

Universiteit Antwerpen
Faculteit Sociale Wetenschappen
Academiejaar 2017 – 2018

MASTERPROEF

PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING IN DE VLAAMSE OUDERENZORG

Een bevraging van de stakeholders in Vlaanderen

Linde Herssens

Master in de Sociologie

Rolnummer: 20146001

Promotor: Prof. E. Wouters



Masterproef voorgelegd met het oog op het behalen van de graad van Master in de Sociologie

ABSTRACT

The aging population is an important challenge in the care for the elderly. With longer life expectancy and a growing percentage of people over 65, there is an increasing demand for care and a growing need for services. To meet the demand for customised care and autonomy of the elderly, the Flemish government wants to introduce person-tailored financing. This system is currently introduced in the disability care, where the care recipient is provided with a personal care budget. This study aims to detect the possible outcomes of person-tailored financing on customised care, autonomy and access to care for the elderly in Flanders.

Since person-tailored financing is not yet realised in the elderly care, the starting point for this study is a literature research of similar systems in the Netherlands, the United Kingdom, Germany and France. We examined the benefits and the disadvantages reported in these countries. The second part of this study is an interview of the stakeholders in Flanders to determine their view and expectations in regard to the system. The goal is to translate the findings on the systems abroad to the Flemish situation.

We were able to conclude that person-tailored financing will provide a leverage to realise customised care and to strengthen the autonomy of the care recipient. Sufficient assistance will be necessary for the success of the system, together with the fulfilment of several conditions. In addition, the policy has to include concrete measures to guarantee access to care and to remove possible barriers. Finally, the government has to support initiatives that aim to improve demand-driven care and multidisciplinary co-operation.

Keywords: Person-tailored financing; Flanders; Personal Budgets; Elderly care; Demand-driven care; Customised care; Autonomy; Access to care.

INHOUDSOPGAVE

1	Probleemstelling.....	1
2	Literatuurstudie.....	2
2.1	Wat is persoonsvolgende financiering?	2
2.2	Waarom PVF: Trends binnen de ouderenzorg	2
2.2.1	Vergrijzing en de stijgende vraag naar langdurige zorg	2
2.2.2	Informele zorg	3
2.2.3	Autonomie.....	4
2.2.4	Zorg op maat en vraaggestuurde zorg	4
2.3	Persoonsvolgende financiering in het buitenland.....	5
2.3.1	Verenigd Koninkrijk: Direct Payments en Personal Budgets	5
2.3.2	Nederland: Persoonsgebonden Budget	7
2.3.3	Frankrijk: Allocation personnalisée d'autonomie	9
2.3.4	Duitsland: Pflegeversicherung en Persönliches Budget	10
2.4	Persoonsvolgende financiering in Vlaanderen.....	15
2.4.1	Ouderenzorg in Vlaanderen anno 2018	15
2.4.2	Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen.....	15
2.4.3	Persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap.....	16
3	Methoden.....	19
3.1	Onderzoeksvraag.....	19
3.2	Onderzoeksmethode.....	19
3.3	Stakeholderselectie	20
3.4	Analyse interviews.....	21
4	Resultaten	22
4.1	Evaluatie persoonsvolgende financiering in het buitenland.....	22
4.1.1	Positieve aspecten.....	22
4.1.2	Valkuilen en aandachtspunten	24
4.2	Stakeholderbevraging	27
4.2.1	Vorm van het systeem.....	27
4.2.2	Het budget en de bestedingsmogelijkheden	28
4.2.3	Inschalingsinstrument	29
4.2.4	Controlemechanismen	31
4.2.5	Gevolgen voor zorgvragers.....	31
4.2.6	Gevolgen voor zorgaanbieders.....	34
4.2.7	Mantelzorg	35
4.2.8	Vergrijzing.....	36

4.2.9	Lessen uit de gehandicaptenzorg.....	37
4.2.10	Aanbevelingen en aandachtspunten.....	38
5	Discussie	40
6	Conclusie	42
6.1	Beleidsaanbevelingen.....	43
6.2	Beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek	43
7	Bibliografie	44
8	Bijlagen	53
8.1	Vragenlijst interview.....	53
8.2	Lijst met tabellen.....	56

1 PROBLEEMSTELLING

De vergrijzing is een belangrijke uitdaging voor onze samenleving en de welzijnszorg. Tussen het jaar 2000 en 2015 is de gemiddelde levensverwachting gestegen van 77,79 naar 80,9 jaar. Demografische vooruitzichten voorspellen een verdere vergrijzing van de Belgische bevolking. De gemiddelde leeftijd van de Belg zal stijgen van 41 jaar in 2015 tot 44 jaar in 2060. Het groeiende aandeel 65-plussers is verantwoordelijk voor deze stijging (Federaal Planbureau & Algemene Directie Statistiek, 2015). In 2000 was 14,74% van de Belgische bevolking ouder dan 67 jaar. Dit cijfer steeg tot 15,89% in 2015. Binnen deze vergrijzing vindt een verzilvering plaats. In de groep personen ouder dan 67 jaar was in 2015 ongeveer 34% ouder dan 80 jaar, dit ten opzichte van 25,5% in 2000 (Federaal Planbureau & Algemene Directie Statistiek, 2016). Door de stijgende levensverwachting en het groeiende aandeel 65-plussers neemt de vraag naar zorg bij ouderen toe. Naast de vergrijzing zetten een aantal andere trends de welzijnszorg voor ouderen onder druk (Vandeurzen, 2016a).

Algemeen zijn er twee belangrijke tendensen binnen de zorg die een belangrijke impact hebben op de organisatie van de ouderenzorg. Ten eerste is er nood aan zorg op maat, waarbij de oudere de meest passende ondersteuning krijgt aansluitend bij zijn situatie. Het beleid zet daarbij sterk in op ondersteuning in de thuissituatie, om residentiële zorg zo lang mogelijk uit te stellen (Vlaamse Overheid, 2009). Ten tweede winnen principes zoals beslissingsrecht en autonomie aan belang. Ouderen bepalen zelf welke hulp ze wensen en hebben hun eigen visie op het organiseren van een zorgnetwerk (Fine, 2017; Lundsgaard, 2005). Het huidige systeem van ouderenzorg in Vlaanderen is echter aanbodgestuurd (Janssen, Jongen, & Schröder-Bäck, 2016a). De organisaties die instaan voor hulp en zorg krijgen financiering van de overheid. Zij bepalen het aanbod van diensten waarop de oudere een beroep kan doen. Een voorstel om de zorg meer vraaggestuurd te maken en in te richten op maat is het persoonsvolgend budget (Vandeurzen, 2016a). Naar analogie met de sector voor personen met een handicap krijgt de oudere in dit systeem zelf een budget in handen om zijn zorgnetwerk in te richten. In het buitenland bestaan er reeds soortgelijke systemen, bijvoorbeeld in Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk (Lundsgaard, 2005). De persoonsvolgende financiering is in deze landen reeds onderzocht, maar in België blijft dit beperkt. Bijkomend onderzoek is om deze reden noodzakelijk (Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin, 2016).

Het doel van deze masterproef is een verkenning van de mogelijke impact van persoonsvolgende financiering bij ouderen. Omdat het systeem nog geen realiteit is binnen Vlaanderen, vertrekt het onderzoek vanuit bevindingen uit het buitenland. Deze bevindingen dienen vertaald te worden naar de Vlaamse context, om een antwoord te bieden op de vraag: **Wat zijn de mogelijke gevolgen van persoonsvolgende financiering op de realisatie van zorg op maat, de autonomie van ouderen en de toegang tot de ouderenzorg?** Een eerste stap in het beantwoorden van deze vraag is het creëren van een overzicht op de huidige situatie in Vlaanderen en de mogelijke drempels binnen de toegang tot de ouderenzorg. Om een idee te krijgen van het systeem van persoonsvolgende financiering, kan onderzoek naar beleid in het buitenland inzicht bieden op de kenmerken en problemen van deze manier van financiering. Een bevraging bij belangrijke actoren binnen de ouderenzorg dient deze kenmerken en problemen te vertalen naar de Vlaamse context.

2 LITERATUURSTUDIE

2.1 Wat is persoonsvolgende financiering?

In België, maar ook in andere landen wordt de ouderenzorg meestal gestuurd door de diensten die aan ouderen ondersteuning en zorg aanbieden. Recent is er in verschillende landen echter een groeiende vraag naar cliëntgecentreerde en vraaggestuurde zorg (Glendinning & Kemp, 2006). Het systeem van persoonsvolgende financiering (PVF) speelt hierbij een belangrijke rol (Rijckmans, Garretsen, Goor, & Bongers, 2007; Wiener, Tilly, & Cuellar, 2003). In plaats van overheidssubsidies rechtstreeks toe te kennen aan zorgvoorzieningen, komt de financiering binnen dit systeem in handen van de zorgvragers. De onderliggende gedachte van het systeem is dat, door het beschikbaar stellen van een budget om zelf zorg in te richten, de ouderen meer keuze en controle krijgen over de diensten die hen ondersteunen (Alakeson, 2010; Da Roit & Le Bihan, 2010). Zij kunnen kiezen uit een brede waaier aan zorgvoorzieningen, waardoor de centrale positie van de zorgvrager versterkt wordt. Dit heeft als gevolg dat diensten met elkaar moeten concurreren om in de zorg te mogen voorzien, waardoor ze zich onvermijdelijk moeten afstemmen op de noden van de zorgvrager. In sommige systemen is het ook mogelijk om mantelzorgers te vergoeden met het budget (Lundsgaard, 2005; Wiener et al., 2003). Naast het versterken van de positie van de zorgvrager spreekt persoonsvolgende financiering de verantwoordelijkheid van de zorgbehoevende aan om zijn keuzes in het zorgaanbod af te stellen op zijn persoonlijke situatie. In bepaalde mate draagt de persoon ook verantwoordelijkheid over de manier waarop hij het budget beheert en uitgeeft (Gadsby, 2013).

2.2 Waarom PVF: Trends binnen de ouderenzorg

2.2.1 Vergrijzing en de stijgende vraag naar langdurige zorg

Door de vergrijzing en vooral de verzilvering van de bevolking stijgt de vraag naar langdurige zorg. Deze trend is niet enkel in België merkbaar, ook in andere landen neemt de druk op de zorg toe. Een rapport van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) toont aan dat tussen 1998 en 2008 de populatie 65-plussers binnen de OECD-landen is toegenomen met 12% en het aandeel 80-plussers met 32%. Binnen de meeste van deze landen zorgt de vergrijzing voor een toename in het gebruik van langdurige zorg (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011). De OECD definieert deze langdurige zorg als:

“A range of services required by persons with a reduced degree of functional capacity, physical or cognitive, and who are dependent for an extended period of time on help with basic activities of daily living (ADL). This personal care component is frequently provided with basic medical services, nursing care, prevention, rehabilitation or palliative care. LTC services can also be combined with lower-level care related to help with so-called instrumental activities of daily living (IADL) (e.g., domestic help, help with administrative tasks, etc.).” (Colombo et al., 2011).

De resultaten van de gezondheidsenquête 2013 tonen aan dat de nood aan langdurige zorg, zoals omschreven door het OECD, binnen België groter wordt. Ten eerste komt er uit de enquête een samenhang tussen leeftijd en het ervaren van een beperking naar boven. Van de respondenten ouder dan 65 jaar geeft 47,9% aan een beperking te ervaren in bij basisactiviteiten in het dagelijkse leven. Dit percentage loopt op tot 62% als we kijken naar de groep ouder dan 75 jaar. Daarnaast toont een vergelijking met de resultaten uit 2008 een stijging in het percentage ouderen die hulp krijgen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (ADL). In 2013 gaf 65,5% van de 65-plussers met een beperking aan dat zij ondersteund worden door professionele hulp en/of mantelzorg, met een grote meerderheid enkel door professionele hulp. Bij de gezondheidsenquête in 2008 was dit nog 58%. De rest van de 65-

plussers met een beperking geeft aan geen hulp nodig te hebben. Bij een klein deel is de zorgvraag onbeantwoord. Opnieuw tonen de cijfers een samenhang met leeftijd: het aandeel ouderen met een beperking die professionele hulp of mantelzorg ontvangen stijgt van 55,9% voor personen tussen 65 en 74 jaar naar 68,9% voor personen ouder dan 75 jaar. Bij het uitvoeren van huishoudelijke taken (IADL) krijgt 75,4% van de 65-plussers met een beperking hulp. Hierbij tonen de resultaten weer een samenhang met de leeftijd. Voor deze indicator zijn er geen gegevens voor de voorgaande jaren (Demarest, 2014).

Het stijgende aandeel ouderen in de samenleving en de daarbij horende stijging in de vraag naar zorg weegt op de gezondheidszorg- en welzijnszorguitgaven van de verschillende overheden in België. De Studiecommissie voor de vergrijzing (SCvV), een onderdeel van de Hoge Raad van Financiën, brengt jaarlijks verslag uit over de budgettaire en sociale gevolgen van de vergrijzing (Hoge Raad van Financiën, 2015). Deze verslagen tonen de evolutie van de sociale uitgaven volgens het SCvV-referentiescenario. Dit scenario is gebaseerd op de demografische en de economische vooruitzichten van het Federaal Planbureau en houdt rekening met verschillende maatregelen van de overheid rond de sociale uitgaven. Het meest recente rapport van juni 2017 baseert zich op de cijfers van 2016. Hieruit blijkt dat de sociale uitgaven volgens de laatste gegevens 25,3% van het bruto binnenlands product bedragen. Dit percentage zal in 2040 pieken op 28,5%, om daarna weer te dalen tot 27,6% in 2060. De stijging van 2,6% overheen de periode tussen 2016 en 2060 is vooral te wijten aan de stijgende uitgaven voor de pensioenen en de gezondheidszorg (Studiecommissie voor de vergrijzing, 2017).

2.2.2 Informele zorg

Door de vergrijzing en de stijgende vraag naar ondersteuning neemt ook het belang van mantelzorg toe. Naast formele zorg worden veel ouderen ook ondersteund door iemand van zijn omgeving. Deze informele hulpverleners bieden op vrijwillige basis hulp in het dagelijkse leven, omwille van een sociale en emotionele band met de zorgvrager (Eurocarers, 2015; Vandeurzen, 2016b). De werkelijke omvang van de mantelzorg in België is moeilijk te bepalen, omdat veel mensen zichzelf niet omschrijven als mantelzorger. Daarnaast worden er in studies rond het thema verschillende definities gehanteerd. Voor Vlaanderen kunnen we kijken naar de cijfers uit de survey 'Sociaal-Culturele verschillen in Vlaanderen' (SCV) en de gezondheidsenquête (Vandeurzen, 2016b):

- (a) In de SCV-survey van 2014 geeft ongeveer een kwart van de respondenten boven de 18 jaar aan dat ze het afgelopen jaar iemand in hun omgeving hebben ondersteund als mantelzorg. Dit is een daling ten opzichte van de bevraging in 2011. Toen ging het nog om 38% (Vanderleyden & Moons, 2017).
- (b) In de Gezondheidsenquête van 2013 ligt dit aantal lager. Daar gaf 9% van de respondenten boven de 15 jaar aan dat ze minstens 1 keer per week ondersteuning boden aan een zorgbehoevende in een niet-professionele relatie (Charafeddine & Demarest, 2015).

De daling in het aantal respondenten die mantelzorg verlenen is een belangrijke vaststelling om rekening mee te houden in het toekomstig beleid. Mantelzorg komt onder druk te staan omwille van de maatschappelijk veranderingen zoals gezinsverdunding en de moeilijke combinatie met de eigen werk- en leefsituatie. Daarom is het belangrijk dat ook de mantelzorg voldoende ondersteund wordt (Eurocarers, 2015; Vlaams Expertisepunt Mantelzorg, n.d.). Dit kan op verschillende manieren: Het geven van informatie en advies, begeleiding in de zoektocht naar gepaste hulpverlening, het faciliteren van een aanspreekpunt voor mantelzorg en het aanpassen van de arbeidsvoorwaarden in het voordeel van de combinatie zorg-werk (Vanderleyden & Moons, 2017; Vandeurzen, 2016b). Daarnaast is er nog de mogelijkheid om te voorzien in financiële ondersteuning van mantelzorg, waarin persoonsvolgende financiering een belangrijke rol in kan spelen.

2.2.3 Autonomie

Sinds de jaren 70 is de visie binnen de zorg verschoven van een paternalistische benadering naar een cliëntgerichte aanpak. Waar vroeger de professional gezien werd als expert, is het nu de cliënt zelf die het beste weet wat hij nodig heeft om zich te ondersteunen in zijn zorgbehoeften. De autonomie en het beslissingsrecht van de cliënt staan hierbij centraal (Beurskes, 2007; Ho, 2008; van Delden, Hertogh, & Manschot, 1999). In verschillende conceptnota's inzake ouderenzorg, in het Vlaams ouderenbeleidsplan en in andere overheidsdocumenten is het concept 'autonomie' een vaste term geworden (Zie Coppé et al., 2017; Vandeurzen, 2016; Vlaams Parlement, 2016; Vlaamse Overheid, 2013). Het probleem met de term 'autonomie' is dat het geen duidelijk afgelijnde betekenis heeft. In de literatuur bestaan er verschillende definities voor het begrip (Devisch, 2010; Perkins, Ball, Whittington, & Hollingsworth, 2012). Sommige auteurs en onderzoekers leggen de nadruk op het aspect van keuzevrijheid (Beurskes, 2007). Andere onderzoeken hanteren dan weer zelfstandig functioneren als belangrijkste criterium voor autonomie (zie Zwart-Olde & van Wieringen, 2013). Hoewel consensus over de definitie ontbreekt, kunnen we wel stellen dat er overeenkomsten zijn in de verschillende beschrijvingen van autonomie. Naast de twee aspecten die hierboven aangehaald werden, omvat autonomie ook onafhankelijkheid, zelfrealisatie en het zelf kunnen beslissen (Devisch, 2010). Een voorbeeld van een onderzoek dat het laatste criterium hanteert is de studie naar de kwaliteit van leven in het woonzorgcentrum van het Agentschap Zorg & Gezondheid. Zij operationaliseren het concept aan de hand van vragen die peilen naar de mate waarin de oudere zelf beslissingen kan maken in het dagelijkse leven, bijvoorbeeld: ik beslis zelf hoe ik mijn tijd doorbreng, ik kies zelf uit welke kleding ik aandoe, ik bepaal zelf wanneer ik opsta (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2017).

2.2.4 Zorg op maat en vraaggestuurde zorg

De vergrijzing, de stijgende vraag naar langdurige zorg en de daarbij horende kosten hebben samen met de maatschappelijke veranderingen ervoor gezorgd dat de zorg gedurende de laatste decennia voortdurend hervormd werd. Een opvallende trend is de verschuiving van de intramurale zorg naar de thuiszorg (Janssen, Jongen, & Schröder-Bäck, 2016b; Lundsgaard, 2005; Mosca, Van Der Wees, Mot, Wammes, & Jeurissen, 2017). In de meeste Europese landen besteedt het beleid rond ouderenzorg steeds meer aandacht aan het oud worden in de eigen omgeving of 'ageing in place' (Willemé, 2010). Om dit te realiseren moeten de ouderenvoorzieningen afgestemd zijn op de individuele noden van elke zorgbehoevende oudere. Hierbij spreken we van 'zorg op maat' waarbij de hulpvrager een centrale plaats inneemt. De zorg vertrekt niet alleen vanuit de beperking die de oudere ervaart, maar ook de persoonlijke kenmerken van de oudere, zijn behoeften op sociaal en fysiek vlak, zijn mogelijkheden en wensen vormen mee de basis. Daarnaast zijn ook de noden van de familieleden en de mantelzorgers van belang. Bovendien verandert de zorg mee als de individuele noden en wensen wijzigen (European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People, 2012; Janssen et al., 2016b; World Health Organization, 2015).

Deze 'zorg op maat' leidt vaak tot een verschuiving in de visie van het beleid. Het vertrekpunt van de ouderenzorg is in veel Europese landen niet langer het aanbod van de voorzieningen, maar de vraag van de zorgbehoevende (Glendinning & Kemp, 2006; Rijckmans et al., 2007). Dit kan op twee manieren: vraaggericht of vraaggestuurd. Bij vraaggerichte zorg wordt de zorgvrager geïnformeerd over de mogelijkheden die hij of zij heeft en houdt de hulpverlener rekening met de noden en de wensen van de oudere en zijn omgeving. De zorgvrager staat centraal binnen de organisatie van de zorg, maar de regie ervan blijft echter in handen van de hulpverlener. Hij beslist welke voorzieningen nodig zijn bij de ondersteuning en verzorging van de zorgvrager. Hoewel de oudere keuzevrijheid heeft over de aangeboden diensten, ligt de verantwoordelijkheid en de controle over de zorg bij de hulpverlener. Bij vraaggestuurde zorg heeft de oudere zelf de volledige regie van de zorg in handen.

De hulpverlener heeft nog steeds de taak om de zorgvrager te informeren over zijn mogelijkheden, maar het is de oudere die beslist welke voorzieningen noodzakelijk zijn. In deze visie is het ook belangrijk dat de zorgvrager steeds over de financiële middelen beschikt die nodig zijn om deze zorg te realiseren (Rijckmans et al., 2007; Van Den Heuvel, Van den Broeck, Van de Wyngaert, & Windey, 2010).

Het ouderenzorgbeleid in België gaat uit van vraaggerichte zorg, maar in de praktijk is het aanbod nog steeds bepalend. Deze beperkt de keuzevrijheid van de zorgvrager op verschillende manieren. Ten eerste zijn hulpverleners vaak verbonden aan een bepaalde voorziening, waardoor de regie van de zorg voor een groot deel afhankelijk is van de visie en de mogelijkheden binnen deze voorziening (Rijckmans et al., 2007). Een voorbeeld hiervan zijn de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, waarbij een hulpverlener thuiszorg aanbiedt uit het eigen aanbod. Daarnaast houdt het beleid weinig rekening met de individuele zorgvraag, omdat het vooral focust op de mate waarin een persoon hulpbehoevend is (Janssen et al., 2016b). Een voorbeeld hiervan is de Katz-schaal binnen de residentiële ouderenzorg. Deze evaluatieschaal verdeelt zorgvragers op in 5 categorieën op basis van afhankelijkheidsgraad. De categorie waarin iemand zich bevindt bepaalt welk zorgforfait toegekend wordt. Als gevolg hiervan zal een woonzorgcentrum iemand met een lage afhankelijkheidsgraad minder snel opnemen dan iemand met een hoge graad (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, 2017; Zorg en Gezondheid, 2017). In de thuiszorg maken zorgaanbieders gebruik van de BEL-profielscore. Om deze op te stellen peilt een medewerker van een dienst voor gezinszorg naar de zelfredzaamheid van de oudere. De score die toegekend wordt is belangrijk in het bepalen van de eigen bijdrage voor de thuishulp (Zorg en Gezondheid, n.d.). Daarnaast zorgt zowel de Katz-schaal als de BEL-profielscore ervoor dat bij zware hulpbehoevendheid de persoon automatisch recht heeft op de tegemoetkoming van de Vlaamse Zorgverzekering (Agentschap Zorg & Gezondheid, n.d.). De indeling die het beleid maakt in hulpbehoevendheid van de zorgvrager heeft ook een belangrijke impact op de financiële mogelijkheden binnen de zorg. De hoogte van tegemoetkomingen is immers in veel gevallen afhankelijk van het niveau van zelfredzaamheid. De persoonlijke kenmerken van de oudere zijn hierbij minder belangrijk, wat ervoor zorgt dat in bepaalde situaties de financiële tegemoetkomingen onvoldoende zijn om de best passende zorg te realiseren (Janssen et al., 2016b). De zorgvoorziening in België komt op veel vlakken overeen met een vraaggericht systeem, maar is dit niet door de beperking in keuzevrijheid van de hulpvrager (Rijckmans et al., 2007).

2.3 Persoonsvolgende financiering in het buitenland

2.3.1 Verenigd Koninkrijk: Direct Payments en Personal Budgets

Het systeem van persoonsvolgende financiering is in het Verenigd Koninkrijk ontstaan vanuit de gehandicaptenbeweging (Prideaux, Roulstone, Harris, & Barnes, 2009; Riddell et al., 2005). De eerste stap hiertoe werd gezet rond 1970 door the Disablement Income Group. Deze groep stelde een invaliditeitsinkomen voor om de kosten van een handicap op te vangen (Millington, 2013). Dit idee werd verworpen, omdat het enkel zou ingrijpen op de financiële situatie van gehandicapten. Het probleem van ongelijkheid en gebrek aan respect voor mindervaliden blijft onaangeroerd met deze vorm van uitkering. De tweede stap naar persoonsvolgende financiering voor gehandicapten kwam voort uit de Centres for Independent Living (CIL). Het idee hiervoor kwam overgewaaid uit de Verenigde Staten, waar CIL's streefden naar gelijke rechten voor gehandicapten (Centre for Independent Living Dublin, 2017; Riddell et al., 2005). In het Verenigd Koninkrijk richtten deze centra het Independent Living Fund op, die de Department for Social Security (DSS) in staat stelde om financiële bijdragen rechtstreeks aan individuen uit te betalen. Hoewel dit de mogelijkheid van persoonsgebonden budgetten bewees, waren er verschillende barrières om het systeem op grote

schaal te realiseren. Ten eerste was er de bezorgdheid over mogelijke fraude met de budgetten (Riddell et al., 2005). Daarnaast was het door een wet uit 1948 verboden voor lokale autoriteiten om uitkeringen rechtstreeks aan de zorgbehoevende uit te betalen (Dawson, 2000; Glasby & Littlechild, 2009; Riddell et al., 2005). Pas in 1996 kwam hierin verandering door de Community Care (Direct Payments) Act. Deze maakte het voor lokale autoriteiten mogelijk om budgetten uit te betalen aan individuen om te voorzien in hun nood aan zorg door gemeenschapsdiensten en gerelateerde doeleinden (*Community Care (Direct Payments) Act*, 1996; Glasby & Littlechild, 2009). De doelgroep voor deze 'Direct Payments' was echter beperkt tot volwassenen tussen 18 en 65 jaar met een fysieke handicap of een leerstoornis, alsook volwassenen die behandeld worden voor een psychische problematiek. In 2001 werd de leeftijdsgrens van 65 jaar opgeheven (Davey et al., 2007).

Het doel van de Direct Payments (DP) is om zorgvragers meer controle te geven over de zorg die zij krijgen (Davey et al., 2007; Department of Health, 2006; Netten et al., 2011). Het systeem past binnen de ambitie van de overheid om de ondersteuning van hulpbehoevenden meer te personaliseren (Arksey & Baxter, 2012). Bij Direct Payments krijgt de oudere een cash budget waarmee hij de nodige zorg kan inkopen (Department of Health, 2016a; Gadsby, 2013; Riddell et al., 2005). Het budget is bestemd voor alle vormen van zorg, maar ouderen gebruiken het vooral voor thuiszorg en persoonlijke verzorging. De zorg kan ingekocht worden bij een bestaande voorziening, of kan gebruikt worden om zelf een verzorgende in dienst te nemen. Een inwonende mantelzorger kan met het budget niet vergoed worden (Department of Health, 2016a; NHS, 2015; Timonen, Convery, & Cahill, 2006). Om de tegemoetkoming te bekomen, evalueert een lokale sociale dienst de zorgvragen van de oudere. Daarna stelt deze samen met de aanvrager een zorgplan op, waarin beschreven wordt hoeveel uren zorg de oudere per dag nodig heeft. De lokale overheid berekent op basis van dit zorgplan de hoogte van de Direct Payments. Het inkomen van de oudere heeft invloed op het bedrag dat hij uiteindelijk zal krijgen. Er bestaat geen bovengrens, maar er wordt verondersteld dat het bedrag de kost voor residentiële zorg niet overschrijdt. De sociale dienst herzielt om het half jaar het zorgplan en brengt indien nodig wijzigingen aan. Omdat het systeem van Direct Payments georganiseerd is op lokaal niveau, bestaan er significante verschillen in de hoogte en de toekenning van het budget naargelang woonplaats en leeftijdsgroep (NHS, 2015; Timonen et al., 2006; Wiener et al., 2003).

In 2005 startte de overheid een nieuw pilootproject bij 13 lokale overheden. Zij kregen de mogelijkheid om Individual Budgets (IB) in de zorg uit te testen. Van deze 13 overheden kozen er 8 om ook ouderen in de doelgroep op te nemen (Moran et al., 2013; Wilberforce et al., 2011). Het systeem bouwt verder op het idee van de Direct Payments, maar pakt enkele knelpunten aan. Ten eerste bundelt het systeem van IB verschillende financieringsstromen in één budget, terwijl Direct Payments enkel voorziet in de financiering van sociale zorg binnen de lokale autoriteit (Department of Health, 2006; Moran et al., 2013). Voorbeelden van deze financieringsstromen zijn de Direct Payments, de Disabled Facilities Grants, die financiële ondersteuning bieden bij woningaanpassingen, en Integrated Community Equipment Services, waarbij de lokale overheid zorgbehoevenden voorziet van hulpmiddelen ("Disabled Facilities Grants," n.d.; Glendinning et al., 2008; Kent County Council, 2017). Door het samenvoegen van verschillende tegemoetkomingen vereenvoudigt de aanvraag voor deze budgetten, alsook de toelatingscriteria (Glendinning et al., 2008; Moran et al., 2013). De aanvraag voor een IB start met de evaluatie van de noden van de zorgvrager en de gewenste uitkomsten door middel van zelf-evaluatie. De aanvrager kan hierbij ondersteund worden door een zorg-manager (Moran et al., 2013). Aan de hand van deze evaluatie gaat de lokale overheid na of de zorgvrager voldoet aan de criteria voor publiek gefinancierde sociale zorg. Om de lokale verschillen in hoogte en toekenning van het budget weg te werken, introduceerde de overheid met de komst van de Individual Budgets een gestandaardiseerd Resource Allocation System (RAS). Dit systeem laat toe de omvang van het IB op een transparante manier te bepalen. De berekening aan de basis van het systeem kijkt niet langer naar

het aantal uren benodigde zorg en de kostprijs die daar aan vast hangt, maar eerder naar het niveau van de zorgnood. Eens de hoogte van het budget bepaald is, stelt de oudere zijn zorgplan op met hulp van de zorg-manager, familie of andere personen en diensten naar keuze. Dit zorgplan wordt op regelmatige basis herbekeken om blijvend aan te sluiten bij de specifieke noden van de oudere. Een ander verschil met de Direct Payments is dat de bestedingsmogelijkheden van het IB uitgebreider zijn, net omdat er verschillende financieringsstromen samengevoegd worden. De oudere kan het budget gebruiken voor een brede waaier aan diensten. Het kan hierbij gaan om diensten van de lokale overheid, zorg aangeboden door de private sector, de gemeenschapsdiensten of het tewerkstellen van familie of vrienden. Net zoals bij de Direct Payments kan de inwonende mantelzorger niet met het budget vergoed worden. Het belangrijkste bij de besteding van het IB is dat de vooropgestelde doelen en uitkomsten bereikt zijn (Glendinning et al., 2008; Moran et al., 2013). Een andere belangrijke verbetering tegenover de Direct Payments is de manier waarop zorgvragers het budget kunnen ontvangen. Het IB bestaat nog steeds uit een bedrag dat toegekend wordt aan de zorgvrager, maar hij hoeft het zelf niet te beheren. Een derde partij zoals een organisatie of een andere persoon kan het budget voor hem beheren, alsook een medewerker van de lokale sociale dienst. Bovendien zijn deze mogelijkheden combineerbaar. Op deze manier kan een zorgvrager die niet in staat is om het budget te beheren ook gebruik maken van Individual Budgets (Gadsby, 2013; Glendinning et al., 2008; Moran et al., 2013). Met The Care Act 2014 werd het systeem van Individual Budgets omgedoopt tot Personal Budgets en moesten de lokale overheden vanaf april 2015 het systeem openstellen voor alle zorgvragers die voldoen aan de criteria (Department of Health, 2016b; The Committee of Public Accounts, 2016).

2.3.2 Nederland: Persoonsgebonden Budget

Het systeem van langdurige zorg bestaat in Nederland al sinds de jaren 60 en werd bijna volledig gefinancierd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit was een verplichte ziektekostenverzekering die voorziet in de vergoeding van zorgkosten bij alle hulpbehoevende personen (Da Roit & Le Bihan, 2010; Maarse & Jeurissen, 2016). Het systeem zorgde voor een groei in de thuiszorg, maar liet weinig ruimte voor keuzevrijheid van de zorgvrager. Daarnaast lag de focus te veel op de professionele hulpverlening. Om de zorg meer vraaggericht te maken introduceerde de overheid in 1995 het Persoonsgebonden Budget (PGB) binnen de AWBZ (Da Roit & Le Bihan, 2010; Morel, 2007; Sadiraj, Oudijk, Van Kempen, & Stevens, 2011). Deze hervorming kwam er op advies van het Sociaal en Cultureel Planbureau en de Gehandicaptenraad. Het systeem van het PGB werd ingevoerd voor chronisch zieken en fysiek gehandicapten. Personen met een verstandelijke beperking konden pas vanaf 1996 aanspraak maken op een apart budget (Driest & Weekers, 1998). Het invoeren van aparte budgetten voor verschillende doelgroepen leidde tot een kluwen van PGB-systemen met elk hun eigen kenmerken: een PGB voor de sector verpleging en verzorging (PGB-VV), een PGB voor de verstandelijke gehandicaptenzorg (PGB-VG), een voor de geestelijke gezondheidszorg (PGB-GGZ) en een experimentele PGB-regeling voor de lichamelijke gehandicaptenzorg (PGB-LG). Sinds 2003 zijn de verschillende budgetten samengevoegd tot één systeem voor alle doelgroepen in de gezondheidszorg (van den Wijngaart & Ramakers, 2004; Wiener et al., 2003). Ondertussen is de langdurige zorg in Nederland opnieuw grondig hervormd. In 2007 zorgde De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ervoor dat huishoudelijke hulp niet langer onder de AWBZ viel, maar een bevoegdheid werd van de gemeenten (Breda & Gevers, 2011; Maarse & Jeurissen, 2016; van der Torre, Ooms, & de Klerk, 2012). Een tweede grondige hervorming kwam er in 2015, waarbij de AWBZ werd vervangen. De persoonlijke verzorging en thuisverpleging uit de AWBZ zitten sindsdien omvat in de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW), het intramurale gedeelte werd opgenomen in de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De resterende bevoegdheden van de AWBZ voor thuiszorg zijn overgeheveld naar de WMO. Vanaf dan hadden de gemeenten de verantwoordelijkheid om hun inwoners met zorgvragen

te ondersteunen in hun thuissituatie en hun zelfredzaamheid te vergroten (Maarse & Jeurissen, 2016; Non et al., 2015; van Wieringen, Broese van Groenou, & Groenewegen, 2014). Door de hervorming en de opsplitsing van de AWBZ is ook het Persoonsgebonden Budget opgesplitst. De aanvraag, toewijzing, bestedingsmogelijkheden en de manier van inkopen verschillen hierdoor naargelang het systeem (Non et al., 2015). In tegenstelling tot de persoonlijke budgetten in het Verenigd Koninkrijk worden de budgetten binnen elk systeem niet uitbetaald aan de zorgbehoevende zelf, maar betaalt de Sociale Verzekeringsbank (SVB) of de zorgverzekeraar de zorgverleners die tewerkgesteld zijn via het PGB (Regelhulp, n.d.-a, n.d.-c; Rijksoverheid, n.d.-b).

Personen die intensieve, zware en langdurige zorg nodig hebben, vallen onder de Wet Langdurige Zorg. Voor deze zorg kunnen zij terecht in een instelling, maar ze kunnen er ook voor kiezen om deze thuis te ontvangen (Non et al., 2015; Rijksoverheid, n.d.-e). De aanvraag voor ondersteuning verloopt via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Deze voeren een indicatiestelling uit op basis van een aanvraagformulier waarin de oudere zijn huidige situatie toelicht en aangeeft welke zorg gewenst is. Indien het CIZ de aanvraag tot ondersteuning positief beoordeelt kan de oudere terecht bij een zorgkantoor voor de aanvraag van het PGB. Het zorgkantoor bespreekt deze aanvraag met de oudere en beslist of hij een PGB toegewezen krijgt. Na de toekenning moet de oudere een budgetplan opstellen, met of zonder ondersteuning van het zorgkantoor (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2017; Ministerie van Volksgezondheid, n

.d.; Non et al., 2015). Dit budgetplan beschrijft welke zorg er ingekocht zal worden en bij wie. Daarnaast moet er met elke zorgverlener een zorgplan opgesteld worden waarin de afspraken tussen de oudere en zijn zorgverlener omschreven staan. Een zorgplan is ook verplicht bij tewerkstelling van familieleden of andere mantelzorgers (Ministerie van Volksgezondheid, n.d.-b; Rijksoverheid, n.d.-b; Timonen et al., 2006). Het WLZ-PGB kan enkel besteed worden aan zorgvormen die onder de WLZ vallen, d.i. verpleging, huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, begeleiding en logeeropvang (Regelhulp, n.d.). Hoewel de Sociale Verzekeringsbank het budget rechtstreeks uitbetaalt aan de zorgverleners, houdt de zorgvrager de regie van het budget in eigen handen. Het is ook mogelijk om een vertegenwoordiger aan te stellen die het budget in naam van de oudere beheert (Ministerie van Volksgezondheid, n.d.-b; Regelhulp, n.d.-b). De hoogte van het WLZ-budget hangt samen met de indicatie van het CIZ. Bij hun toekenning leggen zij vast welke zorg de oudere nodig heeft en hoeveel uren deze moet omvatten. Aan de hand van een tabel wordt per soort zorg het tarief berekend om zo de omvang van het budget te bepalen (Ministerie van Volksgezondheid, n.d.-b). De zorgvrager betaalt ook een eigen bijdrage voor de zorg. Deze is afhankelijk van het inkomen, het vermogen, de leeftijd, de gezinssamenstelling en de benodigde zorg vastgelegd in de indicatiestelling van het CIZ (CAK, n.d.; Ministerie van Volksgezondheid, n.d.-b; Non et al., 2015; Regelhulp, n.d.-b).

Indien de oudere niet in aanmerking komt voor WLZ-ondersteuning, maar wel zorgbehoevend is, kan hij ondersteuning aanvragen binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Ministerie van Volksgezondheid, n.d.-a). Hiervoor dient hij zich aan te melden bij de gemeente. Deze gaat na in welke mate de zelfredzaamheid van de aanvrager verminderd is, welke ondersteuning hij momenteel krijgt en bekijkt in welke leefomstandigheden de persoon zich bevindt. Tijdens dit onderzoek kan de zorgvrager zijn voorkeur uiten voor een PGB of zorg in natura (Rijksoverheid, n.d.-a). Hij moet hierbij motiveren waarom het PGB het beste past in zijn situatie en waarom zorg in natura niet volstaat. Een indicatiesteller van de gemeente beslist na het onderzoek of het PGB toegewezen wordt. Deze bepaalt ook de hoogte van het budget, naargelang de nodige zorg. In principe is er geen bovengrens, maar een gemeente heeft wel het recht om de kostprijs van zorg in natura als maximum te beschouwen. Daarnaast mag de gemeente bij tewerkstelling van familieleden of mantelzorgers een lager uurtarief hanteren. Als laatste kan de hoogte variëren naargelang de woonplaats, omdat de WMO-PGB zich op

gemeentelijk niveau situeert (Ministerie van VWS, n.d.; Regelhulp, n.d.-c). Net zoals bij het WLZ-PGB moet de zorgvrager een eigen bijdrage betalen die afhankelijk is van zijn persoonlijke situatie. Daarnaast moet hij met elke zorgverlener een zorgplan opstellen en kan hij een verantwoordelijke aanduiden voor het beheer van het budget. Ook bij het WMO-PGB krijgt de zorgvrager het geld niet in eigen handen, maar betaalt de SVB rechtstreeks uit aan de zorgverleners (Ministerie van VWS, n.d.; Non et al., 2015; Regelhulp, n.d.-c; Rijksoverheid, n.d.-b). Het budget is enkel bestemd voor diensten en hulpmiddelen die onder de WMO vallen, zoals huishoudelijke hulp, ondersteuning van mantelzorgers, begeleiding, hulp bij verplaatsingen, aangepaste dagbesteding en logeeropvang, ergotherapeutische hulpmiddelen en woningaanpassingen (Regelhulp, n.d.-c; Rijksoverheid, n.d.-d).

Personen met een WMO-indicatie kunnen bij nood aan verpleegkundige zorgen en persoonlijke verzorging ook aanspraak maken op een PGB uit de Zorgverzekeringswet (ZVW). Het is niet mogelijk om deze te combineren met een WLZ-PGB (Ministerie van Volksgezondheid, n.d.-a; Rijksoverheid, n.d.-b). De aanvraag voor het ZVW-PGB verloopt via de zorgverzekeraar. Deze stelt op zijn website een driedelig aanvraagformulier ter beschikking. In het eerste deel beschrijft de wijkverpleegkundige de behoefte aan verpleegkundige zorg. In het tweede deel vult de aanvrager zijn gegevens in. Het laatste deel omvat het budgetplan en de motivatie voor het PGB (Ministerie van VWS, 2017). De hoogte van het ZVW-PGB en de voorwaarden zijn niet landelijk vastgelegd, maar kunnen verschillen naargelang de zorgverzekeraar. Voor informele zorg bestaat er wel een vast tarief. De zorgvrager krijgt ook hier het budget niet zelf in handen. De zorgverzekeraar betaalt rechtstreeks aan de zorgverleners (Ministerie van VWS, 2017; Regelhulp, n.d.-a; Rijksoverheid, n.d.-c).

2.3.3 Frankrijk: Allocation personnalisée d'autonomie

In Frankrijk kwam de problematiek van zorgbehoevendheid voor het eerst op de politieke agenda in de jaren 1980. Drie belangrijke aspecten stonden hierbij ter discussie: (1) de keuze tussen een sociale verzekering en een sociale bijstand, (2) de keuze tussen een universeel of een selectief systeem waarbij enkel de lage inkomens gedekt zijn, en (3) de verdeling van verantwoordelijkheid tussen het nationale en het lokale niveau (Da Roit & Le Bihan, 2010; Le Bihan & Martin, 2010). Het resultaat van deze discussie was de Allocation Compensatrice Tierce Personne (ATCP), een budget voor zorgbehoevenden om langdurige zorgdiensten te betalen. Uit een evaluatie van het budget in 1993 bleek het grootste deel van de van de ATCP-gerechtigden zorgbehoevende ouderen te zijn, wat leidde tot financiële moeilijkheden voor de departementen door de grote toename in kost. Om dit op te vangen werd in 1997 de Prestation Spécifique Dépendence (PSD) ingevoerd voor ouderen met een laag inkomen (Chevreul & Berg Brigham, 2013; Da Roit & Le Bihan, 2010). In 2002 werd er opnieuw een hervorming doorgevoerd, omdat de take-up van PSD zeer laag bleef. PSD werd vervangen door de Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), een universeel toegankelijk budget voor alle zorgbehoevende ouderen ouder dan 60 jaar. Sinds de invoering zijn er nog twee kleinere aanpassingen doorgevoerd om de kwaliteit, de financiering en de toegankelijkheid van APA te verbeteren (Chevreul & Berg Brigham, 2013; Da Roit & Le Bihan, 2010; Le Bihan & Martin, 2010; Pour les personnes âgées, 2018). Elke inwoner van Frankrijk ouder dan 60 jaar met een zorgnood kan een aanvraag indienen om APA te verkrijgen. In tegenstelling tot het PSD zijn er geen inkomensvoorwaarden meer verbonden aan de toekenning van het budget (Geerts, 2012; Pour les personnes âgées, 2018; Service-Public, 2018). Er zijn twee varianten van APA, het kan zowel toegekend worden voor ouderen thuis (APA à domicile) als voor ouderen die verblijven in een erkende instelling (APA en établissement). Het doel is om een deel van de kosten te dekken voor de benodigde zorgen (Pour les personnes âgées, 2018). De informatie die hieronder wordt weergegeven is enkel van toepassing bij APA à domicile.

De oudere kan een aanvraag indienen bij het gemeentehuis, het departement of het lokaal informatiepunt voor ouderen. Er wordt een volledig dossier opgesteld met de gezinssamenstelling,

een kopie van de identiteitskaart en een kopie van de laatste belastingaangifte. Soms worden er ook medische attesten gevraagd (Pour les personnes âgées, 2018; Service-Public, 2018). Na de aanvraag komt een sociaal-medisch team bij de oudere thuis langs om zijn situatie en zijn noden te evalueren. Dit team bestaat uit minstens 1 arts en 1 maatschappelijk werker (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016; Service-Public, 2018). Aanvragers worden via een gestandaardiseerde evaluatie (AGGIR) opgedeeld in 6 groepen (GIR). De groep weerspiegelt de graad van zorgbehoefte, gaande van GIR 1 voor zware zorgbehoeften tot GIR 6 voor mensen met weinig tot geen zorgbehoefte. (Le Bihan & Martin, 2010; Service-Public, 2018). Om recht te hebben op een budget moet de oudere GIR 1, 2, 3 of 4 toegekend krijgen. Ouderen in GIR 5 of 6 hebben geen recht op APA en worden doorverwezen naar de juiste instanties voor andere vormen van financiële bijstand. Op basis van de evaluatie werkt het sociaal-medisch team een voorstel tot een hulplan uit, waarin de nodige thuiszorg, technische hulpmiddelen en maatregelen ter ondersteuning van de mantelzorg worden opgenomen. Deze worden uitgedrukt in het aantal uren thuishulp en praktische hulpmiddelen en diensten, zoals bijvoorbeeld het leveren van warme maaltijden, aanpassingen in de woning, transport, tele-alarm, een rollator of een douche-stoel. De aanvrager krijgt de kans opmerkingen te formuleren op dit voorstel, die meegenomen worden in het definitieve hulplan (Hébert, 2011; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016; Pour les personnes âgées, 2018; Service-Public, 2018). Het hulplan is bepalend voor de hoogte van het budget, alsook de grootte van het eigen aandeel dat afhangt van het inkomen. Het maximumbedrag is nationaal vastgelegd voor elke categorie van GIR (Da Roit, Le Bihan, & Österle, 2007; Geerts, 2012; Le Bihan & Martin, 2010; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016; Morel, 2007). Door een nieuwe wet uit 2015 zijn de maximumbedragen aanzienlijk verhoogd sedert maart 2016. Daarnaast wordt de eigen bijdrage op een nieuwe manier berekend, om de financiële toegang tot APA te vergroten. Mensen met een laag inkomen betalen geen eigen aandeel (Pour les personnes âgées, 2018). Het systeem voorziet ook in de opvang van crisismomenten. Bij hospitalisatie of rustperiode van de mantelzorger kan het budget verhoogd worden om de continuïteit in de thuiszorg te garanderen. Bovendien maakt een oudere met een dringende nood aan hulp aanspraak op de helft van het maximum bedrag bij GIR 1 totdat er een definitief hulplan wordt opgesteld (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016; Service-Public, 2018). APA wordt maandelijks rechtstreeks aan de begunstigde uitbetaald, tenzij hij een aanvraag indient om het bedrag onmiddellijk naar de thuiszorgdiensten over te maken (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016; Service-Public, 2018). Het gebruik van het budget is beperkt en sterk gereguleerd. Budgethouders moeten hun uitgaven verantwoorden aan het departement, die op zijn beurt een deel van het budget kan terugvorderen bij foutief gebruik (Pour les personnes âgées, 2018). APA kan enkel besteed worden aan diensten en hulpmiddelen die beschreven zijn in het zorgplan. De oudere heeft de keuze tussen het inkopen van zorg bij een erkende thuiszorgdienst en het zelf tewerkstellen van een assistent. Dit mag een familielid zijn, uitgezonderd de partner (Colombo et al., 2011; Da Roit et al., 2007; Geerts, 2012; Le Bihan & Martin, 2010). Als de oudere ervoor kiest om zelf iemand in dienst te nemen, krijgt hij het statuut van werkgever en moet hij een arbeidsovereenkomst afsluiten. Er moeten geen werkgeversbijdragen betaald worden en de oudere wordt met fiscale voordelen aangemoedigd in orde te zijn met de arbeidswetgeving (Hébert, 2011; Le Bihan & Martin, 2010; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016). Het is ook mogelijk om een assistent in dienst te nemen via een organisatie. Op deze manier is de oudere zelf geen werkgever. Bij zwaar zorgbehoevenden verloopt de tewerkstelling van een assistent automatisch via een organisatie, tenzij ze zich hier uitdrukkelijk tegen verzetten (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016).

2.3.4 Duitsland: Pflegeversicherung en Persönliches Budget

De eerste aanzet naar het systeem van persoonsvolgende financiering werd in Duitsland gezet in 1994. Door de toenemende zorgvraag en het groeiende bevolkingsaantal startte de overheid met de uitbouw

van de sociale zorgverzekering. Deze zorgverzekering of 'Pflegeversicherung' is de vijfde zuil van de sociale zekerheid, naast de ziekteverzekering, de werkloosheidsverzekering, de pensioenverzekering en de wettelijke ongevallenverzekering (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Het systeem heeft als belangrijkste doel de thuiszorg te versterken en aan deze vorm van zorg de voorkeur te geven boven intramurale zorg (SGB XI 1994 Art. 3). Alle inwoners van Duitsland zijn automatisch aangesloten op het systeem en betalen bijdragen op basis van hun bruto inkomen. De werkgever draagt zelf ook een deel bij. Inwoners kunnen er ook voor kiezen om zich aan te sluiten bij een private verzekering (Arntz, Sacchetto, Spermann, Steffes, & Widmaier, 2007; Bundesministerium für Gesundheit, 2017). De verplichte aansluiting leidt er toe dat iedereen recht heeft op bijstand indien hij zich in een langdurige zorgsituatie bevindt. Er bestaat geen leeftijdsgrens binnen dit systeem, de enige voorwaarde is dat de persoon nood heeft aan een bepaald niveau van zorg voor een periode van minstens 6 maanden (Arntz et al., 2007; Gadsby, 2013; Sadiraj et al., 2011). Dit niveau wordt vastgelegd door de medische dienst van de zorgverzekeraar. Op basis van een medische evaluatie krijgt de zorgbehoevende een categorie toegewezen: nood aan zware verzorging, nood aan intensieve verzorging of nood aan hoog-intensieve verzorging (Arntz et al., 2007; Da Roit & Le Bihan, 2010; SGB XI 1994 Art. 18). Hierbij houdt de medische dienst rekening met vier groepen van evaluatiecriteria: persoonlijke verzorging, voeding, mobiliteit en huishoudelijke taken (Arntz et al., 2007). Indien de aanvraag goedgekeurd wordt, kan de hulpvrager kiezen voor zorg in natura, een financiële tegemoetkoming of een combinatie van de twee. De hoogte van de financiële tegemoetkoming is enkel afhankelijk van de zorgcategorie en de vorm van de zorg. Het inkomen, het vermogen en de leeftijd van de zorgvrager spelen geen rol (Da Roit & Le Bihan, 2010; Morel, 2007). Een belangrijk aandachtspunt bij de keuze tussen een tegemoetkoming of zorg in natura is dat het uitbetaalde budget altijd lager zal zijn dan de kostprijs van de zorg in natura. Het budget is enkel bedoeld om de basisnoden van de hulpbehoevende op te vangen. Er wordt verwacht dat de persoon zelf en zijn omgeving bijdragen om de bijkomende hulpvragen op te vangen (Breda & Gevers, 2011; Bundesministerium für Gesundheit, 2017; Da Roit & Le Bihan, 2010; Morel, 2007; Sadiraj et al., 2011). De reden hiervoor is een van de doelstellingen van het systeem. De Pflegeversicherung is er op gericht om de informele hulpverlening te ondersteunen, om zo de nood aan professionele hulp te kunnen uitstellen (Pavolini & Ranci, 2008). Het is niet de bedoeling om de mantelzorgers te voorzien van een volledig inkomen, maar eerder om hen financieel te erkennen voor de tijd die zij besteden aan de zorg (Breda & Gevers, 2011; Da Roit & Le Bihan, 2010). Naast het vergoeden van mantelzorgers kan het budget voor andere zaken aangewend worden. De hulpbehoevende is volledig vrij in de besteding van het budget, afgezien van twee voorwaarden. Ten eerste moet de ingekochte zorg voldoen aan vooropgestelde kwaliteitsnormen. Ten tweede moet het budget besteed worden aan diensten en hulpvormen die er op gericht zijn op het versterken of behouden van de fysieke, mentale en emotionele vaardigheden van de hulpbehoevende (Alakeson, 2010; Breda & Gevers, 2011; Da Roit & Le Bihan, 2010; Lundsgaard, 2005; SGB XI 1994 Art. 2).

In 2004 startte de overheid met de ontwikkeling van het Persönliches Budget, omdat het aandeel zorgbehoevenden die kozen voor een cash budget binnen de Pflegeversicherung te laag bleef en er te veel werd gekozen voor de duurdere zorg in natura (Sadiraj et al., 2011). Het Persönliches Budget heeft verschillende doelstellingen. Voor de zorgvragers moet het leiden tot meer verantwoordelijkheid, keuzevrijheid, zelfbeschikking, onafhankelijkheid en een grotere flexibiliteit in het gebruik van thuiszorgdiensten. Het doel is om zorgvragers zo lang mogelijk thuis te laten wonen en ervoor te zorgen dat een opname in een instelling uitgesteld wordt. Daarnaast moet het Persönliches Budget zorgen voor een grotere competitie tussen de zorgaanbieders en een meer vraaggestuurde werking van de diensten. Bovendien werkt het systeem voor de overheid kostenbesparend, omdat het budget altijd lager ligt dan de kostprijs voor de zorg in natura (Breda & Gevers, 2011; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010; Gadsby, 2013; Sadiraj et al., 2011). Sinds 2008 is het systeem nationaal

uitgerold en is het budget een recht voor personen met een beperking. Elke aanvrager die voldoet aan de voorwaarden moet een Persönliches Budget toegekend krijgen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010; Gadsby, 2013). Met het budget kunnen zorgvragers de kosten dekken van de zorg die zij nodig hebben en zelf zorg inkopen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018). Het systeem hanteert geen leeftijdsgrens. Alle personen met een lichamelijke, psychologische of mentale beperking waarbij de zelfstandigheid bedreigd is kunnen een aanvraag indienen voor het Persönliches Budget. Bij minderjarigen kunnen de ouders in naam van hun kind het budget verkrijgen. De enige voorwaarde is dat de aanvrager voor een periode van minstens 6 maanden beperkt is in zijn dagelijkse leven en nood heeft aan ondersteuning (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018; Gadsby, 2013). Het Persönliches Budget brengt verschillende financieringsstromen samen: de ziekteverzekering, de zorgverzekering, het agentschap voor jeugdwelzijn, het pensioenfonds, de ongevallenverzekering, het bureau voor integratie en andere kleinere instellingen. De aanvraag kan ingediend worden bij een van deze instellingen of bij een lokaal dienstencentrum (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010, 2018). Tijdens een eerste gesprek wordt besproken welke tegemoetkomingen en diensten er mogelijk zijn. Daarna neemt de dienst waar de zorgvrager zijn aanvraag heeft ingediend contact op met de betrokken voorzieningen om de aanvraag te bespreken. Zij hebben twee weken de tijd om zich uit te spreken over de mogelijkheden. Na deze periode neemt de dienst opnieuw contact op met de zorgvrager, om de zorgnoden en de situatie te evalueren. Op basis van deze evaluatie stelt de dienst een overeenkomst op die omschrijft welke hulp en ondersteuning de zorgvrager met het Persönliches Budget kan betalen. De dienst waar de aanvraag werd ingediend blijft het centrale aanspreekpunt gedurende het gebruik van het budget. Om de twee jaar worden de noden opnieuw geëvalueerd en kan de overeenkomst aangepast worden indien nodig. Als het budget in de tussentijd onvoldoende blijkt te zijn, kan de zorgvrager dit aankaarten bij het dienstencentrum of de uitbetalingsinstelling. De zorgvrager kan ook steeds terug uit het systeem stappen als deze dat wenst, om verschillende redenen: de hulpverlening volstaat niet, de zorgvraag is gewijzigd, de kwaliteit van de zorg is onvoldoende, ... (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018). De overeenkomst bepaalt de hoogte van het budget, omdat het de vastgestelde noden van de zorgvrager moet dekken. Het inkomen of vermogen wordt niet mee in rekening gebracht. Het bedrag ligt hoger dan bij de Pflegeversicherung, maar nog steeds lager dan de kostprijs van de zorg in natura (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, n.d., 2018; Sadiraj et al., 2011). Het budget wordt in het begin van de maand uitbetaald aan de zorgvrager, in sommige gevallen zijn ook vouchers mogelijk. Deze vouchers kunnen enkel gebruikt worden bij zorgverleners die een zorgovereenkomst hebben met de zorgverzekering (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018). De zorgbehoevende kan het budget besteden aan alle diensten die de participatie en de revalidatie versterken. Het kan bijvoorbeeld gaan om vervoer, hulp in het huishouden, verpleegkundige verzorging, assistentie op de werkplek, hulpmiddelen en aanpassingen van de woning. Een langdurige zorgopdracht is niet noodzakelijk, het budget is ook besteedbaar aan eenmalige ondersteuning. Het budget kan ook gebruikt worden om een persoonlijke assistent in dienst te nemen. In dit geval treedt de zorgbehoevende op als werkgever en moeten er sociale bijdragen betaald worden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, n.d., 2018; Gadsby, 2013). Voor de besteding van het budget kan de hulpbehoevende bijgestaan worden door de dienstverleners van de zorginstellingen, de lokale dienstencentra of lokale initiatieven (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018; Gadsby, 2013). In tegenstelling tot de Pflegeversicherung is er bij het Persönliches Budget wel verantwoording af te leggen over de besteding van het budget. Vooral de kwaliteit van de ingekochte diensten wordt gecontroleerd (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018).

	Verenigd Koninkrijk		Duitsland	
Benaming	Direct Payments	Personal Budgets	Pflegeversicherung	Persönliches Budget
Voor wie?	- Personen met een handicap die ouder zijn dan 16 jaar - Verzorgenden ouder dan 16 jaar - Zorgbehoevende ouderen (geen bovengrens)	Iedereen met een zorgbehoefte	- Personen die nood hebben aan een bepaald niveau van zorg voor een periode van minstens 6 maanden - Geen leeftijdsvoorwaarde	- Alle personen met een lichamelijke, psychologische of mentale beperking waarbij de zelfstandigheid bedreigt is - Nood aan ondersteuning voor een periode van minstens 6 maanden - Geen leeftijdsvoorwaarde
Zelf beheren of door derden?	Indien de oudere zelf niet in staat is om het budget te beheren kan er een 'geautoriseerd' persoon in zijn plaats optreden	De zorgvrager kan het budget beheren, maar kan dit ook overlaten aan een derde partij (mantelzorger of organisatie)	Wordt uitbetaald aan rechthebbende	De budgethouder kan een vertegenwoordiger aanstellen
Criteria	Zorgbehoefte vastgelegd in een zorgplan	Evaluatie van de zorgnoden en de gewenste uitkomsten	Zorgbehoefte vastgesteld door de medische dienst van de zorgverzekeraar	Evaluatie van de zorgnood en de situatie van de zorgvrager
Hoogte van het budget	- Aantal uren benodigde zorg, omgezet in cash - Inkomensafhankelijk - Niet hoger dan de kostprijs van residentiële zorg	Niveau van de zorgnood, vastgelegd via RAS	- Afhankelijk van de toegekende zorgcategorie - Inkomen, vermogen en leeftijd spelen geen rol	- Op basis van de zorgovereenkomst - De noden van de zorgvrager moeten gedekt zijn - Lager dan de kostprijs in natura - Inkomen en vermogen spelen geen rol
Op welke manier wordt het uitbetaald?	Een cash budget rechtstreeks uitbetaald aan de zorgvrager	Een cash budget rechtstreeks uitbetaald aan de zorgvrager	Een cash budget rechtstreeks uitbetaald aan de zorgvrager	Een cash budget rechtstreeks uitbetaald aan de zorgvrager, in sommige gevallen zijn ook vouchers mogelijk
Voor wat?	Alle vormen van zorg (thuiszorg, persoonlijke verzorging, activiteiten,...) - Inkopen bij voorzieningen - Tewerkstelling van verzorgende	Diensten van de lokale overheid, zorg aangeboden door de private sector, gemeenschapsdiensten en tewerkstelling van een verzorgende	Vrij te besteden aan zowel formele als informele zorg	- Alle diensten die de participatie en de revalidatie van de zorgbehoevende versterken - In dienst nemen van een persoonlijke assistent
Bruikbaar voor mantelzorg?	Ja, maar niet voor de inwonende mantelzorger	Ja, maar niet voor de inwonende mantelzorger	Ja	Ja, maar niet de partner of de kinderen
Lokaal of nationaal	Lokaal niveau, verschillen naar woonplaats en leeftijdsgroep	Lokaal niveau, weinig verschillen door gestandaardiseerde evaluatie en budgetbepaling	Nationaal, implementatie is regionaal	Nationaal

	Frankrijk	Nederland		
Benaming	Allocation Personnalisée d'Autonomie	WLZ-PGB	WMO-PGB	ZVW-PGB
Voor wie?	Zorgafhankelijke 60-plussers	Personen die zware langdurige zorg nodig hebben en een WLZ-indicatie krijgen	Personen met een zorgbehoefte, die geen recht hebben op WLZ-zorg	Personen met een WMO-indicatie die nood hebben aan verpleegkundige zorgen en persoonlijke verzorging. Niet te combineren met WLZ.
Zelf beheren of door derden	Zelf beheren, eventueel met ondersteuning van een organisatie	De oudere kan het budget zelf beheren of een vertegenwoordiger aanstellen	De oudere kan het budget zelf beheren of een vertegenwoordiger aanstellen	De oudere kan het budget zelf beheren of een vertegenwoordiger aanstellen
Criteria	Toekenning zorgcategorie GIR 1-4	Indicatiestelling van de zorgbehoefte bij CIZ en aanvraag budgetplan	Indicatiestelling door de gemeente	Goedkeuring door zorgverzekeraar
Hoogte van het budget	Afhankelijk van de zorgbehoefte (GIR), het hulpplan en het inkomen	Op basis van de indicatie van het CIZ. De hoogte is afhankelijk van de vorm van de zorg en het aantal benodigde uren	- Gemeente bepaalt de hoogte afhankelijk van de zorgnood - Bovengrens is vaak de kostprijs van de zorg in natura	Afhankelijk van het gehanteerde uurtarief door de zorgverzekeraar
Op welke manier wordt het uitbetaald?	Rechtstreeks aan de zorgbehoevende. In sommige gevallen rechtstreeks aan de zorgverlener	Sociale Verzekeringsbank betaalt het budget rechtstreeks uit aan de zorgverleners	Sociale Verzekeringsbank betaalt het budget rechtstreeks uit aan de zorgverleners	Zorgverzekeraar betaalt het budget rechtstreeks uit aan de verpleegkundige
Voor wat?	Diensten en hulpmiddelen beschreven in het hulpplan. Het budget kan besteed worden aan zorg van een thuiszorgdienst of aan de tewerkstelling van een assistent	Zorgvormen die onder de WLZ vallen, zoals verpleging, huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, begeleiding en logeeropvang	Zorgvormen die onder de WMO vallen, zoals huishoudelijke hulp, ondersteuning van mantelzorgers, begeleiding, vervoer, aangepaste dagbesteding en logeeropvang, ergotherapeutische hulpmiddelen en woningaanpassingen	Verpleegkundige zorgen en persoonlijke verzorging
Bruikbaar voor mantelzorg?	Ja, via een arbeidsovereenkomst. De partner is uitgesloten.	Ja, de zorg wordt vastgelegd in een zorgovereenkomst	Ja, maar het uurtarief kan lager zijn dan bij professionele zorg	Ja
Lokaal of nationaal	Nationaal	Nationaal	Lokaal, verschillen naargelang woonplaats	Niet landelijk vastgelegd, verschillen naargelang zorgverzekeraar

Tabel 1 Overzicht persoonsvolgende financiering buitenland

2.4 Persoonsvolgende financiering in Vlaanderen

2.4.1 Ouderenzorg in Vlaanderen anno 2018

Door de zesde staatshervorming van 2014 zijn de bevoegdheden rond ouderenzorg overgeheveld van de federale overheid naar de gemeenschappen (Vlaamse Overheid, 2013). Deze hervorming zorgt ervoor dat Vlaanderen zeggenschap krijgt over de financiering en subsidiëring van de verschillende organisaties en instellingen binnen de ouderenzorg. Daarvoor waren de gemeenschappen enkel bevoegd voor de planning, het toezicht en de erkenning (Vlaamse Overheid, 2013). Het beleid rond de ouderenzorg ligt in Vlaanderen sinds 2009 vast in het woonzorgdecreet. Het stelt drie doelstellingen voorop: zorg op maat, zorg actualiseren en afstemmen en het verhogen van de kwaliteit. Het decreet beschrijft welke vormen van hulp er beschikbaar zijn (Vlaamse Overheid, 2009). Deze zijn opgedeeld in twee zorgvormen: de ambulante en de residentiële zorg. Onder de ambulante zorg vallen alle diensten die hulp aan huis aanbieden. Deze thuiszorgdiensten hebben als doel om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen, met de nodige hulp aangepast aan de zorgvraag. Er kan één dienst aan huis komen, of er kan een combinatie van meerdere diensten opgestart worden (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016b; Vastiau & Verlinden, 2010). De residentiële zorg omvat zowel tijdelijke als permanente opvang van ouderen binnen een instelling. Deze zorg komt pas aan bod indien de thuiszorg niet langer volstaat (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016a). In 2017 werd het woonzorgdecreet aangepast inzake de subsidiëring van de infrastructuur van de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf (Vlaamse Overheid, 2017).

Naast de zorg in natura hebben zorgbehoevende ouderen recht op financiële ondersteuning. Voor de staatshervorming van 2014 hadden ouderen aanspraak op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) van de FOD Sociale Zekerheid (Directie-generaal Personen met een handicap, 2017). Door de overheveling van de bevoegdheden is deze omgevormd naar het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Personen boven 65 jaar die moeilijkheden ondervinden in het dagelijkse leven kunnen deze tegemoetkoming aanvragen. Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van het inkomen, de gezinssituatie en het niveau van verminderde zelfredzaamheid. (Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.-a). Daarnaast bestaat er het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Deze tegemoetkoming bedraagt 130 euro per maand. In bepaalde gevallen wordt de premie automatisch uitbetaald, bijvoorbeeld in het geval van opname in een woonzorgcentrum. In tegenstelling tot het zorgbudget voor ouderen is deze tegemoetkoming niet inkomensafhankelijk en is er geen leeftijdsvoorwaarde (Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.-b). Om recht te hebben op beide tegemoetkomingen moet de persoon aangesloten zijn bij de zorgkas. Iedereen ouder dan 25 jaar is verplicht om hiervoor een jaarlijkse bijdrage te betalen.

2.4.2 Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen

Door de overheveling van bevoegdheden inzake ouderenzorg heeft de Vlaamse Overheid de mogelijkheid om de financiering van de welzijnszorg grondig te veranderen. Uit een conceptnota van februari 2016 is af te leiden dat Jo Vandeurzen, Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, van deze gelegenheid gebruik wil maken. Hierbij heeft hij vraaggestuurd, persoonsgerichte zorg en ondersteuning van ouderen voor ogen. Binnen dit beleid is een persoonsvolgend financieringssysteem een belangrijk onderdeel (Vandeurzen, 2016a). De conceptnota beschrijft niet concreet hoe dit systeem er zal uitzien. De nota stelt wel dat het toekomstige welzijns- en zorgbeleid voor ouderen ingebed zal zijn in een inclusief beleid. Niet de leeftijd van een persoon, maar de zorgbehoeften en het toekomstperspectief van de zorgvrager moet centraal komen te staan (Vandeurzen, 2016a). Uit deze doelstelling valt af te leiden dat het systeem van de persoonsvolgende financiering bij ouderen gelijkaardig zal zijn aan dat van de gehandicaptenzorg.

Het Vlaamse welzijns- en zorgbeleid voor ouderen steunt op het conceptuele raamwerk van de WHO voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsvoorzieningen, aangevuld door inzichten van het Londense King's Fund (Vandeurzen, 2016a). Het model plaatst de zorgvrager, zijn familie en de gemeenschap centraal en toont hoe verschillende aspecten betrokken bij de zorg met elkaar samenhangen (World Health Organization, 2015).



Figuur 1 Conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning

Met dit model wordt getracht de oudere zoveel mogelijk in zijn vertrouwde omgeving op te vangen en ondersteuning te bieden. De zorg staat niet los van de persoon en zijn omgeving, maar vormt een verweven geheel. Naast het bieden van zorg hebben professionals ook de taak om de oudere en zijn informele netwerk te betrekken en het zorgplan samen met hen uit te tekenen. Elke actor van het cirkelmodel heeft de verantwoordelijkheid om zijn rol te vervullen. Hun inzet is belangrijk voor de garantie op kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Het is aan de overheid om de randvoorwaarden te vervullen en elke zorgcirkel te ondersteunen en te versterken (Vandeurzen, 2016b).

2.4.3 Persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap

Persoonsvolgende financiering binnen de zorg voor gehandicapten staat in België nog maar aan de startblokken. Het systeem werd al getest binnen enkele proefprojecten, maar de echte implementatie ervan is nog maar juist gestart. Personen die een erkenning hebben van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) kunnen een beroep doen op een persoonsvolgend budget (VAPH, 2016). Het systeem van persoonsvolgende financiering bestaat uit een twee-trappen stelsel. Deze trappen staan los van elkaar en zijn niet combineerbaar. De invoering van het persoonsvolgend financieringssysteem gebeurt in verschillende fasen en moet compleet zijn tegen 2020 (Vlaamse overheid, n.d.).

De eerste trap is het basisondersteuningsbudget (BOB). Dit budget is bedoeld voor personen met een erkende handicap bij het VAPH en een beperkte ondersteuningsnood (VAPH, 2016). Deze beperkte ondersteuningsnood verwijst naar personen die geen ondersteuning krijgen die niet-rechtstreeks toegankelijk is. Voor deze ondersteuning is er geen erkenning en toelating van het VAPH nodig (Vlaamse overheid, n.d.). Het basisondersteuningsbudget bedraagt 300 euro per maand. Dit bedrag is vrij te besteden (Vlaamse overheid, n.d.; Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en

Gezin, 2013). Dit wil zeggen dat de persoon die het budget ontvangt zijn uitgaven niet hoeft te verantwoorden, bijvoorbeeld door het binnenbrengen van facturen. De reden hiervoor is dat de persoon het recht heeft om het budget in te zetten hoe hij dit zelf wil en hij zowel formele als informele hulp hiermee kan vergoeden (VAPH, 2016a). De Vlaamse Sociale Bescherming staat in voor de organisatie van het basisondersteuningsbudget (Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2013). Deze omvatte tot voor kort enkel de Vlaamse zorgverzekering, maar werd uitgebreid met het basisondersteuningsbudget en sinds 2017 ook de tegemoetkoming hulp aan bejaarden. Het samenvoegen van deze ondersteuningsbudgetten voor hulpbehoevenden kadert binnen de overheveling van de bevoegdheden van Federaal naar Vlaams niveau en de hervormingen binnen de financiering van de Vlaamse welzijnszorg (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017). Het ontvangen van een basisondersteuningsbudget sluit het recht op andere hulpmiddelen van het VAPH niet uit. Daarnaast kunnen deze personen nog steeds een beroep doen op andere tegemoetkomingen van de Vlaamse Sociale Bescherming (Vlaamse overheid, n.d.). Tot 2018 zal het budget uitsluitend automatisch toegekend worden (VAPH, 2016a).

De tweede trap is het persoonsvolgende budget (PVB). Dit budget is bedoeld voor *“die groep van personen met een handicap, voor wie de afstand, de kloof tussen de mogelijkheden van het eigen draagvlak (zelfzorg, mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en precair is of wordt en blijft wanneer er geen bijkomende of vervangende acties tot ondersteuning worden ondernomen”* (Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2013). Het betreft hier dus personen met een intensieve of frequente ondersteuningsnood, waarbij het basisondersteuningsbudget niet volstaat om de kost van deze ondersteuning op te vangen. Met het persoonsvolgende budget kan zowel formele als informele hulp betaald worden. Het is een budget op maat, dat wil zeggen dat het afgestemd is op de persoon zelf en de ondersteuning die hij of zij nodig heeft (Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2013; VAPH, 2016; VAPH, 2016a; Vlaamse overheid, n.d.). Dit betekent dat de hoogte van het budget afhankelijk is van de categorie waartoe een persoon behoort. Deze wordt bepaald door de noden en vragen van de persoon met een handicap. Het bedrag van het persoonsvolgend budget is ingedeeld volgens deze categorieën en bedraagt 10.000 tot meer dan 50.000 euro per jaar. De gerechtigde kan dit budget op drie verschillende manieren ontvangen: cash, in de vorm van een voucher of een combinatie van de twee. Indien de persoon het budget in cash ontvangt, kan hij met dit geld zelf zijn zorg organiseren en betalen. De uitgaven moeten verantwoord worden aan het VAPH. Bij het systeem van de voucher krijgt de persoon het geld niet zelf in handen, maar beslist hij nog steeds zelf welke ondersteuning hij wenst. Het VAPH betaalt in dit geval rechtstreeks de zorgverlener. Bij deze mogelijkheid is het de zorgaanbieder die zich verantwoordt bij het VAPH. Deze twee mogelijkheden kunnen ook gecombineerd worden. Daarnaast is het budget ook combineerbaar met andere hulpmiddelen van het VAPH en de tegemoetkomingen van de federale overheid. De persoon met een handicap kan ervoor kiezen om het budget zelf te beheren, of kan zich laten helpen door bijstandsorganisaties (VAPH, 2016a).

Sinds april 2016 kunnen mensen een aanvraag voor een persoonsvolgend budget indienen bij het VAPH. Zij zijn belast met de organisatie en de financiering van het systeem (Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2013; VAPH, 2016; Vlaamse overheid, n.d.). Het budget wordt toegekend aan personen met een handicap die nood hebben aan ondersteuning vanuit de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Hieronder vallen de diensten en voorzieningen waarvoor het VAPH een toelating moet geven (Vlaamse overheid, n.d.). De aanvraagprocedure voor een persoonsvolgend budget vraagt meer werk dan de aanvraag voor een basisondersteuningsbudget. De eerste stap in de procedure is het opstellen van een ondersteuningsplan waarin duidelijk weergegeven wordt welke zorgvraag de persoon met een handicap heeft. De persoon kan dit plan zelf opstellen of

met hulp van een Dienst Ondersteuningsplan, de Dienst Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds, gebruikersorganisaties of andere instanties. Na het indienen van het ondersteuningsplan oordeelt een erkend multidisciplinair team over de aanvraag. Dit team bepaalt ook de budgetcategorie waarin de persoon terecht zal komen. De aanvraag wordt daarna doorgestuurd naar een prioriteitencommissie. Deze leggen vast hoe lang het duurt vooraleer het VAPH het budget kan toekennen. Omdat het VAPH slechts een beperkt budget heeft kunnen zij niet elke aanvraag onmiddellijk beantwoorden. De prioriteitencommissie rangschikt daarom de aanvragen chronologisch naargelang dringendheid en aanvraagdatum. Indien de persoon een persoonsvolgend budget toegekend krijgt, zal het daarvan op de hoogte worden gebracht door het VAPH. Personen die voor januari 2017 reeds gebruik maakten van de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp van het VAPH, schakelen automatisch om naar het systeem van het persoonsvolgende budget (VAPH, 2016a).

3 METHODEN

3.1 Onderzoeksvraag

Het implementeren van persoonsvolgende financiering zal mogelijk tot grote veranderingen leiden in de ouderenzorg. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan welke veranderingen belangrijke actoren verwachten en hoe de overheid met bepaalde uitdagingen kan omgaan. Aan de hand van kwalitatief onderzoek tracht deze masterproef een antwoord te formuleren op de vraag:

Wat zijn de mogelijke gevolgen van persoonsvolgende financiering op de realisatie van zorg op maat, de autonomie van ouderen en de toegang tot de ouderenzorg?

Deze vraag wordt opgedeeld in verschillende deelvragen. De eerste drie werden reeds behandeld in de literatuurstudie en vormen de basis voor het verdere onderzoek.

- (a) Welke cash-for-care systemen bestaan er reeds in Vlaanderen?
- (b) Hoe wordt persoonsvolgende financiering bij ouderen in het buitenland gerealiseerd?
- (c) Welke kenmerken heeft het systeem (per land)?

De volgende deelvragen worden beantwoord in het resultatengedeelte. Voor de sterktes en zwaktes in het buitenland werd gebruik gemaakt van bestaand onderzoek en evaluaties. Om de situatie van de buurlanden te vertalen naar de Vlaamse ouderenzorg zijn verschillende actoren bevraagd. Deze interviews vormen het tweede deel van de resultaten.

- (d) Wat zijn de mogelijke sterktes en zwaktes in het buitenland?
- (e) Welke van deze sterktes en zwaktes zijn relevant in Vlaanderen?
- (f) Hoe kunnen we een antwoord bieden op de problemen die zich in het buitenland voordoen?
- (g) Wat is de visie van de actoren binnen de ouderenzorg op persoonsvolgende financiering?
- (h) Welke kansen en valkuilen zien de actoren binnen de ouderenzorg?

3.2 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode is tweedelig. Het eerste deel betreft de onderzoeken naar persoonsvolgende financiering in het buitenland. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een analyse van de bestaande literatuur. Uit de beschikbare evaluaties in Nederland, Duitsland, Frankrijk en Verenigd Koninkrijk werden 20 bronnen geselecteerd. Deze selectie omvat 8 bronnen voor het Verenigd Koninkrijk, 7 bronnen voor Nederland, 3 bronnen voor Duitsland en 2 voor Frankrijk. Het lage aantal onderzoeken uit Duitsland en Frankrijk is te wijten aan de taal waarin deze bronnen geschreven zijn. De evaluaties zijn voornamelijk bedoeld voor het betreffende land en zijn dus bijna uitsluitend in de landstaal beschikbaar. Op basis van deze literatuur was het mogelijk om een overzicht te maken van de gerapporteerde positieve aspecten, aandachtspunten en valkuilen van persoonsvolgende financiering per land, om vervolgens deze te vergelijken tussen de verschillende landen. Veel van deze aspecten zijn terug te vinden in alle buurlanden.

Het tweede deel van de gebruikte onderzoeksmethode is het kwalitatieve onderzoek naar de verwachtingen op basis van interviews. Omdat het systeem van persoonsvolgende financiering nog geen realiteit is binnen de Vlaamse ouderenzorg, is een stakeholderbevraging een gepaste manier om de problemen en uitdagingen van het systeem in kaart te brengen. Door het gebruik van semigestructureerde interviews krijgen we inzicht in de verwachtingen en de visies die belangrijke betrokken partijen hebben op de invoering van het systeem in de ouderenzorg. De vooropgestelde vragenlijst omvat 3 onderdelen: (1) de verwachtingen en de visie van de respondent en/of zijn organisatie, (2) de mogelijke impact van de invoering van het systeem op trends binnen de ouderenzorg en (3) de lessen die we kunnen trekken uit het buitenland. De volledige vragenlijst is terug

te vinden in bijlage. De duur van elk interview lag tussen 45 en 90 minuten. Sommige respondenten kregen op voorhand de vragenlijst, omdat zij zich wilden voorbereiden op het gesprek.

3.3 Stakeholderselectie

De belangrijkste actoren binnen de ouderenzorg werden geselecteerd door middel van een stakeholderanalyse. Dit is een methode voor het verzamelen van kennis over de belangen, de interesses en de invloed van de verschillende actoren bij de ontwikkeling van beleid (Varvasovszky, 2000). Deze analyse heeft als doel om na te gaan welke actoren een rol spelen bij het nemen van beslissingen, alsook om aan te geven waarom we hun belangen in rekening moeten brengen (Crosby, 1991). Een stakeholderanalyse verloopt in verschillende stappen. Als eerste is het belangrijk om alle mogelijke actoren te identificeren. Het kan hierbij gaan om individuen, organisaties en netwerken (Varvasovszky, 2000). Een hulpmiddel hiervoor is de sociale kaart van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) van de Vlaamse overheid. Deze databank bevat de verschillende welzijns- en zorgactoren die binnen Vlaanderen actief zijn (Departement Welzijn, n.d.). Uit deze databank werden 6 groepen van stakeholders geselecteerd: het beleidsniveau, de zorgaanbieders, de verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers, de koepelorganisaties, de ziekenfondsen en de adviesraden. Thuisverpleegkunde, huisartsengeneeskunde, diverse andere gezondheidsberoepen en geriatrische ziekenhuiszorg zijn geen Vlaamse bevoegdheid en vallen niet onder het nieuwe zorgdecreet. Om deze reden worden ze uitgesloten van de stakeholderbevraging. Als tweede is het noodzakelijk om na te gaan wat het belang van iedere stakeholder precies is. Hierbij kan best gefocust worden op de twee of drie belangrijkste interesses en/of verwachtingen van elke groep (Crosby, 1991). Een vergelijking van de verschillende belangen kan helpen om een beeld te krijgen over de standpunten van de actoren (Rijksdienst voor Ondernemend Nederland, n.d.).

Stakeholder	Belangen
Beleidsniveau (Vlaamse Overheid)	Ontwikkelen en uitvoeren van het beleid. Vraaggestuurde, continue, beschikbare, toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare ondersteuning en zorg voor oudere personen. Efficiënt inzetten van overheidsbudgetten.
Adviesorganen	Advies geven over ouderenbeleid. Organiseren van een verlegplatform voor ouderenorganisaties, instellingen en diensten die voor en met ouderen werken.
Ziekenfondsen	Belangen van zorgvragers verdedigen. Informeren en ondersteunen van leden. Zorg verlenen aan leden.
Zorgaanbieders	Aangepaste thuiszorg aanbieden. Opvangen van ouderen en ondersteuning en zorg bieden. Financiering vanuit de overheid is noodzakelijk.
Koepelorganisaties	Vertegenwoordigen van zorgorganisaties in Vlaanderen. Gezamenlijke visievorming en beleidsparticipatie.
Verenigingen voor gebruikers en mantelzorgers	Informatie en advies geven aan gebruikers en mantelzorgers Belangen van gebruikers en mantelzorgers verdedigen

Tabel 2 Stakeholders

Voor de stakeholderbevraging werden in totaal 20 organisaties gecontacteerd. Deze zijn geselecteerd op basis van bekendheid en geografische bereikbaarheid. Een aantal werden gecontacteerd op aanraden van andere stakeholders. Van deze 20 organisaties zijn er 10 bevraagd: 1 vereniging voor gebruikers en mantelzorgers, 3 zorgaanbieders, 2 koepelorganisaties, 1 adviesraad, en 3 ziekenfondsen. Bij een van de ziekenfondsen werden 2 interviews afgenomen, bij de regionale dienst

voor maatschappelijk werk en bij de landsbond. Het gesprek bij de landsbond was een groepsgesprek met 3 onderdelen van de organisatie: de thuishulp, de seniorenvereniging en de dienst voor maatschappelijk werk. De 10 organisaties die niet werden bevraagd wensten niet deel te nemen aan het onderzoek omwille van een te grote werklast, van enkelen kreeg ik geen respons. Hierdoor is het beleidsniveau in het onderzoek niet vertegenwoordigd.

De derde stap van de stakeholderanalyse is het bepalen van de verschillende posities die de actoren zullen innemen en een beeld krijgen over de standpunten van de actoren (Crosby, 1991). Deze stap werd uitgevoerd bij de interviews zelf en is terug te vinden in de resultatensectie.

3.4 Analyse interviews

Alle interviews werden met toestemming van de respondent opgenomen en daarna uitgeschreven volgens het verbatim-principe. Hierbij werd vooral gefocust op de verbale communicatie van de respondent. Deze interviewtranscripten werden geanalyseerd op basis van de principes van de Grounded Theory. De eerste stap in de analyse gebeurde via het toekennen van labels aan tekstdelen met eenzelfde onderwerp. Sommige tekstdelen kregen meerdere codes toegewezen, omdat zij van toepassing waren op verschillende onderwerpen. Deze stap werd uitgevoerd met behulp van Nvivo. Dit resulteerde in een uitgebreide set van 139 open codes. In een tweede stap werden deze codes volgens het principe van axiaal coderen met elkaar verbonden om concepten te bekomen. Overbodige informatie werd tijdens deze stap uit de analyse gefilterd. Aan elk concept werd een omschrijving toegekend, met daarbij een korte samenvatting van de citaten van elke respondent. In een derde en laatste stap zijn deze concepten verder uitgewerkt om tot een samenhangend geheel te komen en verbanden tussen de concepten te detecteren. Het resultaat van dit proces is een structuur met 10 verschillende hoofdthema's opgedeeld in kleinere subconcepten. De resultaten zijn op basis van deze structuur weergegeven.

4 RESULTATEN

4.1 Evaluatie persoonsvolgende financiering in het buitenland

4.1.1 Positieve aspecten

Budgethouders zijn over het algemeen tevreden met het systeem van persoonsvolgende financiering en de zorg die ze inkopen met het budget (Metzler, Meyer, Rauscher, Schäfers, & Wansing, 2007; Post & van den Bosch, 2016; Claire Ramakers et al., 2007; van Klaveren, Hollander, & Noordhuizen, 2012; Weber, 2005). Vooral onderzoek in Nederland toont een opvallend hoog tevredenheidspercentage (Post & van den Bosch, 2016; Claire Ramakers et al., 2007). Bij een bevraging van Nederlandse respondenten over het PGB voor 2015 geven ze bovendien aan meer tevreden te zijn over de zorg die ze met een PGB inkopen dan over zorg in natura (van Klaveren et al., 2012). Onderzoek naar Individual Budgets in het Verenigd Koninkrijk rapporteert dat ouderen positieve verwachtingen hebben en voordelen zien in het systeem: mogelijkheden tot keuzevrijheid en grotere controle, grotere autonomie, een beter welzijn en verbeterde kwaliteit van zorg. Daarnaast verwachten ze dat het budget hen in staat zal stellen familie en vrienden te compenseren en te ontlasten. Het kunnen opbouwen van een één-op-één relatie met een verzorgende kan bovendien zorgen voor meer waardigheid en privacy en een groter veiligheidsgevoel (Moran et al., 2013).

Verschillende onderzoeken rapporteren positieve effecten op vraagzijde binnen de zorg. Ten eerste vergroot persoonsvolgende financiering de keuzevrijheid van de zorgvragers (Glendinning et al., 2009; Timonen et al., 2006). Met het budget krijgen ouderen de mogelijkheid om zelf keuzes te maken die zij nodig achten. Deze keuzevrijheid betreft niet alleen de vorm van de zorg, maar ook de keuze van de aanbieder en het zelf kunnen inplannen van de zorgmomenten (Ramakers et al., 2011). Bovendien is de budgethouder niet langer beperkt door de zorg die beschikbaar is en is hij beter in staat zorg in te kopen die hij zelf nodig acht (Glendinning et al., 2009). Zowel de budgethouders zelf als de organisaties geven aan dat door het gebruik van het budget de regie van de zorg meer in handen komt van de zorgvrager zelf (Ramakers et al., 2007; Ramakers, van Doorn, & Schellingerhout, 2011). Een tweede positieve effect van persoonsvolgende financiering is dat de zorg op maat van de hulpvrager is (Post & van den Bosch, 2016; Ramakers et al., 2011). Onderzoek naar het PGB in Nederland voor en na de hervorming van 2015 toont aan dat het systeem in de praktijk daadwerkelijk de mogelijkheid geeft om de hulp te laten aansluiten op de wensen en de zorgvraag van de zorgbehoevende (Post & van den Bosch, 2016; van den Wijngaart & Ramakers, 2004; van Klaveren et al., 2012). Hoewel weinig budgethouders zelf het zorgplan voor het PGB opstellen, geeft het grootste deel aan dat alle zorgvragen in het plan zijn opgenomen (Post & van den Bosch, 2016). Ook in Frankrijk is de zorg op maat, omdat er een hulpplan wordt opgesteld rekening houdend met de behoeften van de oudere (Hébert, 2011). In het Verenigd Koninkrijk stellen onderzoekers nog een bijkomend voordeel vast. Door te mogelijkheid om een persoonlijke assistent in te huren, kunnen Direct Payments de opdeling tussen de gezondheidszorg en de welzijnszorg overbruggen. Deze verzorgenden kunnen een breder takenpakket opnemen, waardoor de budgethouder niet langer bij verschillende zorgaanbieders moet aankloppen. Een persoonlijke assistent kan ook meer inspelen op de noden van de oudere en past beter in de dagelijkse routines (Glendinning, Halliwell, Jacobs, Rummery, & Tyrer, 2000). Ten derde heeft persoonsvolgende financiering een invloed op de ontwikkeling of versterking van vaardigheden en de autonomie van de zorgvrager. Bij een bevraging van budgethouders in het Verenigd Koninkrijk geven respondenten aan dat het beheren van het budget leidt tot een versterking van hun zelfvertrouwen, omdat ze over de tijd heen steeds behendiger worden in het gebruik ervan. Naast zelfvertrouwen worden andere verschillende vaardigheden versterkt. Deze zijn bovendien bruikbaar in andere situaties buiten de zorg (Arksey & Baxter, 2012). Bij APA in Frankrijk wordt het herwinnen van autonomie als een belangrijk pluspunt aangegeven door de gebruikers, vooral bij lichtere

zorgbehoevenden. Daartegenover staat wel dat een groot deel aangeeft dat ze geen verandering in hun autonomie hebben opgemerkt. (Weber, 2005). Als laatste kan persoonsvolgende financiering ervoor zorgen dat de noodzaak aan residentiële zorg uitgesteld wordt (van Klaveren et al., 2012). De meest opgegeven reden om voor een PGB te kiezen bij respondenten in Nederland is het voorkomen van 24-uursverblijf in een instelling (Ramakers, Schellingerhout, van den Wijngaart, & Miedema, 2008). Onderzoek bij de WLZ-PGB voor zwaar zorgbehoevenden bevestigt dit voordeel in de praktijk. Bijna 75% van de budgethouders ontvangt zorg thuis of in een kleinschalig wooninitiatief (Post & van den Bosch, 2016). De mogelijkheid tot het uitstellen van residentiële zorg is ook ingebouwd in de systemen in Duitsland en Frankrijk. Zo zijn er binnen het systeem van APA prikkels om thuiszorg te gebruiken in plaats van de instelling (Hébert, 2011; Junne & Huber, 2014).

Voor mantelzorgers heeft het systeem verschillende voordelen. Dit komt vooral naar boven in onderzoek naar persoonlijke budgetten in het Verenigd Koninkrijk. Doordat het budget bruikbaar is om informele hulp te vergoeden, zorgt het voor een erkenning van de verzorgenden (Timonen et al., 2006). Onderzoek toont ook aan dat mantelzorgers zich meer gewaardeerd voelen. Bovendien draagt hun vergoeding bij aan het idee dat ze de zorg opnemen omdat ze dit kunnen en niet omdat ze verplicht zijn. Eventueel verlies van inkomen wordt gecompenseerd, waardoor het opnemen van zorg minder leidt tot onzekerheid (Glendinning et al., 2009). Daarnaast geven budgethouders aan dat de druk op de mantelzorgers vermindert (Ramakers et al., 2007). Dit komt door de mogelijkheid om een persoonlijke assistent in dienst te nemen (Arksey & Baxter, 2012).

Het gebruik van persoonlijke budgetten in de ouderenzorg heeft naast een effect op de vraagzijde ook een effect op het aanbod. Onderzoek naar het PGB in Nederland toont aan dat het gebruik van een persoonsvolgend budget de ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg en dienstverlening stimuleert. Sinds de invoering van het systeem zijn er nieuwe initiatieven zijn opgestart. Zij nemen vooral taken op die niet in het formele zorgaanbod opgenomen zijn (Ramakers et al., 2011; van Klaveren et al., 2012). Bij de evaluatie van de pilootprojecten rond Individual Budgets in het Verenigd Koninkrijk merkten de onderzoekers ook op dat het systeem leidt tot een aanpassing en verbetering van het formele aanbod. Dit effect is zichtbaar aan beide kanten van de zorg. Langst de vraagzijde kopen de budgethouders andere vormen van zorg in (Wilberforce et al., 2011). Aan de aanbodzijde worden zorginstellingen aangespoord om hun diensten te verbeteren door de dreiging om werk te verliezen aan betaalde informele zorg (Glendinning et al., 2009). Ten tweede zorgt het systeem voor een verschuiving van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. Het gebruik van een budget creëert voor de zorgaanbieders een incentive om de cliënt centraal te stellen en hulp aan te bieden dat opgebouwd is rond de specifieke doelstellingen van de cliënt (Ramakers et al., 2011; Timonen et al., 2006; van den Wijngaart & Ramakers, 2004). Zorgvragers krijgen een actieve rol in het bepalen van hun hulpverlening en worden door aanbieders gezien als experts in hun eigen hulpbehoevendheid (Junné & Huber, 2014). Deze verschuiving zorgt ervoor dat de zorg meer efficiënt verloopt. Door vraagsturing wordt overbodige zorg vermeden (van Klaveren et al., 2012). Onderzoek in Nederland toont ook aan dat het werken met een budget een voor een besparing kan zorgen bij overheidsuitgaven, omwille van twee redenen. Ten eerste is het gehanteerde PGB-tarief lager dan de kostprijs van zorg in natura. Ten tweede zorgt het PGB voor het uitstellen of overbodig maken van duurdere residentiële zorg (Clarie Ramakers et al., 2011).

<i>Positieve aspecten van PVF in het buitenland</i>	Nederland	Verenigd Koninkrijk	Duitsland	Frankrijk
Tevredenheid budgethouders	✓		✓	✓
Positieve verwachtingen van de ouderen naar keuzevrijheid autonomie en kwaliteit van de zorg		✓		
Keuzevrijheid van de zorgvragers	✓	✓		
Zorg op maat	✓	✓	✓	✓
Versterking zelfvertrouwen en andere vaardigheden door het beheer van een budget		✓		✓
Residentiële zorg uitstellen	✓		✓	✓
Nieuwe vormen van zorg en dienstverlening	✓	✓		
Een op een relatie met de verzorgende bij persoonlijke assistentie		✓		
Erkenning mantelzorgers	✓	✓		
Besparing overheidsuitgaven	✓			
Vraaggestuurde zorg	✓	✓	✓	

Tabel 3 Positieve aspecten van PVF in het buitenland

4.1.2 Valkuilen en aandachtspunten

Onderzoek naar persoonsvolgende financiering in het buitenland brengt naast voordelen ook valkuilen en moeilijkheden aan het licht. Een van de grootste aandachtspunten binnen het systeem is plannen van de zorg, het beheren van een budget en de administratie die daarbij komt kijken. Het vinden van gepaste hulp en het inhuren van assistentie is niet altijd vanzelfsprekend. Bij een evaluatie van APA in Frankrijk gaf 15% van de bevestigden aan hier moeilijkheden mee te hebben. Het aantal stijgt bovendien naargelang de graad van afhankelijkheid. Het probleem werd minder ondervonden als budgethouders de huishulp verkrijgen via een dienstenbedrijf en het meest als ze zelf iemand tewerk willen stellen (Weber, 2005). Onderzoek in Nederland toont bovendien aan dat het in dienst nemen van een persoonlijke assistent een extra last met zich mee kan brengen, omdat de PGB-houder hierdoor het statuut van werkgever krijgt (van den Wijngaart & Ramakers, 2004). Om dit te ontwijken nemen ze meerdere mensen in dienst, wat een negatieve impact kan hebben op de coördinatie van de zorg (Timonen et al., 2006). Naast problemen met het vinden van geschikte ondersteuning kan het beheer van het budget in het algemeen belastend zijn. Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk toont aan dat vooral de administratieve last bij zowel de Direct Payments als de Personal Budgets een hinderpaal vormt. Respondenten geven aan dat ze verwachten dat de administratie te zwaar is. Voor velen is dit dan ook een reden om geen budget aan te vragen (Arksey & Baxter, 2012). Ook in Nederland geven budgethouders aan dat de administratie het grootste nadeel is bij het gebruik van een PGB (Ramakers et al., 2007; Ramakers et al., 2011; van Klaveren et al., 2012). Vooral de verantwoording over de uitgave van het budget zorgt voor een extra belasting. Het gebrek aan informatie en de complexiteit van de administratie speelt hier een belangrijke rol in (Ramakers et al., 2011; van den Wijngaart & Ramakers, 2004). Door de nadelen en lasten van het PGB denkt een groot deel budgethouders wel eens om terug te keren naar zorg in natura (Ramakers et al., 2011). Verschillende onderzoeken benadrukken daarom het belang van ondersteunen en informeren van budgethouders (Marangos, De Klerk, Iedema, & Groenewegen, 2014; Moran et al., 2013; Ramakers et al., 2011; van Klaveren et al., 2012). In Duitsland wordt gesteld dat het gebruik van zorgbudgetten enkel mogelijk is als er voldoende ondersteuning is voorzien, omdat niet alle budgethouders de juiste competenties bezitten (Junne & Huber, 2014). Daarnaast is transparantie een belangrijk aandachtspunt, vooral in Frankrijk. Door de complexiteit van

het zorgsysteem kan het beheer van APA een moeilijke opgave zijn voor budgethouders (Hébert, 2011).

Het systeem van persoonsvolgende financiering leidt bij zorgvragers bovendien tot bezorgdheden en angst. Vooral de onzekerheid over de juiste besteding van het budget schrikt budgethouders af (Arksey & Baxter, 2012). Daarnaast hebben budgethouders angst voor de inkorting van de dienstverlening, voor kwaliteitsverlies, angst dat ze het budget niet kunnen beheren en een tekort aan informatie en kennis (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018). Problemen met het budget zorgen voor een versterking van deze gevoelens. Een rapport in Duitsland geeft enkele voorbeelden van deze problemen: het budget dat te laat wordt uitbetaald, veranderingen in het budget door besparingen en het foutief besteden van het budget (Junne & Huber, 2014). Onderzoekers in het Verenigd Koninkrijk benadrukken dat de angst en de stress de mogelijke opbrengsten van het budget verkleinen (Glendinning et al., 2008). Er is ook onzekerheid bij de aanbodszijde over de besteding van de budgetten. Zo is het niet altijd duidelijk welke zorg met het budget ingekocht kan worden, op welke manier het geld kan teruggevorderd worden bij foutief gebruik en of de budgethouder wel over de capaciteiten beschikt om het budget om te gaan (Ramakers et al., 2011). Bovendien is er terechte bezorgdheid over de kwaliteit van de zorg en de mogelijkheid tot fraude. De budgethouder kiest zelf waar hij zorg inkoopt, waardoor controle moeilijk is (Glendinning et al., 2009; Junne & Huber, 2014; Clarie Ramakers et al., 2011; van Klaveren et al., 2012). Een duidelijk voorbeeld hiervan is terug te vinden in Duitsland. De zorgbehoevende kan met het budget een persoonlijke assistent inhuren, die niet moet voldoen aan vooropgestelde kwaliteitsnormen (Junne & Huber, 2014). In het Verenigd Koninkrijk wordt eveneens gewaarschuwd voor dit risico. Omdat er geen controle is op de vaardigheden van betaalde mantelzorgers, zijn ouderen kwetsbaar voor financiële, fysieke of mentale uitbuiting (Glendinning et al., 2009). Daarnaast wijst onderzoek in Nederland en het Verenigd Koninkrijk op het feit dat het systeem ruimte laat voor fraude en foutief gebruik: men gaat niet na of de zorg daadwerkelijk geleverd is, er is geen controle op de realisatie van doelstellingen en zorg op maat en budgethouders hebben geen idee van de kwaliteit als ze zorg inkopen. (Glendinning et al., 2009; van Klaveren et al., 2012)

Om de zorgvraag voldoende te ondersteunen, moet het budget toereikend zijn. Onderzoek in alle buurlanden toont aan dat dit niet altijd het geval is. In Nederland ligt het bedrag van het PGB altijd lager dan de kostprijs in natura, waardoor voor veel budgethouders de bestedingsmogelijkheden beperkt zijn. Organisaties merken op dat deze cliënten vaker een zwaardere indicatie vragen, hoewel ze nu al de juiste indicatie hebben gekregen (Clarie Ramakers et al., 2011). In Duitsland rapporteren gebruikers dat het budget onrealistisch is, waardoor ze zich tevreden moeten stellen met de tewerkstelling van ongekwalificeerde en ongeschoolde verzorgenden (Junne & Huber, 2014). Ook in Frankrijk gaven gebruikers bij de start van het systeem dat hun budget ontoereikend was, vooral in de groep die APA gebruiken voor woningaanpassingen of hulpmiddelen (Weber, 2005). In het Verenigd Koninkrijk werd het bij de proefprojecten rond Individual Budgets duidelijk dat ouderen vaker een kleiner budget kregen in vergelijking met andere groepen. Zij spendeerden het budget vooral aan persoonlijke verzorging en huishoudhulp, omdat het in veel gevallen voor andere sociale activiteiten ontoereikend was. In deze gevallen werden er geen andere vormen van zorg ingekocht dan hetgeen de oudere reeds had (Arksey & Baxter, 2012; Wilberforce et al., 2011). Het is belangrijk om oog te hebben voor de hoogte van het budget, omdat de potentiële voordelen zoals keuze, controle en flexibiliteit enkel te realiseren zijn als het budget groot genoeg is (Moran et al., 2013).

In het Verenigd Koninkrijk merken onderzoekers op dat persoonsvolgende financiering mogelijk een negatief effect heeft op de situatie en het psychologisch welzijn van ouderen (Arksey & Baxter, 2012; Glendinning et al., 2008; Netten et al., 2011). Bovendien ervaren oudere budgethouders hun eigen

gezondheid vaker slechter dan ouderen met zorg in natura en scoren zij meer boven de grens van psychologische kwetsbaarheid dan de controlegroep (Arksey & Baxter, 2012). De onderzoekers geven hiervoor verschillende redenen. Ten eerste hebben ouderen dikwijls hulp nodig omwille van een crisissituatie. Op dat moment zijn ze extra kwetsbaar en is er onvoldoende tijd voor een intensieve zorgplanning (Arksey & Baxter, 2012; Glendinning et al., 2008). Ten tweede geven ouderen aan dat ze geen extra last willen vormen als het aankomt op het plannen van de zorg (Glendinning et al., 2008). De derde reden is dat het budget de oudere meer verantwoordelijkheid geeft die zij eigenlijk niet wensen. Ouderen zien vaker de hulpverlener als expert in de zorgplanning en ze achten zichzelf niet in staat om de hulpverlening aan de hand van een budget op poten te zetten (Arksey & Baxter, 2012). Ze geven aan dat ze het maken van beslissingen vaak moeilijk vinden en hebben daardoor meer kans om de planning van de ondersteuning als stressvol te ervaren. Bovendien hebben ouderen een langere aanpassingsperiode nodig dan andere groepen voor ze meer zelfzeker omgaan met het budget (Glendinning et al., 2008). Ook in Duitsland wordt in onderzoek gewaarschuwd voor het negatieve effect. Door te kiezen voor een budget verschuiven de zorgbehoevenden van een 'veilige plaats' met een 'garantie op volledige verzorging' naar een minder zekere en meer risicovolle situatie (Junne & Huber, 2014).

De keuzevrijheid van zorgbehoevenden vergroten is een van de doelstellingen van persoonsvolgende financiering. Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Duitsland toont echter aan dat het systeem ook negatieve gevolgen kan hebben inzake keuzemogelijkheden. Ten eerste zorgt het systeem voor een onzekere financiële situatie voor zorgaanbieders, waardoor er voorzieningen kunnen verdwijnen (Glendinning et al., 2009). Daarnaast worden sommige zorgvragers gedwongen om gebruik te maken van een persoonlijk budget, omdat het aanbod bij zorg in natura onvoldoende is om hun zorgnood op te vangen (Ramakers et al., 2011). Bij complexe situaties is het vaak de enige mogelijkheid om institutionele zorg te vermijden (Junne & Huber, 2014). Bovendien lopen zorgvragers het risico dat zij onder druk van hun omgeving of organisaties een budget aanvragen. Dit komt doordat zorgaanbieders en mantelzorgers een financieel voordeel hebben aan het systeem (Clarie Ramakers et al., 2011). Als laatste geeft het budget mogelijk een illusie van vrijheid. Een rapport uit Duitsland wijst er op dat de uitkeringsinstellingen het bestedingsgedrag van de hulpbehoevende sturen, omdat ze impliciete assumpties hebben over gepast gebruik. Zij kunnen de budgethouders sanctioneren als zij denken dat het geld ongepast besteed wordt (Junne & Huber, 2014).

Hoewel persoonsvolgende financiering duidelijke voordelen heeft voor de omgeving en mantelzorg, toont onderzoek aan dat er ook nadelen verbonden zijn voor het netwerk van de zorgbehoevende. Ten eerste kan het gebruik van budgetten leiden tot een substitutie van onbetaalde mantelzorg naar betaalde zorg, wat de kost van de zorg verder doet stijgen (Glendinning et al., 2009; Ramakers et al., 2011). Er ontstaat een groep van betaalde mantelzorgers en een groep van vrijwilligers, wat op termijn de vrijwillige zorg kan ondermijnen (Glendinning et al., 2009; Timonen et al., 2006). Bovendien zorgt het budget er voor dat het onderscheid tussen betaalde en vrijwillige zorgtaken wegvalt. Hierdoor kan de relatie tussen zorgvrager en mantelzorger veranderen in een professionele relatie, waarbij de mantelzorger druk kan voelen taken uit te voeren die zij eigenlijk niet wenst te doen (Glendinning et al., 2009). Het systeem zorgt op deze manier net voor een extra belasting van het netwerk, vooral als het systeem familieleden verantwoordelijk houdt voor verschillende huishoudelijke en verzorgende taken (Timonen et al., 2006). Onderzoek in Frankrijk toont aan dat bij de indicatiestelling de omgeving vaak als een oneindige hulpbron wordt beschouwd, terwijl dit in de praktijk niet altijd het geval is (Hébert, 2011). Daarnaast komt het beheer van het budget, de administratie en de organisatie van de zorg vaak terecht op de schouders van de mantelzorger (Ramakers et al., 2011). Onderzoek in Nederland toont aan dat dit bij meer dan de helft van de PGB-houders het geval is (Post & van den Bosch, 2016).

<i>Valkuilen en aandachtspunten in het buitenland</i>	Nederland	Verenigd Koninkrijk	Duitsland	Frankrijk
Problemen bij planning, coördinatie zorg en het vinden van gepaste hulp	✓	✓		✓
Administratieve last	✓	✓	✓	
Zorgvrager krijgt werkgeverstatuut bij persoonlijke assistentie	✓	✓		
Angsten bij zorgvrager in verband met budgetbeheer en vermindering psychologisch welzijn door onzekerheid		✓	✓	
Gebrek aan kwaliteitscontrole en mogelijkheid tot fraude	✓	✓	✓	
Kwetsbaarheid van ouderen voor financiële, fysieke of mentale uitbuiting		✓		
Te laag of onrealistisch budget	✓	✓	✓	✓
Ondermijning vrijwillige zorg		✓		
Belasting van het netwerk van de oudere	✓	✓		✓
Beperking van de keuzevrijheid	✓	✓	✓	

Tabel 4 Valkuilen en aandachtspunten van PVF in het buitenland

4.2 Stakeholderbevraging

4.2.1 Vorm van het systeem

Tijdens het interview werd er altijd eerst gepeild naar de verwachtingen over de vorm van het systeem. De stakeholders kijken vooral naar wat er momenteel in de gehandicaptenzorg bestaat en koppelen dit aan de berichtgeving over de toekomst van de ouderenzorg. Zes stakeholders benadrukken dat je niet zomaar het systeem uit de gehandicaptenzorg kan overzetten naar de ouderenzorg. Hiervoor geven ze verschillende redenen aan: (1) de sectoren hebben een verschillende evolutie gekend, (2) ze hebben een andere manier van werken, (3) hun uitgangspunten zijn verschillend, (4) ze zijn op een andere manier gestructureerd, (5) het netwerk van diensten verschilt, (6) ze hebben andere koepelorganisaties en (7) de reden om te starten met persoonsvolgende financiering verschilt.

“En dat is nu juist het grote punt naar ouderen toe: ouderen blijven thuis wonen, ook als ze zorgbehoevend worden tot de laatste anderhalf jaar. Dus ge kunt niet tegen die ouderen gaan zeggen van: ‘we gaan u geld geven’... ge kunt dat wel zeggen ‘om niet naar het woonzorgcentrum te gaan’, maar dat is een totaal andere visie omdat gehandicapten quasi heel hun leven in instellingen verbleven en nu die omschakeling totaal anders verloopt” (Vereniging voor gebruikers en mantelzorgers).

De ontwikkeling van het systeem in de ouderenzorg zal dus niet helemaal parallel kunnen lopen met de gehandicaptenzorg. Het adviesorgaan maakt hierbij de opmerking dat het uitwerken van het systeem voor elke sector apart ervoor zorgt dat het moeilijker is om tot één welzijns- en zorgbeleid te komen, los van de sector en de leeftijd. Tot op vandaag is er een ongelijke financiering van personen met eenzelfde beperking, louter door de leeftijd waarop de beperking zich voordoet. Na de leeftijd van

65 jaar kan de persoon immers geen aanvraag meer doen voor steun van het VAPH, waardoor zijn tegemoetkoming lager zal liggen.

In de gehandicaptenzorg bestaan er drie mogelijkheden om het persoonsvolgend budget te ontvangen: in cash, met vouchers of de combinatie van de twee. De meeste respondenten verwachten dat dit in de ouderenzorg niet volledig hetzelfde zal zijn en er vooral gewerkt zal worden met zorgtickets waarmee zorgvragers kunnen aankloppen bij de voorziening van hun keuze, eventueel in combinatie met een klein deel in cash dat vrij besteedbaar is. De meerderheid van de respondenten is geen voorstander om het budget volledig in cash te organiseren en kunnen zich dan ook vinden in het systeem van de vouchers. Een van de zorgaanbieders en de Dienst Maatschappelijk werk wijzen er op dat het werken met cash ervoor zorgt dat het systeem complex wordt en dat de vouchers mogelijk makkelijker controleerbaar zijn. Drie respondenten nemen niet meteen een standpunt. Twee van hen pleiten ervoor dat beide mogelijkheden eerst onderzocht worden vooraleer er een keuze gemaakt wordt.

4.2.2 Het budget en de bestedingsmogelijkheden

In de gehandicaptenzorg wordt het budget bepaald door een inschaling van de zorgbehoefte met het zorgzwaarte-instrument in combinatie met de vraag die de zorgbehoevende stelt aan het VAPH. Drie respondenten zeggen dat ze zich wel kunnen vinden in deze manier van budgetbepaling, de anderen spreken niet uit of ze voor of tegen zijn. De Dienst Maatschappelijk Werk geeft hierbij een voordeel aan: doordat men effectief de zorgzwaarte gaat gebruiken om het budget toe te kennen, kan je creëren dat mensen die de grootste zorgnood hebben ook zorg gaan krijgen. Een ziekenfonds wijst er op dat de budgetten in de gehandicaptenzorg in sommige gevallen ontoereikend zijn en stelt de vraag of er voldoende budget zal zijn in de ouderenzorg. Bij twee respondenten kwam ook de mogelijkheid tot een inkomensafhankelijk budget ter sprake. Beide wijzen er op dat dit afhangt van de maatschappelijke visie: vanuit de solidariteitsgedachte zou dit een optie kunnen zijn, maar als het budget puur op basis van zorgbehoefte wordt berekend is dit niet vanzelfsprekend. Het inkomensafhankelijk maken van het budget is een politieke keuze. Belangrijker is dat iedereen voldoende middelen moet hebben om een antwoord te kunnen bieden op hun zorgvraag.

Voor de besteding van het budget is de helft van de respondenten het eens dat dit enkel mogelijk mag zijn bij erkende voorzieningen, zowel voor thuiszorgdiensten als voor residentiële zorg. De reden is dat deze zorgaanbieders moeten voldoen aan bepaalde erkenningsvoorwaarden inzake kwaliteit en competentie. Dit biedt voordelen op vlak van controle: de mogelijkheid tot misbruik van het budget is beperkt en de administratieve last van de budgethouder voor de controle op de kwaliteit van de zorg kan tot een minimum herleid worden. Drie respondenten benadrukken dat het budget breed besteedbaar moet zijn en dat de focus niet volledig mag liggen op de praktische zorg, maar dat ook de welzijnscomponent belangrijk is.

“Wat dat wij vooral vinden is ook dat het echt wel een mix moet zijn aan zorg en ondersteuning. [...] Maar zorg in de brede zin van het woord, niet alleen medische, verpleegkundige zorg, maar ook alles wat dat je nodig hebt om kwalitatief te kunnen leven en te kunnen blijven participeren” (Adviesraad).

In de residentiële setting moet er volgens drie respondenten een onderscheid gemaakt worden tussen de woonkost en de zorgkost. De zorgkost moet gedekt zijn door de persoonsvolgende financiering en mag niet in de dagprijzen vallen zoals nu soms wel het geval is. Voor de woonkost is de zorgvrager grotendeels zelf verantwoordelijk, zeker als het gaat om een meerkost zoals het wensen van een grotere kamer, meer comfort dan standaard aanwezig is en de keuze voor een eenpersoonskamer:

“dat is dan de keuze van het individu en dit hoeft de maatschappij niet te dragen” (Ziekenfonds). In sommige gevallen kan eventueel wel een beperkte tussenkomst voorzien worden in de woonkost, bijvoorbeeld voor mensen die vanuit een sociale woning verhuizen naar het woonzorgcentrum.

Over de vraag of het budget ook gebruikt mag worden voor de vergoeding van mantelzorgers zijn de respondenten verdeeld. De meeste respondenten zijn niet te vinden in een systeem waarbij er een loon kan uitbetaald worden aan de mantelzorger vanuit het budget. Hiervoor geven ze verschillende redenen aan: (1) dan wordt het systeem te complex, (2) de relatie tussen de zorgvrager en de mantelzorger kan bemoeilijkt worden omdat de samenwerking niet zomaar kan stopgezet worden zoals in de professionele zorg, (3) er is onvoldoende budget om alle mantelzorg te vergoeden, (4) de meeste mantelzorgers vragen niet om vergoed te worden en (5) het netwerk van de zorgvrager kan bedreigd worden als het budget ongelijk verdeeld wordt onder de verschillende mantelzorgers. Drie respondenten wijzen er op dat er momenteel al tegemoetkomingen zijn voorzien waaruit mantelzorgers vergoed kunnen worden voor hun onkosten. Een van hen merkt wel op dat er geen garantie is dat deze premies effectief bij de mantelzorg terecht komen, omdat ze vrij besteedbaar zijn. Drie andere respondenten voegen hieraan toe dat er wel een compensatie mogelijk moet zijn als er sprake is van loonverlies door het opnemen van de zorg, maar dat deze niet noodzakelijk binnen de persoonsvolgende financiering moet voorzien worden. Het is de taak van de overheid om de randvoorwaarden te creëren die de mantelzorger in staat stelt de zorg op te nemen, bijvoorbeeld met het systeem van tijdskrediet. De respondenten die de mogelijkheid tot het vergoeden van mantelzorg mogelijk achten, koppelen hier enkele voorwaarden aan vast. Ten eerste moet er controle zijn op de uitgave van het budget om misbruik te beperken, ten tweede moet de vergoeding kaderen in de hulpverlening:

“Als dat kadert in een hulpverleningssysteem moet dat mogelijk zijn. Maar niet los, want dan is er geen enkele controle [...] Ik denk dat je altijd moet stellen, je hebt een indicatiestelling die zich vertaalt in een hulpverleningsdoelstelling en je bepaalt wie dit opneemt. Of dat nu een professional of een vrijwillige mantelzorg is, als de kwaliteit daar is en als zij dat kunnen doen is er geen probleem” (Zorgaanbieder).

4.2.3 Inschalingsinstrument

In de huidige ouderenzorg bestaan er verschillende inschalingsinstrumenten: een zorgbehoevende die een zorgbudget aanvraagt krijgt een andere indicatie dan iemand die naar een woonzorgcentrum gaat. Ook de gezinszorg maakt gebruik van een apart meetinstrument. De adviesraad wijst er op dat door deze complexiteit het niet altijd helemaal duidelijk is wat je krijgt op basis van welke nood. Daarnaast zorgt ook de opdeling in de verschillende sectoren voor differentiatie in de indicatiestelling, wat zorgt voor verschillen in de hulpverlening. Door het gebruik van een standaard inschalingsinstrument dat leeftijdsonafhankelijk is kunnen deze verschillen verdwijnen:

“Dus voor ons is het belangrijk dat dat objectief wordt ingeschaald, dat er dan wordt gekeken naar wat zijn de noden, ongeacht of dat een handicap is die dat veroorzaakt heeft, of een chronische ziekte, of ouderdom of ik weet niet wat [...] Dus dat is echt voor ons wel heel belangrijk, dat het onderscheid tussen die schotten en die leeftijd verdwijnt. En dat er echt gekeken wordt naar: dat zijn de noden en dat zetten we daar tegenover” (Adviesraad).

In de sector voor personen met een handicap verloopt de toekenning van het persoonsvolgend budget via een combinatie van een objectieve en een subjectieve inschaling. Enkele respondenten gaan akkoord met een indicatiestelling op een gelijkaardige manier, maar 1 stelt zich de vraag of dit even

ingewikkeld moet zijn in de ouderenzorg zoals nu het geval is in de gehandicaptenzorg. Een van de koepelorganisaties beschrijft een uitgebreid systeem van indicatiestelling dat toepasbaar is voor het toekennen van persoonsvolgende financiering. Hierbij wordt de zorgbehoevende ingeschaald op basis van 3 assen: (a) de zorgbehoefte-indicatiestelling: een inschaling van de objectieve zorgbehoefte op fysiek, psychisch en medisch vlak, (b) de sociale context: de woon- en leefsituatie en het persoonlijke netwerk en (c) de financiële draagkracht van de zorgbehoevende en diens gezin. De combinatie van de twee eerste componenten bepaalt dan wat de specifieke individuele noden aan zorg en ondersteuning zijn.

De inschaling van de zorgbehoefte zal waarschijnlijk gebeuren met de BelRAI-screener. Verschillende respondenten zien voordeel in dit meetinstrument: (1) de verschillende inschalingsinstrumenten worden gebundeld, (2) de volledige context van mensen kan in kaart gebracht worden en (3) verschillende voorzieningen kunnen op verschillende momenten eenzelfde screening uitvoeren, waardoor de evolutie in zorgbehoefte zichtbaar is, met als gevolg dat je er proactief op kan inspelen. Naast het inschalen van de zorgbehoefte kan het meetinstrument nog gebruikt worden voor andere doeleinden. Een van de zorgaanbieders wijst er op dat het ook de geleverde zorg kan evalueren door na te gaan wat de doelstelling is van de zorg en of deze gehaald wordt. Daarnaast kan de overheid volgens de vereniging voor gebruikers en mantelzorgers het meetinstrument gebruiken om de behoeften te inventariseren waarvoor er momenteel nog geen gepast aanbod voorzien is:

“Dan zou die BelRAI-screener wel moeten zeggen van: ‘kijk, op dat vlak is er wel heel veel vraag, maar we hebben daar geen voorzieningen’. [...] Dus dat je in uw screener uw noden en behoeften ruim formuleert, ruimer dan uw decretale. Uiteraard kunt ge dan alleen maar het geld besteden voorlopig aan datgene waar je van weet: die geven kwaliteit. Maar je laat de openheid open opdat de overheid wel kan inspelen op nieuwe mogelijkheden en behoeften” (Vereniging voor gebruikers en mantelzorgers).

Verschillende respondenten geven aanbevelingen en aandachtspunten waarmee de overheid rekening moet houden bij de ontwikkeling en de toepassing van het inschalingsinstrument. Ten eerste moet de screener makkelijk toepasbaar, wetenschappelijk onderbouwd en sluitend zijn. Vooral de snelheid waarmee een zorgbehoevende een indicatie toegewezen krijgt is voor de helft van de respondenten een belangrijk aandachtspunt. De situatie van een ouder persoon kan snel veranderen, bijvoorbeeld door het wegvallen van een mantelzorger of het snel complex worden van de zorg. In de sector voor personen met een handicap moet er een nieuwe aanvraag doorlopen worden als de zorgnood verandert. Een van de zorgaanbieders vraagt zich af of dit ook in de ouderenzorg ook het geval zal zijn, of dat een oudere meteen extra middelen zal krijgen om zijn hulpvraag te beantwoorden. Twee andere respondenten twijfelen of het haalbaar is om een snelle indicatiestelling mogelijk te maken. Een van de koepelorganisaties geeft aan dat de inschaling met de BelRAI-screener inderdaad meer tijd vraagt dan bijvoorbeeld de KATZ-schaal die nu wordt gebruikt in de residentiële ouderenzorg. Ondanks de grotere tijdsinvestering en de complexiteit zien zij in de BelRAI-screener meer voordelen: de psychosociale context wordt mee opgenomen en de eerste inschaling kan als basis dienen waar men altijd op kan terugvallen. De vereniging voor gebruikers en mantelzorgers bevestigt het laatste. Een tweede belangrijke aspect is het bepalen van de gemachtigde indicatiesteller. Een van de aanbieders haalt aan dat zij momenteel instaat voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte, samen met de sociale dienst van de ziekenfondsen. Zij vragen zich af of dit in de toekomst zo zal blijven. Moest dit naar een andere dienst gaan stellen zij zich daar toch wel vragen bij, omdat zij de nodige competenties in huis hebben. De seniorenvereniging van een van de ziekenfondsen ondersteunt deze opmerking

door te stellen dat zij geen afzonderlijke indicatiesteller wensen. Zij vragen dat de overheid vertrouwen heeft in de mensen die dagdagelijks werken met zorgbehoevenden.

4.2.4 Controlemechanismen

Het is belangrijk dat er in de persoonsvolgende financiering enkele controlemechanismen ingebouwd worden. Ongeacht de vorm van het systeem moet er controle zijn op de kwaliteit van de hulpverlening. Het is belangrijk dat de zorg een bepaald niveau van kwaliteit heeft. De stakeholders stellen dat de overheid hierbij een belangrijke rol speelt door het opstellen van kwaliteitsnormen. Een koepelorganisatie pleit voor het toekennen van een keurmerk aan organisaties, wat zichtbaar aantoont dat de voorziening kwaliteitsvolle zorg biedt. Daarnaast moet er voor hen controle zijn vanuit de zorginspectie. De andere koepelorganisatie sluit zich hierbij aan en wijst er op dat het enkel toelaten van erkende zorgaanbieders het toezicht van deze inspectie op de zorg garandeert. Een extra mogelijkheid is de invoering van een klachtensysteem, waar zorgvragers zelf terecht kunnen om problemen aan te kaarten. Voor de adviesraad is het ook belangrijk dat de voorzieningen transparant zijn. Er moeten verbetertrajecten worden opgezet en door de voorziening aangetoond worden. Daarnaast pleiten zij voor het meten van zowel objectieve als subjectieve levenskwaliteit.

Als er gewerkt wordt met cash budgetten, moet er ook controle zijn op de uitgaven. Een ziekenfonds geeft aan dat dit vanzelfsprekend zal leiden tot een administratieve last voor de zorgvrager. De respondent stelt wel dat er dan mogelijk een groot budget tegenover staat. Een tweede ziekenfonds merkt op dat met bestaande methodes zoals datamining en datamatching de administratieve last beperkt kan worden. De Dienst Maatschappelijk Werk wijst er op dat het onvermijdelijk is dat bij een cash budget zowel gebruikers als organisaties veel tijd moeten investeren om alles aan te tonen. In vergelijking met het vouchersysteem zullen de uitgaven voor zorg bovendien minder controleerbaar zijn. Een ander ziekenfonds haalt aan dat een duidelijke regelgeving belangrijk is om foutieve bestedingen tegen te gaan, omdat mensen weten waarvoor de budgetten bedoeld zijn. Daarnaast kan een eenvoudig systeem ervoor zorgen dat fraude vermeden wordt, omdat de zorgvrager dan niet moet vertrouwen op derden om het budget te beheren.

4.2.5 Gevolgen voor zorgvragers

Tijdens de interviews zijn de stakeholders bevraagd over de verwachte gevolgen voor zorgvragers bij de invoering van persoonsvolgende financiering. Verschillende thema's zijn hierbij aan bod gekomen: keuzevrijheid, zorg op maat, de mogelijke drempels, ondersteuning en de toegang tot de zorg. De respondenten staan achter de basisprincipes van het systeem, maar stellen zich toch vragen over hoe deze vorm zullen krijgen in de praktijk.

1) Keuzevrijheid

Een van de doelstellingen van persoonsvolgende financiering is het vergroten van de keuzevrijheid voor de zorgvrager. Verschillende respondenten zien het systeem als een hefboom hiervoor. Er gaat meer rekening gehouden moeten worden met de wensen en de doelstellingen van mensen en dus ook met hun keuzes bij het plannen van de zorg en het opstellen van ondersteuningsplannen. De regie komt in handen van de cliënt, zodat die meer keuze heeft om te bepalen naar welke voorziening hij zal gaan. Ook in de residentiële setting zijn er meer mogelijkheden: mensen hoeven niet meer 7 dagen zorg te vragen, maar kunnen er ook bijvoorbeeld 3 vragen. De zorgvrager hoeft niet langer de hulpverlener te volgen, maar kan zelf gericht een keuze gaan maken. Toch hebben de respondenten verschillende bedenkingen in verband met het effect van persoonsvolgende financiering op de keuzevrijheid. Ten eerste bepaalt de situatie van de zorgvrager vaak de graad van keuzevrijheid, los van de manier waarop de zorg gefinancierd wordt. Een zorgaanbieder wijst er op dat hoe zwaarder de zorgbehoevendheid is, hoe beperkter keuzevrijheid zal zijn. Daarnaast is de financiële context een belangrijke factor, omdat mensen niet allemaal evenveel middelen aan zorg kunnen besteden. Twee

stakeholders wijzen er op dat dit verschil juist kan versterkt worden door het persoonsvolgend budget. Zij omschrijven twee mogelijke Matteüseffecten: (1) zorgvragers die bereid zijn meer te betalen kunnen een voorrang krijgen op de markt en (2) zorgvragers met een groot budget voor zorg zien dit budget uitbreiden, terwijl anderen het budget zullen gebruiken voor de invulling van andere noden die voor hen essentieel zijn. Als tweede aandachtspunt geven de respondenten aan dat er moet voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden: het budget moet groot genoeg zijn, de persoon moet in staat zijn om keuzes te maken, er moet voldoende aanbod zijn, er moet begeleiding en ondersteuning voorzien worden en er moet transparantie zijn naar prijzen en aanbod:

“We merken dat nu ook dat senioren niet altijd goed weten welke diensten er zijn op de markt, welk aanbod er is, wat de verschillen zijn... als zij naar een woonzorgcentrum gaan, wat zit er in de kostprijs, wat zijn supplementen of wat zit er in? Dat is dikwijls heel hard zoeken voor de doelgroep zelf op de markt. Dus ja... het is een beetje kijken van... dat de senioren toch wel een transparant zicht blijven hebben op de diensten die er zijn op de markt. Dat is vandaag al niet en ik weet niet, als we de omschakeling maken, hoe transparant het gaat zijn. Maar dat vind ik toch wel een belangrijk aandachtspunt” (zorgaanbieder).

De vereniging voor gebruikers en mantelzorgers voegt hier nog aan toe dat de zorgvragers niet alleen de vrijheid moeten krijgen om zelf in het aanbod keuzes te maken. Er moet ook de mogelijkheid zijn om te kunnen kiezen of ze in het systeem van persoonsvolgende financiering willen instappen of niet. De adviesraad sluit zich hierbij aan “want mensen verplichten, zeker ouderen in kwetsbare situaties, gaat zorgen voor rampen”.

Een derde bedenking die bij drie van de stakeholders naar boven kwam is dat mensen niet altijd de juiste keuzes maken. Er bestaat de valkuil dat zorgvragers gaan kijken naar wat het goedkoopste is, in plaats van wat ze echt nodig hebben en wat kwaliteitsvol is. Dit is vooral een risico indien het budget in cash wordt gegeven, omdat de regel van de consument dan zal gaan tellen. Een zorgaanbieder geeft het voorbeeld van kant-en-klare maaltijden in de supermarkt. Deze zijn minder gevarieerd en bevatten meer zout dan warme maaltijden aan huis, maar zijn wel goedkoper. Dit economisch denken kan versterkt worden met het persoonsvolgend budget. Als laatste is het mogelijk dat het systeem van persoonsvolgende financiering de keuzevrijheid juist beperkt. Een zorgaanbieder verwijst hiervoor naar de gehandicaptenzorg, waar sommige instellingen bovenop hun zorg ook gezinszorg gaan aanbieden in één pakket. De zorgvrager heeft dan niet langer de vrijheid om zelf een thuiszorgdienst te kiezen, omdat ze anders twee keer betalen voor dezelfde vorm van zorg.

2) Zorg op maat

De stakeholders zijn verdeeld over de vraag of persoonsvolgende financiering een effect zal hebben op de ontwikkeling van zorg op maat. Drie respondenten vinden dat deze ontwikkeling nu al gestart is zonder de persoonsvolgende financiering. Met de invoering van het systeem zal de druk wel groter worden om meer in te zetten op zorg op maat, maar het hangt er niet volledig mee samen. Een van de koepelorganisaties wijst er op dat deze trend vooral afhangt van de manier waarop diensten zich organiseren. Het aanbod moet vertrekken vanuit de noden van de gebruiker en niet langer het organisatorische laten primeren boven de vraag die gesteld wordt. De andere koepelorganisatie sluit zich hierbij aan:

“We moeten niet blijven het klassieke doen, nog een X aantal, nog duizenden bedden in woonzorgcentra erbij. Nee we moeten naar alternatieve zorgvormen, een grotere diversiteit van zorgvormen meer aangepast op de noden van de mensen”.

Een zorgaanbieder verwacht dat het systeem opportuniteiten met zich zal meebrengen voor de gezinszorg. Deze respondent vindt dat de diensten momenteel al inhoudelijk zorg op maat aanbieden, maar dat er meer flexibiliteit mogelijk is op vlak van de tijd waarin de zorg verleend wordt. Zorg is nu gebonden aan de normale kantooruren, omdat de wetgeving niet toelaat om zomaar 's avonds en in het weekend te werken. Dit heeft te maken met de subsidie voor de gezinszorg. Het verlenen van zorg brengt een extra kost met zich mee die weinig gedekt wordt door de overheidsbudgetten. Met het systeem van persoonsvolgende financiering zou hier verandering in kunnen komen. Twee stakeholders wijzen evenwel op de limieten aan de flexibiliteit. Ten eerste kan je niet zomaar verwachten dat het zorgpersoneel zich 7 dagen op 7 beschikbaar houdt voor de dienstverlening aan de zorgvragers. Ten tweede betekent zorg op maat niet dat alle vragen van ouderen beantwoord kunnen worden. Er staat een maatschappelijke kost tegenover de hulpverlening en je moet deze kunnen verantwoorden. Enkel als er vanuit de zorgbehoeften nood is aan een grote flexibiliteit moet er een vergoeding voorzien zijn om deze bijkomende kost op te vangen.

3) Drempels

Het systeem van persoonsvolgende financiering kan voor drempels zorgen bij de zorgbehoevende ouderen. Tijdens de interviews kwamen drie thema's regelmatig terug naar boven. Ten eerste is er de bedenking dat het systeem mogelijk te ingewikkeld is, waardoor een deel van de zorgvragers uit de boot kan vallen. Een zorgaanbieder verwijst hierbij naar hun werking met thuislozen. Zij vrezen dat ze groepen zoals deze niet meer gaan bereiken, waardoor mensen hun rechten gaan mislopen. Het adviesorgaan sluit zich hierbij aan. Zij geven aan dat het zorglandschap versnipperd is, waardoor zorgvragers niet altijd weten bij wie ze terecht kunnen voor wat. Een tweede drempel kan ontstaan uit het spanningsveld tussen de verwachting van de zorgvrager en het beleid. Er is een deel van de bevolking dat geen persoonsvolgende financiering wenst en die met de overstap naar het nieuwe systeem dus geen zorg meer zal vragen. Als laatste wijzen drie stakeholders op het feit dat het systeem van cliënten vraagt dat zij bepaalde competenties hebben. Ze moeten hun noden en doelen kunnen formuleren en ze moeten de capaciteit hebben om met het budget om te gaan, maar dit is niet altijd het geval. Deze bezorgdheid komt ook bij de andere stakeholders naar boven, hetzij minder uitgesproken. Elke respondent erkent de nood aan ondersteuning en advisering van de zorgvragers bij de aanvraag en het beheer van het budget.

4) Ondersteuning

Binnen het systeem van persoonsvolgende financiering moet er voldoende ingezet worden op de ondersteuning van mensen, zodat deze achteraf niet voor voldongen feiten komen te staan. Zeker als het gaat om een cash budget, omdat dit voor zorgvragers vaak te ingewikkeld is. Het adviesorgaan maakt de opmerking dat er een aanspreekpunt nodig is waar ouderen terecht kunnen met al hun vragen. In de sector voor personen met een handicap kunnen mensen beroep doen op een bijstandsorganisatie voor de ondersteuning bij de besteding van het budget. Deze zijn ontstaan omdat er een onderscheid in rechter en partij wordt verwacht. De instantie die de indicatiestelling doet kan niet helpen bij het bepalen wat er met het budget zal gebeuren. Je zou ervoor kunnen kiezen om deze bijstandsorganisaties ook in te voeren in de ouderenzorg. Twee respondenten benadrukken het belang van deze opdeling, maar niet elke respondent is ervan overtuigd dat dit noodzakelijk is:

“Maak gebruik van de knowhow die er is in de voorzieningen of bij diensten en... maar dat is ook soms... teveel het idee van: ge kunt geen rechter en partij zijn, en dan moet ge heel veel partijen creëren om zogenaamd die onafhankelijkheid te creëren. De vraag is dan: zijn alle middelen die je dan inzet wel efficiënt ingezet?” (Ziekenfonds).

Een van de koepelorganisaties en de adviesraad volgt deze redenering. Er zijn momenteel verschillende aanspreekpunten in het zorglandschap die ouderen ondersteunen, zoals ziekenfondsen, het sociaal huis, maar ook de eerstelijnszones. Deze eerstelijnszones zijn een clustering van een aantal gemeenten waarin alle actoren in de zorg gaan samenwerken. Ook deze structuren kunnen de zorgbegeleiding op zich nemen. Beide stakeholders wijzen er ook op dat er voor de bijstandsorganisaties in de gehandicaptenzorg momenteel een bijdrage moet betaald worden. Zij vinden dat de ondersteuning gratis moet zijn voor de budgethouders en vragen dat de overheid voldoende middelen voorziet voor de zorgbegeleiding. Dat er nood is aan extra investering wordt bevestigd door een van de zorgaanbieders. Zij merken op dat de bijstandsorganisaties in de sector voor personen met een handicap momenteel overbevraagd zijn en dat deze dus verder uitgebouwd moeten worden.

Naast de ondersteuning door instanties is er de mogelijkheid om te werken met applicaties. Door middel van informatieverstrekking kunnen deze de oudere op verschillende vlakken ondersteunen in de zorg: bij het beheer van het budget, bij het maken van keuzes, bij de organisatie van hulpverlening en het uitvoeren van de administratie. Een zorgaanbieder haalt aan dat de volgende generatie digitaal is, waardoor deze applicaties in de toekomst een handig hulpmiddel zullen zijn. Voor ouderen die hier niet mee overweg kunnen moet er dan voorzien worden in extra begeleiding.

5) Toegang tot de zorg

Aan de respondenten werd gevraagd of persoonsvolgende financiering een mogelijk effect heeft op de situatie van zorgmijders. Drie stakeholders denken dat het systeem de zorgmijders er niet toe zal aanzetten om hulp te aanvaarden, ook niet als de zorg gemeden wordt omwille van financiële redenen. Een ziekenfonds vraagt zich af of de budgetten wel toereikend genoeg zullen zijn om deze mensen te overtuigen, omdat dit in de gehandicaptenzorg niet altijd het geval is. De Dienst Maatschappelijk werk wijst er op dat het inkopen van zorg nog steeds een kost met zich mee zal brengen voor de zorgvrager. De vereniging voor gebruikers en mantelzorgers stelt dat er andere methoden zijn om zorgmijders te betrekken en schuift het concept van aanklampende zorg voorop:

“Er is te weinig druk vanuit de professionals om mensen duidelijk te maken waar ze eigenlijk recht op hebben. En hen op een manier waarop dat mensen het verstaan duidelijk te maken waar ze beroep op kunnen doen. En hen ook dingen te laten zien, hoe ze vandaag leven en hen te confronteren met hoe ze zouden kunnen leven. Zonder hen dat op te dringen. [...] Ge gaat altijd een groep hebben die zegt: ‘ik moet het niet hebben’. En daar kunt ge niks tegen doen. En daar gaat ook een PVF niks tegen kunnen doen. Maar wel die aanklampende zorg” (vereniging voor gebruikers en mantelzorgers).

Naast de aanklampende zorg spelen de eerstelijnszones een belangrijke rol, omdat zij moeten zorgen voor een breed geïntegreerd onthaal. Door de samenwerking tussen de verschillende actoren in een bepaalde regio kunnen zorgbehoevenden beter gedetecteerd worden en kunnen hulpverleners binnen deze zone gericht doorverwijzen naar de gepaste hulp. Het netwerk moet er op deze manier voor zorgen dat niemand uit de boot valt.

4.2.6 Gevolgen voor zorgaanbieders

Naast de gevolgen voor de zorgvragers heeft de overstap naar persoonsvolgende financiering ook gevolgen voor de zorgaanbieders. Een eerste belangrijk gevolg is de onzekerheid over de financiering van de organisaties. De Dienst Maatschappelijk Werk verwijst naar de gehandicaptenzorg, waar kleine organisaties zijn verdwenen omdat ze hun werking niet meer konden betalen. De vereniging voor gebruikers en mantelzorgers sluit hierop aan door te zeggen dat ook in Nederland voorzieningen over

kop zijn gegaan. Zij stellen dat de voorzieningen met grote vraagtekens zitten: gaan ze voldoende vraag krijgen en gaat de financiering voldoende zijn? Een zorgaanbieder wijst er op dat de vraag nooit constant is, waardoor de financiering via het systeem variabel zal zijn.

“Als je het grondgebied van Antwerpen bekijkt dan heb je heel duidelijk zones waar dat mensen ouder zijn [...] Als jij nu toevallig uw grondgebied in die regio hebt, dan ga je daar heel veel aanvragen van krijgen. Maar vanaf het moment dat die mensen allemaal de leeftijd van een woonzorgcentrum beginnen te bereiken, ga je zien dat je regio vernieuwt, jonger wordt, en daar geen vragen van komen en uw vraag gaat dalen zonder dat je daar eigenlijk iets aan kunt doen” (zorgaanbieder).

De situatie is niet alleen onzeker voor de organisatie zelf, maar ook voor het personeel dat het tewerk stelt. In het huidige systeem is hun tewerkstellingssituatie relatief stabiel, omdat de financiering stabiel verloopt. Als daar met persoonsvolgende financiering verandering in komt hebben zij niet langer de zekerheid dat ze bij hun werkgever aan de slag kunnen blijven. De zorgaanbieder hoopt dat de voorzieningen de mogelijkheid krijgen om zich voldoende voor te bereiden op de overgang en dat de overheid een buffer voorziet om de schommelingen in de vraag op te vangen. De adviesraad wijst er op dat deze onzekerheid rond de financiering ook negatieve gevolgen kan hebben voor de cliënten. Er bestaat het risico dat voorzieningen zich gaan richten naar ouderen met een gunstig profiel, naar de mensen die voor hen het meeste opbrengen. Samen met drie andere respondenten pleiten zij voor incentives vanuit de overheid, die ervoor zorgen dat de voorzieningen ook naar de meest kwetsbare profielen gaan. Een koepelorganisatie stelt dat dit noodzakelijk is, omdat het werken met kwetsbare personen zorgt voor extra nood aan vorming, overleg en tijdsinvestering.

Een tweede mogelijke gevolg voor de voorziening is de omslag naar vraaggestuurd werken, waarbij de regie over de zorg in handen van de cliënt komt te liggen. Drie respondenten wijzen er op dat veel organisaties nu al bezig zijn om hun werking vraaggestuurd te maken. De Dienst Maatschappelijk Werk en een koepelorganisatie denken dat persoonsvolgende financiering deze evolutie zal versterken, maar zijn het er over eens dat het systeem niet noodzakelijk is voor vraaggestuurde zorg. Een van de ziekenfondsen volgt dezelfde redenering:

“Het is niet echt meer vraaggestuurd, met of zonder PVF denk ik [...] Nee, het vraaggestuurde zit daar van: hoe ga ik (als zorgaanbieder) om met de zorgvraag, hoe zal ik inspelen op die zorgnood. Blijf ik bij een standaardpakket, of kan ik effectief de vraag verfijnen, verhelderen, en tegemoet komen aan?” (Ziekenfonds).

Twee respondenten hebben bedenkingen rond het thema van vraaggestuurde zorg. Ten eerste vindt een zorgaanbieder dat er veel inspanningen gedaan worden om de vraag van de cliënt een antwoord te bieden. Toch blijft het moeilijk om volledig vraaggestuurd te werken omdat er nog taboes bestaan in de zorg, bijvoorbeeld rond het levenseinde. Een tweede bedenking komt van de adviesraad. Zij vinden dat er veel te weinig effectieve acties en maatregelen terug te vinden zijn in het beleid. Het concept vraaggestuurde zorg staat in elke nota, maar de manier waarop inspraak en competenties versterkt kunnen worden blijft achterwege.

4.2.7 Mantelzorg

De druk op de schouders van mantelzorgers is op dit moment vaak zeer groot. Een respondent beschrijft de huidige situatie waarbij mantelzorg wordt opgenomen door de sandwich-generatie. Dit zijn mensen die zowel de zorg voor hun ouders opnemen alsook de zorg voor de (klein)kinderen. Zij hebben nood aan extra hulp van burens en vrijwilligers, omdat het anders niet haalbaar blijft. De

adviesraad vult dit aan door te wijzen op het feit dat het evenwicht tussen werk, gezin en mantelzorg niet altijd even gemakkelijk is. De vraag is welk effect persoonsvolgende financiering kan hebben op hun situatie. Voor een van de zorgaanbieders kan het systeem een verlichting betekenen voor de draaglast, als het budget op gebruikt wordt om alle behoeften te beantwoorden op een correcte manier. Een koepelorganisatie sluit zich hierbij aan, omdat met het budget mogelijk gemakkelijker de weg kan gevonden worden naar professionele zorg. Hierdoor valt de last niet langer enkel op de schouders van de mantelzorger en zal deze zich meer gesteund voelen. Een ziekenfonds plaatst hierbij wel een kanttekenening. Zij denken dat deze verlichting enkel kan plaatsvinden als er meer budget beschikbaar is. Als het budget hetzelfde blijft zal er weinig veranderen.

De stakeholders zien vooral valkuilen in het systeem, waardoor de draaglast van mantelzorgers mogelijk zal toenemen. Twee ziekenfondsen wijzen op de zware administratieve last, die vaak volledig op de schouders van de mantelzorger terecht zal komen. Daarnaast wijst een zorgaanbieder op het risico dat mantelzorgers alle zorg op zich gaan nemen, als het budget hiervoor kan besteed worden. Voor drie stakeholders is het belangrijk dat er bij het plannen van de zorg een balans gevonden wordt tussen de draaglast en de draagkracht van de mantelzorger. Bovendien moet elke mantelzorger ondersteund worden. Dit kan op verschillende manieren. Een koepelorganisatie benadrukt dat de ondersteuning meer is dan enkel financieel. De mantelzorger moet ergens terecht kunnen en er moet respijtzorg zijn. Daarnaast moet er voldoende aandacht zijn van de voorzieningen voor de noden van de persoon. Een van de ziekenfondsen sluit zich hierbij aan, maar vraagt ook dat de overheid voldoende randvoorwaarden creëert zodat mensen in staat zijn de zorg op te nemen. Als laatste moet er voor het adviesorgaan een gezonde mix zijn tussen professionele zorg en mantelzorg.

4.2.8 Vergrijzing

Over het effect op de problematiek van de vergrijzing en de toenemende druk op de zorg zijn de meningen verdeeld. Een van de koepelorganisaties stelt dat verlichting in de druk op de zorg mogelijk is indien het een goed systeem is waarbij er ook voldoende personeel gefinancierd wordt. De ongelijke financiering tussen de ROB- en RVT-bedden moet hiervoor verdwijnen. Vier andere stakeholders benadrukken het belang van het budgettaire beleid boven het effect van persoonsvolgende financiering. Voor de vereniging voor gebruikers en mantelzorgers moet de overheid eerst berekenen hoe groot het budget moet zijn om te zorgen dat de nieuwe noden die voortkomen uit de vergrijzing ingevuld worden. De andere koepelorganisatie en de Dienst Maatschappelijk Werk stellen dat het budget zal moeten groeien, omdat de nood aan zorg zal groeien. Een zorgaanbieder sluit zich hierbij aan en wijst op het feit dat de vergrijzing een maatschappelijk probleem is, waarbij men de vraag moet stellen: Hoeveel geld wil ik in het aanbod steken?

“Alles start met een budget, en maatschappelijke keuze van een budget. En als jij nu met of zonder PVF, als men organisatiegebonden zegt: ‘ik heb een beperkt budget’ of men in PVF zegt: ‘ik heb een beperkt budget’. Dan ga jij je beperkt budget misschien op een andere manier verdelen, maar het blijft wel een beperkt budget hè. Dus als die vergrijzing verder gaat, gaat dat budget moeten groeien hè. Is het nu onder A of onder B denk ik dan” (koepelorganisatie).

Een ziekenfonds verwacht dat de druk op de zorg door persoonsvolgende financiering juist zal toenemen. Zij zien een beleidsgerichte verschuiving naar de thuiszorg, waardoor de druk toeneemt. Vaak wordt hulp uitgesteld omwille van financiële redenen. Als er dan in de thuiszorg een systeem komt dat vanuit het beleid gepromoot wordt en waar veel ruchtbaarheid rond is, dan zal de vraag naar hulp mogelijk toenemen.

4.2.9 Lessen uit de gehandicaptenzorg

Omdat persoonsvolgende financiering al sinds 2017 een realiteit is binnen de gehandicaptenzorg, vindt het grootste deel van de respondenten het belangrijk dat het beleid daar lessen uit trekt vooraleer het systeem te implementeren in de ouderenzorg. Het adviesorgaan vindt dat het in theorie een mooi systeem is, maar dat dit niet altijd het geval is in de praktijk. Een ziekenfonds sluit zich hierbij aan en stelt dat het systeem een verbetering moet zijn van de situatie, maar dat dit niet zo is in de sector voor personen met een handicap. Tijdens de interviews werden er verschillende nadelen en verbeterpunten aangehaald.

1) Het systeem is te complex

Twee respondenten geven aan dat het systeem in de gehandicaptenzorg te complex is. Al vanaf de aanvraag is dit merkbaar: Het is de bedoeling dat de zorgvragers zelf een ondersteuningsplan kunnen opmaken en de aanvraag indienen. Volgens verschillende respondenten gebeurt dit in realiteit zelden en wordt de aanvraag meestal geweigerd door het VAPH. Momenteel zijn er experimenten en werkgroepen op poten gezet om na te gaan hoe mensen geholpen kunnen worden bij hun aanvraag. Door de complexiteit van het systeem komt ook het belang van informatie in de verf te staan. De Dienst Maatschappelijk Werk wijst er op dat kwetsbare personen met een handicap vaak moeilijkheden hebben om de nodige stappen te zetten. Ten eerste weten ze niet hoe het systeem werkt en ten tweede weten ze niet hoe ze het budget moeten beheren en welke organisaties ze daarvoor kunnen aanspreken. Bovendien hebben ook de zorgaanbieders niet altijd de informatie die ze nodig hebben. Tijdens het interview haalt een van hen aan dat zij niet betrokken werden in de voorbereiding en de verandering in de gehandicaptenzorg. Zij werden er pas mee geconfronteerd toen een cliënt contact met hen opnam om te vragen wat deze met het budget moest doen.

2) Begeleiding van budgethouders

Een van de grote pijnpunten van persoonsvolgende financiering in de gehandicaptenzorg is het tekort aan ondersteuning. De zorgaanbieder die opgebeld werd door de cliënt moest zelf op zoek gaan naar welke organisaties er instonden voor de begeleiding. Zij kwamen terecht bij de bijstandsorganisaties, die compleet overbevraagd bleken te zijn. Een van de ziekenfondsen bevestigt dit en wijst er op dat er te weinig in ondersteuning is voorzien. Zij zien twee mogelijkheden om het probleem aan te pakken: (1) de overheid investeert extra in deze bijstandsorganisaties of (2) de bestaande diensten kunnen ondersteund worden om deze begeleiding op zich te nemen. Een tweede pijnpunt is dat er betaald moet worden voor de begeleiding van de bijstandsorganisaties. Twee respondenten geven aan dat dit gratis zou moeten zijn, zodat het budget dat bedoeld is voor zorg ook volledig naar zorg kan gaan.

3) Het budget

Het budget volledig aan zorg besteden is volgens een ziekenfonds op dit moment niet mogelijk in de gehandicaptensector. Er wordt aan het budget geknibbel door verschillende actoren. Het zijn niet alleen de bijstandsorganisaties die een deeltje vragen, maar ook de voorzieningen gaan bepaalde zaken apart aanrekenen die vroeger mee in het zorgpakket zaten. De adviesraad bevestigt dit:

“Nu hebben ze zagezegd gezegd van: dit is uw basiszorg, echt pure zorgt zeg maar dan, wassen en aankleden en eten geven, en al de rest, dingen aanleren, extra gesprekken hebben met die mensen, dat wordt allemaal aangerekend om budget te krijgen [...] En ik denk dat als dat allemaal zo opgedeeld gaat worden, dat je met uw budget voor elk stukje apart gaat moeten betalen, wat gaat op den duur uw basiszorg nog zijn?” (Adviesraad).

Vier respondenten wijzen er op dat er bovendien te weinig budget is om iedereen te helpen. Een van de aanbieders vindt dat het idee achter het systeem goed is, maar zegt dat het systeem niet optimaal functioneert door een tekort aan middelen. Daarnaast haalt een ziekenfonds aan dat de wachtlijsten zijn verschoven: personen met een handicap moeten niet langer wachten op een plaats in een instelling, maar voor hun budget. Een ander ziekenfonds wijst er op dat deze wachtlijsten in combinatie met de complexe toeleidingsprocedure ervoor zorgen dat de hulpverlening pas heel laat kan worden opgestart. Sommige mensen zijn geholpen met rechtstreeks toegankelijke hulp of reguliere hulp, maar voor anderen is dit onvoldoende en duurt de periode tussen de aanvraag en de effectieve toekenning van het budget veel te lang.

4.2.10 Aanbevelingen en aandachtspunten

Tijdens de interviews gaven de respondenten verschillende aandachtspunten en aanbevelingen voor de persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg. Ten eerste vraagt meer dan de helft van de stakeholders dat de overheid een eenvoudig systeem uitwerkt. Twee van hen stelt dat ouderen het nu al ingewikkeld vinden en vinden dat dit niet mag escaleren. Een ziekenfonds haalt aan dat hoe ingewikkelder het systeem is, hoe meer angsten je gaat creëren bij de zorgvragers. Voor twee stakeholders kan het werken met vouchers een oplossing zijn, omdat het de administratieve last voor de zorgvrager beperkt. Het tweede aandachtspunt is het belang van informatie. Vier respondenten benadrukken dat ouderen vaak zelf niet weten wat er bestaat aan voorzieningen en ondersteuning. Bij persoonsvolgende financiering moeten mensen zelf meer zaken gaan uitzoeken en hun weg vinden. Hiervoor moeten ze een geïnformeerde keuze kunnen maken:

“We gaan heel veel tijd moeten steken in een soort “health literacy”, in ze weg wijs maken in alles wat er bestaat. En degene die het daar moeilijk mee hebben, ik denk bijvoorbeeld aan allochtone bevolking en andere preciaire doelgroepen binnen de samenleving die dat ouder worden, we gaan moeten zien dat we die niet verliezen” (Ziekenfonds).

Naast het informeren van ouderen kan een automatisering van de rechtentoekenning ervoor zorgen dat de slechtst geïnformeerden ook worden meegenomen. Een zorgaanbieder ziet een bijkomend voordeel: door automatische toekenning kan de hulp sneller opgestart worden, omdat er niet telkens een langdurige inschaling aan vooraf moet gaan.

Een derde aandachtspunt is de nood aan multidisciplinaire samenwerking. Voor een zorgaanbieder is dit een voorwaarde om het systeem te doen slagen. De vereniging voor gebruikers en mantelzorgers sluit zich hierbij aan, omdat integraal samenwerken zorgt voor kwaliteit en het sluitend opvangen van de noden. Een koepelorganisatie stelt dat zorgverleners op elkaar moeten afgestemd zijn en verder moeten kijken dan hun eigen takenpakket, om een zorgcontinuüm te garanderen. Een ziekenfonds wijst er op dat multidisciplinair werken op dit moment moeilijk is, omdat gegevensdeling niet is toegestaan:

“Maar gegevensdeling van dat zelfde instrument, dat is waar het nu bijvoorbeeld heel hard tegen aan botst [...] Wat ben je er mee als je als dienst voor gezinszorg een BelRAI gaat afnemen, maar woonzorgcentrum niet kan zien hoe dat de evolutie was bijvoorbeeld? En juist hetzelfde werk opnieuw moeten gaan doen” (ziekenfonds).

Een van de gevolgen van persoonsvolgende financiering is dat er onzekerheid ontstaat bij cliënten. Een ziekenfonds geeft aan dat het belangrijk is om te luisteren naar de bezorgdheden van mensen bij het

uittekenen van het systeem. De gebruikers moeten mee zijn van bij het begin van de ontwikkeling. Drie andere stakeholders benadrukken dat de overheid ook de organisaties moet betrekken. Zij geven hiervoor elk een reden: (1) organisaties hebben kennis van de praktijk en kunnen inschatten of het systeem haalbaar is, (2) door organisaties te betrekken kunnen ze zich beter voorbereiden voor de transitie en behouden ze een stuk zekerheid en (3) organisaties moeten in staat zijn op een correcte manier terug te koppelen naar de cliënten.

Als laatste werden de respondenten ook bevraagd over de manier waarop het systeem kan ingevoerd worden. Een van de ziekenfondsen geeft aan dat het op een doordachte manier moet verlopen. Bij de gehandicaptenzorg diende de overheid achteraf nog veel wijzigingen door te voeren, waardoor je volgens de adviesraad meer angsten gaat creëren. Een van de aanbieders benadrukt dat de overheid de tijd moet nemen om er over na te denken en om zoveel mogelijk te onderzoeken wat de consequenties zijn. De vereniging voor gebruikers en mantelzorgers stelt voor om aan monitoring te doen op Vlaams niveau, waarbij jaarlijks bekeken wordt welke de gevolgen zijn van de beslissingen die de overheid neemt. Een laatste bedenking van verschillende stakeholders is dat er momenteel al heel wat lopende is richting persoonsvolgende financiering, maar dat er nog veel vraagtekens zijn. Met de regionale verkiezingen in 2019 is het afwachten wat de volgende Vlaamse regering hieromtrent zal beslissen.

5 DISCUSSIE

In Vlaanderen zal de persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg naar alle waarschijnlijkheid de vorm krijgen van een vouchersysteem, waarbij de oudere een zorgticket heeft dat hij kan inruilen bij de door hem gekozen voorziening. In het buitenland zien we dat er vooral met cash budgetten wordt gewerkt. Het werken met cash heeft verschillende nadelen: (1) moeilijkheden bij het beheer door de complexiteit, (2) zware administratieve last, (3) foutieve besteding en (4) moeilijkheden bij het inhuren van een persoonlijke assistent. Binnen het vouchersysteem zullen deze nadelen beperkter voorkomen en mogelijk zelfs verdwijnen. De oudere heeft met het zorgticket wel de keuzevrijheid, maar niet de zware administratieve last, het risico op foutieve besteding en de complexiteit van het beheer. Langs de andere kant loopt het vouchersysteem de voordelen van het cash budget mis. In het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk zien we dat het beheer van een budget leidt tot de versterking van de competenties en het zelfvertrouwen van de zorgvrager. Dit effect zal mogelijk zwakker zijn met het zorgticket. Daarnaast is het inhuren van persoonlijke assistentie wellicht niet mogelijk, waardoor het voordeel van de een-op-een relatie met de verzorgende wegvalt. Bovendien zijn de moeilijkheden tot besteding minder uitgebreid bij vouchers in vergelijking met cash. De stakeholders in Vlaanderen zijn voorstander van het inkopen van zorg bij erkende zorgaanbieders, omdat er op die manier meer garantie is op de kwaliteit van de zorg. Dit is vergelijkbaar met de situatie in Nederland, waarbij de zorgvragers het budget enkel kunnen besteden aan zorgvormen die onder de WMO of WLZ vallen. Deze keuze heeft enkele consequenties. Ten eerste is er mogelijk minder onzekerheid over de diensten die de zorgvrager kan inkopen, omdat het onderscheid tussen de diensten duidelijk gesteld wordt. Toch zien we in Nederland dat het moeilijk blijft voor zorgvragers om te weten waarvoor het budget bedoeld is. Daarnaast zorgt de beperking tot erkende diensten er voor dat het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen moeilijker is. Nieuwe initiatieven moeten eerst erkend worden vooraleer ze financiering kunnen ontvangen binnen het systeem. Ten derde zien we in Frankrijk dat budgethouders het moeilijk hadden om gepaste hulp te vinden bij het inhuren van persoonlijke assistentie. Dit probleem werd minder ervaren door budgethouders die hun huishulp kregen via een dienstenbedrijf. Door de beperking tot erkende diensten kan Vlaanderen deze moeilijkheid omzeilen.

In de vier buurlanden kan het budget gebruikt worden om aan mantelzorg een vergoeding toe te kennen. Dit zorgt voor een erkenning van de mantelzorger en een compensatie voor loonverlies. De vraag is of dit in het systeem van persoonsvolgende financiering thuishoort. Er bestaan momenteel in Vlaanderen tegemoetkomingen om hun onkosten op te vangen. Daarnaast is het volgens de stakeholders aan de overheid om voldoende randvoorwaarden te voorzien om de mantelzorger in staat te stellen de zorg op te nemen zonder het verlies van rechten of het volledige loon. Op deze manier worden de negatieve gevolgen voor de mantelzorg die we in het buitenland zien voor een stuk vermeden. Er zal geen substitutie zijn van vrijwillige mantelzorg naar betaalde zorg en de relatie tussen de zorgvrager en de verzorgende komt niet verder onder druk te staan.

Op vlak van keuzevrijheid zien we in de buurlanden zowel positieve als negatieve effecten. Onderzoek in Nederland en het Verenigd Koninkrijk toont aan dat zorgvragers meer keuzes kunnen maken over de vorm van de zorg, de aanbieder en moment waarop ze zorg krijgen. De respondenten in Vlaanderen verwachten dat persoonsvolgende financiering inderdaad een hefboom kan zijn tot meer keuzevrijheid, zolang de randvoorwaarden vervuld zijn. Langs de andere kant kan persoonsvolgende financiering de keuzevrijheid gaan beperken. In het Verenigd Koninkrijk merken onderzoekers op dat het aanbod kan verminderen door de onzekere financiering van de voorzieningen. Dit risico werd ook door de Vlaamse respondenten opgemerkt. Daarnaast werd in het buitenland ook gewaarschuwd voor het risico dat ouderen gedwongen worden om te kiezen voor een budget. Doordat het in Vlaanderen zou gaan om een vouchersysteem is dit risico kleiner, maar nog steeds bestaande. Mantelzorgers en

gebruikers hebben soms verschillende belangen. Door het centraal te stellen en het versterken van de gebruiker en het voorzien in voldoende begeleiding kunnen organisaties dit risico opvangen. Een trend die samenhangt met keuzevrijheid is de realisatie van zorg op maat voor de ouderen. Onderzoek in alle buurlanden toont dat persoonsvolgende financiering deze trend versterkt. De respondenten in Vlaanderen verwachten dat het systeem inderdaad een hefboom kan zijn, maar dat het meer afhangt van de manier waarop diensten zich organiseren. Deze omslag is volgens hen nu al ingezet zonder de persoonsvolgende financiering. In de gezinszorg brengt het systeem wel een opportuniteit met zich mee, omdat het zorgt voor flexibiliteit in de uren waarop voorzieningen zorg kunnen leveren.

In het buitenland rapporteren de onderzoeken positieve effecten op het aanbod: er ontstaan nieuwe zorgvormen, het aanbod verbetert zich en organisaties werken meer vraaggestuurd. In Vlaanderen geven respondenten aan dat de verandering naar vraaggestuurde zorg al ingezet is. Persoonsvolgende financiering is niet noodzakelijk, maar kan deze evolutie wel versterken. Vraaggestuurde zorg heeft meer te maken met de manier waarop aanbieders met de zorgvraag omgaan. Daarnaast is het voor deze aanbieders niet altijd gemakkelijk om volledig vraaggestuurd te werken, omdat er nog heel wat taboes zijn. Een voorbeeld hiervan is het levenseinde, waarbij de wens om thuis te overlijden weinig wordt uitgesproken.

Zowel in het buitenland als in Vlaanderen zijn er voor het systeem verschillende aandachtspunten. Ten eerste zijn er verschillende drempels voor de zorgvragers. In de buurlanden zien we dat vooral de administratieve last en de complexiteit de zorgvragers afschrikken om het budget aan te vragen. In Vlaanderen zal dit minder voorkomen, indien er met een vouchersysteem gewerkt wordt. Toch is er nog steeds het risico dat het systeem te ingewikkeld is, waardoor mensen rechten gaan mislopen. Daarnaast benadrukt het onderzoek in het buitenland dat zowel organisaties als zorgvragers zelf twijfelen over de competenties om met het budget om te gaan. Ook in Vlaanderen is dit een bezorgdheid: het systeem vraagt dat ouderen hun eigen noden en doelen kunnen formuleren en dat ze de capaciteit hebben om het budget te beheren. Dit is niet altijd het geval, waardoor er moet voorzien worden in voldoende ondersteuning. Onderzoek in het buitenland bevestigt eveneens deze nood aan ondersteuning. Het tweede aandachtspunt is het belang van informatie. Een gebrek hieraan zorgt er voor dat de lasten voor de zorgvragers verzwaren. Het informeren van de zorgvrager kan ertoe leiden dat zijn angsten en bezorgdheden verminderen. Dit belang wordt zowel in Vlaanderen als in het buitenland benadrukt. Ten derde moet het budget toereikend zijn. In alle buurlanden geven budgethouders aan dat het budget in bepaalde gevallen onvoldoende is. In Vlaanderen stellen enkele respondenten de vraag of dit in Vlaanderen ook zo zal zijn.

6 CONCLUSIE

Met de staatshervorming van 2014 is het mogelijk om het systeem van persoonsvolgende financiering in te voeren binnen de ouderenzorg. Het doel van deze masterproef was het onderzoeken van de mogelijke impact van deze verandering. Hierbij werd er gekeken naar de systemen in het buitenland en de verwachtingen bij de stakeholders in Vlaanderen, om een antwoord te kunnen formuleren op de vraag: Wat zijn de mogelijke gevolgen van persoonsvolgende financiering op de realisatie van zorg op maat, de autonomie van ouderen en de toegang tot de ouderenzorg?

Een belangrijk verschil tussen Vlaanderen en het buitenland is dat het systeem bij ons de vorm zal krijgen van een vouchersysteem. Hierdoor zullen de nadelige gevolgen van het werken met cash beperkter voorkomen dan in het buitenland. De oudere heeft met het zorgticket wel de keuzevrijheid, maar niet de zware administratieve last, het risico op foutieve besteding en de complexiteit van het beheer. Daartegenover staat dat de positieve effecten zoals de versterking van competenties en het tewerkstellen van persoonlijke assistentie verminderen. Ook zijn de mogelijkheden tot besteding minder uitgebreid bij vouchers in vergelijking met cash. In Vlaanderen wordt er gekozen voor erkende aanbieders. Dit heeft als gevolg dat het makkelijker is om het de zorg in te kopen en dat mensen minder onzeker zijn over de juiste besteding van het budget. Hoewel het in alle buurlanden mogelijk is om met het budget de mantelzorger te vergoeden, zal dit in Vlaanderen geen doelstelling zijn van het systeem. Er bestaan momenteel tegemoetkomingen waarmee de oudere de onkosten van zijn mantelzorger kan compenseren. Daarnaast is het creëren van randvoorwaarden om mantelzorg mogelijk te maken belangrijker dan het voorzien in een verloning.

Op vlak van keuzevrijheid en zorg op maat zien we vooral dat persoonsvolgende financiering deze evoluties zal versterken, maar dat het systeem niet noodzakelijk is voor de realisatie ervan. Momenteel kunnen zorgvragers al veel keuzes zelf maken, maar met de nieuwe manier van financiering moet er nog meer rekening gehouden worden met hun wensen en doelstellingen. Hierbij moeten een aantal randvoorwaarden vervuld zijn, zoals voldoende budget, ondersteuning en transparantie van het aanbod. Het systeem draagt wel het risico met zich mee dat de keuzevrijheid beperkt wordt, doordat er voorzieningen uit het aanbod wegvallen omwille van de onzekere financiering. Voor de realisatie van zorg op maat kan het systeem een hefboom zijn, maar veel hangt af van de manier waarop diensten zich organiseren. De zorg zal wel meer op maat zijn inzake de uren waarbinnen de dienstverlening mogelijk is, door de grotere flexibiliteit die persoonsvolgende financiering met zich meebrengt. Samenhangend is er een positief effect op de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg. Sommige organisaties hebben hun werking hier al op afgestemd, maar veel zorg is nog aanbodgestuurd. De verandering naar persoonsvolgende financiering zal deze organisaties meer onder druk zetten om vraaggestuurd te gaan werken.

Bij het effect op de toegang tot de zorg zien we dat er een aantal drempels zijn. Het systeem is mogelijk te complex, waardoor mensen rechten gaan mislopen. Zorgvragers moeten de capaciteiten hebben om met het budget om te gaan, wat niet altijd vanzelfsprekend is. Het is belangrijk dat de overheid voldoende ondersteuning voorziet om deze drempels te verlagen. Bij zorgmijders verwachten we weinig verandering. Er zal steeds een groep mensen zijn die geen zorg wensen. Het bestaan van een budget kan hen eventueel overtuigen, de vraag is of het budget groot genoeg zal zijn om de zorgkost te dekken. Het uitwerken van de eerstelijnszones en het realiseren van aanklappende zorg spelen mogelijk een belangrijkere rol.

We kunnen concluderen dat persoonsvolgende financiering vooral een hefboom zal zijn voor de realisatie van zorg op maat en het versterken van de autonomie van zorgvragers. Om dit te bereiken moeten ouderen voldoende ondersteund worden en moet er verschillende randvoorwaarden vervuld

zijn. In het beleid moeten bovendien concrete maatregelen opgenomen worden om de mogelijke drempels te verlagen en de toegang tot de zorg te garanderen. Als laatste moeten de bestaande initiatieven op vlak van vraaggestuurde zorg en multidisciplinair samenwerken aangemoedigd en uitgebreid worden.

6.1 Beleidsaanbevelingen

De bevraging van de stakeholders leverde verschillende beleidsaanbevelingen op. Ten eerste mag de persoonsvolgende financiering in de gehandicaptenzorg niet zomaar overgezet worden naar de ouderenzorg. De belangrijkste reden hiervoor is dat de sectoren een verschillende evolutie hebben gekend, met als gevolg dat de motivatie voor het invoeren van persoonsvolgende financiering verschilt. Daarnaast is het systeem mogelijk te complex. De stakeholders vragen om een eenvoudig systeem uit te werken, zodat de verschillende nadelen uit de buitenlandse systemen zoals angst, moeilijkheden bij het beheer en administratie op deze manier opgevangen worden. Bovendien moet het systeem voldoende flexibel zijn om de snel veranderende zorgnoden van ouderen op te vangen. Ongeacht de vorm van het systeem is het belangrijk dat ouderen geïnformeerd en ondersteund worden. De overheid moet voldoende investeren in begeleiding, zodat elke oudere zo snel mogelijk een antwoord kan vinden op zijn zorgvraag. Daarnaast kan de automatisering van rechtentoekenning er voor zorgen dat de slechtst geïnformeerden ook worden meegenomen. Een aanbeveling die hierbij aansluit is het luisteren naar de bezorgdheden van zorgvragers, omdat dit een stukje de onzekerheid kan wegnemen. Het betrekken van organisaties is eveneens belangrijk. Zij kunnen een waardevolle bijdrage leveren bij de uitwerking van persoonsvolgende financiering, omdat zij kennis hebben van de praktijk en kunnen inschatten of het systeem haalbaar is. Als laatste moet de invoering van persoonsvolgende financiering op een doordachte manier verlopen. Indien er veel wijzigingen zijn na de implementatie, zal dit meer angst gaan creëren. Het is belangrijk dat de overheid de tijd neemt om alles te bestuderen en de mogelijke consequenties van het beleid te onderzoeken.

6.2 Beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek

Het onderzoek verliep in twee delen: het literatuuronderzoek naar de systemen in het buitenland en de bevraging van stakeholders in Vlaanderen. Deze methode leverde veel relevante informatie op over de problemen van de bestaande systemen in de buurlanden en de verwachtingen in Vlaanderen. Daartegenover staat dat de studie enkele beperkingen heeft. Bij de bevraging van de stakeholders hebben 10 van de 20 geselecteerde organisaties niet deelgenomen aan het onderzoek omwille van een te grote werklast of non-respons. Hierdoor is het beleidsniveau niet vertegenwoordigd in de bevraging. In verder onderzoek zou het een meerwaarde zijn moest het beleidsniveau bevraagd worden naar hun visies en verwachtingen omtrent persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg. Hierdoor kan er een meer gedetailleerd beeld gevormd worden over het toekomstig beleid. Tijdens de interviews merkten de respondenten nog andere beperkingen op. Voor twee stakeholders was het moeilijk om de volledige organisatie te vertegenwoordigen. Zij hebben hun antwoorden geformuleerd aan de hand van eigen ervaringen en hetgeen zij waar hebben genomen in de gehandicaptenzorg. Daarnaast gaven enkele stakeholders aan dat het moeilijk is om te spreken over het effect van een systeem dat nog geen realiteit is in Vlaanderen. Voor verder onderzoek is het belangrijk om de standpuntennota's van de actoren binnen de ouderenzorg omtrent het decreet Vlaamse Sociale Bescherming af te wachten. Dit decreet werd goedgekeurd op 2 mei 2018 en legt de belangrijkste krachtlijnen voor het toekomstig ouderenbeleid vast.

7 BIBLIOGRAFIE

- Agentschap Zorg & Gezondheid. (n.d.). Tegemoetkoming Vlaamse zorgverzekering. Retrieved from <http://www.vlaamsezorgverzekering.be/nl/tegemoetkomingen/vlaamse-zorgverzekering>
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). *Meting van kwaliteit van leven in Vlaamse woonzorgcentra*. Brussel. Retrieved from https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Kwaliteit_van_leven-sectorrapport_2016_19122017.pdf
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (n.d.-a). Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. Retrieved March 27, 2018, from <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (n.d.-b). Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Retrieved March 27, 2018, from <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-zwaar-zorgbehoevenden>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2016a). Residentiële ouderenzorg. Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/ouderenzorg>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2016b). Thuiszorg. Retrieved June 18, 2015, from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/thuiszorg/>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). Vlaamse Sociale Bescherming. Retrieved from <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/>
- Alakeson, V. (2010). International development in self-directed care. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 78(February), 1–11. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20232527>
- Arksey, H., & Baxter, K. (2012). Exploring the Temporal Aspects of Direct Payments. *British Journal of Social Work*, 42, 147–164. <http://doi.org/10.1093/bjsw/bcr039>
- Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Steffes, S., & Widmaier, S. (2007). The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options.
- Beurskes, S. (2007). Naar autonomie en participatie voor mensen met een chronische ziekte: de rol van de professional. *Nederlands Tijdschrift Voor Evidence Based Practice*, 5(5), 133–136.
- Breda, J., & Gevers, H. (2011). *Het experiment Persoonsgebonden Budget: Eindverslag van de wetenschappelijke evaluatie*. Antwerpen.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (n.d.). Persönliches Budget. Retrieved March 16, 2018, from http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Finanz_Leistungen/Pers_Budget/pers_budget_node.html
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2010). Personal budget. Retrieved March 14, 2018, from <http://www.bmas.de/EN/Our-Topics/Participation-of-Persons-with-Disabilities/personal-budget.html>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2018). *Das Persönliche Budget*. Bonn. Retrieved from http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a722-pers-budget-normalesprache.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Bundesministerium für Gesundheit. Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) (1994). Duitsland. Retrieved from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/SGB_11.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). Pflegeversicherung. Retrieved January 11, 2018, from

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeversicherung.html#c9930>
- CAK. (n.d.). Met welke gegevens bepaalt het CAK de eigen bijdrage? Retrieved December 13, 2017, from <https://www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-van-de-eigen-bijdrage-wlz/gegevens-eigen-bijdrage-wlz>
- Centre for Independent Living Dublin. (2017). History. Retrieved from <http://www.dublincil.org/history.asp>
- Centrum Indicatiestelling Zorg. (2017). Uw aanvraag in vier stappen. Retrieved December 12, 2017, from <https://www.ciz.nl/client/client-meer-informatie/uw-aanvraag-in-vier-stappen>
- Charafeddine, R., & Demarest, S. (2015). *Fysieke en sociale omgeving. Gezondheidsenquête 2013*. Brussel. Retrieved from https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde_documenten/IC_NL_2013.pdf
- Chevreur, K., & Berg Brigham, K. (2013). Financing long-term care for frail elderly in France: The ghost reform. *Health Policy*, 111, 213–220. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.013>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Parijs: OECD Publishing. <http://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Community Care (Direct Payments) Act 1996 (1996). Retrieved from http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1996/30/pdfs/ukpga_19960030_en.pdf
- Coppé, G., Schryvers, K., Franssen, C., Jans, V., De Kort, D., & Claes, S. (2017). *Conceptnota voor nieuwe regelgeving betreffende de decretale verplichting van de Vlaamse Regering om te voorzien in een groeipad voor de zorgzwaartegebonden financiering van de thuis- en ouderenzorg en jaarlijks over de realisatie daarvan bij het Vlaams Parlement te rapporteren*. Brussel. Retrieved from <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1337647>
- Crosby, B. L. (1991). Technical Notes Stakeholder Analysis: A Vital Tool for Strategic Managers.
- Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2010). Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *Milbank Quarterly*, 88(3), 286–309. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x>
- Da Roit, B., Le Bihan, B., & Österle, A. (2007). Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes. *Social Policy and Administration*, 41(6), 653–671. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00577.x>
- Davey, V., Fernández, J.-L., Knapp, M., Vick, N., Jolly, D., Swift, P., ... Priestley, M. (2007). *Direct Payments: A National Survey of Direct Payments Policy and Practice*. Londen.
- Dawson, C. (2000). *Independent successes: Implementing direct payments*. Layerthorpe. Retrieved from <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/1859353797.pdf>
- Demarest, S. (2014). *Langdurige functionele beperkingen. Gezondheidsenquête 2013*. Brussel. Retrieved from https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde_documenten/IL_NL_2013.pdf
- Departement Welzijn, V. en G. (n.d.). De sociale kaart van Vlaanderen en Brussel. Retrieved August 2, 2018, from <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/de-sociale-kaart-van-vlaanderen-en-brussel>
- Department of Health. (2006). *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. Londen. Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/272238/6737.pdf

- Department of Health. (2016a). Care Act factsheets. Retrieved November 8, 2017, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-2014-part-1-factsheets/care-act-factsheets>
- Department of Health. (2016b). Care Act factsheets. Retrieved December 7, 2017, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-2014-part-1-factsheets/care-act-factsheets>
- Devisch, I. (2010). Oughtonomy in healthcare. A deconstructive reading of Kantian autonomy. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 13(4), 303–312. <http://doi.org/10.1007/s11019-010-9258-z>
- Directie-generaal Personen met een handicap. (2017). *Wijzigingen tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) vanaf 1 januari 2017 ten gevolge van 6e staatshervorming*. Brussel. Retrieved from <http://handicap.belgium.be/docs/nl/thab-wijziging-2017-nl.pdf>
- Disabled Facilities Grants. (n.d.). Retrieved December 5, 2017, from <https://www.gov.uk/disabled-facilities-grants>
- Driest, P., & Weekers, S. (1998). *Het persoonsgebonden budget: breekijzer of tijdelijke regeling?* Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Eurocarers. (2015). Ondersteuning informele zorg. Retrieved May 2, 2018, from <http://eurocarers.org/informcare/carers-nl/de-zorg-voor-ouderen/zorg-en-ondersteuning/ondersteuning-informele-zorg/?lang=nl>
- European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People. (2012). *Europees Kwaliteitskader voor Langdurige Zorg*. Brussel. Retrieved from http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_NL_BE_WEB.pdf
- Federaal Planbureau, & Algemene Directie Statistiek. (2015). *Demografische vooruitzichten 2015-2016*. Brussel.
- Federaal Planbureau, & Algemene Directie Statistiek. (2016). Demografische indicatoren van België. Brussel. Retrieved from http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/demografische_indicatoren_2016-2060.jsp
- Fine, M. D. (2017). Individualising care. The transformation of personal support in old age. *Ageing and Society*, 33, 421–436. <http://doi.org/10.1017/S0144686X11001310>
- Gadsby, E. W. (2013). *Personal Budgets and Health: a review of the evidence*. Kent.
- Geerts, J. (2012). “Cash-for-care” in de ouderenzorg. In H. Gevers & L. Sebrechts (Eds.), *Hoe cash de zorg verandert* (pp. 123–145). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Glasby, J., & Littlechild, R. (2009). *Direct Payments and Personal Budgets: Putting Personalisation Into Practice* (tweede editie). Bristol: The Policy Press. Retrieved from [https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=DMhE72t8vROC&oi=fnd&pg=PR6&dq=Glasby,+J.+and+Littlechild,+R.+\(2009b\).+Direct+payments+and+personal+budgets:+putting+personalisation+into+practice.+Bristol,+Policy+Press.&ots=Z65fFE_b1Z&sig=waeXy-M6Y2cdU35boowcFgr](https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=DMhE72t8vROC&oi=fnd&pg=PR6&dq=Glasby,+J.+and+Littlechild,+R.+(2009b).+Direct+payments+and+personal+budgets:+putting+personalisation+into+practice.+Bristol,+Policy+Press.&ots=Z65fFE_b1Z&sig=waeXy-M6Y2cdU35boowcFgr)
- Glendinning, C., Arksey, H., Jones, K., Moran, N., Netten, A., & Rabiee, P. (2009). *The Individual Budgets Pilot Projects: Impact and Outcomes for Carers*. York. Retrieved from www.york.ac.uk/spru
- Glendinning, C., Challis, D., Fernández, J.-L., Jacobs, S., Jones, K., Knapp, M., ... Wilberforce, M. (2008). *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme*. York. Retrieved from <https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/IBSENSummaryReport.pdf>

- Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., & Tyrer, J. (2000). Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. *Health & Social Care in the Community*, 8(3), 192–200. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00244.x>
- Glendinning, C., & Kemp, P. A. (2006). *Cash and Care: Policy Challenges in the Welfare State*. Bristol: The Policy Press. Retrieved from https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=qEFYl7r5fVoC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Glendinning,+C.,+and+P.A.+Kemp,+eds.+2006.+Cash+and+Care.+Policy+Challenges+in+the+Welfare+State.+Bristol:+Policy+Press.&ots=77j9n6BWk1&sig=mPV5htm7hZqknDhTt5sAm03_D1g#v=onepage&q&f=f
- Hébert, R. (2011). Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France. *Gérontologie et Société*, 138(3), 67. <http://doi.org/10.3917/g.s.138.0067>
- Ho, A. (2008). Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(1), 128–135. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00561.x>
- Hoge Raad van Financiën. (2015). Studiecommissie voor de Vergrijzing. Retrieved May 23, 2017, from <http://www.hogeraadvanfinancien.be/nl/de-hoge-raad-van-financien/studiecommissie-voor-de-vergrijzing>
- Janssen, D., Jongen, W., & Schröder-Bäck, P. (2016a). Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands. *Journal of Aging Studies*, 38, 92–104. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.05.003>
- Janssen, D., Jongen, W., & Schröder-Bäck, P. (2016b). Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands. *Journal of Aging Studies*, 38, 92–104. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2016.05.003>
- Junne, J., & Huber, C. (2014). The risk of users' choice: exploring the case of direct payments in German social care. *Health, Risk and Society*, 16, 631–648. <http://doi.org/10.1080/13698575.2014.973836>
- Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin. (2013). Conceptnota persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap. Brussel. Retrieved from http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/conceptnota_PVF.pdf
- Kent County Council. (2017). Frequently Asked Questions – Integrated Community Equipment Services (ICES). Retrieved December 5, 2017, from https://www.kent.gov.uk/__data/assets/pdf_file/0011/51779/ICES-overview-of-service.pdf
- Le Bihan, B., & Martin, C. (2010). Reforming long-term care policy in France: Private-public complementarities. *Social Policy and Administration*, 44(4), 392–410. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x>
- Lundsgaard, J. (2005). *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* Parijs. Retrieved from <https://www.oecd.org/els/health-systems/34897775.pdf>
- Maarse, H., & Jeurissen, P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120, 241–245. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>
- Marangos, A. M., De Klerk, M., Iedema, J., & Groenewegen, P. P. (2014). Kiezen voor een persoonsgebonden budget: Leiden verschillen in gemeentelijk pgb-beleid tot ongelijkheid in toegang? *Mens & Maatschappij*, 89(3), 277–304. <http://doi.org/10.1557/MEM2014.3.MARAN>

- Metzler, H., Meyer, T., Rauscher, C., Schäfers, M., & Wansing, G. (2007). *Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets*. Berlin. Retrieved from http://www.bmas.de/coremedia/generator/23072/property=pdf/f366__forschungsbericht.pdf
- Millington, P. (2013). Some DIG history. Retrieved May 17, 2017, from <https://www.disability.co.uk/sites/default/files/resources/Some DIG history.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2016). Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Retrieved March 5, 2018, from <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile#>
- Ministerie van Volksgezondheid, W. en S. (n.d.-a). Wanneer valt zorg onder de Wet langdurige zorg? Retrieved December 13, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-zvw-wlz>
- Ministerie van Volksgezondheid, W. en S. (n.d.-b). Wlz-pgb (voor Wlz-zorg thuis). Retrieved December 13, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/afbakening-volwassenen/wlz-pgb>
- Ministerie van VWS. (n.d.). Wmo-pgb. Retrieved December 14, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/afbakening-volwassenen/wmo-pgb>
- Ministerie van VWS. (2017). Zvw-pgb (zorgverzekering). Retrieved December 29, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/afbakening-volwassenen/zvw-pgb>
- Moran, N., Glendinning, C., Wilberforce, M., Stevens, M., Netten, A., Jones, K., ... Fernández, J.-L. (2013). Older people's experiences of cash-for-care schemes: evidence from the English Individual Budget pilot projects. *Ageing and Society*, 33(5), 826–851. <http://doi.org/10.1017/>
- Morel, N. (2007). From Subsidiarity to “Free Choice”: Child- and Elder-care Policy Reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands. *Social Policy & Administration*, 41(6), 618–637. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00575.x>
- Mosca, I., Van Der Wees, P. J., Mot, E. S., Wammes, J. J. G., & Jeurissen, P. P. T. (2017). Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(4), 195–205. <http://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.109>
- Netten, A., Jones, K., Knapp, M., Fernandez, J. L., Challis, D., Glendinning, C., ... Wilberforce, M. (2011). Personalisation through Individual Budgets: Does It Work and for Whom? *British Journal of Social Work*, 1–18. <http://doi.org/10.1093/bjsw/bcr159>
- NHS. (2015). Direct payments and personal budgets. Retrieved November 22, 2016, from <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/direct-payments-personal-budgets.aspx>
- Non, M., van der Torre, A., Mot, E., Eggink, E., Bakx, P., & Douven, R. (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg: Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten*. Den Haag.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries Current changes in long-term care. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246–259. <http://doi.org/10.1177/0958928708091058>
- Perkins, M. M., Ball, M. M., Whittington, F. J., & Hollingsworth, C. (2012). Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 214–225. Retrieved from https://ac.els-cdn.com/S0890406512000023/1-s2.0-S0890406512000023-main.pdf?_tid=f75c4bfe-ad34-11e7-9e97-00000aacb360&acdnat=1507583046_4470bc26445b7b951416256d52bf5016

- Post, H., & van den Bosch, G. (2016). *PGB-huisbezoeken*. Zeist.
- Pour les personnes âgées. (2018). L'APA à domicile. Retrieved April 4, 2018, from <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/lapa-domicile>
- Prideaux, S., Roulstone, A., Harris, J., & Barnes, C. (2009). Disabled people and self-directed support schemes: reconceptualising work and welfare in the 21st century. *Disability & Society*, 24(5), 557–569. <http://doi.org/10.1080/09687590903010909>
- Ramakers, C., de Graauw, K., Sombekke, E., Vierke, H., Doesborgh, J., & Woldringh, C. (2007). *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*.
- Ramakers, C., Schellingerhout, R., van den Wijngaart, M., & Miedema, F. (2008). *Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007: vervolgonderzoek*. Nijmegen. Retrieved from <http://its.ruhosting.nl/publicaties/pdf/r1745.pdf>
- Ramakers, C., van Doorn, M., & Schellingerhout, R. (2011). *Op weg naar een solide pgb: Onderzoek naar de diversiteit van budgethouders en een toekomstbestendig pgb in de AWBZ*. Nijmegen. Retrieved from <https://www.bvekennis.nl/Bibliotheek/17-0283.pdf>
- Regelhulp. (n.d.-a). Pgb voor wijkverpleging. Retrieved December 13, 2017, from https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/pgb-voor-wijkverpleging/
- Regelhulp. (n.d.-b). Pgb voor Wlz-zorg. Retrieved December 13, 2017, from https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/pgb-voor-wlz-zorg/
- Regelhulp. (n.d.-c). Pgb voor Wmo-ondersteuning. Retrieved December 13, 2017, from https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/wmo-ondersteuning/_/artikel/pgb-voor-wmo-ondersteuning/
- Riddell, S., Pearson, C., Jolly, D., Barnes, C., Priestley, M., & Mercer, G. (2005). The Development of Direct Payments in the UK: Implications for Social Justice. *Social Policy & Society*, 4(1), 75–85. <http://doi.org/10.1017/S1474746404002209>
- Rijckmans, M., Garretsen, H., Goor, I. Van De, & Bongers, I. (2007). Demand-oriented and demand-driven health care: the development of a typology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 406–416. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00476.x>
- Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. (n.d.). *Instrument: Stakeholderanalyse in een warmte-uitwisselingsproject*. Retrieved from [https://www.rvo.nl/sites/default/files/De Stakeholderanalyse.pdf](https://www.rvo.nl/sites/default/files/De%20Stakeholderanalyse.pdf)
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2017). Evaluatieschaal (Katz). Retrieved October 26, 2017, from <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/evaluatieschaal-katz.aspx#.WfHlb2iOPIW>
- Rijksoverheid. (n.d.-a). Hoe krijg ik ondersteuning van de gemeente vanuit de Wmo? Retrieved December 12, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015-aanvragen>
- Rijksoverheid. (n.d.-b). Waar vraag ik een persoonsgebonden budget (pgb) aan? Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/pgb-aanvragen>
- Rijksoverheid. (n.d.-c). Waar vraag ik een persoonsgebonden budget (pgb) aan? Retrieved December 13, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/pgb-aanvragen>

- Rijksoverheid. (n.d.-d). Welke hulp kan ik thuis krijgen van de gemeente vanuit de Wmo? Retrieved December 14, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015>
- Rijksoverheid. (n.d.-e). Wet langdurige zorg (Wlz). Retrieved November 28, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Sadiraj, K., Oudijk, D., Van Kempen, H., & Stevens, J. (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag. Retrieved from http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/opmars_van_het_pgb.pdf
- Service-Public. (2018). Allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Retrieved March 5, 2018, from <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
- Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. (2016). *Advies Conceptnota "Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen."* Brussel.
- Studiecommissie voor de vergrijzing. (2017). *Jaarlijks verslag 2017*. Brussel. Retrieved from http://www.plan.be/admin/uploaded/201707111629280.REP_CEVSCVV2017_11495_N.pdf
- The Committee of Public Accounts. (2016). *Personal budgets in social care*. Londen. Retrieved from <https://publications.parliament.uk/pa/cm201617/cmselect/cmpubacc/74/74.pdf>
- Timonen, V., Convery, J., & Cahill, S. (2006). Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing & Society*, 26(May 2014), 455–474. <http://doi.org/10.1017/S0144686X0600479X>
- van Delden, H., Hertogh, C., & Manschot, H. (1999). Ouder worden: drie ethische perspectieven. In *Morele problemen in de ouderenzorg* (pp. 49–80). Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Van Den Heuvel, B., Van den Broeck, C., Van de Wygaert, R., & Windey, T. (2010). *GPS 2021: Nieuwe navigatie voor ouderenzorg*. Leuven: Uitgeverij Acco. <http://doi.org/D/2010/0543/446>
- van den Wijngaart, M., & Ramakers, C. (2004). *Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl*. Nijmegen. Retrieved from <https://www.bvekennis.nl/Bibliotheek/17-0392.pdf>
- van der Torre, A., Ooms, I., & de Klerk, M. (2012). *Het persoonsgebonden budget in de AWBZ*. Den Haag.
- van Klaveren, S., Hollander, M., & Noordhuizen, B. (2012). *Het pgb in de Wmo: Handvatten voor PGB-beleid*. Den Haag.
- van Wieringen, M., Broese van Groenou, M., & Groenewegen, P. (2014). *Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's*. Amsterdam.
- Vanderleyden, L., & Moons, D. (2017). *Informele zorg in Vlaanderen*. Brussel.
- Vandeuren, J. (2016a). *Conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal, Visie en veranderagenda*. Brussel. Retrieved from http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/160205_Conceptnota_Vlaams_welzijns-en_zorgbeleid_voor_ouderen_0.pdf
- Vandeuren, J. (2016b). Nabije zorg in een warm Vlaanderen. *Vlaams Mantelzorgplan 2016-2020*, 95.
- Varvasovszky, Z. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338–345. <http://doi.org/10.1093/heapol/15.3.338>
- Vastiau, E., & Verlinden, E. (2010). *Woonzorgbeleid* (Tweede edi). Brussel: Politeia.

- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2016a). Persoonsvolgende Financiering. Brussel: VAPH. Retrieved from <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/7873452-Persoonsvolgende+financiering.html>
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2016b). Persoonsvolgende financiering (PVF). Retrieved March 1, 2017, from <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/9671459>
- Vlaams Expertisepunt Mantelzorg. (n.d.). Mantelzorg in Vlaanderen. Retrieved August 12, 2018, from [https://www.kennisplein.be/sites/Vlaams_Expertisepunt_Mantelzorg/Pages/Mantelzorg in Vlaanderen.aspx](https://www.kennisplein.be/sites/Vlaams_Expertisepunt_Mantelzorg/Pages/Mantelzorg_in_Vlaanderen.aspx)
- Vlaams Parlement. (2016). *Vlaams ouderenbeleidsplan 2015 - 2020*. Brussel. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/en/nbwa-news-message-document/document/09013557801b11b5>
- Vlaamse overheid. (n.d.). Persoonsvolgende Financiering (PVF): Basisondersteuningsbudget (BOB) en Persoonsvolgende budget (PVB) voor personen met een handicap. Retrieved March 1, 2017, from <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/handicap/persoonsvolgende-financiering-pvf-basisondersteuningsbudget-bob-en-persoonsvolgende-budget-pvb-voor>
- Vlaamse Overheid. Woonzorgdecreet (2009). Vlaamse Overheid. Retrieved from <http://www.codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1017896.html>
- Vlaamse Overheid. (2013). *Groenboek zesde staatshervorming deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen*. Brussel. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>
- Vlaamse Overheid. Decreet van 20 januari 2017 tot wijziging van het woonzorgdecreet van 13 maart 2009, wat de subsidiëring van de infrastructuur van de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf betreft, Woonzorgdecreet (2017). Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-van-20-januari-2017-tot-wijziging-van-het-woonzorgdecreet-van-13-maart-2009-wat-de>
- Weber, A. (2005). *L'appréciation de l'Allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéficiaires ou leurs proches*. Parijs.
- Wiener, J. M., Tilly, J., & Cuellar, A. E. (2003). *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*. Washington D.C. Retrieved from https://assets.aarp.org/rgcenter/health/2003_12_eu_cd.pdf
- Wilberforce, M., Glendinning, C., Challis, D., Fernandez, J.-L., Jacobs, S., Jones, K., ... Stevens, M. (2011). Implementing Consumer Choice in Long-term Care: The Impact of Individual Budgets on Social Care Providers in England. *Social Policy {&} Administration*, 45(5), 593–612. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2011.00788.x>
- Willemé, P. (2010). *The Long-Term Care system for the elderly in Belgium*. Retrieved from <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI RR 70 ANCIEN Belgian.pdf>
- World Health Organization. (2015). *Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. Service Delivery and Safety*. Genève. Retrieved from <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- Zorg en Gezondheid. (n.d.). Vragen over de gebruikersbijdrage voor gezinszorg. Retrieved October 26, 2017, from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vragen-over-de-gebruikersbijdrage-voor-gezinszorg>
- Zorg en Gezondheid. (2017). *Zorgwaarte in de ouderenzorg*. Brussel. Retrieved from

http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/GI2017-zorgzwaarte_ouderenzorg..pdf

Zwart-Olde, I., & van Wieringen, M. (2013). *Zorgnetwerken van Kwetsbare Ouderen: Veldwerkverslag*. Amsterdam.

8 BIJLAGEN

8.1 Vragenlijst interview

Inleiding

Met de recente staatshervorming werden de bevoegdheden rond ouderenzorg van de federale overheid overgeheveld naar de Vlaamse overheid. Dit geeft de mogelijkheid om het beleid opnieuw uit te tekenen. De conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen van 2016 voorziet een omschakeling naar vraaggestuurde, persoonsgerichte zorg en ondersteuning van ouderen. Binnen dit beleid is een persoonsvolgend financieringssysteem een belangrijk onderdeel. Dit interview vindt plaats in het kader van mijn masterthesis. Het doel van mijn thesis is een verkenning van de mogelijke impact van persoonsvolgende financiering op de situatie van ouderen.

Voor we hierop dieper ingaan zou ik eerst een beeld willen krijgen van uw organisatie en de plaats van uw organisatie binnen de ouderenzorg.

- Kan u een korte beschrijving geven van uw organisatie?
- Hoe past uw organisatie binnen het systeem van de ouderenzorg?
- Wat weet u reeds over het systeem van persoonsvolgende financiering?
- Op welke manier bent u/is uw organisatie betrokken bij het systeem van persoonsvolgende financiering?
- Is uw organisatie reeds in aanraking gekomen met PVF in de gehandicaptenzorg?

Verwachtingen rond PVF

De volgende vragen gaan over uw verwachtingen rond persoonsvolgende financiering. Ik zou graag weten wat de standpunten zijn binnen uw organisatie.

- Hoe denkt u dat het systeem vorm zal krijgen binnen de ouderenzorg?
- Voor welke diensten moet het budget bruikbaar zijn?
 - o Voor thuiszorg?
 - o Voor semi-residentiële en residentiële zorg?
 - o Voor mantelzorg of vrijwilligers?
 - o Wat met medische kosten?
- Wie moet het budget kunnen beheren? (Enkel de oudere of ook derden?)
 - o Wat als de persoon zelf niet in staat is om het budget te beheren?
- Welke criteria zijn belangrijk om te bepalen of een oudere in aanmerking komt voor PVF?
- Hoe moet de hoogte van het budget bepaald worden?
 - o Afhankelijk van de zorgzwaarte?
 - o Afhankelijk van het inkomen?
 - o Afhankelijk van de leeftijd
 - o Afhankelijk van de gezinssituatie?

Gevolgen van PVF voor de vraag en het aanbod

- Welke gevolgen zal het systeem hebben voor ouderen (de vraagzijde)?
 - o Welke invloed heeft het gebruik van een budget op het aantal uren zorg?
 - o En op de vorm van de zorg? (Zullen ouderen andere vormen van zorg inkopen of blijft hun situatie gelijkaardig?)
 - o Op welke manier zal het budget hun keuzevrijheid vergroten?
 - o En hun autonomie?
 - o Op welke manier zullen deze gevolgen vorm krijgen bij de meest kwetsbare ouderen (Dementie, lage socio-economische status, ouderen die te weinig vaardigheden hebben om met het budget om te gaan)?
- Wat zijn de gevolgen van het systeem voor uw voorziening?
 - o Welke aanpassingen zullen nodig zijn aan de dienstverlening?
 - o Wat verandert er voor de financiering van uw voorziening?

- Welke gevolgen zijn er voor de dagelijkse werking? (Extra personeel, opleidingen, extra aanbod)
- Op welke manier kunnen jullie de oudere ondersteunen bij het gebruik van het budget?
- Welke gevolgen zal het systeem hebben voor (andere) zorgaanbiedende diensten?
 - Hoe moeten zij zich herorganiseren en hoe verloopt deze overgang?
 - Wat zal het effect zijn op de financieringsstromen van de voorzieningen?
 - Op welke manier kunnen zij de oudere ondersteunen bij het gebruik van het budget?
 - Welke gevolgen zullen zij ondervinden voor hun dagelijkse werking? (Extra personeel, opleidingen, extra aanbod, juist minder personeel, ...)
 - Welke alternatieve zorgvormen zullen er ontstaan door het gebruik van PVF?
- Hoe ziet u de implementatie van het systeem binnen de huidige zorg?

Kansen en pijnpunten PVF

- Wat zijn de belangrijkste krachtlijnen van PVF?
- Welke valkuilen/nadelen ziet u in het systeem?
- Wat zijn de voordelen van PVF binnen de gehandicaptenzorg?
 - Wat loopt er goed?
 - Welke van deze voordelen zullen er ook van toepassing zijn binnen de ouderenzorg?
- Wat zijn momenteel de pijnpunten van PVF binnen de gehandicaptenzorg?
 - Hoe kunnen deze aangepakt worden?
 - Welke van deze valkuilen zullen ook terugkomen bij de invoering van het systeem bij de ouderenzorg?

Invloed PVF op trends binnen de ouderenzorg

Het systeem staat natuurlijk niet los van de uitdagingen, veranderingen en trends binnen de ouderenzorg. In het volgende deel zou ik graag dieper ingaan op drie belangrijke thema's. De belangrijkste uitdaging is de vergrijzing en de bijhorende druk op de zorg.

1. Vergrijzing en druk op de zorg

- Wat zal de impact zijn van PVF op de vergrijzing en de toenemende druk op de zorg?

2. Zorg op maat

- In welke mate is de ouderenzorg nu cliëntgericht? (Aanbod vs. vraag)
- Op welke manier houdt de zorg momenteel rekening met de wensen en noden van personen in de omgeving van de oudere? (Familie, mantelzorgers, maar ook professionele verzorging)
- Welk effect kan PVF hierop hebben?
- Op welke manier moet de zorgverlening georganiseerd zijn om vraaggestuurde zorg mogelijk te maken?
- In welke mate hangen PVF en vraaggestuurde zorg volgens u samen? (Is PVF noodzakelijk?)

3. Mantelzorg

- Welk effect zal het persoonsvolgende budget hebben op mantelzorg?
 - In welke mate zal de onbezoldigde mantelzorg vervangen worden door betaalde zorg? (Indien het mag worden besteed aan de vergoeding van mantelzorg)
 - Denkt u dat de mantelzorg een verlichting in de zorgzwaarte zal opmerken of net een verzwaring?

Lessen uit het buitenland

In onze buurlanden bestaat persoonsvolgende financiering reeds enkele jaren. Uit onderzoek komt naar voor dat de zorgvragers over het algemeen tevreden zijn met het systeem, maar dat er nog verschillende nadelen en knelpunten zijn die de overheden van deze landen moeten aanpakken. De volgende vragen hebben betrekking op deze knelpunten en hoe we deze in Vlaanderen kunnen vermijden.

- Het systeem zorgt voor bezorgdheden en angsten bij de gebruikers (vb. angst om het budget verkeerd besteden, onvoldoende in staat zijn om het budget te beheren, risico op late uitbetalingen, moeilijk kunnen omgaan met verantwoordelijkheid.) Hoe kunnen we ervoor zorgen dat deze angsten verminderen of zelfs verdwijnen?
- Een van de grootste aandachtspunten is de administratie die komt kijken bij het beheren van een budget. Op welke manier kan de overheid ervoor zorgen dat mensen hierdoor niet worden afgeschrikt?
- Het plannen van de zorg en beheren van een budget kan bovendien een extra last betekenen voor de zorgvrager. Welke maatregelen zijn nodig om de zorgsituatie van de budgethouder niet extra te belasten?
- Het zoeken en tewerkstellen van geschikte persoonlijke assistentie is vaak een moeilijkheid. Hoe moeten zorgvragers hierbij ondersteund worden?
- Persoonsvolgende financiering kan een positief effect hebben op de informele zorg: vb. financiële erkenning, (deeltijds) verlies van betaalde arbeid vergoeden, verlichten van de druk. Toch zien we in de buurlanden dat het systeem de druk op mantelzorgers net kan verhogen door de complexiteit van het systeem, de nood aan extra ondersteuning en de veranderde relatie tussen informele zorg en de zorgvrager. Op welke manier kan dit vermeden worden?
- Onderzoek in het Verenigd Koninkrijk toont aan dat het systeem mogelijk weinig tot zelfs een negatieve impact kan hebben op de situatie en het welzijn van ouderen. De onderzoekers stellen dat ouderen meer tijd nodig hebben om zich aan te passen aan een nieuw systeem dan andere zorggroepen. Hoe kan dit opgevangen worden bij de invoering van het systeem in Vlaanderen?
- In de literatuur wordt soms aangehaald dat er te weinig controle is op de ingekochte zorg, vooral wanneer het budget vrij te besteden is.
 - o Op welke manier kan de controle op de uitgave van het budget en de kwaliteit van de zorg het best verlopen?
 - o Op welke manier kan fraude en foutief gebruik vermeden worden?
- Persoonsvolgende financiering streeft naar keuzevrijheid van de zorgvragers. In sommige situaties leidt het systeem juist tot het tegenovergestelde. Een zorgvrager kan bijvoorbeeld gedwongen zijn tot het gebruik van een budget, omdat het aanbod in natura onvoldoende is voor zijn noden. Of het is zijn omgeving en niet de zorgvrager zelf die een budget wenst aan te vragen, omdat zij hierbij belang hebben. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat PVF écht de keuze is van de zorgvrager zelf?
- Naast keuzevrijheid is vraagsturing in de zorg een belangrijke doelstelling. Onderzoek in Frankrijk toont echter aan dat het langdurig toekennen van een uitkering er niet altijd toe leidt dat de voorzieningen zich aanpassen aan de noden van de budgethouder, net omdat de financiering voor een langere periode verzekerd is. Op welke manier kan PVF het aanbod blijvend prikkelen om zich aan te passen?

Suggesties

We zijn bijna aan het einde van mijn vragenlijst beland. Om af te sluiten wil ik u nog vragen

- Welke aanbevelingen u heeft voor het systeem van PVF?
- Waar moeten beleidsmakers zeker rekening mee houden bij de invoering van het systeem?

Afsluiting

- Wenst u nog iets toe te voegen?

Tot slot wil ik u graag bedanken voor uw medewerking aan dit onderzoek. Als u geïnteresseerd bent in het eindresultaat, wil ik u zeker mijn thesis digitaal doorsturen (kijk na of je het juiste emailadres hebt).

8.2 Lijst met tabellen

Tabel 1 Overzicht persoonsvolgende financiering buitenland.....	14
Tabel 2 Stakeholders	20
Tabel 3 Positieve aspecten van PVF in het buitenland.....	24
Tabel 4 Valkuilen en aandachtspunten van PVF in het buitenland.....	27