor het wonen, het leven en een eigen aandeel in de zorgkost betreft. De cliënt ontvangt een tegemoetkoming van de zorgverzekering en desgevallend in functie van zijn inkomen eveneens een tegemoetkoming hulp aan bejaarden, waar de persoonlijke bijdrage (dagprijs) deels mee kan worden gefinancierd. Preferentiële zorg en/of ondersteuning⁶⁴ wordt uiteraard supplementair aangerekend.

Persoonsvolgende financiering voor de residentiële ouderenzorg

Binnen het ouderzorgbeleid staan autonomie en levenskwaliteit voorop. De (zelf-)redzame oudere persoon wordt geacht geïnformeerd te zijn, een gezonde leefstijl te volgen, zelf te kiezen voor een of meerdere zorgverleners en zelf actief mee te beslissen over de zorg- en ondersteuning die hem of haar geboden wordt. Gezien de specifieke doelgroepen die het woonzorgcentrum beoogt, is het lang niet evident dat de bewoners van woonzorgcentra onder alle omstandigheden in staat zijn tot zelfregie. We denken hier in het bijzonder aan de toenemende groep van personen met dementie, waar de specifieke rol van de vertegenwoordiger erg belangrijk is. Maar, niet enkel bij personen met dementie, ook fragile ouderen zonder dementie kunnen zich in een situatie

⁶³ Basisondersteuningsbudget: het BOB is een vast bedrag van 300 euro per maand dat uitbetaald wordt door de zorgkassen. Het BOB is op termijn bedoeld voor personen:

- met een erkende handicap;
- met een vastgestelde ondersteuningsnood;
- die geen gebruik maken van niet-rechtstreeks toegankelijke VAPH-ondersteuning.

⁶⁴ Preferentiële zorg en/of ondersteuning: zorg en ondersteuning die niet behoort tot de basiszorg die gefinancierd wordt via de het zorgticket en die verleend wordt op uitdrukkelijke vraag van de cliënt.

bevinden waarin hun (zelf-)redzaamheid ontoereikend is. Niet omdat zij cognitief tekortschieten, maar omdat er een beroep wordt gedaan op allerlei andere mentale vermogens, zoals (een aanzienlijke hoeveelheid) informatie verzamelen, begrijpen, verwerken en (rationele) keuzes maken en tot actie komen. Geen (eigen) keuzes kunnen of willen maken, kan duiden op onvermogen of overbelasting. Familie/mantelzorg kan hier mogelijk een rol spelen en ondersteunend zijn.

In Vlaanderen beoogt men de persoonsvolgende financiering binnen de residentiële ouderenzorg niet op eenzelfde wijze te operationaliseren als bij deze van de personen met een handicap. De onderstaande schema verduidelijkt de verschillen.

PVF voor Personen met handicap	PVF Ouderenzorg
<ul style="list-style-type: none"> - Uitgebreide inschaling met ZZI - Geen programmatie zorgaanbod - Om in aanmerking te komen voor een intensiever handicapspecifieke ondersteuning moet men in gesloten budget geprioritiseerd worden op basis van criteria - Keuze tussen een voucher of cash budget, maar met verantwoording kosten, een deel is ook Vrij besteedbaar bedrag - Mogelijkheid financiering persoonlijk assistent 	<ul style="list-style-type: none"> - BELRAI en BELRAI-screener - Programmatie zorgaanbod - Binnen geprogrammeerd aanbod is er een subjectief recht op terugbetaling (deel van) de zorgkost en geen prioritisering - Zorgticket enkel besteedbaar aan erkende zorgvoorzieningen - Zorgbudget: cash en vrij besteedbaar zonder verantwoording - Mantelzorg wordt ondersteund door de zorgbudgetten

Zonder echter de aanwezige competenties van kwetsbare ouderen op vlak van (zelf)redzaamheid en eigen regie te onderschatten, beogen we binnen de Vlaamse sociale bescherming in een eerste tijd de persoonsvolgende financiering van de basiszorg in de residentiële ouderenzorg te realiseren aan de hand van een zorgticket en/of zorgbudget. Conform het Regeerakkoord zullen pilootprojecten worden opgezet in de residentiële ouderenzorg om na te gaan of een gehele of gedeeltelijke uitbetaling van het zorgticket in cash aan de persoon met een zorgnood, een meerwaarde kan bieden op het vlak van eigen regie van de zorg. Daarbij wordt ook nagegaan wat de noodzakelijke randvoorwaarden zijn, zoals onder meer:

- het tijdig en correct informeren van de oudere persoon over de mogelijke keuzes en de consequenties van zijn keuzen;
- de mogelijkheid om de persoonsvolgende financiering af te stemmen op de competenties van elke oudere persoon afzonderlijk bij het omgaan met keuzevrijheid, keuzedruk en zelfcontrole;
- het garanderen van controle op al dan niet bewuste onregelmatigheden: ongewilde onregelmatigheden dienen in samenspraak met de oudere persoon te worden geredieerd.

Financiële transparantie

Er bestaat een transparante regeling op het vlak van de persoonlijke bijdrage van de cliënt en dit voor alle kostenelementen van het woonzorgcentrum. Wat de publiek gefinancierde activiteiten betreft wordt transparant gecommuniceerd naar alle betrokken stakeholders. We baseren ons hiervoor op het advies van de Strategische Adviesraad (SAR) 'Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg' van 2012⁶⁵:

- alle aanbieders van zorg moeten de toets van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg doorstaan. Het aanbieden van kwaliteitsvolle, sociaal rechtvaardige, performante, relevante en toegankelijke zorg moet het uitgangspunt zijn voor aanbieders;
- aanbieders die de MVZ-toets doorstaan mogen zich op het zorgveld begeven. *Publieke middelen voor zorg* (collectieve financiering) moeten volledig gebruikt worden voor hun bestemming; het aanbieden van Maatschappelijk Verantwoorde Zorg;
- om zekerheid te hebben of de publieke middelen voor zorg voor 100% naar zorg gaan is maximale transparantie nodig. Transparantie door de aanbieders - inzake het financiële reilen en zeilen, huisvesting, bouwkost, dagprijs...- is een absolute voorwaarde, de conditio sine qua non;
- geen winstuitkering op inkomstenoverschotten uit zorg en zorggerelateerde dienstverlening;
- op niet-zorggerelateerde goederen en diensten kan eventueel winst uitgekeerd worden. Winstuitkering moet transparant gerapporteerd worden en mag in geen geval leiden tot hoge gebruikersbijdragen die de toegang tot Maatschappelijk Verantwoorde Zorg belemmeren.

De woonzorgcentra worden in de mogelijkheid gesteld om een eigen vermogen op te bouwen. Ze zijn op het vlak van financieringsstromen transparant naar alle betrokken actoren toe. In overleg en consensus met de sector worden richtlijnen bepaald voor een transparante sectorspecifieke boekhouding, met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kaders. In het kader van de financiële benchmark tussen de woonzorgcentra wordt gestreefd naar maximale vergelijkbare cijfers die op niveau van de voorziening beschikbaar zijn. In de boekhouding en de facturatie wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen zorg-, woon- en leefkost die dergelijke benchmark mogelijk maakt.

Acties:

Erkenningskalender

- Verwijzend naar het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015 met betrekking tot de erkenningskalender zal de Vlaamse regering, wat betreft de erkenningskalender, de modaliteiten bepalen op basis waarvan in deze legislatuur de erkenningskalender volledig ingevuld wordt.

Reconversiekalender

- De reconversiesleutels worden in overleg met de residentiële- en thuiszorgsector bepaald januari 2018, zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering van 13/11/2015 betreffende de omzetting van vooraf-

⁶⁵ Strategische Adviesraad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, (2012). Advies: Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg.

gaande vergunningen of erkenningen voor centra voor kortverblijf of woonzorgcentra en tot wijziging van de regelgeving betreffende de voorafgaande vergunning voor centra voor kortverblijf en woonzorgcentra.

- De reconversie wordt uitgevoerd aan de hand van een aantal uitgangspunten:
- de reconversiesleutels bepalen de ruilwaarde van een voorafgaand vergunde en erkende woongelegenheden in een woonzorgcentrum en een kortverblijf aan de hand van objectieve criteria;
- alvorens reconversie aan te vragen bij het bevoegde Agentschap wordt er met de in de nog nader te bepalen zorgregio met actieve en relevante zorgactoren afgestemd ;
- de reconversiebeweging van voorafgaande vergunningen wordt uitgevoerd binnen het kader van de erkenningskalender 2015-2025, zoals bepaald door het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015. Er wordt een traject erkenningskalender en een traject reconversie voorzien binnen de beschikbare middelen;
- in een eerste tijd wordt een reconversie voorzien van de voorafgaande vergunningen, in een tweede tijd deze van de erkende woongelegenheden van de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf.
- In het kader van de reconversie wordt in overleg met de sector bepaald onder welke specifieke voorwaarden:
 - de diverse reconversiemogelijkheden kunnen worden gerealiseerd;
 - de toegewezen voorafgaande vergunningen of erkenningen van de woongelegenheden woonzorgcentra en centra voor kortverblijf kunnen samengevoegd worden.

Monitoring behoeften

- In het kader van de Vlaamse sociale bescherming wordt een instrumentarium ontwikkeld om de behoeften aan zorg en ondersteuning bij de Vlaamse bevolking in kaart te brengen en te monitoren (cfr. SWVG onderzoek MP02 - Prognoses zorgnood en model van budgetbewaking). De huidig van kracht zijnde programmatienormen van het woonzorgcentrum worden hierop bijgestuurd. Mogelijks zal men hierbij ook rekening te houden met het gegeven dat ook een doelgroepspecifieke werking binnen een woonzorgcentrum kan worden opgezet.
- Dit prognosemodel beoogt voor de sector van de ouderenzorg de noodzakelijke prognoses te maken op basis van demografische evoluties en (waar mogelijk) toekomstige evolutie van zorgzwaarte en sociaal/ maatschappelijke en wetenschappelijke evolutie. Wanneer dit model operationeel zal zijn, zal de overheid in de mogelijkheid zijn om simulaties uit te voeren met verschillende waarden voor de relevante parameters. Bijzondere aandacht dient hierbij te gaan naar de kuststreek waar in een toenemende mate oudere personen, al dan niet gedomicilieerd, verblijven.
- Bij de start van de legislatuur stelt de Vlaamse Regering, op basis van een analyse van de evolutie van de zorgnoden en rekening houdend met de budgettaire marges, een meerjarenraming op met betrekking tot de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming waarvoor het beschikbaar aanbod geprogrammeerd is. Deze meerjarenraming wordt besproken in het Overlegcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Reglementering dagprijzen

- De evolutie van de dagprijzen van de woonzorgcentra wordt jaarlijks gemonitord.
- De dagprijsreglementering wordt geactualiseerd aan de hand van de evaluatie van de evaluatiecriteria door de koepelorganisaties en het Agentschap Zorg en Gezondheid. We wachten in dit kader ook de bevindingen van het onderzoek van dagprijsbeleid van prof. J. Pacolet af.
- Er zal onderzocht worden met de sector of én op welke wijze een mechanisme kan ontwikkeld worden waardoor aan de kandidaat bewoner de zekerheid kan geven worden dat de aangerekende dagprijs, buiten index, onveranderlijk blijft.
- Voor de woonzorgcentra wordt een transparante en sectorspecifieke boekhouding bewerkstelligd, met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en de hieraan gekoppelde wettelijke kaders, alsook een beter zicht op en monitoring van hun financiële leefbaarheid.
- Er wordt in overleg met de VVSG afspraken gemaakt over de wijze waarop een systematische en gestructureerde registratie van het aantal personen waarvoor de OCMW's een tussenkomen in de dagprijs kan worden gerealiseerd.

Vlaamse sociale bescherming

- Alle maatregelen en stappen worden genomen die het Agentschap Zorg en Gezondheid, het Agentschap Vlaamse sociale bescherming en de zorgkassen in staat stellen om vanaf 01/01/2019 de huidige RIZIV financieringswijze van de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra over te nemen en te continueren.
- In het decreet Vlaamse sociale bescherming wordt het kader van de persoonsvolgende financiering (zorgzwaarte gerelateerde financiering) bepaald waarbinnen de toekomstige zorgfinanciering van de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra zal verlopen.
- Divers onderzoek en pilootprojecten worden opgezet met als doel na te gaan wat het effect is van de toepassing van de nieuwe schaal (BelRAI-screener/BelRAI LTCF/HC) en de persoonsvolgende financiering (met opsplitsing in zorgforfait en organisatiegebonden forfait, cfr. ontwerp van decreet Vlaamse sociale bescherming) op de financiering en personele inzet in functie van de vastgestelde zorgzwaarte, alsook op de betaalbaarheid en de financiële leefbaarheid van de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra.
- Er worden pilootprojecten opgezet in de residentiële ouderenzorg om na te gaan of een gehele of gedeeltelijke uitbetaling van het zorgticket in cash aan de persoon met een zorgnood, een meerwaarde kan bieden op het vlak van eigen regie van de zorg. Daarbij wordt ook nagegaan wat de noodzakelijke randvoorwaarden zijn.
- Vanaf 01/01/2019 neemt het overgangsprotocol tussen de federale overheid en de Vlaamse overheid met betrekking tot de financiering van de zorgforfaits in de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra een einde en zal Vlaanderen de overgedragen bevoegdheid volledig autonoom effectueren. Er wordt voorzien in een stappenplan zowel op het vlak van de implementatie van de BelRAI-screener en BelRAI/LTCF/HC, als op vlak van de persoonsvolgende financiering.

- Vanaf 01/01/2019 wordt de financiering van de zorgkost (huidige RIZIV-zorgforfaits) in de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra gekoppeld aan de bijdrage van de VSB, met uitzondering voor Brussel (cfr. overgangperiode). Er wordt in een overgangperiode voorzien van drie jaar voor niet VSB-aangeslotenen uit Wallonië en Brussel en voor de toegang van niet aangesloten inwoners van Brussel tot unicommunautaire voorzieningen).
- Net als het wegwerken van het onderscheid ROB/RVT is ook het ontwikkelen en implementeren van persoonsvolgende financiering in de woonzorgvoorzieningen een gefaseerd traject. Beide trajecten verlopen parallel en worden op elkaar afgestemd.
- Er wordt een budgettaire meerjarenplanning gewaarborgd met als doel geleidelijk aan het onderscheid in de financiering van de zorgzwaarte in ROB/RVT op te heffen, en dus, de financiering van de zorg en ondersteuning, zorgzwaarte afhankelijk te maken.

Overleg federale overheid – financiering substitutie-effecten beleidsvoering

- We starten overleg op met federale overheid met betrekking tot de substitutie-effecten en de financiële gevolgen ervan die ontstaan ten gevolge de specifieke beleidsvoering binnen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap.

Protocolakkoord tussen Vlaamse Regering en vertegenwoordigers van de residentiële zorg

- Met het oog op een duurzaam, kwaliteitsvol, toegankelijk en beschikbare residentiële ouderenzorg hebben de Vlaamse Regering en de vertegenwoordigers van de koepels van de residentiële ouderenzorg vanuit een meerjaren perspectief de ambitie om een protocolakkoord af te sluiten omvattende de wederzijdse engagementen tot 2025:

Engagement van de Vlaamse Regering:

- bij de start van de legislatuur stelt de Vlaamse Regering, op basis van een analyse van de evolutie van de zorgnoden en rekening houdend met de budgettaire marges, een meerjarenraming op met betrekking tot de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming waarvoor het beschikbaar aanbod geprogrammeerd is. Deze meerjarenraming wordt besproken in het Overlegcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- het onderscheid in de financiering van de zorgzwaarte ROB/RVT wordt stapsgewijze weggewerkt;
- in periode van heden tot implementatie persoonsvolgende financiering (bij middel van Vlaamse sociale bescherming) garantie van financiële continuïteit voor de woonzorgvoorzieningen;
- gefaseerde uitwerking combinatie reconversie en erkenningskalender voor alle afgeleverde voorafgaande vergunningen en erkenningen periode 2020-2025;
- overleg met werkgevers- en werknemers met betrekking tot afstemming van de personeelsnormen qua erkenning en qua financiering integratie van de Vlaamse en federale personeelsnormen en actualisering van deze personeelsnormen afgestemd op de toenemende zorgzwaarte. Het concept van 'derde luik-bovennormpersoneel' wordt hierbij geheroriënteerd en dit in het perspectief van de persoonsvolgende financiering.
- ondersteunen van initiatieven op het vlak van werkbaar werk (dit onderwerp heeft een link met VIA5);

- overleg wordt opgestart met federale overheid met betrekking tot de substitutie-effecten en de financiële gevolgen ervan die ontstaan ten gevolge de specifieke beleidsvoering binnen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap.
- in overleg met de betrokken actoren wordt er een aanpassing van evaluatiecriteria aanvragen dagprijsverhogingen vooropgesteld na evaluatie van deze criteria door de koepels, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de bespreking van het rapport van prof. Pacolet met betrekking tot het prijzenbeleid;
- Er zal onderzocht worden met de sector of én op welke wijze een mechanisme kan ontwikkeld worden waardoor aan de kandidaat bewoner de zekerheid kan geven worden dat de aangerekende dagprijs, buiten index, onveranderlijk blijft.
- in overleg met de betrokken actoren worden de principes van de bestuurlijke en financiële weerbaarheid voor de woonzorgcentra bepaald;
- stapsgewijze implementatie van de persoonsvolgende financiering ondersteund door proefprojecten en wetenschappelijk onderzoek;
- ontwikkeling van een performant en wetenschappelijk ondersteund monitoringsysteem voor het in kaart brengen van de behoeften aan zorg en ondersteuning bij de Vlaamse bevolking;
- garantie van een blijvend intensief structureel overleg tussen het kabinet, de bevoegde Agentschappen en de koepelorganisaties en dit de gehele transitieperiode;
- administratieve vereenvoudiging en digitalisering (cfr. Agentschap gegevensdeling);
- financiering van een ICT premie aan alle woonzorgcentra met het oog op de digitale facturatie vanaf 2019 en de realisatie van de ICT connectoren noodzakelijk voor de op latere termijn te implementeren BelRAI-screener /LTCF en de gegevensdeling met betrekking tot de kwaliteitsindicatoren tussen de woonzorgcentra en het Agentschap Zorg en Gezondheid.

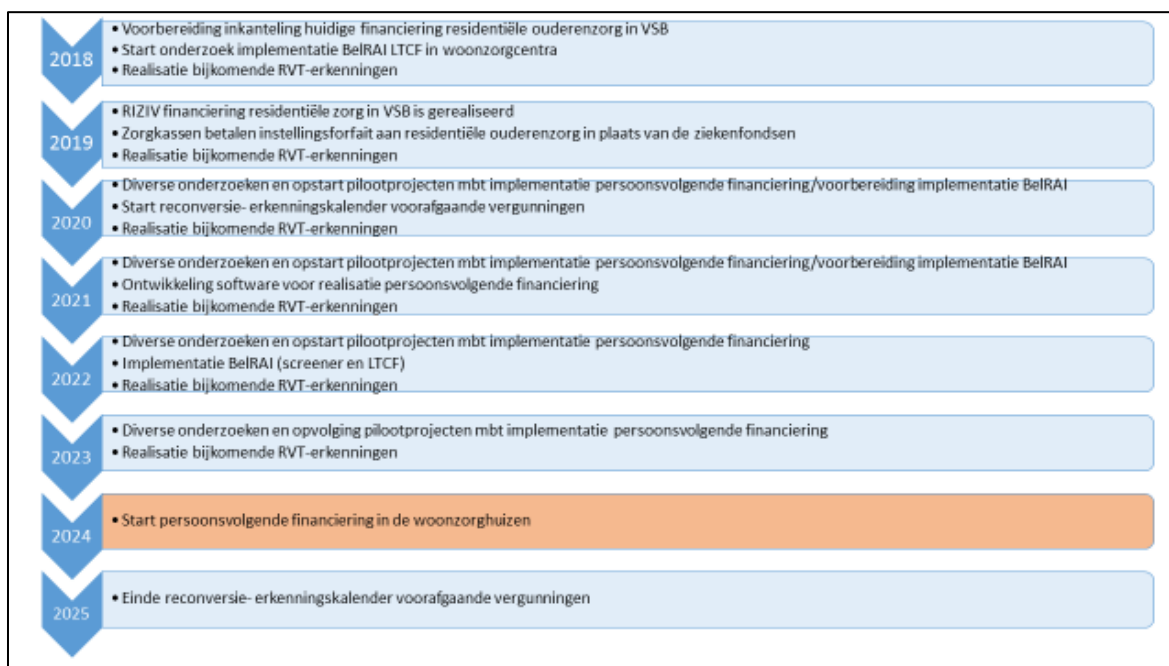
Engagement van de koepelorganisaties/initiatiefnemers residentiële ouderenzorg:

- implementatie BelRAI screener en LTCF, na wetenschappelijk onderzoek en pilootprojecten;
- meewerken aan de ontwikkeling en implementatie persoonsvolgende financiering;
- implementatie van een transparante sectorspecifieke boekhouding, met respect voor de diversiteit in juridische organisatiestatuten en hieraan gekoppelde wettelijke kaders;
- implementatie in de boekhouding van het onderscheid tussen woon-, leef- en zorgkost;
- overleg rond aanpassing evaluatiecriteria dagprijscontrole, actualisering en aanpassing personeelsnormen en bestuurlijke en financiële weerbaarheid;
- implementatie van de afspraken met betrekking tot dagprijscontrole, actualisering en aanpassing personeelsnormen en bestuurlijke en financiële weerbaarheid;
- Er zal onderzocht worden met de overheid of én op welke wijze een mechanisme kan ontwikkeld worden waardoor aan de kandidaat bewoner de zekerheid kan geven worden dat de aangerekende dagprijs, buiten index, onveranderlijk blijft.

- bij de toewijzing van meer dan 5 bijkomende bijzondere erkenningen - in geval van het optrekken van de dekkingsgraad (dus, een woonzorgcentrum dat reeds een erkenning als RVT) - worden de bijkomende RVT-middelen op een aantoonbare wijze benut voor de integratie van het bovennorm-personeel in het reguliere personeelskader RVT en een betere zorg- en/of ondersteuningskader, het wegwerken van opgebouwd verlies of een verlaging van de dagprijs;
- digitalisering van de administratieve en zorgprocessen, gegevensdeling (cfr. Vlaams agentschap gegevensdeling);
- inzetten op deugdelijk van bestuur;
- inzetten op kwaliteit management, wonen, leven zorg en ondersteuning;
- inzetten op werkbaar werk ` en innovatie. Dit onderwerp heeft een link met VIA5.

Het protocolakkoord beoogt de wederzijdse intenties en goodwill van de ondertekenaars te expliciteren, zodat stappen vooruit kunnen worden gezet in de realisatie van de in deze conceptnota opgenomen acties, zonder evenwel juridisch afdwingbaar te zijn.

Indicatief schematisch stappenplan implementatie persoonsvolgende financiering in woonzorg-centra



SPEERPUNT 4

Goed personeelsbeleid

Een goed personeelsbeleid zorgt voor een uitgebalanceerd evenwicht in het streven naar een zorg op maat voor de cliënten en het werkbaar werk voor de medewerkers. In het kader van de toenemende complexiteit van de zorg- en ondersteuningsvragen van de cliënten van woonzorgcentra en de focus op de kwaliteit van de verleende zorg en ondersteuning, is het vinden en behouden van voldoende en geschikte medewerkers van cruciaal belang. De overheid en de sociale partners zien erop toe dat binnen de

woonzorgcentra werk wordt aangeboden dat mensen motiveert, leerkansen biedt, problematische werkstress vermijdt en aandacht heeft voor een evenwichtige werk-privébalans. Waar mogelijk, wordt aan loopbaanplanning gedaan.

Het woonzorgcentrum van de toekomst vereist een toenemende deskundigheid bij al de medewerkers. Permanente bijscholing is dan ook een must. Elke medewerker van het woonzorgcentrum volgt het aantal uren bijscholing dat noodzakelijk is voor de permanente ontplooiing van zijn vakkennis en -kunde. Belangrijk bij deze trainingen/bijscholingen is dat men niet enkel focust op de eigen expertise/het eigen vakgebied (vb. medische/verpleegkundige bijscholingen), maar ook op de relationele, intermenselijke aspecten, de benadering van ouderen, de grondhouding.

Het KB 78 dat de diverse geautoriseerde verpleegkundige en zorgkundige activiteiten omschrijft, wordt in overleg met de bevoegde federale overheid, aangepast aan de reële noden en mogelijkheden van de werkvloer. Verantwoordelijkheden en taken van de diverse zorgfuncties zijn herijkt en in samenhang gebracht met het decreet op hulp en bijstandverlening uit 2008.

In de woonzorgcentra wordt in samenspraak met alle betrokken actoren het verplichte personeelskader van de zorg- en ondersteuningsfuncties geactualiseerd afgestemd op de wijzigende zorg- en ondersteuningsbehoeften van de cliënten. Dit gaat eveneens samen met de dialoog rond de mogelijkheden tot taakuitzuivering en taakherschikking. Er wordt eenduidig bepaald welk deel van de personeelskost gefinancierd wordt met solidaire middelen en welk deel ervan opgenomen wordt in de eigen bijdrage van de cliënt. In functie van de schaalgrootte van het woonzorgcentrum kunnen functies voorzien worden die het management ondersteunen. Heldere afspraken worden gemaakt met betrekking tot het inzetten van personeel binnen de diverse onderdelen van het woonzorgcentrum en eventueel daarbuiten (inter-sectoraal).

Woonzorgcentra hebben de mogelijkheid om binnen de verplichte personeelsnormen medewerkers in te zetten of teams samen te stellen op basis van competenties en niet alleen op basis van diploma (-s). Dit veronderstelt competentie management⁶⁶. In het wordt de 24-uurs verpleegkundige zorg steeds gevrijwaard.

De zorg- en dienstverlener krijgt formeel de ruimte om samen met de cliënt en zijn familie tot afgestemde zorg en ondersteuning te komen. Manageriale druk, administratieve lasten en registratiedruk wordt tot het hoogst noodzakelijke beperkt. Zorg- en dienstverleners hebben de ruimte om zich toe te leggen op het primaire zorg en ondersteuningsproces en de eigenlijke zorg en ondersteuningstaken. Een 'slimmere' zorgorganisatie zet de beschikbare mensen en middelen op een effectieve en efficiënte wijze in, dat men meer kan realiseren met behoud van kwaliteit van zorg en ondersteuning en tevredenheid van de cliënten en medewerkers.

Een woonzorgcentrum garandeert naast de naleving van sectorale arbeidswetgeving en geplogenheden aanvullend:

- de juiste omstandigheden waarin de medewerkers hun opdrachten goed kunnen uitoefenen;
- werkbare, veilige arbeidsomstandigheden en aanvaardbare arbeidsvoorwaarden;

⁶⁶Competentie management is het systematisch ontwikkelen en gericht inzetten van de competenties van medewerkers om de doelstellingen van de organisatie te realiseren. Competenties zijn specifieke eigenschappen, vaardigheden en kennis.

- sectorspecifieke verloning;
- monitoring en bijsturing van de werkbaarheidsgraad in de woonzorgcentra;
- een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid;
- vrijwilligersbeleid;
- permanente vorming en jobrotatie of doorgroeimogelijkheden;
- een lerende omgeving door en tussen professionals;
- diversiteit in de aanwervingen;
- heterogeniteit in de competenties;
- een flexibele inzet van medewerkers binnen de diversiteit van woonzorgvormen binnen het woonzorgcentrum (centrum CVK, DVC, GAW).

Medewerkers worden geëvalueerd op hun competenties, deskundigheid en vakbekwaamheid. Deze evaluatie focust zich niet enkel op deskundigheid, technische bekwaamheid, maar evenzoveel op de beroepshouding en het morele kompas van de medewerker: de mate waarin hij/zij zorgzaam, zorgvuldig, betrokken, empathisch en responsief is.

De opleidingen tot zorgberoepen beschikken over eindtermen met betrekking tot de langdurige ondersteuning en zorg, die aansluiten bij de complexiteit ervan. Hierbij worden naast zorgcomponenten worden eveneens én evenwaardig welzijnscomponenten mee opgenomen.

Elders verworven competenties kunnen in rekening worden gebracht. Nieuwe zorg- en ondersteuningsberoepen krijgen de kans om zich te ontwikkelen binnen de woonzorgcentra. Het woonzorgcentrum zorgt voor goede en voldoende stageplaatsen voor een diversiteit van cursisten/studenten in opleiding. Een goede afstemming met de onderwijssector is hierbij een kritische succesfactor. Aansprakelijkheid, verantwoordelijkheden, lasten en investeringen zijn gedeelde onderwerpen, waarover voor alle betrokkene duidelijkheid bestaat.

Acties:

- In samenspraak met de vertegenwoordigers van de werkgevers, de werknemers en de overheid wordt een conceptueel kader uitgewerkt voor het personeelskader van een woonzorgcentrum (integratie personeelsnormen erkenning en financiering, inclusief de mogelijkheid om binnen dit kader de mogelijkheid te creëren om innovatieve functies⁶⁷ te creëren). Het ontwikkelde kader wordt geïntegreerd in regelgeving en stapsgewijze gerealiseerd in functie van de geleidelijke omschakeling ROB/RVT met het oog op eenzelfde financiering in kader van de persoonsvolgende financiering.
- Aanmoedigen van initiatieven innovatieve zorgorganisatie.
- In samenspraak met de vertegenwoordigers van de werkgevers, de werknemers en de overheid wordt binnen een VIA-akkoord specifieke acties/programma's/projecten voorzien om de werkbaarheid van de tewerkstelling in de woonzorgcentra te optimaliseren.
- Taxshift kan in de private woonzorgcentra aangewend worden met het oog op een kwalitatieve zorg- en dienstverlening in de woonzorgcentra. De Sociale Maribel

⁶⁷ Innovatieve functies, zoals bijvoorbeeld een woningassistent, een planner, specifieke hotelfuncties, diversiteit aan niet-medische disciplines,....

wordt ingezet voor bijkomende tewerkstelling. Dit onderwerp wordt ook gelinkt aan VIA5.

- Verdiepingsstages in het vierde jaar bachelor verpleegkunde, die 400 u (stage) per periode bieden in de woonzorgcentra, geven aan verpleegkundigen in opleiding de kans om de residentiële ouderenzorg in de diepte te leren kennen.
- Studenten van het 6e jaar persoonszorg worden gestimuleerd om een 7e jaar te volgen in de scholen, maar ook in de VDAB opleidingen van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Hierdoor kunnen meer zorgkundigen op de arbeidsmarkt komen.
- De studenten van diverse zorg- en welzijnsopleidingen worden aangemoedigd om deel te nemen aan de inleefmomenten binnen de woonzorgcentra.
- In de opleiding van zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid Vlaamse minister van Onderwijs) worden er concrete doelstellingen afgesproken met betrekking tot de multi- en interdisciplinaire zorg en ondersteuning van ouderen. De diverse opleidingen voorzien samen met de woonzorgcentra in kwaliteitsvolle stageplaatsen en -begeleiding.
- We onderzoeken de mogelijkheden met betrekking tot de invoering van de flexibele contracten van medewerkers. Bijvoorbeeld de inzet van herintreders die een paar dagen per maand of 1 dag per week willen werken, al of niet op afroep.
- De woonzorgcentra zouden kunnen een financiële compensatie ontvangen voor de bijscholingsprogramma's die hun personeelsleden volgen via het organisatiegebonden forfait (VSB). Hierover worden sectorale afspraken gemaakt. (cfr en naar analogie met andere welzijnsvoorzieningen).

SPEERPUNT 5

Ondersteunende en faciliterende overheid

De overheid beschouwt het toekomstscenario voor de Vlaamse woonzorgcentra als een gezamenlijke onderneming en is bereid hiervoor de mogelijke belemmeringen op de weg ernaar, waar mogelijk, op te heffen. Correcte financiering van de zorgzwaarte, regelluwte en beperkte administratieve belasting zijn hierbij de leidende principes. De overheid blijft alert voor nieuwe ontwikkelingen binnen de residentiële ouderenzorg, maar ook voor de keerzijden en de risico's van de transitie waarin deze zich bevindt, en bewaakt de ondergrens, zodat de ouderenzorg beschikbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand blijft.

De inhoudelijke, organisatorische en financiële transitie die men binnen de residentiële ouderenzorg wenst te realiseren wordt door de overheid, in samenspraak met de betrokken actoren, verankerd in regelgeving.

De overheid speelt een stimulerende rol in het breed onder de aandacht brengen van de rol die technologische ontwikkelingen kunnen bieden voor de optimalisering van de kwaliteit van de zorgverlening en ondersteuning, alsook voor het efficiënter en effectiever maken werk- en organisatieprocessen binnen de woonzorgcentra en de woonzorgcentra.

De bevoegde Vlaamse Agentschappen leveren effectieve inspanningen en organiseren zich dermate dat integrale zorg en ondersteuning kan worden ondersteund en

gerealiseerd. Deze Agentschappen werken op een structurele wijze samen en zijn in staat om op diverse vragen een integraal antwoord te formuleren.

De diverse acties op korte en lange termijn, zoals beschreven in de conceptnota *'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda'*, beogen het in deze tekst beschreven toekomstscenario stapsgewijze mee te helpen concretiseren.

Bij de start van de legislatuur stelt de Vlaamse Regering, op basis van een analyse van de evolutie van de zorgnoden en rekening houdend met de budgettaire marges, een meerjarenraming op met betrekking tot de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming waarvoor het beschikbaar aanbod geprogrammeerd is. Deze meerjarenraming wordt besproken in het Overlegcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. In deze raming wordt de verzilvering/verwitting van de bevolking beschouwd als een externe kostendrijver en wordt er tevens rekening gehouden met de toenemende zorgzwaarte. Met de federale overheid wordt overleg gepleegd in het kader van de financiering van mogelijke wederzijdse substitutie-effecten.

Acties:

- De Vlaamse overheid garandeert de ondersteuning van de gehele transitiefase die de woonzorgcentra en woonzorgcentra op inhoudelijke, organisatorisch en financieel vlak worden geacht te doorlopen en dit in synergie met de andere woonzorgvoorzieningen.
- De personele en organisatorische erkenningsvoorwaarden en de financiering ervan worden op elkaar afgestemd.
- De Vlaamse overheid ondersteunt de implementatie en opvolging van de kwaliteits-indicatoren voor de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra.
- De Vlaamse overheid ondersteunt projectmatig (in samenspraak met de federale overheid) de verdergaande digitalisering van de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra.
- De Vlaamse administratie organiseert zich dermate dat zij eveneens op een integrale en geïntegreerde wijze haar zorg- en welzijnsbeleid ten aanzien van de woonzorgcentra kan voeren.
- De Vlaamse overheid onderhoudt op een structurele wijze overleg met de vertegenwoordigers van de woonzorgcentra en de woonzorgcentra. (zie nieuw overlegmodel WVG, raadgevende comités en de sectorale adviescommissies binnen de Vlaamse sociale Bescherming).

7. Slotbeschouwingen

De voorliggende nota gaat uitdrukkelijk uit van de wens om de behoeften van de oudere personen centraal te stellen en de zorg af te stemmen op hun kwaliteit van leven en autonomie en dit rekening houdend met hun familiaal en sociaal netwerk. Zij blijven een betekenis hebben in onze samenleving, ook én vooral bij toenemende kwetsbaarheid, ook en vooral als ze in een woonzorgcentrum wonen.

De ontwikkelingen in de thuiszorg en nieuwe aangepaste woonvormen zullen ongetwijfeld bijdragen aan langer en zelfstandig thuis wonen van mensen met een zorg- en ondersteuningsvraag. En, dat is maar goed ook. Maar, aan die thuiszorg zijn grenzen. Deze grenzen zijn echter voor iedere zorgbehoevende persoon verschillend. Langer thuis blijven wonen mag niet gezien worden als een doel op zich. Als het thuis kan, is dit zeker gewenst. Als het tijdelijk of definitief niet (meer) kan, dan best in een gepaste woonzorgvoorziening. Dit heeft tot gevolg dat een tijdelijke of definitieve vorm van langdurige collectieve woonzorgvorm zal blijven bestaan, ongeacht zelfs de medisch en (zorg-) technologische ontwikkelingen.

Mensen die in een woonzorgcentrum komen wonen zijn vaak zeer zorgbehoevend. Dit heeft een grote invloed op de samenstelling en het niveau van het personeel, alsook op de specifieke eisen ten aanzien van woon- en omgevingsinfrastructuur. Daarnaast is er de toenemende vraag naar efficiënter en tegelijkertijd persoonlijker zorg, wat zeer veel inzet en flexibiliteit van de medewerkers vraagt. Een van de grote uitdagingen voor de residentiële ouderenzorg is ongetwijfeld de ontwikkeling en inzet van innovatieve oplossingen zowel professioneel, organisatorisch, medisch als technologisch. De ontwikkeling van een ethisch verantwoord zorgbeleid binnen de woonzorgcentra zal aan belang winnen. De vraag naar werkbare participatie- en inspraakmodellen van de cliënt en/of zijn naasten aan het beleid van het woonzorgcentrum is een uitdrukkelijke vraag van de ouderenorganisaties en de vereniging van gebruikers en mantelzorgers. Het versterken van de rechtspositie van de bewoners van woonzorgcentra verdient extra aandacht binnen de diverse opleidingen of permanente vormingsmodulles (artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, paramedische opleidingen, animatie, directie, bestuur van woonzorgcentra,).

De structurele vrijwaring van voldoende financiële ondersteuning van de zorg en ondersteuning van kwetsbare oudere personen, via de Vlaamse sociale bescherming, zal een cruciale opdracht zijn en blijven voor de Vlaamse overheid.

Woonzorgcentra verdienen een positief imago. Het publieke imago heeft nood aan een bijstelling. Zij bieden veiligheid en geborgenheid wanneer de zelfzorg ontoereikend is en de mantelzorg de complexe en intensieve zorg niet meer kan bieden. Zij worden door de samenleving gemandateerd om deze rol en opdracht kwaliteitsvol te vervullen. Om deze maatschappelijk belangrijke rol ook in de toekomst goed uit te kunnen voeren is er een passend, anticiperend en duurzaam beleid nodig.

Deze conceptnota omschrijft de knelpunten waarmee de residentiële ouderenzorg vandaag wordt geconfronteerd en herijkt haar rol en opdrachten in het snel evoluerende welzijns- en zorglandschap. Door de verzilvering en verwitting van de bevolking en de

daarmee samengaande opklimmende vraag naar zorg en ondersteuning, staan we immers aan de vooravond van enorme uitdagingen. De antwoorden op de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de Vlaamse senioren van vandaag en morgen kunnen niet beperkt blijven tot het klakkeloos vermenigvuldigen van de antwoorden uit het verleden. Om hieraan een passend antwoord te bieden, wordt een integraal (domeinoverschrijdend) beleid gevoerd, waarin de ouderen in een kwetsbare positie ondersteuning krijgen. Binnen deze context hebben de woonzorgcentra een eigen specifieke rol te vervullen, al dan niet in combinatie met andere woonzorgvormen binnen een woonzorgcentrum.

De residentiële ouderenzorg wordt uitgedaagd om buiten haar comfortzone te treden - ambitieus te zijn - om nog meer als voorheen rekening te houden met de behoeften en leefstijlen van de cliënten en hen te betrekken bij het formuleren van hun zorg- en ondersteuningsdoelen. De huidige negatieve beeldvorming over woonzorgcentra kan worden gekeerd door nog meer in te zetten op een persoonsgerichte benadering van de cliënten en inclusie van familie en vrijwilligers. Muren kunnen worden gesloopt wanneer de woonzorgcentra hun faciliteiten beschikbaar stellen voor mensen uit de buurt en buurtfaciliteiten beter toegankelijk worden gemaakt voor de cliënten van het . De expertise en ervaring van de medewerkers van het kan ook buiten de muren van het woonzorgcentrum benut worden en expertise en ervaring van andere zorg- en welzijnsactoren kunnen ondersteunend zijn voor de medewerkers van het woonzorgcentrum⁶⁸.

Woonzorgcentra maken integraal deel uit van de versterkte eerstelijnszorg. Ze zijn een woonzorgvorm waar bijzonder kwetsbare mensen kwaliteitsvol, veilig en geborgen kunnen wonen, leven en verzorgd worden. Goede woonzorgcentra zijn onmisbare schakels in het geheel van woon-, leef- en zorgvormen voor zorg- en ondersteuningsafhankelijke personen.

⁶⁸ Naar: Vernooij-Dassen, M.&Graff, M. (2017). Verpleeghuis 2025.. 1 Uit Verpleeghuiszorg 2025. Liefdevolle zorg. Voor onze Ouderen. Waardigheid en trots. Utrecht. Nederland. p. 100-102.

8. Voorstel van beslissing

De Vlaamse Regering hecht haar definitieve goedkeuring aan de conceptnota 'Residentiële ouderenzorg, een échte thuis voor kwetsbare personen. Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders' en machtigt de bevoegde minister om op basis hiervan met de representatieve koepels van de residentiële ouderenzorg een protocol af te sluiten, zoals ook beschreven in de conceptnota. Het protocol zal ter kennis van de regering worden gebracht.

Jo VANDEURZEN
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin