



2014-2018:
**De historische opportuniteit
van de staatshervorming voor
een betere ouderenzorg**

15 | 04 | 2014

SVIN DENECKERE
Senior Fellow Itinera Institute



OUDERENZORG

1. 2014-19: uit de loopgraven met gedurfd realisme

In elke verkiezingsperiode regent het traditioneel nieuwe beloften. Het is ook normaal dat partijen hun beeld van de toekomst schetsen. We hebben echter gezien tot wat het denken dat bomen tot in de hemel reiken, geleid heeft. In een land van coalitieregeringen weet de kiezer bovendien maar al te goed dat het verkiezingsprogramma van een individuele partij niet als een blauwdruk voor het beleid van een volgende regering beschouwd kan worden. Belangrijker nog is dat de bewegingsruimte voor een onverantwoorde sinterklaaspolitiek volledig afwezig is. Onderzoek van de Europese Commissie wijst uit dat België, gegeven zijn hoge overheidsschuld en vergrijzingskost, één van de landen waar de benodigde begrotingsaanpassing het grootst is en een veelvoud is van het huidige tekort. Een reality check is dan ook meer dan gewenst. Het is belangrijk dat de verkiezingsprogramma's gebaseerd zijn op zin voor realisme en dus niet verkeerdelijk er van uitgaan dat alleen het huidige begrotingstekort aangezuiverd dient te worden.

Itinera vertrekt van dergelijke reality check. In de reeks "2014-19: uit de loopgraven!", koppelen we dit toch aan de nodige ambitie, waardoor de Itineravoorstellen onder de noemer vallen van "Gedurfd Realisme". Net omdat de hier voorgestelde pistes gebaseerd zijn op budgettair realisme zijn ze haalbaar en meer dan eens combineerbaar met punten uit de partijprogramma's.

2. Diagnose en prioriteiten: De volgende legislatuur zal het maatschappijmodel van een vergrijzende samenleving bepalen

De overdracht van beleidsbevoegdheid inzake ouderenzorg naar de regio's is maar gedeeltelijk gegaan met de overdracht van de middelen. De gemeenten zitten financieel op hun tandvlees omwille van de pensioenbom. Het residentiële aanbod op vandaag voldoet niet aan de vraag, met wachtlijsten tot gevolg. Tussen 2003 en 2010 was er een groei in uitgaven voor lange-termijnzorg van gemiddeld 7% per jaar. De groei in zorg in instellingen was daarbij bijna dubbel zo hoog (8.1%) dan in de thuiszorg (4.8%). Dit terwijl in de overgrote meerderheid van de OESO landen de groei in de thuiszorg hoger ligt dan de groei aan uitgaven in zorginstellingen. Toch is een inhaalbeweging nog nodig: tussen 2000 en 2011 kwamen er 790 plaatsen bij. De residentiële groei behoeft zal echter eerder tegen 3.500 plaatsen per jaar aanleunen. De vergrijzing leidt tot een tweevoudige druk op de zorgfinanciering: een daling van de bijdragen omdat het aantal jongeren onvoldoende zal toenemen om het intergenerationale evenwicht in publieke financiering te bewaren (inkomsten) en een stijging van consumptie door de stijgende zorgverwachtingen, technologische innovatie en vergrijzing (uitgaven). Dit is verontrustend voor de toekomstige betaalbaarheid wanneer we een zorgsysteem op het klassieke model van sociale zekerheid zouden bouwen. De staatshervorming biedt echter een enorme opportuniteit: het blad is nu leeg. We kunnen het verhaal echt nog schrijven. Itinera roept op tot strategische reflectie: wat in de komende legislatuur moet en zal gebeuren, is de keuze van een maatschappijmodel. Dit moet grondig en open gebeuren.

“WHO verwacht in de komende decennia wereldwijd een verdubbeling van het aantal 65 plussers en een toename van het aantal 80 plussers met een factor 3,5”

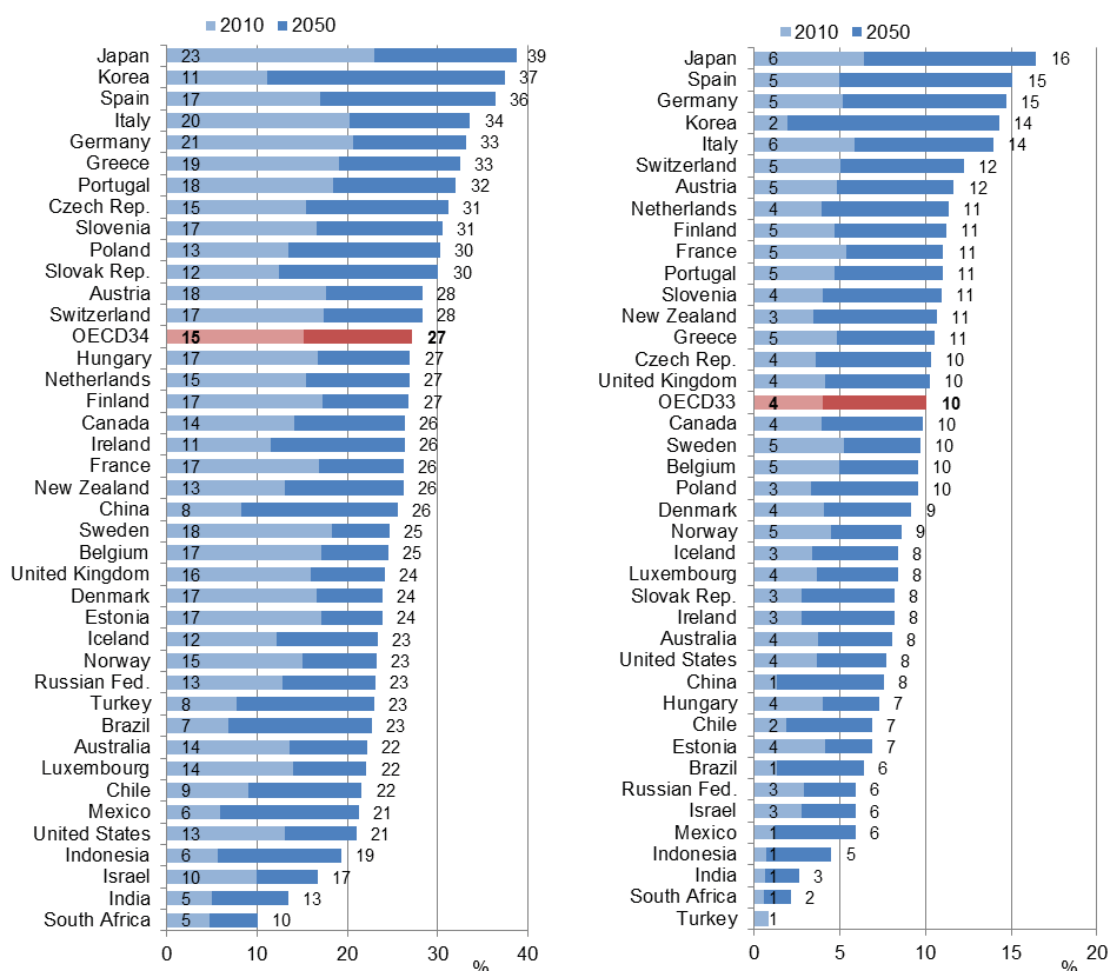
Een uitgebreide analyse van het Belgische gezondheidszorgsysteem is terug te vinden in onze paper over gezondheidsbeleid. In de volgende diagnose focussen we op enkele specifieke aandachtspunten voor ouderenzorg. We starten met het bekijken van de demografische trends en de daaraan gekoppelde te verwachten stijgende zorgbehoefte in onze maatschappij. In 2010, was 17% van de Belgische populatie ouder dan 65 jaar en 5% ouder dan 80 jaar. De OESO voorspelt dat dit aandeel respectievelijk voor België zal stijgen tot 25% en 10% tegen 2050¹² (**Figuur 1**). De WHO verwacht in de komende decennia wereldwijd zelfs bijna een verdubbeling van het aantal 65 plussers en een toename van het aantal 80 plussers met een factor 3,5. Het aantal 100 plussers zou vertienvoudigen³. De levensverwachting bij 65 jarigen is bij Belgische mannen 17.8 en bij Belgische

1 OECD//European Commission (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

2 OECD//European Commission (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.

3 WHO (2011). *Global Health and Ageing*. http://who.int/ageing/publications/global_health/

vrouwen 21.5 jaar, wat een stijging is van respectievelijk 5.6 en 6.8 jaar ten opzichte van 1960. Het aantal resterende gezonde levensjaren schat de OESO op gemiddeld 10 jaar. Meer dan de helft van de 65 plussers geeft aan in goede gezondheid te verkeren. Daarentegen geeft bijna 60% van de 75 plussers aan dat ze beperkt zijn in het uitvoeren van algemeen dagdagelijkse activiteiten.



Figuur 1. Deel bevolking ouder dan 65 (links) en 85 (rechts), 2010 en 2050.

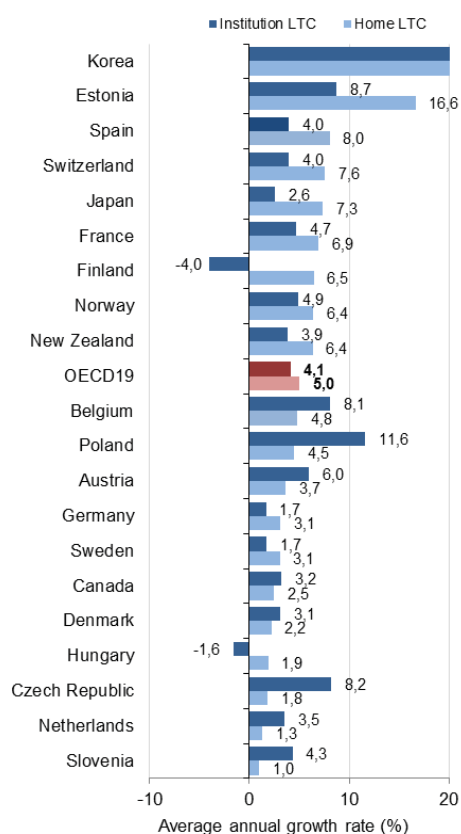
Bron: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



Groei in zorg in instellingen bijna dubbel zo hoog als in thuiszorg, terwijl in meerderheid OESO landen groei in thuiszorg hoger ligt.



Het voorkomen van 6% dementie bij 60 plussers is hoog in België vergeleken met de andere OESO landen. België staat met 20.6% aan de top voor het aantal 50 plussers dat aangeeft informele zorgverlener (mantelzorger) te zijn. 61% van de mantelzorgers geeft aan dagelijks zorg te verlenen, 39% wekelijks. Dit geeft aan dat de druk op informele zorg al hoog is in vergelijking met andere landen. Ook kennen we al een hoog en stabiel aantal lange-termijnbedden in zorginstellingen, namelijk 72.3 per 1000 populatie 65 plussers. We spenderen 2% van het BBP aan lange-termijnzorg, wat 0,4% hoger is dan het OESO gemiddelde. Tussen 2003 en 2010 was er een groei in uitgaven voor lange-termijnzorg van gemiddeld 7% per jaar. De groei in lange-termijnzorg in zorginstellingen was daarbij bijna dubbel zo hoog (8.1%) dan in de thuiszorg (4.8%). Dit terwijl in de meerderheid van de OESO landen de groei in de thuiszorg hoger ligt dan de groei in zorginstellingen (**Figuur 2**).

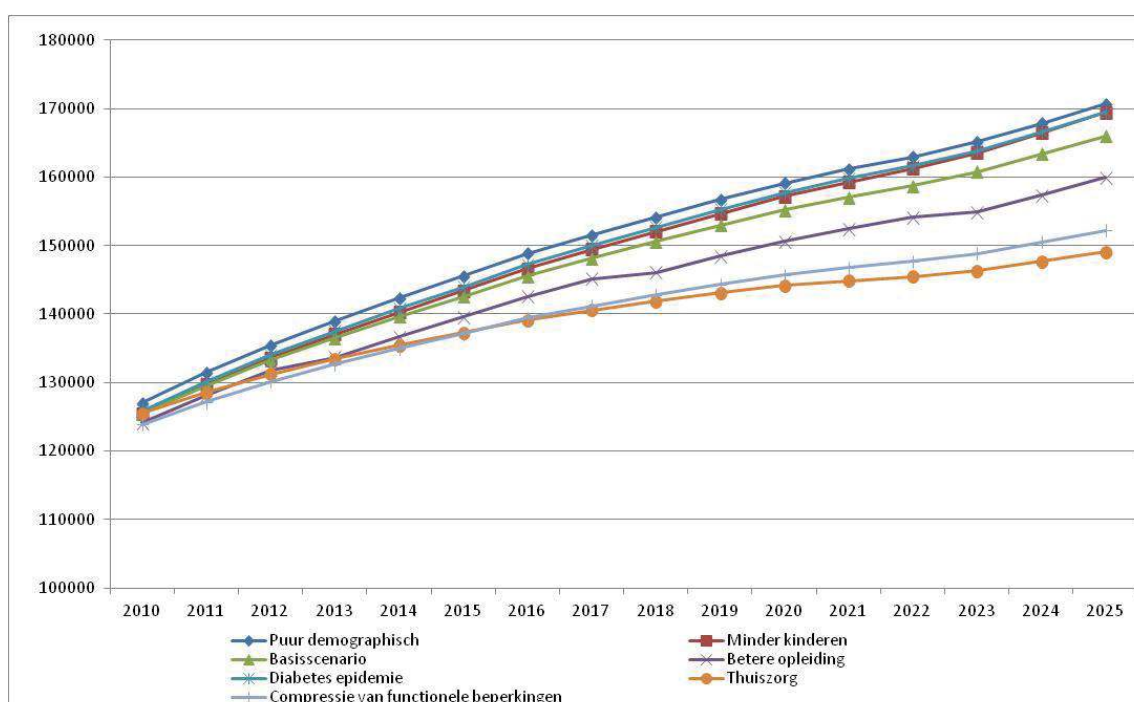


Figuur 2. Vergelijking jaarlijkse groei in lange-termijn zorguitgaven in zorginstellingen en thuiszorg, 2005-2011.

Bron: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

“ Inhaalbeweging toch nodig: tussen 2000 en 2011 kwamen er 790 plaatsen per jaar bij. De residentiële groeibehoefte zal echter eerder tegen 3.500 plaatsen per jaar aanleunen. ”

Toch is er nog een inhaalbeweging nodig in residentiële ouderenzorg. Een rapport van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) geeft aan dat het aantal ouderen met een residentiële zorgbehoefte tegen 2025 zal stijgen met 32%⁴. Dit komt overeen met een totaal van tot 170.000 woongelegenheden (**Figuur 3**). Het KCE berekende dat er vanaf nu tot 2025 elk jaar 1.600 tot 3.500 plaatsen zouden moeten bijkomen in de residentiële zorg. Het getal 1.600 gaat uit van een shift naar thuiszorg van 50% extra, bovenop de noden van de vergrijzing. Dit wil zeggen dat er in de thuiszorg voor elke twee zorgverleners nog eens een derde zou moeten worden tewerkgesteld, bovenop de 60.000 hulpverleners die er vandaag alleen al in Vlaanderen tekort zijn. De sector heeft aangegeven dat dit geen realistisch scenario is. De residentiële groeibehoefte zal eerder aansluiten bij 3.500 plaatsen. Geen sinecure gezien er tussen 2000 en 2011 in België slechts 790 plaatsen per jaar bij kwamen in de residentiële zorg. De periode tot 2025 moet daarom worden beschouwd als een 'inlooperperiode'. Daarna zal de vraag nog meer toenemen.



Figuur 3. Geprojecteerde aantallen ouderen in residentiële zorg, België 2010-2025, volgens verschillende scenario's.

Bron: Van den Bosch K. et al. (2011)

⁴ Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. (2011). Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 167A. D/2011/10.273/65.

“ *Het aanbod is ongelijk gespreid over de verschillende Belgische regio's. Het onderaanbod in bepaalde gemeenten ondergraaft de kwaliteit van het zorgsysteem, de plaatsen raken toch snel ingevuld.* ”

”

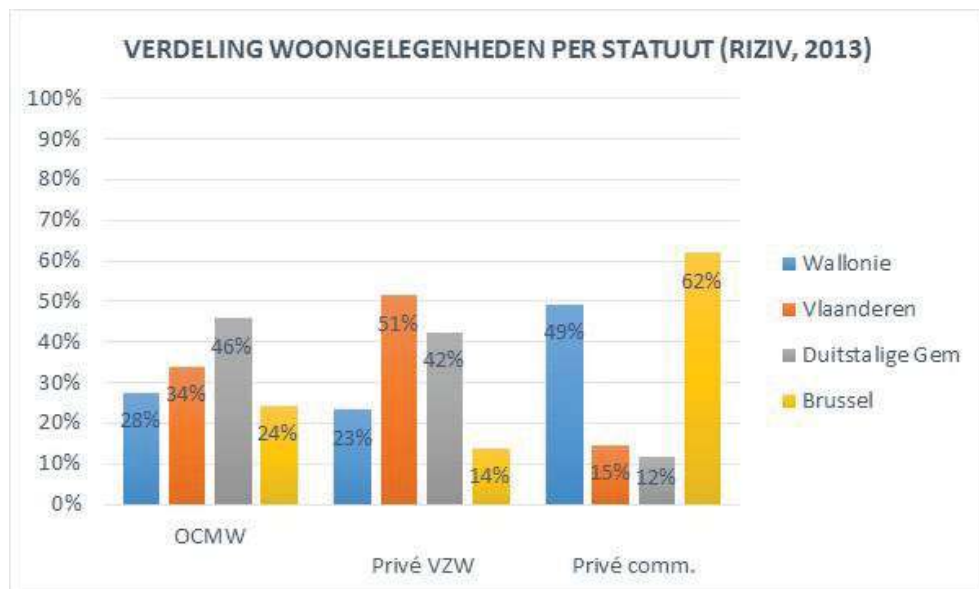
Bepaalde gemeenten hebben een aanbod dat enkel is afgestemd op de korte termijn, andere hebben een aanbodoverschot, nog andere gemeenten hebben zelfs op korte termijn onvoldoende aanbod⁵. Vlaanderen loopt op Brussel en Wallonië voor in het aanbieden van semi-residentiële woonzorgvormen zoals assistentiewoningen, kortverblijf, dagcentra en lokale dienstencentra. De thuiszorg is er ook ruimer ontwikkeld. Echter ook in Vlaanderen zijn er nog steeds belangrijke tekorten met wachtlijsten in woonzorgcentra van 109.150 tot 162.629 ouderen⁶. Dit onderaanbod ondergraaft de kwaliteit van het zorgsysteem, de plaatsen raken toch snel ingevuld. Als we kijken naar het aandeel van de verschillende type zorgaanbieders zien we een grotendeels gelijke verdeling: 37% van de woongelegenheden in 2013 is in handen bij de privé/vzw not-for profit, 32% bij de publieke (OCMW) aanbieders, en 31% bij de privé commercieel/for profit (**Figuur 4**). Deze verdeling is wel verschillend over de verschillende regio's. In Vlaanderen is het overgrote deel in handen van privé/vzw not-for profit (51%), slechts 15% is in handen van de privé commercieel/for profit. In Wallonië en Brussel is respectievelijk 49% en 62% in handen van privé commercieel/for profit. Ook is er een regionale spreiding te merken in de gemiddelde dagprijzen⁷. Hoe centraler in het land, hoe hoger de dagprijzen. De gemiddelde dagprijs in Vlaanderen in een vzw voorziening bedraagt 45 euro, in een commerciële voorziening 44 euro, en in een OCMW-voorziening 40 euro per dag. Over de kwaliteit van zorg in onze zorgvoorzieningen valt weinig te zeggen, wegens een gebrek aan objectieve cijfers. Erkenningcriteria bevatten voornamelijk structuurcriteria (bijv. personeelsnormering) in plaats van echte kwaliteitscriteria. Verontrustend zijn de cijfers over het fixatiebeleid in woonzorgcentra, waar 50 tot 60% van de bewoners minstens één maal en 80 tot 90% van hen zelfs dagelijks gefixeerd wordt⁸. Dit terwijl internationale richtlijnen aangeven dat fixeren net leidt tot kwaliteitsproblemen □zoals doorligwonden, agressie en onrust, valincidenten□ tot zelfs sterfgevallen door wurging

5 Van Herck, P. (2012). *Analyse en stappenplan lokaal ouderenbeleid*. Analyse Itinera Institute. Beschikbaar op www.itinerainstitute.org.

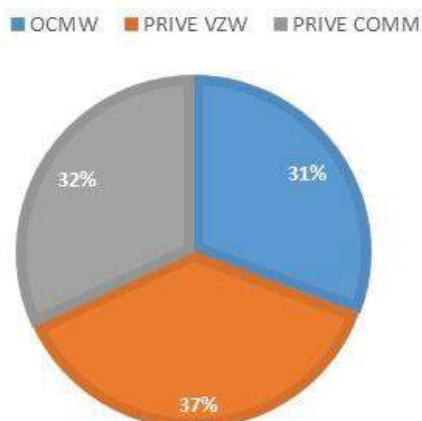
6 Van Buggenhout M., Van Rompaey B., Dierckxens S. (2012). *De weg naar meer transparantie, wachtlijsten in Vlaamse woonzorgcentra*. Ablecare bvba.

7 FOD Economie (2009). *Sectorstudie Rusthuizen*. Beschikbaar op http://economie.fgov.be/nl/binaries/studie_rusthuissector_tcm325-96287.pdf.

8 Heeren P., Van de Water G., De Paepe L., Boonen S., Vleugels A., Milisen K. (2014). *Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes*. *Journal of Gerontological Nursing*, In press.



VERDELING WOONGELEGENHEDEN PER STATUUT (RIZIV, 2013)



Figuur 4. Verdeling woongelegenheden over de verschillende type spelers.

“ De vergrijzingsfactuur van het federale niveau verplaatst naar de regio's. Het klassieke model van de sociale zekerheid aanhouden staat wezenlijk gelijk met de weg naar schaarste, wachtrijen en verschraling. ”

Over het algemeen kunnen we stellen dat het aanbod in de ouderenzorg onvoldoende aansluit op de vraag en dat de zorguitgaven gevoelig sneller stijgen dan onze welvaart. Oudere patiënten absorberen nu reeds tussen 35 en 50% van de totale zorguitgaven, en hun aandeel zal in de komende jaren drastisch stijgen, rekening houdend met de verdrievoudiging van het aantal het aantal 80-plussers tegen 2060. Daarbij stellen we vast dat de gemeenten omwille van de pensioenbom financieel al op hun tandvlees zitten. Het aantal jongeren zal ook onvoldoende toenemen om het intergenerationele evenwicht in publieke financiering te bewaren. In plaats van 4 actieve bijdragers per senior, gaan we naar twee actieve bijdragers per senior in 2050. De vergrijzing leidt daarom tot een tweevoudige druk op de zorgfinanciering: een daling van de bijdragen (inkomsten) en een stijging van consumptie (uitgaven). Deze dubbele spanning is door de staatshervorming versterkt: de overdracht van beleidsbevoegdheid inzake ouderenzorg naar de regio's is maar gedeeltelijk gepaard gegaan met de overdracht van de middelen. Op die wijze is een deel van de vergrijzingsfactuur van het federale niveau verplaatst naar de regio's. Daarnaast is er het opwaartse effect op zorguitgaven door de stijgende investeringskosten in technologie en innovatie, alsook de almaar toenemende zorgverwachtingen van de patiënt. Dit alles biedt een zorgwekkend toekomstperspectief wanneer we ons zorgsysteem op het klassieke model van de sociale zekerheid zouden willen schoeien. Dat klassieke model aanhouden staat wezenlijk gelijk met de weg naar schaarste, wachtlijsten en verschraling. De staatshervorming biedt echter een enorme opportuniteit: het blad is nu leeg. We kunnen het verhaal nog schrijven. In volgende paragrafen vindt u een aantal grote principes, met daaraan gekoppelde voorstellen, die dit verhaal vorm kunnen geven. Itinera roept op tot strategische reflectie: wat in de komende legislatuur moet en zal gebeuren, is de keuze van een maatschappijmodel. Dit moet grondig en open gebeuren.

3. Voorstel 1: Het economische potentieel van de vergrijzing centraal in het ouderenzorgdebat.

Itinera pleit voor een mentale switch in het ouderenzorgdebat: van een ouderenzorg gekenmerkt door zorgafhankelijkheid, naar het inzien van het groeiende economische potentieel van de vergrijzing. De actieve, welvarende babyboomer is een bevolkingsgroep die een enorme markt voor levenscomfort en persoonlijke diensten stimuleert. De overheid dient volop in te zetten op het verhogen van autonomie en zelfredzaamheid van senioren via technologische innovatie. Wat de overheid absoluut niet moet doen is die vernieuwing zelf proberen te organiseren. De overheid moet er integendeel over waken dat de senioren zelf de drijvende kracht van de vernieuwing kunnen worden. De kern moet liggen op het elimineren van obstakels die de verspreiding van deze technologie afremmen. Ook zal de overheid gevoelig meer moeten investeren in preventie dan de huidige 0,9% van het totale gezondheidsbudget. De cultuur van medicalisering moet daarbij worden omgezet in een cultuur van welzijn.

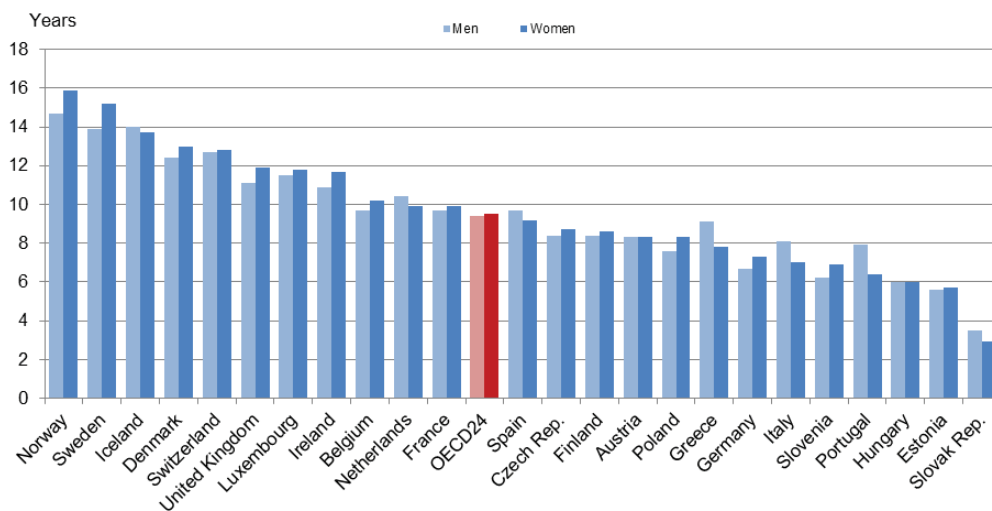
“

De pensionerende babyboomers zullen gemiddeld nog 15 à 20 jaar in goede gezondheid kunnen leven en vormen zo een fors groeiende consumentengroep.

”

Ouderenzorg wordt vandaag te veel geassocieerd met afhankelijkheid, hulpbehoevendheid, kille rusthuizen en een groeiende isolatie van de oudere generatie uit onze samenleving. Dit beeld zal in de nabije toekomst grondig veranderen. Mensen leven niet alleen langer, ze leven ook langer in goede gezondheid. Cijfers van de OESO geven een stijgend aantal gezonde levensjaren bij 65-plussers weer⁹. Voor België is dit gemiddeld 10 jaar (**Figuur 5**). Andere landen doen beter. Zo heeft een 65-plusser in Zweden en Noorwegen gemiddeld nog 15 jaar aan gezonde levensjaren tegoed. De vooruitgang van medische wetenschap en technologie, en de daarmee groeiende levenskwaliteit, zullen een verdere stijging in het aantal gezonde levensjaren mogelijk maken. Hierdoor zal de fase van zorgafhankelijkheid pas vele jaren na het vertrek op pensioen beginnen. Pensionerende babyboomers zullen zo gemiddeld nog 15 à 20 jaar in goede gezondheid kunnen leven alvorens geleidelijk zorgafhankelijk te worden. Gecombineerd met een gemiddeld vermogen dat de babyboomers tot de rijkste generatie uit onze geschiedenis maakt, ontspruit zich, omwille van hun omvang en koopkracht, een fors groeiende consumentengroep. Tijdens de eerste pensioenjaren zijn de ouderen nog fit en proberen ze hun vrije tijd dan ook op een actieve manier in te vullen. Bijgevolg is er een enorme markt voor levenscomfort en persoonlijke diensten die vandaag al investeringen en innovaties in bijvoorbeeld huisvesting en zorgtechnologie stimuleert. Dit is het economische potentieel van de vergrijzing⁹.

⁹ Van Damme B. (2010). *Het Grijze Goud. Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken.* Itinera Institute, Roularta Books.



Figuur 5. Verwachte gezonde levensverwachting op 65-jarige leeftijd in Europese landen, 2011.

Bron: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



We moeten gaan voor een zorg die de oudere emancipeert in plaats van betuttelt, waarbij de oudere als mens centraal staat en waarbij de oudere ondersteund wordt om die zorg maximaal in eigen handen te nemen.



Alle landen die de babyboomgeneratie in hun demografische opbouw hebben, staan aan de vooravond van een waarachtige zorgomwenteling. Het klassieke model van centraal aangedreven aanbod zal plaats ruimen voor een massaal decentraal gedreven vraag aan de meest uiteenlopende vormen van zorg (technologie, diensten, infrastructuur, etc.). Dit wordt een zorg die de oudere emancipeert in plaats van betuttelt, waarbij de oudere als mens centraal staat en waarbij de oudere ondersteund wordt om die zorg maximaal in eigen handen te nemen. Het komt er op aan om onze structuren, instellingen en financieringsmechanismen, oordeelkundig aan te passen aan deze zorgomwenteling. Wanneer we daarin slagen dan zal de vergrijzing zich van haar beste kant laten zien: een leeftijdsvriendelijke en rijpere samenleving, een meer effectieve en doelgerichte solidariteit, en een brede dynamiek van aanhoudende economische groei. Wanneer we daarin falen, dan zullen wachtlijsten en rantsoenering ons deel zijn, in een samenleving waarin hoogstaande zorg het voorrecht zal zijn van zij die het zorgsysteem kunnen inruilen voor privédiensten. We hebben daarbij nood aan een strategische reflectie over toekomst van ouderenzorg, waarbij we moeten durven 'out of the box' te denken, de begane paden te verlaten en bestaande mechanismen open en vrank te beoordelen. Vanuit beleidsstrategie moeten we er voor kiezen om de autonomie van de ouderen alle kansen te geven. Het beleid moet daarbij inzetten op het creëren van de juiste randvoorwaarden die 'empowerment' mogelijk maken, waarbij de oudere versterkt wordt in zijn mogelijkheden om voor

“ *Technologie wordt ongetwijfeld één van de pijlers die ons de vergrijzingsdruk zal helpen torsen. Het beleid moet inzetten op het creëren van de juiste randvoorwaarden die empowerment van de oudere mogelijk maken.* ”

zichzelf te zorgen. Alle studies en peilingen bevestigen het: mensen willen in de eerste plaats zo lang mogelijk autonoom en actief blijven. We zijn het aan onze ouderen verplicht rond die diep menselijke wens een ondersteunend systeem te bouwen. De kern moet liggen op het elimineren van obstakels die de verspreiding van technologie afremmen. We spreken van 'gerontechnologie'. Ouderen kunnen erdoor langer in hun vertrouwde omgeving wonen en verzorgd worden. Bovendien kunnen gerontechnologische applicaties op termijn besparingen inhouden daar de gemiddelde intrede in instellingen kan worden uitgesteld en het langer thuishouden, tot op een bepaald niveau van zorgbehoefte, in principe minder kost. Vandaag zijn er toepassingen zoals multifunctionele personenalarmering, telegeneeskunde, videobewaking, mobiele alarmering met locatiebepaling en videocommunicatie, etc. Daarnaast is er de aankomende evolutie in onlinehulpverlening en huishoudelijke robots. Technologie wordt ongetwijfeld één van de pijlers die ons de vergrijzingsdruk zal helpen torsen. Beleidsmatig moet dit enorme potentieel gefaciliteerd worden. In eerste instantie moet daarbij getracht worden om de digitale achterstand van de ouderen dicht te fietsen. De overheid kan de toegang tot technologie en ICT verbeteren door te investeren in opleiding en het ter beschikking stellen van voorzieningen. Daarnaast dient de overheid de innovatie- en ondernemersrisico's te verminderen. Coördinatie, via algemene normen en standaarden voor technologische ontwikkelingen, het internationaal afstemmen van onderzoeksagenda's, schaalvoordelen via gestroomlijnde regulering, juridische kaders die risicodelende overeenkomsten mogelijk maken en het bevorderen van open innovatieprincipes, kunnen daarbij van doorslaggevend belang zijn.

“ *De overheid zal gevoelig meer moeten investeren in preventie dan de huidige 2% van het totale gezondheidsbudget. De cultuur van medicalisering moet worden omgezet in een cultuur van welzijn* ”

Naast technologie moet er door de overheid ook massaal worden ingezet op actief ouder worden en dus op preventie en gezondheidspromotie voor het verhogen van zelfredzaamheid van de oudere. Het voorkomen van zorgbehoeftes is nog altijd de beste en goedkoopste manier om zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn. Het is dus een uitstekende hefboom voor empowerment van de oudere en het uitstellen van zorgafhankelijkheid. De overheid zal dan ook gevoelig meer moeten investeren in preventie dan de huidige 0,9% van het totale gezondheidsbudget. Preventie vraagt in eerste instantie belangrijke gedragsinspanningen van het individu zelf. Een gezonde levensstijl kan veel ergere kwalen voorkomen. Het is daarom de taak van de overheid het gewenste gedrag zo veel als mogelijk te faciliteren. In eerste instantie verdient het probleem van toenemende medicalisering van onze maatschappij een meer geïntegreerde en coherente aanpak. Artsen schrijven nog te vaak geneesmiddelen voor. Dit werkt polyfarmacie, de inname van meer dan 5 verschillende geneesmiddelen per dag, in de hand. Dit is vooral een probleem bij ouderen daar zij nog te veel de paternalistische arts-patiënt relatie aannemen en zich te weinig vragen stellen bij de

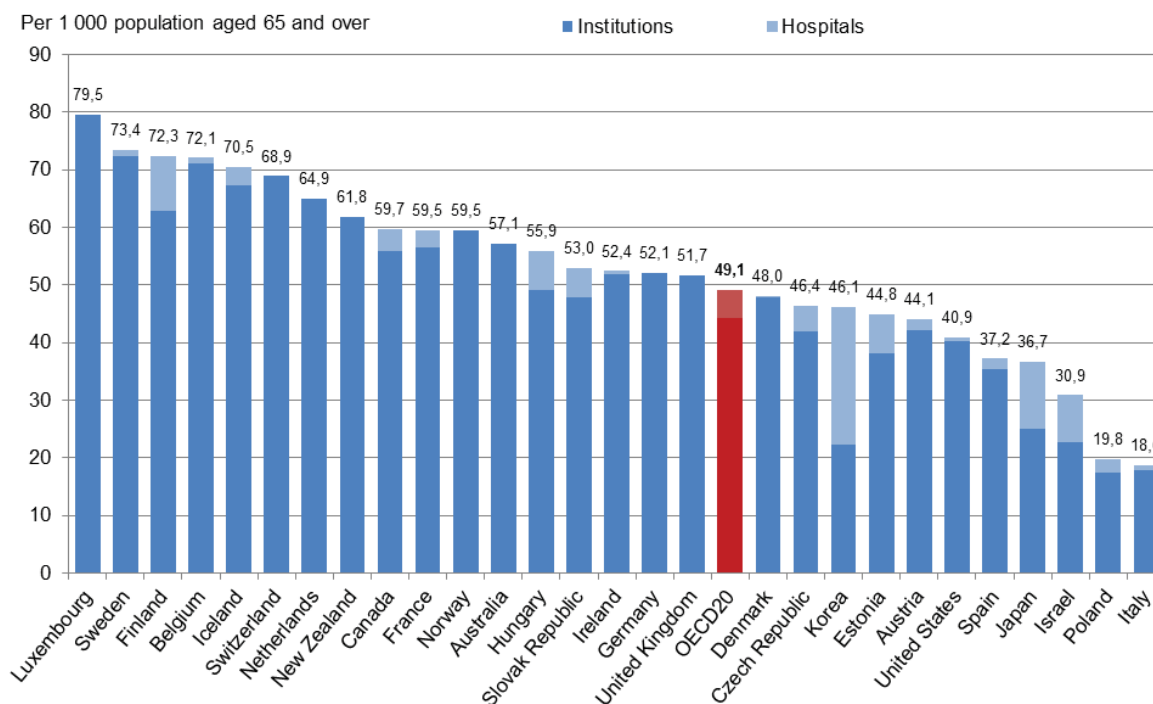
voorgeschreven behandeling. 40% van de 75-plussers en 25% van de leeftijdscategorie tussen 65 en 75 nemen meer dan 5 geneesmiddelen per dag in. De kans op interacties en bijwerkingen neemt daarbij toe en de therapietrouw neemt af. Het sturen van het voorschrijfgedrag van huisartsen is één zaak. Ook kan men leren uit de zogenaamde 'green prescriptions' uit Nieuw Zeeland. Hierbij schrijft de zorgverstrekker geen medicatie voor, maar wel een specifieke aanbeveling tot fysieke en sociale activiteit (<http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>). Dit project kent al uitbreiding in andere landen, waaronder Nederland. Daarnaast gelden dezelfde preventieve maatregelen als voor elk van ons: inzetten op lichamelijke activiteit, sociale interactie, gezonde voeding, ect. Voorbeelden van goede preventiecampagnes zijn onder meer te vinden in Quebec, Canada, waar de campagne '0.5.30' tegen kanker (0% tabak, 5 stukken fruit en 30 min. fysieke activiteit per dag) mooie resultaten kan aantonen (<http://www.0-5-30.com/>). Preventiecampagnes moeten ook inspelen en specifiek gericht zijn op onze ouderen. Bij ons zijn er in dit kader goede initiatieven in campagnes rond valpreventie (<http://www.valpreventie.be/>).

4. Voorstel 2: Actief ouder worden in een inclusieve samenleving, via een sterk, geïntegreerd lokaal ouderenbeleid

Een tweede mentale switch: vergrijzing is in de eerste plaats een verhaal van samen-leven. We moeten mikken op een inclusieve samenleving, waar ouderen gemakkelijk kunnen leven en blijven participeren terwijl ze geleidelijk evolueren richting zorgafhankelijkheid. Een grondige doorlichting van lokale noden en mogelijkheden is het noodzakelijk vertrekpunt van een nieuw regionaal zorgbeleid dat een samenleving voor alle leeftijden als primaire doelstelling heeft. In eerste instantie zullen de lokale/regionale aanbodstekorten en de werkelijke zorgbehoefte in kaart moeten worden gebracht op basis van flexibele zorgprognoses in plaats van de huidige dubieuze programmatienormen. Een belangrijke rol voor de lokale overheden wordt de indicatiestelling aan de hand van een intersectoraal gevalideerd inschalingsinstrument. Het lokaal beleid moet verder inzetten op het creëren van woonzorgnetwerken. Thuiszorg moet meer en meer een goed gecoördineerd teamgebeuren worden. We denken aan het inzetten van lokale multidisciplinaire teams, met zowel competenties in zorg en welzijn, per +/-10.000 inwoners. Ook moeten we inzetten op alternatieve woonvormen waar wonen en zorgen hand in hand gaan. Zo kan een label 'levenslang wonen' worden uitgevaardigd, wat oplijst aan welke basiscriteria een aangepaste woning dient te voldoen. De renovatiemarkt kan geprikkeld worden door bijvoorbeeld het voorzien van aanpassingspremies, lagere BTW-tarieven voor aanpassing naar labelwoningen, het opnemen van criteria in stedenbouwkundige voorschriften, etc. Ook dienen we de discussie over het lokaal ouderenbeleid verder open te trekken tot de omgeving en maatschappij waarbinnen de oudere een plaats heeft. Itinera pleit er voor om voor alle lokale besturen een doorlichting uit te voeren die de leeftijdsvriendelijkheid in kaart brengt.

“ Een goede spreiding van de zorg is de beste garantie voor een kwaliteitsvol aanbod. ”

Het is duidelijk dat de capaciteitsuitdaging voor de residentiële en semi-residentiële ouderenzorg er één is van formaat. Naast de gekende tekorten is het aanbod ongelijk verdeeld doorheen de gemeenten en regio's, waardoor er weinig sprake van een optimale regionale spreiding over het land. Een goede spreiding is echter de beste garantie voor een kwaliteitsvol aanbod. Gezien senioren het liefst in hun vertrouwde omgeving wensen oud te worden, geeft een onvoldoende gespreide ouderenzorg geen bijkomende prikkel tot het verhogen van zorgkwaliteit: alle centra zitten toch al propvol en de patiënt-consument is slechts beperkt mobiel. We kunnen stellen dat België met een tekort aan klassiek zorgaanbod wordt geconfronteerd, en dat dit in de toekomst nog drastisch zal toenemen indien het beleid niet wordt bijgestuurd. Neem hierbij de vaststelling dat we volgens de OESO in vergelijking met andere landen al een hoog aantal bedden voor lange-termijnzorg in instellingen hebben, en je begrijpt dat het niet voldoende zal zijn om enkel in te zetten op de bouw van residentiële woonzorgcentra (**Figuur 6**).



Figuur 6. Aantal lange-termijnzorgbedden in zorginstellingen en ziekenhuizen, 2011.

Bron: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>



Mik op een inclusieve samenleving, waar ouderen gemakkelijk kunnen leven en blijven participeren terwijl ze geleidelijk evolueren richting zorgafhankelijkheid



De huidige uitdagingen vergen een sterker lokaal ouderenbeleid. Het zwaartepunt van de ouderenzorgregie dient hiervoor zoveel als mogelijk op lokaal niveau plaats te vinden. We moeten af van de binaire benadering die senioren ofwel thuis ofwel in het rusthuis ziet. We moeten eerst en vooral mikken op een inclusieve samenleving, waar ouderen gemakkelijk kunnen leven en blijven participeren terwijl ze geleidelijk evolueren richting zorgafhankelijkheid. Die inclusieve samenleving zal lokaal zijn, waar de mensen hun wortels hebben. Hierbij volgen we beleidsmatig het subsidiariteitsprincipe, waarbij het niveau het dichtst bij de burger moet primeren, tenzij de bevoegdheid efficiënter kan uitgeoefend worden op een hoger niveau. Gezien de behoefte aan nabijheid van zorg is dit bij ouderenzorg zeker het geval.

In eerste instantie zullen de lokale/regionale aanbodstekorten en de werkelijke zorgbehoefte in kaart moeten worden gebracht op basis van flexibele zorgprognoses in plaats van de huidige dubieuze programmatienormen. Door het opstellen van een centrale registratie kan de zorgbehoefte op

regionaal niveau worden opgevolgd en eventueel worden bijgestuurd. Een belangrijke rol voor de lokale overheden wordt de indicatiestelling. Hierbij wordt de mate van zorg bepaald waarop iemand recht heeft op basis van fysieke, psychische en sociale parameters. Dit dient te gebeuren aan de hand van een intersectoraal gevalideerd inschalingsinstrument. Deze inschaling moet flexibel zijn en voldoende frequent gebeuren zodat ze kan aangepast worden aan de evolutie van de oudere en zijn omgeving¹⁰.

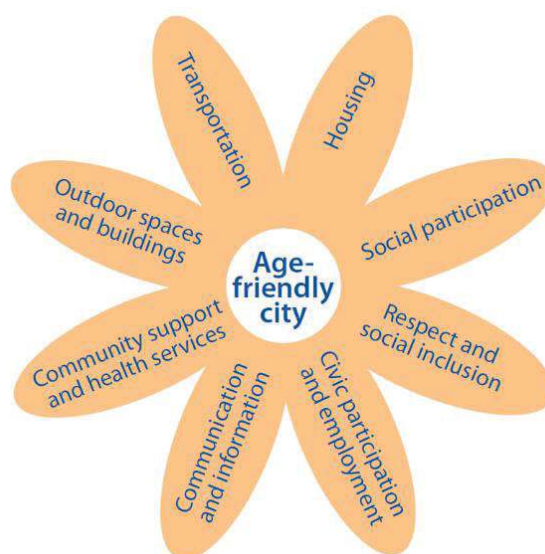
Ook zal het lokaal beleid verder moeten inzetten op het creëren van woonzorgnetwerken. Het zorglandschap is nog te sterk gefragmenteerd en verzuild, wat zorgcontinuïteit in de weg staat. In deze woonzorgnetwerken worden samenwerkingsverbanden gesloten tussen de in de buurt actieve erkende en nieuwe voorzieningen. Hierdoor kan een betere coördinatie van zorg en transparanter aanbod ontstaan. Zo kan de zorgbehoefte beter worden afgestemd op het aanbod en kan de oudere geleidelijk doorstromen van ambulante naar residentiële centra. De zelfredzaamheid wordt zo maximaal benut. We moeten inzetten op een verdere desinstitutionalisering van zorg en versterking van de thuiszorg. Zo goed als elke oudere wordt het liefst van al zo lang mogelijk thuis verzorgd. In eerste instantie moet de overheid meer aandacht geven aan levenslang wonen. Zo kan een label 'levenslang wonen' worden uitgevaardigd, wat oplijst aan welke basiscriteria een aangepaste woning dient te voldoen. De renovatiemarkt kan geprikkeld worden door bijvoorbeeld het voorzien van aanpassingspremies, lagere BTW-tarieven voor aanpassing naar labelwoningen, het opnemen van criteria in stedenbouwkundige voorschriften, etc.

Thuiszorg moet meer en meer een goed gecoördineerd teamgebeuren worden. We denken aan het inzetten van lokale multidisciplinaire teams, met zowel competenties in zorg en welzijn, per +/-10.000 inwoners. Voor zorgbehoevende ouderen kan een case manager, bijvoorbeeld de huisarts binnen het multidisciplinaire team, worden aangesteld die de coördinatie van zorg op zich neemt. Zo kan een betere opvolging en ondersteuning van de oudere en zijn mantelzorgers worden georganiseerd, en kan er een betere doorverwijzing gebeuren naar gespecialiseerde centra indien nodig. Daarnaast moeten we inzetten op alternatieve woonvormen waar wonen en zorgen hand in hand gaan. Hier hebben we een serieuze achterstand goed te maken in vergelijking met andere landen. Een goede zorgomgeving vergemakkelijkt het wonen, en een aangepaste woonomgeving vereist minder zorgen. Isolement wordt daarbij tegengegaan door het inrichten van woonzorgzones waarbinnen nieuwe woonzorgformules optimaal worden ondersteund (aanleunwoningen, kangoeroewoningen, groepswonen, etc.). Binnen die woonzorgzones worden verschillende woonvormen verspreid rond een centraal servicecentrum, waar het multidisciplinaire team een plaats heeft. De bewoners wonen dan gewoon in hun wijk, maar kunnen indien nodig beroep doen op zorg- en welzijnssteuning.

De discussie over het lokaal ouderenbeleid moeten we nog verder opentrekken en verbreden tot de omgeving en maatschappij waarbinnen de oudere een plaats heeft. Een maatschappelijke verankering van zorg via het uitbouwen van een community based zorgende buurt en een symbiose tussen formele en informele zorg, moet worden nagestreefd. Zo wordt een maatschappelijk weefsel

¹⁰ Benyaich B. (2012). Advies Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg. Uitgever: SAR WGG. Beschikbaar op: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/advies-marktwerking-en-commercialisering-woonzorg>.

opgebouwd waardoor zorgvragen voorkomen kunnen worden. Itinera pleit er voor om voor alle lokale besturen een doorlichting uit te voeren die de leeftijdsvriendelijkheid in kaart brengt. Hiervoor kunnen we leren uit de initiatieven rond 'age friendly cities' van de WHO¹¹. Een leeftijdsvriendelijke gemeente stimuleert actief ouder worden door het verbeteren van de levenskwaliteit van de oudere via het optimaliseren van de fysieke, materiële, natuurlijke en sociale omgeving (Figuur 7). Verschillende criteria zijn van toepassing. Naast de eerder genoemde mogelijkheden voor het aanpassen van het woningbeleid, kan het lokale beleid sociale participatie van de oudere stimuleren.



Figuur 7. Determinanten voor leeftijdsvriendelijke gemeenten.

Bron: WHO (2007) http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/

Dit door het organiseren van een brede waaier aan sociale activiteiten. Hierbij moet een aangepaste ruimtelijke ordening worden nagestreefd die fysieke en sociale activiteit stimuleren. Voldoende groene ruimte speelt een belangrijke rol bij gezond ouder worden. Openbare gebouwen kunnen toegankelijk en leeftijdsvriendelijk worden ingericht. Een veilige omgeving voor de oudere moet worden voorzien, bijvoorbeeld door het aanleggen van veilige voetpaden en oversteekplaatsen, tot het aanpakken van criminaliteit. Er moeten voldoende verplaatsingsmogelijkheden zijn voor de oudere. Dit kan door het voorzien in voldoende parkeermogelijkheden, betaalbare taxi's en een netwerk van vrijwillige chauffeurs. Het gebruik van het openbaar vervoer en leeftijdsvriendelijke aanpassingen aan perrons verdient aandacht. Net als de nabijheid van een bushalte, voldoende frequente rijtijden, minimale vertragingen, voldoende beschutting in het bushokje, een betaalbaar aanbod etc. Fysieke en sociale activiteit bereik je ook via het aan het werk krijgen of houden van de oudere. Dit kan zowel betaald werk zijn als vrijwilligerswerk. Er zijn tal van mogelijkheden waarop een gemeente werk en vrijwilligerswerk bij ouderen kan stimuleren: mentoring of coaching na het pensioen, jobdeling, een gefaseerde uitstap, gerichte opleidingen, gezamenlijke arbeidsomstandigheden bijsturen, etc. Als laatste is ook een goede communicatie van het dienstenaanbod aangewezen zodat de oudere optimaal geïnformeerd is.

¹¹ WHO (2007). Global age-friendly cities: a guide. ISBN: 9789241547307. Beschikbaar op: http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/

5. Voorstel 3: Ontwar de personeelsknoop in de zorg

Itinera pleit om volop in te zetten op het behoud en aantrekken van kwalitatief hoogstaand personeel. We dienen het potentieel van de ouderenzorg als motor voor jobcreatie ten volle te benutten. In eerste instantie moeten we maximaal inzetten op taakverschuiving en functiedifferentiatie. Dit vereist meer flexibelere regelgeving voor de invulling van de zorgberoepen. Binnen elke zorgberoep moeten er voldoende competentieniveaus worden ingebouwd, waarbij meer opgedane competenties gekoppeld worden aan een hoger loon. We pleiten voor een diepgaand debat in de volgende legislatuur over de zorgberoepen, met betrokkenheid van alle actoren, waar vanuit verschillende invalshoeken gekeken wordt naar hoe de zorgvraag er in de komende jaren zal uitzien en wat dat betekent voor de beroepsgroepen in de zorg. Hier moet aandacht gaan naar een verschuiving van een hiërarchisch gedreven 'medicaliserende' invulling van de zorgberoepen naar een focus op zorgberoepen die afgestemd zijn op het creëren van welzijn en gezondheid. Men kan meer variëteit inbouwen door de zorgberoepen te ontschotten en een flexibele inzet in verschillende types voorzieningen mogelijk maken. Verder moet er meer flexibiliteit in personeelsnormen komen die een efficiëntere personeelsinzet mogelijk moeten maken. Multidisciplinaire samenwerking moet worden gestimuleerd door bijvoorbeeld het organiseren van gemeenschappelijke leerplatformen tijdens opleiding. Via technologie, ergonomie en procesinnovatie dienen we de zorgverleners maximaal te ondersteunen. We kunnen de zorgverlener meer beslissingsvrijheid en controle geven over de individuele werksituatie door bijvoorbeeld het systeem van flexibel zelfroosteren in teamverband in te voeren. We dienen de personeelsinzet meer te gaan afstemmen op de werkelijke zorgbehoefte door het gebruik van betere meetinstrumenten voor zorgzwaarte (vb. BELRAI).

“

De vraag die we ons dienen te stellen is hoe we voldoende kwalitatief zorgpersoneel aan boord kunnen krijgen en houden

”

Wanneer de stijgende behoefte aan ouderenzorg ervoor zorgt dat de residentiële zorg en thuiszorg elk met één derde dienen te groeien tegen 2025, is dit niet enkel een uitdaging van aanbod, bouw en infrastructuur, maar ook van personeel⁴. Tenzij we de productiviteit drastisch kunnen verhogen, zal ongeveer een derde meer personeel nodig zijn. Productiviteit zal een deel via technologie verlopen, maar zorg is en zal altijd voor een deel van mens tot mens verlopen. De ouderenzorg is daarom een sector met een sterk groeiend potentieel voor jobcreatie. Zoals in de meeste EU landen ervaren we echter vandaag al ernstige tekorten in zorgpersoneel (instroom) en een toename van de turnover (doorstroom en uitstroom). Zonder bijkomende maatregelen wordt er in de EU tegen 2020 een tekort van 1 tot 2 miljoen zorgverleners verwacht¹². De vraag die we ons dienen te

¹² European Commission (2012). EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends: a feasibility study. Centre for Workforce Intelligence, Matrix Insight.

stellen is hoe we voldoende kwalitatief zorgpersoneel aan boord kunnen krijgen en houden. Zowel federaal als op regionaal niveau zijn er reeds verschillende beleidsplannen lopende gericht op het personeelsbeleid in de zorg. Federaal hanteert men een vijfjarenplan tot 2014. Het is vooralsnog onduidelijk welke onderdelen van het plan reeds werden geïmplementeerd en welke de effecten zijn. Op Vlaams niveau is er de mooie campagne 'ik ga ervoor' (<http://www.ikgaervoor.be/>) die vooral tot doel heeft om de aantrekkelijkheid van het zorgberoep te verbeteren en zo de instroom te bevorderen, met bemoedigende resultaten. In de Waalse regio is er op dit moment geen aanvullend beleid gevoerd. Onderstaand doen we enkele voorstellen voor beleidsinitiatieven. We pleiten voor het organiseren van een diepgaand debat in de volgende legislatuur over de zorgberoepen, met betrokkenheid van alle actoren, waar vanuit verschillende invalshoeken gekeken wordt naar hoe de zorgvraag er in de komende jaren zal uitzien en wat dat betekent voor de beroepsgroepen in

“ *Maximaal inzetten op taakverschuiving en functiedifferentiatie vereist meer flexibiliteit op de invulling van de zorgberoepen* ”

de zorg.

Taakverschuiving en functiedifferentiatie, beiden zijn zowel voor het imago als voor de beroepsinhoud belangrijke pistes en werken jobverrijkend. Bij taakverschuiving worden bepaalde taken structureel overgeheveld naar andere zorgberoepen. Zo kunnen bepaalde taken van artsen, zoals patiënteneducatie, worden verschoven naar gespecialiseerde verpleegkundigen. Verpleegkundigen kunnen op hun beurt minder complexe zorgtaken doorschuiven naar verzorgenden. Bij functiedifferentiatie worden taken uitgesplitst naar nieuwe functies, waardoor de aantrekkelijkheid stijgt en werkdruk verlaagt. Zowel taakverschuiving en functiedifferentiatie verhogen de verantwoordelijkheid en regelcapaciteit van de zorgberoepen en zorgen voor het inbouwen van carrière mogelijkheden. Dit is één van de factoren voor behoud van personeel en speelt mee in de keuze van tewerkstelling bij jongeren. Binnen elk zorgberoep moeten er daarom voldoende competentieniveaus worden ingebouwd. Daarnaast moet er voldoende aandacht gaan naar permanente vorming en verdergezet onderwijs. Verpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld doorgroeien tot gespecialiseerde zorgverstrekkers, waardoor men het beroep differentieert naargelang complexiteit van de zorg. Mogelijkheden zijn te zoeken in rolversterking door het uitbouwen van expertise op niveau van een patiëntenpopulatie (bijv. diabetesverpleegkundigen, palliatief support teams, voedingsteams, etc.). Dit heeft op dit moment slechts in beperkte gevallen een impact op het loon. Opgedane competenties dienen daarom gekoppeld te worden met een hoger loon.

Meer specialiseren is echter niet het enige antwoord op de stijgende chronische zorgbehoefte. We moeten ook nadenken aan het generaliseren en verbreden van competenties om zo een holistische aanpak te kunnen verwezenlijken. Zo kan men meer variëteit inbouwen door de zorgberoepen te ontschotten en een flexibele inzet in verschillende types voorzieningen mogelijk te maken. Een zorgverlener kan dan toegewezen worden aan een groep zorgbehoevenden en bijvoorbeeld zowel worden ingezet in de thuiszorg als in een dagverzorgingscentrum. Dit verhoogt continuïteit van zorg

en werkt jobverrijkend daar het meer regelcapaciteit geeft. De regelgeving rond de invulling van zorgberoepen (vb.: KB'78) moet worden hervormd zodat meer flexibiliteit kan worden ingevoerd en professionele grenzen beperkt kunnen worden. Verder dient men in te zetten op de complementariteit van verschillende zorgberoepen via multidisciplinaire samenwerking. Dit werkt opnieuw jobverrijkend en zal het welbevinden van het zorgpersoneel verhogen. Om dit te bevorderen dient men tijdens de opleiding van de zorgberoepen gemeenschappelijke leerplatformen te organiseren waar men met elkaar leert samenwerken. Ook dient men de personeelsvereisten op instellingsniveau te herdenken. Om RIZIV-financiering te kunnen genieten moeten woonzorgcentra aan bepaalde personeelsnormen voldoen. Die personeelsnormen houden op dit moment te weinig rekening met de mogelijkheden van taakverschuiving. Meer flexibiliteit in personeelsnormen zou een efficiëntere personeelsinzet mogelijk kunnen maken.

“ *Ondersteun de zorgverleners maximaal via technologie, procesinnovatie en samenwerking* ”



Door het investeren in technologie kan de werkdruk verlaagd worden en komt er meer tijd vrij voor meer patiëntgerichte taken. Dit gaat van het gebruik van machines en robots voor fysiek belastende taken, het invoeren van een elektronisch patiëntendossier, installeren van automaten voor medicatiebedeling, tot inspanningen voor een meer ergonomische werkplaats. Louter administratieve taken kunnen beter worden uitbesteed aan logistieke medewerkers. Men kan denken aan een betere verloning voor onregelmatige prestaties, het aanbieden van kinderopvang, of het voorzien van was- en strijkdiensten zodat de zorgverlener ontlast wordt van hun huiselijke taken. Ook kan men de zorgverlener meer beslissingsvrijheid en controle geven over de individuele werksituatie. Zo kan men het systeem van flexibel zelfroosteren in teamverband invoeren. Men kan de personeelsinzet meer gaan afstemmen op de werkelijke zorgbehoefte door het gebruik van betere inschalingsinstrumenten voor zorgzwaarte (vb. BELRAI). Hier gelden ook de methoden van zorgvernieuwing zoals in meer detail beschreven in onze paper over het gezondheidszorgbeleid. De mogelijkheden van de ontwikkeling van zorgpaden voor het gestroomlijnd organiseren van zorg en het gebruik van lean management technieken voor het elimineren van niet waarde-toevoegende activiteiten dienen onderzocht te worden voor de ouderenzorg. Daarnaast dient de overheid samen met de werkgevers en werknemersorganisaties te bespreken waar de arbeidswetgeving kan worden aangepast om flexibelere inzet van het personeel mogelijk te maken. Zo kan men meer inspelen op de verschillende levensfasen door de zorgverlener zijn loopbaan meer zelf te laten plannen.

Andere mogelijke beleidsinitiatieven zijn: een optimale afstemming met mantelzorg; het inpassen van vrijwilligers voor bepaalde zorgtaken; instroming via andere kanalen zoals omscholing van werkzoekenden en internationale rekrutering; meer aandacht voor competenties in plaats van diploma's; verder ondersteunen van de combinatie werk en studeren; en van zorg een sleutelcompetentie maken in het onderwijs zodat jongeren kennis maken met wat zorg verlenen inhoudt en geprikkeld worden om zelf in de zorgsector te stappen.

6. Voorstel 4: Breng de zorg naar de mens, niet de mens naar de zorg

Maak van de oudere de draaischijf. Breng de zorg naar hem, in plaats van hem naar de zorg. Via een persoonsgerichte financiering leggen we de bestedingsautonomie bij de oudere zelf en evolueren we tot een echt vraaggestuurd zorgmodel. Ons lijkt een slimme combinatie van een cashbudget en vouchers het meest aangewezen. Een onderscheid kan bijvoorbeeld gemaakt worden in 70% via vouchers en 30% via cashbudget. Door de oudere de keuzemogelijkheid te geven worden de zorgaanbieders ertoe aangezet om een kwalitatief hoogstaand en betaalbaar aanbod te genereren dat de zorgbehoevende aantrekt. Voor Itinera is het prioritair dat de overheid zich beraadt om minder rechtstreeks in het zorglandschap te interfereren en meer de omgevingsfactoren bepaalt om een kwaliteitsvol, divers en toegankelijk ouderenzorgaanbod te garanderen. De regulerende taak van de overheid verschuift dan van regulering op basis van structuren (infrastructuur- en personeelsnormen), naar het bewaken van een kwaliteitsvol en toegankelijk aanbod. Een gezonde mix aan aanbodzijde waarbij de verschillende spelers elkaar goed aanvullen en uitdagen via concurrentie op het vlak van meerwaardecreatie, is de meest effectieve manier om de kwantitatieve en kwalitatieve doelstellingen te halen. Het komt er op aan om via een gemeenschappelijk regelgevend kader de lat voor iedereen gelijk te leggen, een transparante beoordeling mogelijk te maken en deze realiteit verder te laten bloeien in de context van een vergrijzing die voor iedereen mobilisatie en innovatie zal vergen. De overheid moet de ouderenzorg als gezonde groeibiotoop alle kansen geven. De grootste uitdaging ligt in het voorzien in een gelijk speelveld voor alle spelers in de zorgmarkt.

Het zorgaanbod is op vandaag te versnipperd en te weinig aangepast aan de werkelijke zorgbehoefte. Hierdoor gaat de oudere vaak te snel zijn eigen zelfredzaamheid verliezen. We hebben eerder aangegeven dat technologische ontwikkeling en preventie de oudere sterke hefboomen voor keuze en zelfredzaamheid bieden. Dit is slechts een deel van de oplossing. Het komt er op aan die hefboomen te integreren en te benutten in de wijze waarop we de organisatie van de zorg structureren. Om tot echte 'empowerment' te komen moet de oudere maximaal kunnen beslissen over de regie van zijn zorgvraag. Om dit te realiseren is de oplossing bij uitstek de bestedingsautonomie bij de oudere zelf te leggen. Zo vergroot je de kans dat de zorgsector naar de oudere komt (vraaggestuurd), in plaats dat de oudere naar de zorg toe moet gaan (aanbodgestuurd).

“

We moeten evolueren van een instellingsgerichte naar een grotendeels persoonsgerichte financiering voor de ouderenzorg

”

Een essentieel onderdeel daarvan is te evolueren van een instellingsgerichte naar een grotendeels persoonsgerichte financiering voor de ouderenzorg. Deze toepassing kennen we al vanuit het persoonlijk assistentiebudget bij personen met een beperking. We kunnen dit ook toepassen in de ouderenzorg zodat de oudere een eigen budget in zijn bezit krijgt, afhankelijk van zijn inkomen en zorgwaarde, waarmee hij de zorg zelf kan inkopen. Omdat de oudere zelf zijn zorgverstrekker kiest, ontstaat concurrentie tussen de verschillende spelers die de prijs en kwaliteit van zorgvoorzieningen positief kan beïnvloeden en die een echte zorg op maat mogelijk maakt. De indicatiestelling, waarbij de zorgwaarde wordt bepaald, kan dan gebeuren door de lokale overheden. De discussie of het een cashbudget moet zijn die op een individuele zorgrekening komt (persoonsgebonden), of vouchers die enkel kunnen ingeruild worden bij erkende zorgverstrekkers (persoonsvolgend), kan dan gevoerd worden in samenspraak met de sector. Ons lijkt een combinatie van beide het meest aangewezen. Enkel een cashbudget zou misbruik in de hand kunnen werken, terwijl enkel het gebruik van vouchers te betuttelend is en de vrije keuze beperkt. We stellen wel voor dat het grootste deel via vouchers verloopt. Dit biedt de meeste garantie op het krijgen van een kwaliteitsvolle zorg. Een onderscheid kan bijvoorbeeld gemaakt worden in 70% via vouchers en 30% via cashbudget. Vaak gehoord argument tegen persoonsgerichte financiering is dat de zwakkere ouderen hun weg niet zullen vinden in het aanbod. Eventueel kan hiervoor een vertrouwenspersoon worden aangesteld indien de oudere niet meer beschikt over de nodige beslissingskracht. Ook kan een betere informatieverstrekking voorzien worden door multidisciplinaire zorg- en welzijn teams op lokaal niveau waarbij de vaste huisarts een coördinerende rol opneemt.

“ *De gebruikers worden zo de stuwende kracht van het ouderenzorglandschap en creëren concurrentie tussen de spelers op basis van waardecreatie* ”

Een gedecentraliseerd, vraaggestuurd zorgmodel zendt de juiste stimuli uit voor een aangepast en dynamisch aanbod dat rekening houdt met de verwachtingen van de gebruikers. De noodzakelijke aanpassingen aan het systeem zullen sneller gebeuren dan bij aanbodfinanciering en centralistische planning. Het streefdoel van de overheid is het creëren van de juiste omgevingsfactoren om een kwaliteitsvol en toegankelijk ouderenzorgaanbod te garanderen die de autonomie van de oudere alle kansen geeft. Dit vraagt dat de regulerende taak van de overheid verschuift van een regulering op het vlak van structuurindicatoren (programmatische normen, prijszetting, personeelsnormen, infrastructuursubsidies), naar een regulering op basis van kwaliteitsindicatoren en de controle daarvan. Meer zelfregulering door een minder strikte prijzencontrole is alvast een aanbeveling in het recente rapport van de OESO¹³. Mogelijke kwaliteitsindicatoren zijn: het voorkomen van infecties, depressie, vrijheidsbeperking door fixatie of sedatie, valincidenten, te voorkomen ziekenhuisopnames, onvrijwillig gewichtsverlies, decubitus, polyfarmacie, etc. De indicatoren zoals opgesteld door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid tonen alvast de goeie richting¹⁴.

13 OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. Doi: 10.1787/eco_suveys-bel-2013-en.

14 Te vinden op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekaderwzc/>

“ *Een gezonde mix tussen de verschillende spelers is de meeste effectieve manier om zowel de kwantitatieve en kwalitatieve doelstellingen te halen* ”

Via de invoer van selectieve marktprikkels worden gespecialiseerde aanbieders dan aangemoedigd om een kwaliteitsvol aanbod te ontwikkelen. Dit moet een grotere diversificatie van het dienstenaanbod toelaten. De gebruikers worden zo de stuwende kracht van het ouderenzorglandschap en creëren concurrentie tussen de spelers op basis van waardecreatie (hoge kwaliteit aan een zo laag mogelijke kost). Een Amerikaanse studie toont aan dat het hebben van zowel non-profit als profit zorgvoorzieningen bevorderlijk is voor de kwaliteit en kost van het systeem. Via 'checks and balances' worden beide spelers uitgedaagd tot verbetering. Volgens deze studie zijn commerciële voorzieningen zoals verwacht efficiënter. Dat hoeft niet te verwonderen. Commerciële spelers zetten hun eigen centen in en dragen dus zelf een deel van de risico's. Dat maakt van hen goede onderhandelaars die daarenboven allergisch zijn aan verspilling. De zorgkwaliteit kan dan weer iets hoger liggen in de niet-commerciële instellingen. Een gezonde mix tussen de verschillende spelers is daarom de meeste effectieve manier om zowel de kwantitatieve en kwalitatieve doelstellingen te halen. De studie besluit dat de optimale eigendomsmix er één is waarvan het marktaandeel van de niet-commerciële voorzieningen de 30 à 40% overtreft. Zo wordt de kruisbestuiving tussen de verschillende types voorzieningen ten volle benut. Wij zijn Amerika natuurlijk niet maar ook België heeft een mix van profit, social profit en openbare spelers. Het komt er op aan om via een gemeenschappelijk regelgevend kader de lat voor iedereen gelijk te leggen, een transparante beoordeling mogelijk te maken en deze realiteit verder te laten bloeien in de context van een vergrijzing die voor iedereen mobilisatie en innovatie zal vergen.

“ *De introductie van marktwerking creëert kansen en opportuniteiten in een context van de beperkte overheidsmiddelen* ”

We moeten daarbij af van de nog steeds sluimerende fobie ten opzichte van het maken van winst in de zorg en de doembeelden van ondermaatse zorg door commercialisering. De huidige initiatieven tonen aan dat ondernemerschap en marktwerking wel degelijk verzoenbaar zijn met een kwaliteitsvolle, toegankelijke zorg. De introductie van ondernemerschap creëert immers ook kansen en opportuniteiten in een context van beperkte overheidsmiddelen. Het maken van winst is een belangrijke voorwaarde om kwaliteitsvolle zorg te kunnen blijven leveren door de gemaakte winst te herinvesteren. Dit leidt tot betere kostenbeheersing, prikkels tot zorginnovatie en groei. Het gaat niet om winst maar over de basis van de winst: wanneer die ligt in toegevoegde waarde door efficiëntie, kwaliteit of innovatie, is winst geen probleem maar juist een deel van de oplossing. Wat absoluut buiten kijf staat is dat er geen winst kan gemaakt worden op de zorgfinanciering van het RIZIV: die moet integraal gaan naar de doelstelling van de financiering. Ze is daarvoor trouwens veelal ontoereikend, wat bij voorbaat winstmarges hierop uitsluit.

“ *De overheid moet de ouderenzorg als gezonde groeibiotoop alle kansen geven. De grootste uitdaging ligt in het voorzien in een gelijk speelveld* ”

Naast het bewaken van kwaliteit en een evenredige toegankelijkheid is een bijkomende opdracht van de overheid het voorzien in een gelijk speelveld. Daar zal voor hen de grootste uitdaging liggen. De regelgeving moet voldoende homogeen zijn zodat deze concurrentie tussen verschillende type spelers onder dezelfde voorwaarden toelaat. Dat subsidies perverse effecten kunnen hebben werd alvast aangetoond. Met bouwsubsidies ligt de kostprijs van een nieuwbouw of renovatieproject maar liefst 31% hoger dan zonder¹⁵. Ook moet de overheid zorgen voor een stabiele zorgmarkt. Door onduidelijkheden qua financiering omwille van de staatshervorming is hiervan op dit moment weinig sprake. Voor Itinera gelden volgende voorwaarden:

- Het bepalen door de overheid van een gemeenschappelijk kader omtrent maatschappelijk verantwoorde zorg, nl. zorg die kwaliteitsvol, sociaal rechtvaardig, performant, relevant en toegankelijk is¹⁰.
- Een maximale transparantie op het vlak van de kwaliteit van het aanbod en het voorzien van benchmarking.
- Een systematische controle op het vlak van kwaliteitscriteria waarbij negatieve inspectieverlagen niet zonder gevolg blijven.
- Een transparant financieel beleid bij de zorgaanbieders. Bijvoorbeeld door het oormerken en traceren van zorgsubsidies (bv. RIZIV), zodat die – ongeacht de zorgspeler die ze verkrijgt – steeds voor zorgdoeleinden worden gebruikt.
- Het afbouwen van subsidieongelijkheid tussen zorgspelers, bv. in animatie, in de subsidiëring van OCMWs uit algemene middelen, of in personeelskosten (Sociale Maribel).
- Het afschaffen van infrastructuursubsidies (VIPA in Vlaanderen), die ontwikkeling van zorginfrastructuur artificieel sturen én stremmen.
- Het voorzien in een gelijk personeelsstatuut tussen de verschillende types zorgspelers.
- Het voorzien in een stabiele omgeving die ondernemerschap in de zorg mogelijk maakt en als essentiële partner erkent om de stijgende zorgbehoeften het hoofd te bieden.
- Primair de senior zelf de financieringsmiddelen geven (vraag), in plaats van de zorgaanbieder te subsidiëren.

¹⁵ Pacolet J., De Troyer F., Boeykens S., De Coninck A., Vastmans F., Buyst, E. (2012). Een vergelijkende studie naar bouwkost en dagprijs in door VIPA gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde woonzorgcentra: K.U.Leuven.

7. Voorstel 5: Naar een betaalbare ouderenzorg via slimme solidariteit en concurrentie.

Een verstandig debat over het financieringsmodel is meer dan noodzakelijk. Itinera kiest voor een systeem van slimme solidariteit waarbij het beleid niet meer moet doen voor iedereen, maar dat iedereen in staat moet stellen meer voor zichzelf te doen. De gemiddeld 20 jaar die 65-plussers nog in relatief goede gezondheid zullen kunnen doorbrengen moet worden gezien als een continuüm, een boog die geleidelijk aan doorgroeit van meer welzijnsgericht naar meer zorggericht. Ouderenzorg moet worden gezien als een proces. Die continuïteit missen we nu, we kennen enkel de eindfase van het ouder worden. Wat we moeten vermijden is een standaardformule waarbij iedereen wordt opgesloten in één zorgpakket. Dit zou de economische opportuniteit van de oudere als consument in de kiem smoren. De betaalbaarheid moet in de eerste plaats gegarandeerd worden voor de zwakkere ouderen door een optimale bescherming op basis van solidariteit te voorzien. We mogen de economische groeibiotoop niet gaan versmachten, maar net meer zuurstof geven. Solidariteit is vanuit ons perspectief geen synoniem voor egalitarisme of collectivisme. We zullen moeten kiezen voor de diversificatiestrategie om de stijgende zorguitgaven via een brede variëteit van bronnen te kunnen blijven dekken. Private investeringen zullen daarbij moeten worden aangemoedigd. Burgers kunnen fiscaal geprikkeld om meer voorafbetalingen in te bouwen. Aanvullende verzekeringen en sparen moeten een groter aandeel krijgen in de totale pakket. In een open en gelijk speelveld zijn alle zorgverzekeraars vrij een eigen pakket samen te stellen. Via dit pakket van basis- en aanvullende zorgen moeten ze kunnen bewijzen dat ze, in onderlinge concurrentie, de beste keuze zijn wat betreft kwaliteitsvolle en betaalbare risicodekking. De toekomstige financiers dienen zelf financieel daadwerkelijk geresponsabiliseerd te worden voor zowel kwaliteit als betaalbaarheid.

“

Er zullen fundamentele keuzes moeten worden gemaakt die een breed gedragen publiek debat vragen met alle betrokken partners binnen de lokale context van ons land

”

De sociale zekerheid is een tanker in zwaar weer die eigenlijk virtueel failliet is. Meerdere knipperlichten wijzen erop dat het huidige financieringssysteem van zorg haar limieten heeft bereikt. Daarom moeten we durven vooruit te denken en vanuit een positieve houding zoeken naar alternatieven waar de goede eigenschappen van het huidige systeem aangevuld worden met mogelijke oplossingen. Dit zal niet eenvoudig zijn gezien de sterk geïdeologiseerde standpunten en de grote belangen in de bestaande starre verzuiling van het zorgaanbod. Er zullen fundamentele keuzes moeten worden gemaakt die een breed gedragen publiek debat vragen met alle betrokken partners binnen de lokale context van ons land. Dit mag niet langer uitgesteld worden. We kunnen dit ook niet overlaten aan het huidige overlegmodel gezien de belangenvermenging bij de

gesprekspartners en het persoonlijke voordeel dat ze halen uit het huidige systeem. Het ontbreekt de zorgsector aan een structureel overlegorgaan dat alle betrokken partijen verenigt.

Elke discussie over een financieringsmodel voor zorg heeft de neiging om van het middel het doel te maken. Het gaat dan meteen niet meer over wat men wil bereiken, maar over hoe men wil financieren. Het ontstaan van de bescheiden Vlaamse Zorgverzekering is daarvan een mooi voorbeeld. Voor Itinera komen de doeleinden eerst:

- Het realiseren van een continuüm aan diensten en producten dat mee evolueert met het verouderingsproces en dus verschillende zorgfasen kan dienen.
- Het maximaal toelaten van keuze en autonomie bij de senior.
- Het garanderen van open en eerlijke concurrentie tussen diverse zorgaanbieders en verzekeraars.
- Het kunnen omarmen van dure innovaties die geleidelijk goedkoper en beschikbaar worden voor iedereen.

Itinera heeft alvast een voorzet gegeven door de voor- en nadelen van zes verschillende scenario's te onderzoeken: (1) een uitbreiding via publieke sociale bijdragen, (2) een uitbreiding via belastingen als bron van subsidies voor zorgaanloop, (3) een uitbreiding via aanvullende of vervangende verzekeringen, (4) een uitbreiding via sparen (vb. health savings account, Singapore), (5) een uitbreiding via eigen bijdragen van de patiënt en/of remgeld, en (6) een uitbreiding via ontfenen en/of privé-investeringsmiddelen ¹⁶.

16 Van Herck P., Van de Cloot I. (2012). Op zoek naar antwoorden op de uitdaging van betaalbaarheid van zorg: Scenario's van hervorming van het financieringsmodel. Analyse Itinera Institute. Beschikbaar op www.itinerainstitute.org.

“ *We mogen de economische groeibiotop niet gaan versmachten, maar net meer zuurstof geven* ”

Het is duidelijk dat er op dit moment geen pasklaar antwoord is. De verschillende scenario's kennen allen hun voor- en nadelen. Het bestaande financieringsmodel wordt momenteel gekenmerkt door een mix van een hoog aandeel sociale bijdragen en belastingen, een hoog aandeel eigen bijdragen/remgeld, en een laag aandeel aanvullende verzekering en sparen. Het staat voor ons buiten kijf dat een verdere uitbreiding van dit sociaal zekerheidsmodel op de middellange termijn onbetaalbaar wordt. Het 'pay-as-you-go' systeem waarbij de inkomende middelen onmiddellijk benut worden om de gelijktijdige zorgnoden te dekken, heeft zijn limieten bereikt gezien we op dit moment de tekorten al serieus dienen bij te sturen via belastingen. Uitbreiding van de belastingen is ook al niet realistisch in een land dat internationaal moet concurreren en al tot de wereldtop in belastingdruk behoort. Een uitbreiding van de remgeld strategie is niet succesvol gebleken in het omkeren van de groei in zorguitgaven. Dit instrument remt te weinig af voor diegene die het kunnen betalen. Het remt daarentegen wel over de ganse lijn consumptie af voor diegene die

het niet kunnen betalen, los van het al dan niet verantwoorde karakter van zorg. Dit beperkt de financiële toegankelijkheid en leidt een gezondheidssysteem op twee snelheden. Wat we moeten vermijden is dat iedereen wordt opgesloten in één zorgpakket, bijvoorbeeld alles via de Vlaamse Zorgverzekering. Het zou merkwaardig zijn om te vertrekken vanuit de vaststelling dat de sociale zekerheid, wat ouderenzorg betreft, tekort schiet, om dan een parallel sociaal zekerheidssysteem "light" in het leven te roepen. Dit zal geen voldoende antwoord bieden om de toekomstige zorgnoden effectief te kunnen opvangen. We mogen er geen standaardformule op kleven. Dit zou de economische opportuniteit van de oudere als consument in de kiem smoren⁹.



Solidariteit is vanuit ons perspectief geen synoniem voor egalitarisme of collectivisme



Vanuit beleidsstrategie moeten we er voor kiezen om de autonomie van de ouderen alle kansen te geven en stoppen met ouderenzorg uitsluitend te bekijken door het prisma van de sociale zekerheid⁹. Solidariteit is vanuit ons perspectief geen synoniem voor egalitarisme of collectivisme. Mensen leven hun hele actieve leven in grote verschillen van verscheidenheid. Wie in de zorgfase van het leven plots voor iedereen gelijkheid en uniformiteit betracht zal de samenleving opzadelen met een draconisch vergrijzingsproject. Wij kiezen voor een systeem van slimme solidariteit waarbij het beleid niet meer moet doen voor iedereen, maar dat iedereen in staat moet stellen meer voor zichzelf te doen. We moeten niet de vraag stellen hoeveel het individu bereid is maximaal aan gezondheid uit te geven, maar vooral hoeveel gezondheid door de overheid gefinancierd moet worden. Het zijn in de eerste plaats de zwakkere ouderen bij wie de betaalbaarheid gegarandeerd moet worden. Dit vergt een bepaling van wat minimale zorggaranties zijn. Voor de overige ouderen moet een systeem ontwikkeld worden dat hen toelaat gemakkelijk, efficiënt en zonder te veel risico te lopen zelf een deel van hun oude dag veilig te stellen. Ouderen die een hogere prijs voor een dienst willen betalen, mogen die mogelijkheid niet ontnomen worden. Dit zou het economische potentieel net gaan beknotten.



De afgeschermdde markt dient verder vrijgemaakt te worden om keuzevrijheid en efficiëntie aan te moedigen



We zullen moeten kiezen voor een coherent systeem waarin verschillende financieringsmodaliteiten geïntegreerd worden om de stijgende zorguitgaven via een brede variëteit van bronnen te kunnen blijven dekken¹⁶. De kunst zal zijn om de diverse scenario's onderling zo te combineren dat de voordelen van het ene, de nadelen van het andere ongedaan helpen maken, en dat de voordelen elkaar versterken. We zullen dus moeten kiezen voor de diversificatiestrategie die internationaal in verschillende landen reeds wordt gebruikt.

Het systeem dient opgebouwd te worden via een goede publiek-private samenwerking. De overheid zal het niet kunnen klaarspelen zonder meer persoonlijke financiële verantwoordelijkheid. Zeker is dat we allemaal ouder worden en daardoor op bijkomende diensten een beroep zullen moeten doen. Minder zeker is hoe zwaar onze afhankelijkheid wordt. De zeer waarschijnlijke zorgkosten horen eerder thuis in een al dan niet verplicht spaarsysteem. Verzekeringsproducten zullen in eerste instantie de onvoorspelbare zorgkosten moeten dekken. Private investeringen zullen moeten worden aangemoedigd. Burgers worden fiscaal geprikkeld om meer voorafbetalingen in te bouwen. Aanvullende verzekeringen en sparen moeten een groter aandeel krijgen in de totale pakket. Dit wordt dan gecombineerd met een gerichte regulering via risicoverevening om de potentiële risico's (averechte selectie en risicoselectie) te voorkomen. De huidige (en nieuwe) actoren zullen daarop hun toekomstig aanvullend aanbod moeten hertekenen indien ze hun producten willen laten aansluiten op de grootste maatschappelijke noden van meer ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken. We zullen niet voorbij kunnen aan een uitbreiding van bijdrageverplichtingen, via de combinatie van diverse scenario's. Echter, indien er meer van ons wordt gevraagd, verwachten we in ruil geen eenheidsworst, geen gebrek aan transparantie en geen afscherming van deelmarkten die ertoe kunnen leiden dat de financiële beheerders de middelen inefficiënt besteden¹⁶.

We kiezen voor een systeem van openheid en meer concurrentie. De afgeschermdde markt dient verder vrijgemaakt te worden om keuzevrijheid en efficiëntie aan te moedigen. Elke potentiële aanbieder moet worden toegestaan om de algemene ziekteverzekering aan te bieden, om aan eender wie een aanvullende verzekering aan te bieden en om een collectieve verzekering aan te bieden. De zorgverzekeraars zijn daarbij vrij om naar de burger toe een eigen pakket samen te stellen. Via dit pakket van basis- en aanvullende zorgen moeten ze dan kunnen bewijzen dat ze, in onderlinge concurrentie, de beste keuze zijn wat betreft kwaliteitsvolle en betaalbare risicodekking. De toekomstige financiers dienen daarbij zelf financieel daadwerkelijk geresponsabiliseerd te worden voor zowel kwaliteit als betaalbaarheid. Via managed competition en instrumenten zoals selectieve contracting, kwaliteitsprikkel, het monitoren op adequate inzet van middelen, enz. wordt de zorgverzekeraar aangezet tot doelgerichte prestaties, en kan deze op zijn beurt bij zorgaankoop hetzelfde aanmoedigen bij de zorgverstrekkers. Remgeld voor patiënten moet verschuiven naar een remgeld gekoppeld aan niet-kosteneffectieve, onverantwoorde zorg. Innovatieve financieringsmechanismen zoals een health savings account moeten verder onderzocht worden binnen een Belgische context, maar bieden interessante perspectieven.

Referenties:

- OECD//European Commission (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- OECD//European Commission (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- WHO (2011). Global Health and Ageing. http://who.int/ageing/publications/global_health/
- Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. (2011). Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 167A. D/2011/10.273/65.
- Van Herck, P. (2012). Analyse en stappenplan lokaal ouderenbeleid. Analyse Itinera Institute. Beschikbaar op www.itinerainstitute.org.
- Van Buggenhout M., Van Rompaey B., Dierckxens S. (2012). De weg naar meer transparantie, wachtlijsten in Vlaamse woonzorgcentra. Ablecare bvba.
- FOD Economie (2009). Sectorstudie Rusthuizen. Beschikbaar op http://economie.fgov.be/nl/binaries/studie_rusthuissector_tcm325-96287.pdf.
- Heeren P., Van de Water G., De Paepe L., Boonen S., Vleugels A., Milisen K. (2014). Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes. Journal of Gerontological Nursing, In press.
- Van Damme B. (2010). Het Grijze Goud. Hoe de babyboomers van ouderenzorg een succesverhaal kunnen maken. Itinera Institute, Roularta Books.
- Benyaich B. (2012). Advies Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg. Uitgever: SAR WGG. Beschikbaar op: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/advies-marktwerking-en-commercialisering-woonzorg>.
- WHO (2007). Global age-friendly cities: a guide. ISBN: 9789241547307. Beschikbaar op: http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/

- European Commission (2012). EU level collaboration on forecasting health workforce needs, workforce planning and health workforce trends: a feasibility study. Centre for Workforce Intelligence, Matrix Insight.
- OECD (2013), OECD Economic Surveys: Belgium 2013, OECD Publishing. Doi: 10.1787/eco_suveys-bel-2013-en.
- Te vinden op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekaderwzc/>
- (Pacolet J., De Troyer F., Boeykens S., De Coninck A., Vastmans F., Buyst, E. (2012). Een vergelijkende studie naar bouwkost en dagprijs in door VIPA gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde woonzorgcentra: K.U.Leuven.
- Van Herck P., Van de Cloot I. (2012). Op zoek naar antwoorden op de uitdaging van betaalbaarheid van zorg: Scenario's van hervorming van het financieringsmodel. Analyse Itinera Institute. Beschikbaar op www.itinerainstitute.org.