

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**FINANCIERING VAN DE RESIDENTIËLE OUDERENZORG:
HET PERSPECTIEF VAN DE VOORZIENINGEN**

Prof. dr. Jozef Pacolet

Annelies De Coninck



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2015/02
SWVG-Rapport 31
Titel rapport: Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen.
Promotor: Prof. dr. Jozef Pacolet¹
Onderzoekers: Annelies De Coninck¹

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

¹ HIVA-Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, KU Leuven

Rapport 31

Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen

Onderzoeker: Annelies De Coninck

Promotor: Prof. dr. Jozef Pacolet

Samenvatting

Opzet van het onderzoek

In deze studie wordt de financiering van de ouderenzorgsector in Vlaanderen geanalyseerd, in het bijzonder de financiële leefbaarheid van de woonzorgcentra anno 2012. De woonzorgcentra zijn slechts een – weliswaar belangrijk – onderdeel van de intramurale zorg, waar ook de dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en de serviceflats (assistentiewoningen) toe worden gerekend.

De analyse van de financiering van de woonzorgcentra kan worden gemaakt vanuit het oogpunt van de oudere zelf, maar ook vanuit het perspectief van de voorziening. Dit rapport vertrekt van het standpunt van de voorziening waarbij de situatie wordt beschreven anno 2012 op basis van het financieringsmechanisme dat reeds werd ingevoerd in 2004, wetende dat de 6^{de} staatshervorming de bevoegdheid volledig naar Vlaanderen brengt en de financieringsmechanismen naar de toekomst toe opnieuw kunnen wijzigen. Maar het is juist op dit kantelmoment dat deze informatie zo belangrijk wordt om te begrijpen wat de pijnpunten, maar ook de sterkten van het huidige systeem zijn.

Het eerste deel van het rapport start met de uitgebreide situering van de woonzorgcentra binnen de residentiële ouderenzorg en met een beschrijving van de verschillende financieringsbronnen die gelden in de ouderenzorg, zowel vanuit het federaal, Vlaams als lokaal beleidsniveau. Deel 2 bevat de financiële analyses die op verschillende databestanden zijn toegepast.

De kernvraag van dit onderzoek blijft: wat is de kost van de zorg in de Vlaamse woonzorgcentra en uit welke componenten bestaan ze. Hoe evolueren ze in functie van de zorgafhankelijkheid en personeelsomkadering, en in welke mate neemt de overheid en de gebruiker deze kosten ten laste? Volstaat het niveau van de overheidstussenkomst en is de sector financieel leefbaar? Daarnaast wordt de vraag gesteld in welke mate de kosten en opbrengsten verschillen naar grootte van de voorziening, zorgbehoevendheidsgraad van de bewoners, het aantal RVT-bedden, etc. Ook de eigendomsstructuur van de voorziening maakt een belangrijk verschil uit in doelstellingen, beleid, effectiviteit en efficiëntie, alsook de manier waarop zij gesubsidieerd worden. Ten slotte wordt dieper ingegaan op de (mogelijke) onderfinanciering van bepaalde zorgcategoriën en zijn impact vroeger en nu. We trachten met dit rapport op dit alles een zicht te krijgen.

Methodologie

Het feitelijke onderzoek naar de kostprijdsdeterminanten vertrekt van individuele informatie per (groep van) woonzorgcentra die beschikbaar zijn in de boekhouding, en anderzijds van enkele administratieve bestanden. De administratieve gegevens bevatten vooral personeelsgegevens en gegevens over de zorgbehoefte van de bewoners. De analyses worden doorgaans op sectorniveau van de Vlaamse woonzorgvoorzieningen uitgevoerd, waarbij het onderscheid naar de eigendomsstructuur (openbaar, private non-profit en private for-profit) van de (koepel)voorziening een belangrijke parameter is en bijgevolg stevast wordt aangehouden om verschillen in het beleid en bijgevolg ook de financiële leefbaarheid te kunnen duiden.

De boekhoudkundige gegevens van de private (zowel non- als for-profit) voorzieningen werden verkregen via het Kenniscentrum WVG binnen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Het betreft de jaarrekening, in het bijzonder de resultatenrekening van de verschillende ondernemingen achter de private voorzieningen, neergelegd bij de Nationale Bank van België. Boekhoudkundige gegevens van de private voorzieningen worden bijgevolg op koepelniveau geanalyseerd wegens gebrek aan meer gedetailleerde informatie op voorzieningenniveau. De finale dataset van de private ondernemingen bevat 220 vzw's en 114 commerciële spelers en vertegenwoordigen respectievelijk 86,4% en 88,5% van het aantal erkende woongelegenheden binnen de private non- en for-profitsector van de residentiële ouderenzorg. Zij vertegenwoordigen samen 86,6% van het totaal aantal erkende woongelegenheden beheerd door de private woonzorgcentra.

De jaarrekeningen van de openbare woonzorgcentra zijn als dusdanig niet opgenomen in de Balanscentrale van de Nationale Bank. Deze informatie wordt verzameld door het Agentschap Binnenlands Bestuur. Eind 2012 telt Vlaanderen 223 erkende openbare woonzorgcentra. Niet alle jaarrekeningen van deze openbare woonzorgcentra zijn voorhanden bij het ABB omwille van de invoering van de nieuwe BBC-wetgeving (2014). Via de NOB-gegevens van 2012 werden 188 resultatenrekeningen van woonzorgcentra gegenereerd. Het betreft boekhoudkundige gegevens op het niveau van de vestiging. Van de 188 gekende jaar- of resultatenrekeningen van openbare woonzorgcentra vielen tijdens de 'data-cleaning' nog 10 woonzorgcentra af. Dit levert finaal 178 woonzorgcentra op, ofwel een steekproef die 77,2% van het totaal aantal openbare woonzorgcentra dekt.

Wat betreft de 'vervuiling' van de resultatenrekening door andere activiteiten die toebehoren tot het woonzorgcentrum kan gesteld worden dat het risico laag wordt geschat. In de meeste OCMW-rekeningen werden andere geregistreerde activiteitencentra zoals dagverzorgingscentrum of serviceflats opgemerkt, wat doet vermoeden dat de meeste gemeenten dit onderscheid aanhouden in de boekhouding.

De finale dataset bevat 83,6% van het totaal aantal erkende woongelegenheden uitgbaat door de Vlaamse woonzorgcentra anno 2012, wat toelaat een representatief beeld te schetsen van de financiële leefbaarheid van deze voorzieningen. Voor de verdere analyse hebben wij een aantal ondernemingen geherkwalificeerd als type speler, waar voornamelijk een aantal vzw's als commerciële voorziening werden gedefinieerd. De geprefereerde indeling naar beheersstatuut is namelijk gebaseerd op het economisch statuut en niet het juridisch statuut van de voorzieningen, omdat we zo goed als mogelijk de economische realiteit van de voorzieningen willen schetsen.

Naast de boekhouding werd tevens beroep gedaan op administratieve gegevens van de FOD Economie voor de geafficheerde dagprijs, het RIZIV voor personeels- en zorggegevens, alsook informatie over het aantal erkende woongelegenheden, het VAZG voor de animatiesubsidies en het VIPA voor de infrastructuursubsidies. Vervolgens werd getracht de boekhoudkundige informatie (geregistreerd op basis van een ondernemingsnummer) te koppelen aan de administratieve data (op basis van het RIZIV-nummer). Het opzoeken van het bijhorende RIZIV-nummer verliep manueel, wat arbeidsintensief was, maar een waardevolle meerwaarde betekende voor dit onderzoek, alsook voor vervolgonderzoek. Tot op heden werd deze koppeling nog nooit eerder gemaakt.

Het resultaat van de uiteindelijke analyse zijn een aantal kerntabellen waarbij in eerste instantie wordt gekeken naar de gemiddelden tussen verschillende groepen, alsook een verklaring voor de verschillen. Vervolgens werd gekozen voor een meervoudige regressieanalyse om de kostprijsdeterminanten van de zorg te identificeren.

De dataverzameling van dit onderzoek bracht enkele knelpunten naar boven die de analyses hebben beperkt of bemoeilijkt. Toch is duidelijk dat de bestaande boekhoudkundige informatie reeds kan geharmoniseerd worden en uitgebreid. De verplichting van het uitgebreid boekhoudkundig schema van de private sector is een eerste noodzaak, zodat een analyse op een groter detail mogelijk is. Het verkort schema laat een vergelijking immers niet toe. Het stroomlijnen van het gebruikte rekeningstelsel tussen de private en de openbare sector is een tweede aanbeveling. Het behoud van de gedetailleerde boekhoudkundige rapportering voor de openbare voorzieningen naar activiteitensector is een derde dringende noodzaak. Een groot detail van de financiering zit evenwel vervat in de RIZIV-informatie over de instellingsfinanciering. Deze was voor dit onderzoek niet beschikbaar en dient dan ook prioritair verder bekeken te worden. Ondanks bovenstaande knelpunten zijn wij erin geslaagd de boekhoudkundige data bruikbaar en vooral ook vergelijkbaar te maken tussen de verschillende actoren, alsook correct te kunnen koppelen aan administratieve data.

Situering van de sector

De sector kent zowel openbare, private non-profit als private for-profit spelers. In Vlaanderen nemen de commerciële spelers 15,2% van het aantal woongelegenheden voor hun rekening (2012). De private non-profit overheerst in Vlaanderen met een marktaandeel van 51,1%, gevolgd door de openbare sector (33,7%). De laatste genoemde twee spelers, worden de 'social profit' genoemd. Ze investeren namelijk de gerealiseerde winsten in de voorziening zelf. De for-profitsector is er op gericht winst uit te keren aan externe investeerders. Voornamelijk deze laatste worden gekenmerkt door 'groepsvorming', maar ook in de private non-profit komt dit meer en meer voor.

De *zorgkosten of de verzorgingsfunctie* (hoofdzakelijk personeelskosten) worden doorgaans door de federale overheid (RIZIV) vergoed. De *werkingskosten* (animatie en de algemene werking) worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (deels) gedekt. De commerciële spelers komen hiervoor niet in aanmerking. De *woonkosten, met name de infrastructuur*, van de non-profit sector worden gedeeltelijk (maximum 60%) opgevangen door de Vlaamse overheid, via het VIPA. Deze subsidie is echter tijdelijk onhold gezet voor nieuwe woonzorgcentra. De resterende kostprijs van de infrastructuur wordt via de dagprijs gevorderd. De dagprijs dient immers om de kosten van de infrastructuur, de verwarming, de voeding, het verwijderen van huisvuil, de administratie, de animatie, etc. te vergoeden, maar blijkbaar dient de dagprijs ook een deel van de zorgkosten te financieren.

De federale overheid draagt, bovenop de RIZIV-financiering, ook via een aantal tewerkstellingsmaatregelen bij tot de inkomstzijde van de ouderenzorgvoorzieningen. De sociale Maribel is daarbij de belangrijkste, maar ook GESCO, PWA, WEB+, het generatiepact, etc. is voor deze sector een belangrijke aanvullende inkomstenbron.

Ongeveer 40% van de inkomsten wordt geïnd via de dagprijs en is bijgevolg afkomstig van de gebruiker. 40% komt van het federale niveau, meer bepaald uit de RIZIV-begroting. De laatste 20% zijn afkomstig van een aantal kleinere inkomstenbronnen, als de sociale Maribel, GESCO, etc. Dit was alvast de situatie voor de 6^{de} Staatshervorming.

De financiële leefbaarheid van de voorzieningen

Uit de financiële rekeningen blijkt dat een bewoner een gemiddelde (werkings-)kost van 131,8 euro per dag met zich mee brengt. Daar staat een werkingsopbrengst van 130,3 euro tegenover. De sector is overwegend verlieslatend. Het gemiddeld netto resultaat ligt immers op 2,4 euro verlies per dag per wooneenheid. Het verlies is echter hoofdzakelijk gesitueerd bij de openbare voorzieningen; 154 van de 206 geobserveerde verlieslatende ondernemingen zijn immers openbaar. De private sector wordt minder gekenmerkt door verlieslatende activiteiten. Een vijfde van de non-profit en een derde van de for-profit voorzieningen leed in 2012 een verlies.

Deze sector van 69 703 wooneenheden staat in 2012 voor een totale omvang van 3,3 miljard euro. Opmerkelijk daarbij is het globaal verlies van 114 miljoen in de openbare sector, terwijl de private non-profit sector 55 miljoen en de private for-profit 3,8 miljoen euro winst maakt. De lokale overheden dragen traditioneel het deficit van de openbare voorzieningen.

Tabel 1 Samenvatting van de resultatenrekening naar beheersstatuut, gemiddeld per dag per wooneenheid (boekjaar 2012)

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totale sector
Bedrijfskosten	135,8	131,0	123,8	131,8
Waarvan personeelskosten	91,3	94,7	73,7	90,7
Bedrijfsopbrengsten	122,5	137,1	126,1	130,3
Bedrijfsresultaat	-13,3	5,4	1,9	-2,0
Winst/verlies van het boekjaar	-12,9	4,6	0,9	-2,4
Aantal wooneenheden	18 747	25 385	6 506	50 638 (of 72,6% van de sector)

Bron Eigen verwerking

Tabel 2 Samenvatting van de resultatenrekening naar beheersstatuut, het macro-budget, geëxtrapoleerd op basis van het aantal bedden (boekjaar 2012)

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totale sector
Bedrijfskosten	1 203 940 219	1 577 840 889	560 831 803	3 342 612 912
Waarvan personeelskosten	809 306 664	1 140 818 685	333 808 473	2 283 933 822
Bedrijfsopbrengsten	1 085 707 707	1 651 556 597	571 232 658	3 308 496 962
Bedrijfsresultaat	-118 232 511	65 044 260	8 714 803	-44 473 447
Winst/verlies van het boekjaar	-114 375 242	55 021 075	3 881 055	-55 473 111
Aantal woongelegenheden	24 276	33 006	12 421	69 703

Bron Eigen verwerking

De bedrijfskosten liggen het hoogst in de openbare sector en het laagst in de private for-profit sector. Het verschil in bedrijfskosten tussen de openbare sector en de private non-profit is beperkt te noemen. De commerciële sector tekent vooral lage personeelskosten op. Het verschil van de private for-profit bedraagt 17,4 euro en 21 euro per dag per woongelegenheden ten opzichte van de openbare, respectievelijk private non-profit sector. Een mogelijke verklaring kan het gebruik van externe dienstverlening voor de niet-zorggerelateerde activiteiten zijn, zoals het onderhoud, technische ondersteuning en de maaltijdbereiding. Deze personeelskosten worden immers als 'dienstverlening' gezien en worden in de boekhouding niet onder de personeelskosten geboekt.

Aan de opbrengstzijde tekent de openbare sector de laagste cijfers op. Het opmerkelijk verschil zit hoofdzakelijk in het 'omzetcijfer', wat 10 euro per dag per woongelegenheden lager ligt dan wat de private spelers inboeken. Zowel de dagprijs als het dagforfait van het RIZIV komt op deze rekening terecht. Een drie-tal euro van het verschil kan toegeschreven worden aan de lager geafficheerde dagprijs van de openbare voorzieningen. De opbrengsten van het RIZIV zijn echter sterk afhankelijk van de zorgbehoevendheidsgraad van de bewoners en die ligt het laagst in de openbare sector, wat het verdere verschil in RIZIV-inkomsten kan verklaren.

Dit alles resulteert in een opmerkelijk verlies voor de openbare sector van 13,3 euro per dag per woongelegenheden, ofwel een totaal verlies van 88 297 687 euro voor de openbare diensten opgenomen in de analyse. Geëxtrapoleerd op basis van het aantal woongelegenheden zou de openbare sector in 2012 een totaal verlies van meer dan 114 miljoen euro kunnen lijden. Dit bedrag werd in 2012 geheel gedragen door de gemeenten.

De private non-profit genereerde in 2012, geëxtrapoleerd op basis van het aantal woongelegenheden, een winstcijfer van 55 miljoen euro ofwel 4,6 euro per dag per woongelegenheden. De commerciële spelers waren goed voor een netto geëxtrapoleerd winstcijfer van bijna 4 miljoen euro ofwel 0,9 euro per dag per woongelegenheden.

Op basis van deze cijfers kan geconcludeerd worden dat de private non-profit, ofwel de zuivere vzw's, het best presteren in de sector, althans financieel gezien. Met een winstmarge (op de bedrijfsopbrengsten) van 4,14% laten zij de openbare en zelfs de commerciële sector (ver) achter zich waar respectievelijk een winstmarge van -12,7% en amper 0,78% wordt gegenereerd. De private non-profit kent bovendien het laagst aantal verlieslatende voorzieningen.

Het verschil in financieel resultaat tussen de twee private spelers bedraagt gemiddeld 3,7 euro per dag per woongelegenheden, in het voordeel van de non-profit sector. De private for-profit komt echter niet in aanmerking voor investerings- en animatiesubsidies van de Vlaamse overheid, wat neer komt op 3,1 euro per dag per woongelegenheden minder inkomsten, wat het overgrote deel van het verschil in resultaat verklaart. De rest van het verschil in rentabiliteit kan gevonden worden in de vennootschapsbelastingen die van toepassing zijn voor alle commerciële spelers (juridisch statuut).

We dienen echter rekening te houden met het gegeven dat de gerealiseerde kosten en opbrengsten sterk bepaald worden door de zorgbehoefendheid van het cliënteel. De openbare sector kent het laagst aantal zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen), de non-profit de hoogste, waardoor we de hoogste inkomsten en uitgaven verwachten bij de non-profit voorzieningen en de laagste bij de openbare voorzieningen. Een correctie is bijgevolg aan de orde, eerder dan absolute cijfers te gaan vergelijken.

De structurele onderfinanciering

De onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen

Een belangrijke parameter, ook in de instellingsfinanciering van het RIZIV, is de personeelsomkadering per forfaitcategorie. Het verschil tussen de personeelsnormen in Vlaanderen en de financieringsnormen van het RIZIV is opvallend. Volgens de Vlaamse personeelsnormen dient per 30 bewoners met een O- of een A- zorgprofiel minimaal 5 VTE ingezet te worden. Het RIZIV financiert voor de minder zwaar zorgbehoevenden, meer bepaald de voor O-zorgprofielen slechts 0,25 VTE per 30 bewoners en 2,5 VTE voor de A-zorgprofielen, wat ver onder de minimale personeelsnormen van Vlaanderen ligt. Daarin schuilt een eerste en belangrijkste vorm van onderfinanciering. Deze onderfinanciering kan en zal uiteraard de winstgevendheid van de woonzorgcentra sturen.

Wij berekenden in een simulatie dat, rekening houdend met de huidige zorgbehoefendheidsmix en het verschil tussen de Vlaamse personeelsnorm en de federale financieringsnorm, een gemiddeld woonzorgcentrum een tekort heeft van 1,28 VTE gefinancierd zorgpersoneel per 30 woongelegenheden, ofwel een onderfinanciering van 15,3% aan de orde is. Daarvan zou 12% te wijten zijn aan de onderfinanciering bij de O- en A-zorgprofielen. De rest is afkomstig van de onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden, meer bepaald de B- en C-profielen die gefinancierd worden op basis van een ROB-bed, wat onmiddellijk de tweede vorm van onderfinanciering is (zie infra).

De private non-profit kent een tekort van 11,7% aan gefinancierd personeel, waarvan 'slechts' 8,9% gerelateerd is aan de O- en A-zorgprofielen. De openbare sector kent een onderfinanciering van 13,1% gerelateerd aan de O- en A-zorgprofielen. De private non-profit is bijgevolg beter gefinancierd dan de openbare sector en dat is te wijten aan het opnamebeleid van de openbare sector. Zij nemen gemiddeld meer O- en A-zorgprofielen op dan andere woonzorgcentra. De private for-profit hebben dan weer een tekort van 18,9%, waarvan 13,9% afkomstig van de O- en A-zorgprofielen en 5% van de B- en C-zorgprofielen. De onderfinanciering is bij hen het grootst en zal bijgevolg het meest doorwegen op de financiële leefbaarheid van de diensten.

In het verleden was deze onderfinanciering nog aanzienlijker. De jongste jaren zijn steeds meer ROB-erkenningen geconverteerd naar RVT, en daalde het aandeel O- en A- zorgprofielen geleidelijk, maar de discrepantie bleef hangen op 15,3%. De instellingsfinanciering van het RIZIV heeft dat via het mechanisme van de tegemoetkoming bovennormpersoneel (deel A2 van het dagforfait) trouwens

gecorrigeerd met 78% van maximum 12,49% of maximum 9,74% van het gefinancierd personeel, wat een groot deel van de onderfinanciering weg werkt. Niet alle instellingen maken daar echter evenveel optimaal gebruik van.

Tabel 3 Onderfinanciering van de lichte en zwaardere zorgprofielen, een raming, cijfers 2012

	Onderfinanciering O- en A-zorgprofielen (in % van het gefinancierd personeel)	Onderfinanciering B- en C-zorgprofielen (in % van het gefinancierd personeel)	Totaal onderfinanciering	Gemiddelde onderfinanciering in VTE per 30 bewoners
Openbare sector	13,1%	2,8%	15,9	1,3 VTE
Private non-profit sector	8,9%	2,8%	11,7	1,1 VTE
Private for-profit sector	13,9%	5,0%	18,9	1,5 VTE
Totaal	12,0%	3,3%	15,3	1,28 VTE

Bron Eigen verwerking

Het gevaar van onderfinanciering schuilt in eerste instantie bij de O- en A-zorgprofielen. Deze simulatie illustreert het belang van de (gesubsidieerde en andere) personeelsnorm per zorgforfait. Een herijking van de personeels- en financieringsnorm dient zich aan.

De onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen).

In de basisfinanciering van het RIZIV schuilt een tweede belangrijke onderfinanciering. Zwaar zorgafhankelijke bewoners zouden op basis van een RVT-bed moeten gefinancierd zijn opdat voldoende personeel kan worden ingezet. Heeft men meer zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen) opgenomen dan RVT-bedden in portefeuille, dan worden zwaar zorgbehoevende bewoners gefinancierd op basis van een ROB-bed, en dat is heel wat minder gunstig.

De openbare sector wordt het minst getroffen door de onderfinanciering van zwaar zorgbehoevenden; het verschil blijft zelfs beperkt tot bijna de helft van dat van de private for-profit. De private for-profit wordt bijgevolg geconfronteerd met de grootste onderfinanciering van (licht en) zwaar zorgbehoevenden; de private non-profit lijdt het minst onder deze vormen van onderfinanciering.

De discriminatie tussen hoge en lage zorgcategorieën dient helemaal te verdwijnen. Wij stellen ons de vraag of het onderscheid tussen het statuut ROB en RVT niet voorbijgestreefd is. Is een opdeling naar zorgbehoevendheid niet voldoende in de financiering? De reconversie van de ROB- naar RVT-bedden is het jongste decennium gestaag verder gezet, maar sinds 2013 tijdelijk on hold gezet. Het is tijd om het volledig af te ronden. De compensatie die deels bestaat via het bovennormpersoneel bevat impliciet ook al een deel van de middelen hiervoor.

Bovennormpersoneel

Het verschil tussen het aanwezig en het gesubsidieerd zorgpersoneel (door het RIZIV) wordt het bovennormpersoneel genoemd. Alle woonzorgcentra zetten bovennormpersoneel in omdat de Vlaamse personeelsnormen strenger zijn geformuleerd dan de financieringsnormen van het RIZIV. Het

bovennormpersoneel is een belangrijke factor om de financiële leefbaarheid van de sector te evalueren. Het onderscheid tussen de drie spelers is daarbij treffend.

Ondanks de grootste onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (verschil tussen werkelijke en gefinancierde zorgbehoevendheid) tekenen de commerciële spelers met 15,8% het laagste percentage bovennormpersoneel op. De private non-profit volgt kort op met 17,3% bovennormpersoneel, waarbij het verschil met de commerciële spelers vooral ligt bij de inzet van het hoger gekwalificeerd personeel, met name het verpleegkundig personeel. De openbare sector is koploper met maar liefst 40% personeel bovenop de norm. Om de zorgkwaliteit te kunnen garanderen wordt eerder het omgekeerde verband verwacht, waar de meest ondergefinancierde voorzieningen het meest bovennormpersoneel moeten inzetten om hetzelfde niveau te halen.

Het bovennormpersoneel van de private non-profit en de private for-profit leunt eerder dicht bij elkaar aan. Desalniettemin wordt het bovennormpersoneel op een redelijk niveau ingezet, ongeacht de eigendomsstructuur, waardoor de geldende (lage) personeelsnorm die het RIZIV financiert in het algemeen in vraag dient gesteld te worden. De hoge inzet van bovennormpersoneel in de openbare sector duidt er tevens op dat de reële nood aan personeelsomkadering vermoedelijk (heel) wat hoger ligt dan de geldende minimale financieringsnorm. Een structurele onderfinanciering (door de Ziekteverzekering, nu regionaal) is duidelijk aan de orde. Het is een massieve uitdaging die de 6^{de} Staatshervorming voor de Vlaamse overheid in petto heeft.

De private for-profit sector zit twee keer in een precare situatie. Zij hebben enerzijds meer O- en A-zorgprofielen (bijna evenveel als de openbare sector) en minder als RVT gefinancierde B- en C-zorgprofielen. Toch hebben zij het minst van al bovennormpersoneel in dienst, en gebruiken overigens ook minder de extra financiering voor Bovennormpersoneel die het RIZIV voorziet.

We vergelijken de cijfers over de inzet van bovennormpersoneel bij voorkeur niet onderling, maar met de onderfinanciering (in % van het totaal VTE aan zorgpersoneel) die de drie spelers volgens de normen lijden. Zoals reeds gesteld en uit onderstaande tabel kan afgeleid worden, wordt de commerciële sector onderworpen aan de grootste onderfinanciering, maar zetten zij het minst bovennormpersoneel in, minder dan ze in principe zouden moeten inzetten volgens de hoogste (wenselijke) personeelsnormen.

De non-profit zet iets meer personeel in dan wenselijk volgens de normen (17,3% > 11,7%). De non-profit zet beduidend meer personeel in dan vereist volgens de Vlaamse personeelsnormen en federale financieringsnormen (40,4% > 15,9%), wat onmiddellijk een verklaring biedt voor hun sterk verlieslatende cijfers. Het opnamebeleid van de openbare sector om meer (ondergefinancierde) O- en A-zorgprofielen op te nemen, lijkt de inzet van het bovennormpersoneel (40%) niet volledig te kunnen verantwoorden.

Tabel 4 Het bovennormpersoneel en de onderfinanciering van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012

	Openbare sector		Non-profit sector		For-profit sector		Totaal
	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	
Bovennormpersoneel	40,4%	40,4%	17,3%	16,7%	15,8%	14,0%	25%
% O en A-profielen		31%		23%		29%	27%
% B en C-profielen zonder RVT-financiering		9%		12%		17%	11%
Raming onderfinanciering bij lichte en zwaar zorgbehoevenden (zie sectie 3.2.5)	15,9%		11,7%		18,9%		15,3%

Bron RIZIV, 2012

Voorwoord

In 2004 publiceerden wij een studie over de financiering van de woon- en zorgcentra op basis van informatie die gebaseerd was op het oude financieringsmechanisme. De studie werd gepubliceerd op het moment dat een nieuw financieringsmechanisme in voege trad. Als econometist willen wij nu eenmaal eerst de beschikbare gegevens hun verhaal laten vertellen, voordat wij kunnen nadenken over de toekomstige ontwikkelingen. Vandaag beschrijven wij de situatie anno 2012 op basis van dat nieuwe financieringsmechanisme in 2004 wetende dat de 6^{de} staats hervorming de bevoegdheid volledig naar Vlaanderen brengt en de financieringsmechanismen opnieuw kunnen wijzigen. Maar het is juist op die momenten van verandering dat de informatie over wat nu is, zo belangrijk is om te begrijpen van wat zou kunnen of moeten zijn.

Wij beseffen beter dan wie ook dat de zoektocht naar informatie over de woonzorgcentra niet eenvoudig is. De inspanningen van de MARA-studies, waar veel informatie wel beschikbaar was, maar ook veel van de sector niet in beeld kwam, illustreren het. Wij hebben hier een zo representatief mogelijk beeld van de sector willen ophangen: commerciële voorzieningen, private non-profit en de publieke sector. Veel informatie was nog niet voor verdere analyse publiek beschikbaar (wij denken aan de informatie die binnen het RIZIV wordt gebruikt om de instellingsfinanciering te berekenen). Wij hebben geanalyseerd wat wel beschikbaar was en vooral aangetoond dat reeds zeer veel beschikbaar is, of was, en misschien zelfs opnieuw dreigt minder beschikbaar te worden.

Dit rapport is een momentopname. Wij danken het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en zijn opdrachtgever, om dit rapport mogelijk te hebben gemaakt. Wij hopen de overheid en de administratie te verleiden om de data die wij bijeengebracht hebben verder te continueren, voor hun eigen gebruik maar hopelijk met actuele gegevens ook toegankelijk voor verder extern onderzoek. Wij hopen vooral de overheid geïnformeerd te hebben over finaal de precare situatie van sommige van de voorzieningen of de onderfinanciering van wat zij zelf als minimumnorm oplegt. Maar de sector schittert ook door de 'bovennorm' inzet. Het debat wat de norm moet zijn, en wat genormeerd moet worden, en wie daarin wat moet en kan financieren, begint pas als wij, zoals hier, de cijfers hebben samen gebracht. De analyse voor 2012 brengt een aanzienlijke verbetering in beeld ten opzicht van de situatie in 2001. Deze is gerealiseerd via de opeenvolgende aanpassingen in de RIZIV-financiering. Maar de uitdagingen blijven nog aanzienlijk om de resterende onderfinanciering te compenseren, en om de toenemende behoeften te honoreren. Het is de uitdaging van de verdere uitbouw van de Vlaamse sociale bescherming op dit terrein. Wij hopen met dit rapport het debat te kunnen verder voeren met alle stakeholders, eerder dan dat dit rapport definitief is in zijn aanbevelingen.

Wij danken de talrijke contactpersonen in de Vlaamse administratie en het RIZIV voor de beschikbaar gestelde data. Wij danken meer in het bijzonder Eddy Mettepenningen van het Agentschap Zorg & Gezondheid en Bernadette Van Den Heuvel van het Kabinet van de Vlaams Minister voor Welzijn, Gezondheid en Gezin Jo Vandeurzen voor de gedetailleerd commentaar op vroegere versies van dit rapport. Verder heeft deze finale versie ook baat gehad bij besprekingen binnen de thematische stuurgroep in het kader van het SWVG onder leiding van Patrick Bedert, de bespreking bij het VAZG onder leiding van Dirk Dewolf en de bespreking met de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Enkel de auteurs zelf blijven verantwoordelijk voor alle vaststellingen, analyses, conclusies maar ook eventuele fouten en verkeerde interpretaties.

Wij danken de collega Annelies De Coninck eens te meer voor de inzet voor dit project, en bijgevolg ook voor de sector waarover het gaat, het perspectief immers van de voorzieningen dat wij hebben ingenomen, maar bijgevolg ook impliciet voor de inzet voor de bewoners van deze voorzieningen. Want een rapport over de financiering van de woon- en zorgcentra vanuit het perspectief van de voorzieningen blijft, zoals onder vroegere studie, 'achter de gevel' van de voorzieningen, het 'silhouet van de bewoners' zien.

Prof. Dr. Jozef Pacolet

Hoofd Onderzoeksgroep Verzorgingsstaat en Wonen van het HIVA, Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving KU Leuven

Inhoud

Samenvatting	3
Voorwoord	13
Lijst afkortingen	19
Lijst tabellen	21
Lijst figuren	25
Inleiding	27
- DEEL 1 - DE MORFOLOGIE VAN DE FINANCIERING VAN DE RESIDENTIËLE OUDERENZORG	29
Hoofdstuk 1 Situering van de sector	31
1.1 De residentiële ouderenzorg	31
1.2 De financiering van het aanbod	31
1.3 De vergrijzing	32
1.4 Het Woonzorgdecreet	34
1.5 Enkele kerncijfers	34
1.6 De exploitatie van de zorgvoorzieningen	35
1.7 Groepsvorming	39
1.8 De bevoegdheidsverdeling inzake welzijns- en gezondheidszorg	40
1.8.1 Geschiedenis	40
1.8.2 Algemeen	41
1.8.3 De federale overheid	41
1.8.4 De Vlaamse overheid	42
1.8.5 Complexiteit van de regelgeving	44
1.8.6 De 6 ^{de} staatshervorming	45
Hoofdstuk 2 Organisatiestructuur van de residentiële ouderenzorg	47
2.1 Residentiële ouderenzorgvoorzieningen	47
2.1.1 Het woonzorgcentrum	47
2.1.2 Van serviceflats naar assistentiewoningen	48
2.1.3 Centra voor herstelverblijf	50
2.1.4 Het (zorg)profiel van de bewoners in de residentiële zorgsetting	50
2.2 Ambulante woonvormen	53
2.2.1 Dagverzorgingscentra	53
2.2.2 Centra voor kortverblijf	54

Hoofdstuk 3	Reguliere financiering van de voorzieningen	55
3.1	Algemeen	55
3.2	De RIZIV-financiering van de woonzorgcentra	57
3.2.1	Historiek van de RIZIV-financiering	57
3.2.2	Algemeen	58
3.2.3	Het dag- of zorgforfait	59
3.2.4	Het derde luik en de tegemoetkoming eindeloopbaanmaatregel	68
3.2.5	De onderfinanciering binnen het dagforfait	71
3.3	Financieringsstromen op het Vlaams niveau	76
3.3.1	VIPA-subsidies voor de bouw van de infrastructuur	76
3.3.2	Animatiesubsidies	78
3.4	De lagere overheden – de provincies, steden en gemeenten	79
3.5	Geconstateerde verschillen tussen het type uitbater	80
Hoofdstuk 4	Financiering van andere zorgvormen binnen de residentiële ouderenzorg	83
4.1	Het dagverzorgingscentrum (DVC)	83
4.1.1	Federale financiering	83
4.1.2	Vlaamse financiering	83
4.2	Centra voor kortverblijf	85
4.2.1	Federale overheid	85
4.2.2	Vlaamse overheid	85
4.3	Centra voor herstelverblijf	86
4.4	Serviceflats (nu: assistentiewoningen)	86
Hoofdstuk 5	Financiering naast het regulier systeem	89
5.1	Sociale Maribel	89
5.2	GESCO's	91
5.3	PWA's	92
5.4	De inzetbaarheid van GESCO's en PWA's in de residentiële ouderenzorg	93
5.5	Dienstenchequestelsel	94
5.6	Generatiepact	94
5.7	WEP+	95
5.8	Aandeel tewerkstellingsmaatregelen in de totale personeelskost	95
5.9	De determinanten van de personeelskost	96
Hoofdstuk 6	Dagprijs in de residentiële ouderenzorg	99
6.1	De dagprijs	99
6.2	Supplementen	100
6.3	Een evaluatie van de gebruikersbijdragen in de welzijnssectoren	100
6.4	De hoogte van de dagprijs	101

Hoofdstuk 7	Residentiële ouderenzorg versus de thuiszorg	103
- DEEL 2 - EMPIRISCH LUIK		107
Hoofdstuk 8	Dataverzameling	109
8.1	Doelstelling	109
8.2	Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	109
	8.2.1 Toelichting beschikbare data binnen het Kenniscentrum WVG	109
	8.2.2 Weerhouden ondernemingen in de steekproef	110
8.3	Agentschap Binnenlands Bestuur	111
	8.3.1 De beschikbaarheid van de resultatenrekening van de activiteiten binnen het OCMW	111
	8.3.2 De bruikbaarheid van de NOB-gegevens	113
8.4	RIZIV	114
8.5	FOD Economie	117
8.6	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	119
8.7	VIPA	120
8.8	De opdeling naar beheersstatuut	120
8.9	Andere beperkingen	124
Hoofdstuk 9	De analyse van de kosten en opbrengsten van de sector	127
9.1	Inleiding	127
9.2	Regressieanalyse	128
9.3	De gemiddelde resultatenrekening naar beheersstatuut	129
	9.3.1 De bedrijfskosten	131
	9.3.2 De bedrijfsopbrengsten	132
	9.3.3 Het resultaat	134
9.4	De gemiddelde resultatenrekening naar grootte van de voorziening	136
9.5	De graad van zorgbehoevendheid	140
	9.5.1 De gefinancierde en de werkelijke zorgbehoevendheid	140
	9.5.2 De graad van zorgbehoevendheid naar eigendomsstructuur	142
	9.5.3 De graad van zorgbehoevendheid naar grootte van de voorziening	144
	9.5.4 De resultatenrekening naar aandeel RVT-bedden	144
	9.5.5 De resultatenrekening naar zorgprofiel	148
	9.5.6 De resultatenrekening naar graad van onderfinanciering van de zwaardere zorgprofielen (B- en C)	150
9.6	Determinanten van de rentabiliteit	151
9.7	Determinanten van de bedrijfskosten, uitgedrukt per dag per woongelegenheden	154
9.8	Determinanten van de personeelskost, uitgedrukt per dag per woongelegenheden	155
9.9	Determinanten van de bedrijfsopbrengsten, uitgedrukt per dag per woongelegenheden	156

Hoofdstuk 10	Analyse van de personeelsomkadering	157
10.1	De inzet van personeel	157
10.2	Bovennormpersoneel	160
10.3	Uitbreiding meervoudige regressiemodel met als afhankelijke variabele 'het financieel resultaat'	164
10.4	Uitbreiding meervoudige regressiemodel met als afhankelijke variabele 'de bedrijfskosten'	165
10.5	Uitbreiding meervoudige regressiemodel met als afhankelijke variabele 'de bedrijfsopbrengsten'	166
10.6	Bemerkingen	167
Hoofdstuk 11	Analyse van de dagprijs	169
Hoofdstuk 12	Een update voor de situatie in 2013: toenemende hulpbehoevendheid van de bewoners en toch dalende onderfinanciering	173
12.1	Verschuiving in de hulpbehoevendheid	173
12.2	Implicaties voor de onderfinanciering	175
Hoofdstuk 13	Samenvatting en conclusies	179
13.1	Financieringsstructuur	179
13.2	De financiële leefbaarheid van de voorzieningen	180
13.3	De structurele onderfinanciering	182
	13.3.1 De onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen	182
	13.3.2 De onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen).	183
13.4	Bovennormpersoneel	184
13.5	Conclusies op het vlak van beleidsinformatie	187
Bibliografie		189
BIJLAGEN		193

Lijst afkortingen

ABB	Administratie Binnenlands Bestuur
ADSEI	Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie
BBC	Beheers- en Beleidscyclus
FOD Economie	Federale overheidsdienst Economie
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
ROB	Rustoord voor Bejaarden
KBO	Kruispuntbank Ondernemingen
KVB	Kortverblijf
NOB	Nieuwe OCMW-Beleidsinstrumenten
RVT	Rust en Verzorgingstehuis
VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VLOZO	Werkgeversfederatie van de commerciële woonzorgcentra
VZW	Vereniging zonder winstoogmerk
WZC	Woonzorgcentrum

Lijst tabellen

Tabel 1.1	Reëel en verwacht aantal residenten in de woonzorgcentra, naar leeftijdsgroep, Vlaams Gewest, 2011-2060	33
Tabel 1.2	Verdeling van het aantal woongelegenheden naar rechtspersoon van de uitbater (2013)	36
Tabel 1.3	Gemiddeld aantal woongelegenheden per voorziening, een opdeling naar gewest en statuut (2013)	37
Tabel 1.4	Illustratie van de groepsvorming binnen de sector, 2012.	40
Tabel 1.5	Bevoegdheidsverdeling inzake gezondheids- en welzijnszorg	44
Tabel 2.1	Verdeling van de zorgbehoevendheid van de bewoners (ROB en RVT) in België tussen 1995 en 2009, alsook 2011 en 2012.	52
Tabel 2.2	Verdeling van het aantal zorgforfaits (gefactureerde dagen gedeeld door 365), naar ROB/RVT en zorgcategorie, Vlaams Gewest, situatie van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012.	53
Tabel 3.1	Indeling financieringsstructuur, opgedeeld naar subsidiebron (situatie voor de 6 ^{de} staatshervorming).	57
Tabel 3.2	Personeelsnormen in WZC en RVT, geldig op 1 januari 2012	61
Tabel 3.3	Financieringsnorm (personeelsnorm) RIZIV per 30 bewoners, uitgedrukt in fulltime equivalenten (geldig op 1 januari 2012).	62
Tabel 3.4	Jaarlijkse loonsubsidie per kwalificatie en per anciënniteitsgraad, in euro (index, 1 maart 2012)	65
Tabel 3.5	De tegemoetkoming derde luik per VTE die in aanmerking komt, op jaarbasis	69
Tabel 3.6	Berekening van de onderfinanciering in Vlaamse woonzorgcentra, 2001.	73
Tabel 3.7	Berekening van de onderfinanciering in Vlaamse woonzorgcentra, 2012	74
Tabel 3.8	Onderfinanciering van de lichte en zwaardere zorgprofielen, een raming, steekproef cijfers 2012	75
Tabel 4.1	Subsidies voor kortverblijf vanuit de Vlaamse overheid, 2012	85
Tabel 5.1	Uitsplitsing recuperatie personeelskosten (738) binnen 172 vzw-woonzorgcentra, boekjaar 2012	96
Tabel 5.2	Berekening tussenkomst loonkost van het RIZIV voor een A2-verpleegkundige met 10 jaar anciënniteit	97
Tabel 5.3	Verdeling van de totale personeelskost (62-rekening) naar functiecategorie (steekproef 144 vzw-zorgvoorzieningen, boekjaar 2012), in percentage (%)	98
Tabel 5.4	Kostprijs (incl. patronale lasten) per VTE over de verschillende personeelsgroepen, op jaarbasis (2012), steekproef van 144 vzw-voorzieningen	98

Tabel 6.1	Dagprijzen (rekenkundig gemiddelde) van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2 ^{de} kwartaal van 2012, in euro per dag.	102
Tabel 7.1	Een vergelijking tussen het financieringsmechanisme van de residentiële ouderenzorg en gezinszorg	104
Tabel 8.1	Discrepancies tussen het juridisch statuut van woonzorgcentra, het statuut volgens het RIZIV en de beheersstructuur die de onderzoekers toekennen.	122
Tabel 8.2	Aantal woongelegenheden naar economisch statuut van het woonzorgcentrum in Vlaanderen, totaal en weerhouden in de analyse (2012).	123
Tabel 9.1	Resultatenrekening (volledig schema) naar beheersstatuut, gemiddelde per dag per erkende woongelegenheden (boekjaar 2012).	129
Tabel 9.2	Resultatenrekening van de sector (macro-budget) naar beheersstatuut, een extrapolatie op basis van het aantal woongelegenheden (boekjaar 2012).	130
Tabel 9.3	Resultatenrekening (verkort schema) naar beheersstatuut, gemiddelde per dag per erkende woongelegenheden (boekjaar 2012).	131
Tabel 9.4	Animatie- en investeringssubsidies aan de woonzorgcentra in Vlaanderen, in euro per dag per bed	133
Tabel 9.5	Resultatenrekening (volledig schema) naar gemiddelde grootte van de voorziening, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).	137
Tabel 9.6	De structuur van de jaarrekening, naar grootte en economisch statuut van de onderneming (Vlaanderen, 2012).	138
Tabel 9.7	Verdeling van het aantal zorgforfaits (gefactureerde dagen gedeeld door 365), naar ROB/RVT, zorgcategorie en beheersinstantie, Vlaams Gewest, situatie van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012 (volledige sector).	142
Tabel 9.8	Graad van zorgbehoevendheid naar eigendomsstructuur, steekproef (2012), Vlaanderen	143
Tabel 9.9	Graad van zorgbehoevendheid en onderfinanciering naar eigendomsstructuur, alle voorzieningen in de sector, Vlaanderen (2012)	144
Tabel 9.10	De graad van zorgbehoevendheid naar grootte van de voorziening, 2012	144
Tabel 9.11	Resultatenrekening (volledig schema) naar aandeel RVT-bedden, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).	146
Tabel 9.12	De structuur van de jaarrekening, naar aandeel RVT-bedden en economisch statuut van de onderneming (Vlaanderen, 2012).	147
Tabel 9.13	Resultatenrekening (volledig schema) naar aandeel B- en C-zorgprofielen, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).	149
Tabel 9.14	Resultatenrekening (volledig schema) naar graad van onderfinanciering, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).	151
Tabel 9.15	Meervoudig regressiemodel op de rentabiliteit van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	152

Tabel 9.16	Meervoudig regressiemodel op de bedrijfskosten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	154
Tabel 9.17	Meervoudig regressiemodel op de personeelskosten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	155
Tabel 9.18	Meervoudig regressiemodel op de bedrijfsopbrengsten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	156
Tabel 10.1	Aanwezig en gefinancierd personeel (in VTE, 2012) binnen de Vlaamse woonzorgcentra	158
Tabel 10.2	Meervoudig regressiemodel op de inzet van zorgpersoneel van woonzorgcentra, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners (Vlaanderen, 2012)	159
Tabel 10.3	Meervoudig regressiemodel op de inzet van zorgpersoneel van woonzorgcentra, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners (Vlaanderen, 2012)	160
Tabel 10.4	Het bovennormpersoneel van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012	161
Tabel 10.5	Het bovennormpersoneel en de onderfinanciering van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012	162
Tabel 10.6	Meervoudig regressiemodel op de inzet van bovennormpersoneel van woonzorgcentra, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners (Vlaanderen, 2012)	163
Tabel 10.7	Meervoudig regressiemodel op de rentabiliteit van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	165
Tabel 10.8	Meervoudig regressiemodel op de bedrijfskosten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	166
Tabel 10.9	Meervoudig regressiemodel op de bedrijfsopbrengsten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	167
Tabel 11.1	Gemiddelde dagprijs voor een eenpersoonskamer in een woonzorgcentrum, Vlaanderen, 2012	169
Tabel 11.2	Meervoudig regressiemodel op de geafficheerde dagprijs van eenpersoonskamers in de woonzorgcentra (Vlaanderen, 2012)	171
Tabel 12.1	Zorgprofiel (N=491 voorzieningen) van de Vlaamse woonzorgcentra, aantal zorgforfaits/ bedden, 2013	174
Tabel 12.2	Zorgprofiel (steekproef, N=491 voorzieningen) van de Vlaamse woonzorgcentra, in % van het totaal aantal zorgforfaits/ bedden, 2013	174
Tabel 12.3	Zorgprofielgegevens en mate van onderfinanciering van de Vlaamse woonzorgcentra, een opdeling naar beheersstatuut, 2013, steekproef (N=396 ondernemingen en 491 voorzieningen). (*)	177
Tabel 12.4	Zorgprofielgegevens en mate van onderfinanciering van de Vlaamse woonzorgcentra, een opdeling naar beheersstatuut, 2013, alle voorzieningen (N=767). (*)	177
Tabel 13.1	Samenvatting van de resultatenrekening naar beheersstatuut, gemiddeld per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012)	180

Tabel 13.2	Samenvatting van de resultatenrekening naar beheersstatuut, het macro-budget, geëxtrapoleerd op basis van het aantal bedden (boekjaar 2012)	181
Tabel 13.3	Onderfinanciering van de lichte en zwaardere zorgprofielen, een raming, cijfers 2012	183
Tabel 13.4	Het bovennormpersoneel en de onderfinanciering van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012	185

Lijst figuren

Figuur 1.1	Evolutie aandeel (in %) personen van 75 jaar of ouder in de bevolking die in een woonzorgcentrum verblijven, Vlaams Gewest, 2001, 2004, 2006-2010.	34
Figuur 2.1	Evolutie van het aandeel O- en A-zorgprofielen in de woonzorgcentra, in aantal gefactureerde dagen van het totaal (België 1995-2012).	51
Figuur 2.2	Aandeel RVT-bedden (in %) in de woonzorgcentra, een evolutie van 1996 tot 2013.	51
Figuur 3.1	Kosten en opbrengsten in de woonzorgcentra	56
Figuur 4.1	Subsidiebedragen DVC voor 2012 op jaarbasis, per dagverzorgingscentrum	84
Figuur 9.1	Het winst- of verliescijfer van de openbare woonzorgcentra, per voorziening, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	134
Figuur 9.2	Het winst- of verliescijfer van de private non-profit woonzorgcentra, per onderneming, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	135
Figuur 9.3	Het winst- of verliescijfer van de private for-profit woonzorgcentra, per onderneming, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)	136
Figuur 9.4	Impact grootte van de voorziening op de bedrijfskosten, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012	139
Figuur 9.5	Impact grootte van de voorziening op de bedrijfsopbrengsten, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012	139
Figuur 9.6	Impact gemiddelde grootte van de voorziening op het resultaat van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012	139
Figuur 9.7	Impact RVT-aandeel van de voorziening op de bedrijfskosten van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012	147
Figuur 9.8	Impact RVT-aandeel van de voorziening op de bedrijfsopbrengsten van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012	147
Figuur 9.9	Impact RVT-aandeel van de voorziening op het resultaat van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012	148
Figuur 10.1	Het verband tussen het aandeel RVT-bedden en de inzet van zorgpersoneel, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners, Vlaanderen (2012)	159

Inleiding

De analyse van de financiering van de woonzorgcentra kan worden opgemaakt vanuit het oogpunt van de oudere zelf, maar ook vanuit het perspectief van de voorziening. Dit rapport vertrekt van het standpunt van de voorziening. Deel 1 start met de uitgebreide situering van de woonzorgcentra in de residentiële ouderenzorg en met een beschrijving van de verschillende financieringsbronnen die gelden in de ouderenzorg, zowel vanuit het federaal, Vlaams als lokaal beleidsniveau. Deel 2 bevat de financiële analyses die op verschillende databestanden zijn toegepast. De analyses worden doorgaans op sectorniveau van de Vlaamse woonzorgvoorzieningen uitgevoerd, waarbij het onderscheid naar de eigendomsstructuur (openbaar, private non-profit en private for-profit) van de (koepel)voorziening een belangrijke parameter is. De resultaten zijn gebaseerd op zowel boekhoudkundige als administratieve data.

De kernvraag blijft: wat is de kost van de zorg in de Vlaamse woonzorgcentra en wie draagt zij. Hoe hoog lopen de kosten op en evolueren ze in functie van de zorgafhankelijkheid en personeelsomkadering, en in welke mate neemt de overheid en de gebruiker deze kosten ten laste? Volstaat het niveau van de overheidstussenkomst en is de sector financieel leefbaar? Daarnaast wordt de vraag gesteld in welke mate de kosten en opbrengsten verschillen naar grootte van de voorziening, zorgbehoevendheidsgraad, mate van onderfinanciering van zowel de licht als de zwaar zorgbehoevenden, etc. Ook de eigendomsstructuur van de voorziening maakt een belangrijk verschil uit in doelstellingen, beleid, effectiviteit en efficiëntie, alsook de manier waarop zij gesubsidieerd worden. We trachten met dit rapport hierop een zicht te krijgen.

- DEEL 1 -

**DE MORFOLOGIE VAN DE FINANCIERING VAN DE
RESIDENTIËLE OUDERENZORG**

Hoofdstuk 1

Situering van de sector

1.1 De residentiële ouderenzorg

In deze studie wordt de financiële leefbaarheid van de intramurale zorg in de ouderenzorgsector in Vlaanderen nader bekeken en geanalyseerd, in het bijzonder de woonzorgcentra. Intramuraal wil zeggen dat de zorg zich binnen de muren van een zorgvoorziening situeert. De woonzorgcentra zijn slechts een – weliswaar belangrijk – onderdeel van de intramurale zorg, waar ook de dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en de assistentiewoningen (de vroegere ‘serviceflats’) toe worden gerekend.

De focus van dit onderzoek ligt op de residentiële zorgvoorzieningen die erkend zijn door de Vlaamse Gemeenschap. Echter, de federale tussenkomsten, het merendeel van de subsidies, zijn tevens van toepassing op de voorzieningen die erkend worden door de andere gemeenschappen.

Een woonzorgcentrum is een bij decreet gereguleerde collectieve woonvorm. De ouderen die er verblijven krijgen er huisvesting. Ze kunnen er ook geheel of gedeeltelijk gebruik maken van de aangeboden gezins- en huishoudelijke zorg. Veel woonzorgcentra die zorgbehoevende ouderen opnemen (maar niet allemaal), hebben van de overheid een bijkomende erkenning voor rust- en verzorgingsbedden gekregen. Deze RVT-bedden zijn bedoeld voor het opvangen van zwaar zorgbehoevende ouderen. Woonzorgcentra met zulke bedden worden rust- en verzorgingstehuizen² genoemd, wat een term is uit de federale RIZIV-financiering.

We gebruiken in dit onderzoek de term ‘woonzorgcentrum’ als algemene benaming, zonder daarbij onderscheid te maken tussen een ROB en RVT-erkenning, waar enkel de erkenningsvorm afwijkt. Bij het bespreken van de federale RIZIV-financiering worden de termen ROB en RVT alsnog gehanteerd, alsook wordt in deze context gesproken over ‘bedden’ en niet ‘woongelegenheden’. Dat laatste is de Vlaamse terminologie. Afhankelijk van de context zal de benaming aangepast worden.

De zesde staatshervorming draagt deze federale bevoegdheid volledig over aan de gemeenschappen, en dit vanaf 1 juli 2014. Tijdens de overgangperiode zullen de financierings- en werkingsmodaliteiten echter behouden blijven, wat de continuïteit verzekert. Het is deze situatie dat dit rapport beschrijft.

1.2 De financiering van het aanbod

De residentiële ouderenzorg omvat de woonzorgcentra, met inbegrip van de rust- en verzorgingstehuizen, de dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en de assistentiewoningen. De sector wordt uitgebaat door zowel private non-profit, private for-profit als publieke zorgvoorzieningen. De ouderenzorg wordt hoofdzakelijk gefinancierd via het aanbod (lees: voorzieningen) en amper via de vraagzijde. Er werd vanuit het beleid gekozen voor een financiering ‘in kind’, eerder dan een financiering ‘in cash’. Via de Vlaamse Zorgverzekering worden echter ook de bewoners bijkomend ondersteund (in

² Website Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Hieruit blijkt ook dat er nog een beperkt aantal RVT-bedden zijn in een ziekenhuis, zonder erkenning als WZC (situatie 2013).

cash), weliswaar voor een beperkt onderdeel van de zorgkosten (forfait voor niet-medische kosten). Sommige bewoners van een woonzorgcentrum ontvangen, onder bepaalde voorwaarden, bovenop de bijdrage van de Vlaamse Zorgverzekering een (federale) tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB).

Nieuwe financieringssystemen als het persoonsvolgend budget (vb. van vraaggestuurde financiering) worden momenteel bestudeerd. Onder meer Zorgnet Vlaanderen is bezig met dergelijke terreinverkenning voor de toepassing in de residentiële ouderenzorg. Ook de SAR is van mening³ dat persoonsgerichte financiering een belangrijke hefboom kan zijn om het huidige aanbodgestuurde zorgsysteem te heroriënteren naar een behoeftegericht zorgsysteem. In de sector voor personen met een handicap staat de persoonsvolgende financiering reeds enige tijd hoog op de agenda.

Vraaggestuurde financiering is echter niet het voorwerp van dit onderzoek. In het kader van de 6^{de} staatshervorming wordt gesteld dat de instellingsfinanciering, zoals vandaag nog geldt, de komende drie jaar nog niet zal veranderen (overgangprotocol).

1.3 De vergrijzing

Ouderen vormen de komende decennia een alsmaar grotere groep⁴. Tegen 2020 zal een vijfde van de Vlaamse bevolking ouder zijn dan 65 jaar en tegen 2040 zal dit aandeel tot meer dan een kwart van de bevolking aangroeien. In 2013 telde Vlaanderen 352 651 80-plussers. De demografische prognose voorspelt in 2020 een aangroei tot 413 017 80-plussers, ofwel een toename op korte termijn met 17%. Op 30 jaar tijd (2010-2040) wordt voorspeld dat dit bevolkingssegment meer dan een verdubbeling zal kennen in omvang (prognose 2040 luidt 664 403 80-plussers). De toename is bij de 80-plussers het meest uitgesproken, wat in het licht van de toekomstige programmatie van woonzorgcentra een belangrijk gegeven is (ADSEI).

Deze problematiek werd reeds uitvoering beschreven in een rapport van Pacolet, Vanormelingen & De Coninck (2014) over de vraag naar en het aanbod van zorgberoepen. De vraag naar plaatsen in de woonzorgcentra zal, louter om tegemoet te komen aan de bijkomende vraag omwille van de vergrijzing, op korte, middellange en lange termijn sterk aangroeien.

Onderstaande tabel stelt deze groei van de sector voor op basis van de toekomstige bevolkingscijfers en het huidige zorggebruik naar leeftijd. Tussen 2014 en 2024 zal de sector, bij gelijkblijvend beleid, moeten groeien met 32% om tegemoet te komen aan de bijkomende vraag. In 2029 ligt de groei reeds op 46%. In 2060 zal de residentiële ouderenzorg met een factor 2,65 moeten aangroeien omwille van de vergrijzing.⁵

³ SAR WGG: Advies – Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg (24 mei 2012)

⁴ Bron: ADSEI

⁵ In het rapport 'Tempus Fugit' (Pacolet, Vanormelingen & De Coninck, 2014) wordt ook een lager groeiscenario aangenomen.

Tabel 1.1 Reëel en verwacht aantal residenten in de woonzorgcentra, naar leeftijdsgroep, Vlaams Gewest, 2011-2060

Leeftijdscategorie	2011 - reëel	2012	2014 - basisjaar	2019	2024	2029	2060
<60j	634	636	640	644	640	635	642
60-64j	819	817	834	922	993	975	853
65-69j	1 546	1 664	1 801	1 912	2 117	2 285	2 097
70-74j	2 962	2 864	2 806	3 457	3 697	4 117	4 068
75-79j	6 838	6 797	6 873	6 519	8 136	8 799	10 165
80-84j	14 112	14 611	15 324	15 793	15 273	19 438	25 296
85-89j	20 370	20 979	22 057	25 983	27 463	27 234	51 498
90-94j	12 642	14 774	18 811	23 001	27 785	30 143	67 080
>=95j	5 274	5 120	4 753	8 797	11 496	14 298	41 115
Totaal	65 197	65 653	73 900	87 028	97 600	107 923	202 815
Index (2014 = basisjaar)	0,88	0,92	1,00	1,18	1,32	1,46	2,65

Bron Tempus Fugit (2014) door Pacolet, Vanormelingen & De Coninck

Binnen het Agentschap Zorg en Gezondheid wordt een groei van maximaal 1 500 woongelegenheden per jaar, voor de komende vijf jaar vooropgesteld⁶. Dat is ongeveer een stijging van 10%. Ook wordt in 2015 reeds een sterke toename gesignaleerd.

Uit de studie van Pacolet, Vanormelingen & De Coninck (2014) blijkt dat de sector de komende vijf jaar (2014-2019) met ongeveer 18% zal moeten groeien om te kunnen voldoen aan de vraag omwille van de vergrijzing, rekening houdend met de huidige gebruikerspercentages naar leeftijd. Het Agentschap hanteert blijkbaar een groeiscenario dat eerder aansluit bij het lage scenario uit de studie 'Tempus Fugit' (2014).

De tabel toont aan dat Vlaanderen zeer sterk geconfronteerd zal worden met de vergrijzingsproblematiek, zeker in de residentiële ouderenzorg. De groep van ouderen wordt steeds groter en leeft bovendien steeds langer. Het betreft de vergrijzing van de huidige vijftigers en zestigers. Dit is een veel diverser publiek dan de huidige 80-plussers. Het is de generatie van de tweeverdieners en een mondiger en veeleisender publiek. Meer mensen met een verschillend leven geeft een meer gedifferentieerd publiek, dat bovendien een hoger wooncomfort gewend is dan de huidige ouderen en ook hogere kwaliteitseisen aan dienstverlening stelt dan de huidige ouderen.

De toekomstige ouderengeneratie is niet langer tevreden met de bestaande oplossingen, maar vraagt meer en meer zorg op maat van zijn behoeften en wensen, terwijl het huidige beleid eerder gericht is op zorg- en hulpverlening. Deze zorg op maat staat in tegenstelling met het bestaande aanbod dat voornamelijk een thuisvervangend aanbod is dan wel een thuisondersteunend, zoals thuiszorg. Ouderen dienen dan ook zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen. Deze differentiatie vereist een grotere nadruk op de uitbouw van het ambulante zorgaanbod (thuiszorg) en anderzijds in een verdere differentiatie van het bestaande woonaanbod (residentiële voorzieningen, aangepaste woningen, nieuwe woonconcepten, ...). Zo schetst ook de Denktank Wonen-Welzijn in 2003 zijn visie op de toekomst van de ouderenzorg⁷.

⁶ Mondelinge toelichting van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG).

⁷ Visienota over wonen en ouderen 2003/2004, te consulteren op de website van het Vlaams Parlement.

In dat kader worden in hoofdstuk 7 de verschillende financieringsmodaliteiten tussen de thuiszorg en residentiële ouderenzorg vergeleken. De verschillen zullen zeker in het kader van de staatshervorming belangrijk zijn om mee te nemen als deze twee sectoren meer en meer op elkaar zullen worden afgestemd en met elkaar zullen moeten samenwerken.

1.4 Het Woonzorgdecreet

Het wettelijk kader van de sector is het Woonzorgdecreet. Het is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg en heeft tot doel bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, thuiszorgondersteunend- en aanvullende thuiszorg en residentiële ouderenzorg te combineren. Op 1 januari 2010 trad het Woonzorgdecreet in werking. Dit decreet stimuleert de zorgsector om beter in te spelen op de zorgvragen van de gebruiker. Daarbij staan 'zorg op maat' en de 'garantie op zorgcontinuïteit' centraal.

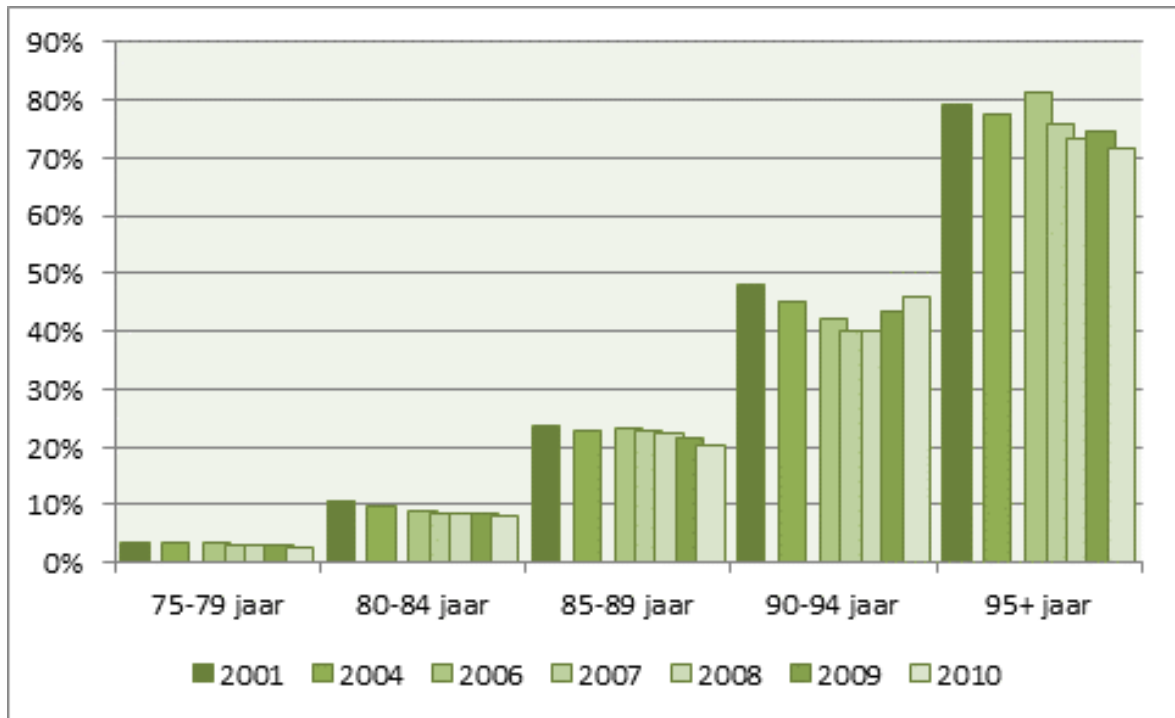
Het Woonzorgdecreet wil het zorgaanbod versoepelen in functie van de zorgvraag van de gebruiker en heeft drie prioritaire doelstellingen (website VAZG).

- Zorg op maat en continuïteit van het zorgaanbod aanbieden door het correct en individueel aangepast inzetten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg.
- De regelgevingen voor zorg, wonen met zorg en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen. Dat moet uitmonden in het vergemakkelijken en versterken van de samenwerking tussen thuiszorg, residentiële zorg en thuiszorgondersteunende zorg.
- De kwaliteit verhogen van wonen en zorg door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager. Hierbij wordt voldoende aandacht gegeven aan sociale inclusie en het welbehagen van de oudere Vlaming.

1.5 Enkele kerncijfers

Anno 2011 woont ongeveer 1% van de Vlaamse bevolking in een woonzorgcentrum (Pacolet, Vanormelingen & De Coninck, 2014, p. 166). 60% van de bewoners in een woonzorgcentrum is ouder dan 85 jaar. Het relatief aantal bewoners van de residentiële zorgvoorzieningen nam sinds 2001 in alle leeftijdscategorieën af, behalve bij 90-plussers (gegevens VAZG⁸).

⁸ Beschikbaar op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid, sectie ouderenzorg, 'cijfers'



Bron Kerncijfers RIZIV, beschikbaar op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, rubriek Cijfers ouderenzorg > Zorgzwaarte in de ouderenzorg

Figuur 1.1 Evolutie aandeel (in %) personen van 75 jaar of ouder in de bevolking die in een woonzorgcentrum verblijven, Vlaams Gewest, 2001, 2004, 2006-2010.

De daling doorheen de tijd kan te maken hebben met de algemene verbeterde zorgbehoevendheid bij ouderen, of door een wijzigend toewijzingsbeleid binnen de woonzorgcentra, of een combinatie van beide. De bevolking werd immers ouder, maar het aantal plaatsen in woonzorgcentra steeg niet evenredig met deze groei. De figuur illustreert evenzeer dat het zorggebruik daalt, wat zou kunnen betekenen dat men minder hulpbehoevend, meer zelfredzaam is geworden en meer op de thuiszorg een beroep kan doen. Het beleid van de overheid is al decennia eerder gericht op de thuiszorg om de stap naar de residentiële zorgsetting in de mate van het mogelijke uit te stellen. In werkelijkheid evolueert dat langzaam. In Breda, Pacolet, Hedebouw & Vogels (2010) wordt gesteld dat een echt beleid van 'desinstitutionalisering' hier nog niet heeft plaatsgegrepen zodat wij een redelijk hoog aantal plaatsen waarnemen⁹.

1.6 De exploitatie van de zorgvoorzieningen

De sector kent zowel openbare, private non-profit als private for-profit aanbieders. Anno 2013 worden door het RIZIV 399 openbare voorzieningen, 511 private non-profit en 630 commerciële woonzorgcentra geregistreerd¹⁰. Deze omvatten, uitgedrukt in aantal woonegelegenheden, respectievelijk 30,5%, 36,8% en 32,7% van de markt in België. De eerste twee spelers worden de 'social

⁹ Ook de uitbouw van de assistentiewoningen dreigt een blinde vlek te worden in het aanbod. Volgens het VAZG zouden 33 000 wooneenheden gepland zijn, terwijl slechts 15 000 gebouwd werden. Niet alle assistentiewoningen zijn immers 'gemeld' of erkend.

¹⁰ Bron: http://www.riziv.be/care/nl/residential-care/xls/rob2013_08.xls (situatie 8 augustus 2013)

profit' genoemd. Ze investeren namelijk de gerealiseerde winsten in de voorziening zelf. De for-profitsector is er eerder op gericht winst uit te keren aan externe investeerders.

Voor de berekening van deze marktaandeelen tracht het RIZIV rekening te houden met de tendens dat commerciële ouderenzorgvoorzieningen een juridische transformatie ondergaan naar het vzw-statuut in het kader van de scheiding tussen exploitatie en vastgoed. Een vzw opgericht door een grote commerciële groep valt volgens de classificatie van het RIZIV in het commerciële segment van de sector en wordt niet als non-profit geïnclassificeerd. Het RIZIV heeft de voorkeur de sector in te delen naar economisch statuut van de voorziening, eerder dan naar het juridisch statuut, maar slaagt daar niet altijd in. In het empirisch luik van dit onderzoek gaan we nog wat verder (strenger) in deze opdeling. Voorlopig hanteren we nog de cijfers en de indeling naar beheersstatuut van het RIZIV.

Een van de belangrijkste kerngetallen van de sector is het aantal woongelegenheden in de woonzorgcentra. De sector kent in België anno 2013 meer dan 136 000 woongelegenheden in woonzorgcentra (inclusief kortverblijf). Onderstaande tabel stelt de verdeling van het marktaandeel volgens beheersvorm (private non-profit, openbaar, private for-profit) en gewest voor en brengt hiermee de hedendaagse capaciteit van het woonzorgcentrum in beeld (volgens de indeling van het RIZIV).

Opmerkelijk is dat de verdeling van de drie statuten op het nationaal niveau ongeveer gelijk is, terwijl binnen de gewesten deze gelijke verdeling niet op gaat. In Vlaanderen is de commerciële sector met een marktaandeel van slechts 15,2% veel minder aanwezig in het zorglandschap. Het aanbod wordt in Vlaanderen hoofdzakelijk ingevuld door de private non-profit (marktaandeel van 51,1%).

In het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geldt het omgekeerde fenomeen met respectievelijk 50% en 63% van de woongelegenheden beheerd door een commerciële speler.

Tabel 1.2 Verdeling van het aantal woongelegenheden naar rechtspersoon van de uitbater (2013)

	België		Vlaamse Gewest		Waals Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
Openbaar	41 493	30,5%	24 260	33,7%	13 229	27,3%	3 665	24,3%
Private non-profit	50 117	36,8%	36 835	51,1%	11 035	22,9%	1 934	12,8%
Private for-profit	44 492	32,7%	10 920	15,2%	23 840	49,6%	9 498	62,9%
Totaal	136 102	100%	72 015	100%	48 104	100%	15 097	100%

* Exclusief de enkele woonzorgcentra actief in het Duitstalig gebied (N=8, met samen 742 woongelegenheden).

** Inclusief kortverblijf, exclusief plaatsen dagverzorgingscentra en assistentiewoningen

Bron Lijst van woonzorgcentra in België, RIZIV (situatie 8 augustus 2013)

Hoe groot een gemiddelde voorziening is, duidt onderstaande tabel aan. De openbare sector en de private non-profit sector kennen een gelijkaardige grootte en baten gemiddeld 100 woongelegenheden per voorziening uit. De private for-profit voorzieningen zijn gemiddeld genomen kleiner, omwille van de aanwezigheid van vele kleinere zorgvoorzieningen naast enkele grote spelers.¹¹

34% van de commerciële voorzieningen in het Waals Gewest voorziet minder dan 50 woongelegenheden, wat de gemiddelde grootte in het Waals Gewest (79 woongelegenheden) drukt ten

¹¹ Wat dat laatste betreft, verhullen deze cijfers nog de groepsvorming die maakt dat zelfstandig woonzorgcentra toch nog in min of meerdere mate als groep worden geëxploiteerd.

opzichte van Vlaanderen (94 woongelegenheden). In Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn de woonzorgcentra doorgaans iets groter.

Tabel 1.3 Gemiddeld aantal woongelegenheden per voorziening, een opdeling naar gewest en statuut (2013)

	België		Vlaamse Gewest		Waals Gewest		Brussels Hoofdstedelijk Gewest	
Openbaar	104	N=398	109	N=222	90	N=147	141	N=26
Private non-profit	98	N=511	98	N=376	96	N=115	114	N=17
Private for-profit	71	N=631	64	N=171	69	N=348	87	N=109
Totaal	88	N=1540	94	N=769	79	N=610	99	N=152

* Exclusief de enkele woonzorgcentra actief in het Duitstalig gebied (N=8, met samen 742 woongelegenheden).

** N stelt het 'aantal' voorzieningen voor

Bron Lijst van woonzorgcentra in België, RIZIV (situatie 8 augustus 2013)

In een vorige studie (Pacolet et al., 2012) hebben wij in de voorbereidende fase van het project opgemerkt dat ook 'commerciële' vzw's voorkomen in de residentiële ouderenzorg. Deze voorzieningen zien weinig voordelen aan het commerciële juridisch statuut ten opzichte van het vzw-statuut, onder meer omwille van de gunstigere subsidieregeling in Vlaanderen voor de social-profit. Ze worden echter schijn-vzw's als ze toch winsten doorsluizen naar een andere commerciële organisatie. Dit kan door het patrimonium van het woonzorgcentrum af te splitsen van de exploitatie. De uitbating zit vervolgens vevat in een vzw, maar de infrastructuur in een patrimoniumvennootschap. De patrimoniumvennootschap kan vervolgens banden hebben met de vzw's in die zin dat de uitbater en de eigenaar van de vennootschap eenzelfde persoon is, of andere familiebanden heeft, dezelfde aandeelhouders heeft, etc. Door het betalen van huur aan de patrimoniumvennootschap kan bijgevolg winst gecreëerd worden, winst die in een doorsnee vzw in de reserves zou opgenomen worden, en die in dergelijke constructie verdwijnt naar derden. Winst kan eveneens doorgestort worden aan de bestuurders en directieleden via (hoge) verloning en andere vergoedingen (bv. via consultingopdrachten), wat eveneens 'doorstorten van winst' kan impliceren. Zo kunnen de commerciële zorgaanbieders de nadelige elementen verbonden aan het commercieel statuut, meer bepaald het gebrek aan animatiesubsidies, omzeilen. Het is niet gekend in welke mate dit in deze sector voorkomt.

Dit fenomeen wordt problematisch wanneer niet marktconforme prijzen worden betaald door de social-profit organisatie voor het vastgoed of aan de bestuurders, of wanneer gerealiseerde meerwaarden worden afgeleid. Het winstoogmerk van derden wordt op die manier duidelijker, zodat wij dat type voorzieningen, zelfs al zijn het vzw's, als commerciële voorzieningen willen omschrijven. Dit fenomeen noemt de SAR 'filialisering' (SAR, 2012).

Dit fenomeen wordt tevens duidelijk als sommige vzw-uitbaters aangesloten zijn bij VLOZO, een koepelorganisatie met doorgaans 'commerciële' residentiële ouderenzorgvoorzieningen. De zuivere vzw's en OCMW-voorzieningen verenigen zich namelijk bij Zorgnet Vlaanderen of de VVSG.

Ook de koepelorganisatie Zorgnet Vlaanderen signaleert in een brochure (Zorgnet Vlaanderen, 2009) dat meer en meer commerciële ouderenzorgvoorzieningen de uitbating onder een vzw-statuut brengen.¹²

Commercialisering in de zorgsector is al verschillende jaren een feit, en maakt ook in Vlaanderen een opmars. Zorgnet Vlaanderen (2009) definieert 'commercialisering' als het groeiend aandeel van de for-profit initiatiefnemers in de welzijns- en gezondheidszorg. Het is een onderdeel van privatisering en speelt zich voornamelijk af op het domein van het zorgaanbod. Het begrip privatisering daarentegen heeft het over het toenemend aandeel van de private initiatiefnemers, dus zowel meer private social-profit (vzw's) als meer private for-profit (vennootschappen). In de rest van de literatuur wordt privatisering eerder als synoniem van commercieel gezien. Zo zien wij het ook.

In 2009 rapporteerde Zorgnet Vlaanderen nog in hun brochure over de privatisering, commercialisering en marktwerking in de zorgsector, dat het marktaandeel van de commerciële sector slechts 10% van de Vlaamse markt bedraagt. Ondertussen is dit cijfer in Vlaanderen gestegen tot 15% (tabel 1.2). De sector is in ruime mate gesubsidieerd en dat brengt de nodige beperkingen met zich mee. Zo mag het aantal woongelegenheden in Waalse commerciële woonzorgcentra niet hoger zijn dan 50 procent van het totale aanbod. Dit geldt echter (nog) niet voor Vlaanderen.¹³ Privatisation by default is een term die wij soms gebruiken. Privatisering kan ontstaan doordat het non-profit initiatief in gebreke blijft. Dan rest alleen normering (de 50%) om dat terug te corrigeren.

Uit het wettelijk kader zal blijken dat de publieke financiering van de zorg, aangeboden door de social-profitsector en de for-profitsector, nagenoeg gelijk is. Het enige verschil in financiering betreft een deel van de Vlaamse subsidiecomponent, met name de financiering van de infrastructuur en de subsidiëring van de animatiefunctie.

Het debat rond de commercialisering van de zorg betreft het aanwenden van publieke middelen voor enige vorm van winstuitkering. De SAR WGG¹⁴ is van mening dat publieke middelen nooit voor winstbejag ingezet kunnen worden (SAR, 2012, p. 32). In principe mag de commerciële sector op de woon- en leefkosten van de bewoners winst maken. In hoeverre commerciële zorgvoorzieningen ook winst maken op de zorgcomponent van de voorziening is niet gekend. Dit debat is echter geen voorwerp van dit onderzoek, alsook wordt in dit onderzoek niet ingegaan op de verschillende mogelijkheden van commerciële spelers om winst te onttrekken aan de exploitatie van een woonzorgvoorziening.

¹² Ook de VIPA-subsidiëring die wij in Pacolet et al. (2012) hebben bestudeerd geldt enkel voor de non-profit aanbieders. Blijkbaar was de subsidiecomponent daar onvoldoende om het vastgoed in de vzw te laten.

¹³ Een nog meer genuanceerde opdeling van activiteit en statuut is denkbaar, met name het onderscheid tussen privaat en publiek, tussen profit en non-profit, en tussen markt- en niet-marktactiviteiten. Het laatste heeft ook te maken met de graad van (publieke) subsidie. Zie Pacolet, Van De Putte, Marchal, Dewilde, Verbrugghe & Strobbe, 2001, p. 26.

¹⁴ Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin

1.7 Groepsvorming

Groepsvorming is een opkomend fenomeen in de sector en manifesteert zich vooral binnen de private for-profit sector. Maar ook binnen de private non-profit en de publieke sector wordt dit fenomeen opgemerkt. Groepsvorming ontstaat immers vanuit verschillende motieven.

In de commerciële sector gaat het om twee fenomenen. Enerzijds worden de krachten gebundeld op het vlak van de uitbating, anderzijds worden (grote) vastgoedbedrijven opgericht. Er zijn verschillende grote beursgenoteerde investeringsmaatschappijen actief in de residentiële ouderenzorg. We denken daarbij aan Aedifica, Cofinimmo, Waterland, Ackermans & van Haaren. Ze verhuren (of ‘geven in leasing’) hoofdzakelijk de panden aan commerciële uitbaters als Senior Living Group¹⁵, Senior Assist, Armonia, ORPHEA, etc., wat tevens grote commerciële groepen zijn. De ‘ontbundeling’ van het eigenaarschap van het patrimonium en de exploitatie van het woonzorgcentrum is een relatief recent fenomeen. De drijfveren van deze vastgoedbedrijven zijn uiteraard de huurrendementen en diversificatie van de portefeuille. Het ontwikkelingspotentieel is met de huidige vergrijzing van de bevolking bovendien groot. Zowel binnenlandse als buitenlandse groepen gaan mee in deze trend.

Ook kleinere vennootschappen komen in de sector tot stand, hoofdzakelijk vanuit familiaal kapitaal, al dan niet met meerdere vestigingen.

In de private non-profit worden eveneens groeperingen opgemerkt, hoofdzakelijk met een christelijk geïnspireerde achtergrond. Het gaat zowel om groeperingen van woonzorgcentra, als om grotere koepels die een resem van gezondheids- en welzijnsdiensten aanbieden. Enkele voorbeelden zijn:

- vzw Emmaüs biedt zowel gezondheids- als welzijnszorg aan in regio Mechelen, en beheert naast ziekenhuizen, voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg, voorzieningen voor personen met een handicap, bijzondere jeugdzorg en kinderopvang, ook drie ouderenzorgvoorzieningen. Het gaat om een groepering van zorgvoorzieningen die in het verleden vanuit het christelijke perspectief zijn ontstaan;
- vzw Bejaardenzorg O.L.V. van 7 weeën is een andere koepel die 9 woonzorgcentra beheert in West-Vlaanderen;
- de vzw Zorg-Saam Zusters Kindsheid Jesu is een groepering van 11 woonzorgcentra.

Zorgbedrijf Antwerpen is het bekendste voorbeeld van een samenwerking/groepering in de openbare sector. Zorgbedrijf Antwerpen beheert onder meer 17 openbare woonzorgcentra. Met 42 dienstencentra, een gamma thuisdiensten, 2 800 serviceflats en 17 woonzorgcentra verspreid over heel de stad, zijn ze de grootste speler in de Antwerpse zorgsector.

Zorgnet Vlaanderen constateerde in 2009 dat er weinig nieuwe voorzieningen toetreden tot de sector. Het programmaticijfer was toen immers bijna volledig opgevuld. Daaruit wordt geconcludeerd dat in die periode de enige manier van uitbreiding door overname van bestaande voorzieningen gerealiseerd kon worden (Zorgnet Vlaanderen, 2009). Dit zou kunnen verklaren op welke manier deze grote (commerciële) groepen steeds uitbreiden en groter werden. Kleinere commerciële woonzorgcentra (tot zelfs groepen) worden op die manier overgenomen, maar zelfs vzw's en OCMW-woonzorgcentra gaan mogelijk in op dit aanbod.

¹⁵ De aandelen van Senior Living Group werden recentelijk overgenomen door de Franse groep Medica.

Groepsvorming impliceert dat wij in het analyseluik van dit onderzoek op twee niveaus gaan rapporteren, namelijk op het niveau van de voorziening zelf, en op het niveau van de koepelorganisatie (groep). De boekhoudkundige gegevens hebben betrekking op het koepelniveau, maar de overige administratieve gegevens (personeel, dagprijs, zorgbehoevendheidsgegevens,...) zal onder meer via het RIZIV op het voorzieningenniveau ter beschikking gesteld worden. Er bestaan twee mogelijkheden om deze analyse aan te pakken, met name de analyse apart uitvoeren waar mogelijk, of stevast werken met geaggregeerde resultaten op het koepelniveau. Wij kiezen voor het laatste omdat dit het enige niveau is waarvoor boekhoudkundige gegevens beschikbaar zijn.

Tabel 8.2 uit het analyseluik biedt een overzicht van de groepsvorming in de sector. Het overzicht geldt echter voor een beperkt deel van de sector (wehouden in de analyse, 84% van het totaal aantal bedden) en werd gemaakt op basis van het economisch statuut van de voorziening (en niet het juridisch statuut). Het illustreert echter wel het fenomeen.

Tabel 1.4 Illustratie van de groepsvorming binnen de sector, 2012.

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totaal
In aantal voorzieningen	178	258	148	584
In aantal ondernemingen	178	220	114	512
Aandeel in de sector	77,2%	86,4%	88,5%	83,6%

Bron Eigen verwerking

1.8 De bevoegdheidsverdeling inzake welzijns- en gezondheidszorg

1.8.1 Geschiedenis

België heeft een complexe staatsstructuur waarbij de bevoegdheden verdeeld zijn tussen de federale overheid en de Gemeenschappen en de Gewesten. Sinds de staatshervorming van 1980 is Vlaanderen bevoegd voor persoonsgebonden aangelegenheden zoals gezondheidszorg en welzijnszorg (ook wel “bijstand aan personen” genoemd). Toch bleef tot de recente staatshervorming ook de federale overheid nog in grote mate bevoegd voor het zorg- en gezondheidsbeleid.

De bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen bepaalt in artikel 5, §1 wat de Vlaamse bevoegdheden precies inhouden. Kortweg gezegd is Vlaanderen tot 2014 bevoegd voor het beleid rond¹⁶:

- de zorgverstrekking binnen en buiten de verpleeginrichtingen, met uitzondering van datgene wat uitdrukkelijk is voorbehouden aan de federale overheid;
- de preventieve gezondheidszorg en gezondheidsopvoeding.

Anno 2014 is de 6^{de} staatshervorming in werking getreden die zijn stempel zal drukken op de bevoegdheidsverdeling. Naar de toekomst toe worden de (meeste) federale bevoegdheden inzake ouderenzorgbeleid overgeheveld naar de regio's waardoor het beschreven financieringsmechanisme in dit rapport ter discussie zal staan. De uitwerking van het nieuwe financieringssysteem is nog niet gekend.

¹⁶ Website Agentschap Zorg en Gezondheid betreffende de bevoegdheidsverdeling van ouderenzorg

Voorlopig wordt de huidige ‘instellingsfinanciering’ behouden. Onderstaande secties schetsen de bevoegdheidsverdeling zoals het was voor de 6^{de} Staatshervorming.

1.8.2 Algemeen

De bevoegdheden inzake gezondheidszorg in België zijn verdeeld over verschillende beleidsniveaus en overheidsinstanties¹⁷. Op federaal niveau is de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu belast met het beleid inzake volksgezondheid en gezondheidszorg. Daarnaast heeft het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een belangrijke rol inzake het beheer van de verplichte verzekering voor en de terugbetaling van geneeskundige zorgen. Het RIZIV valt onder de FOD Sociale Zekerheid. Op niveau van de gemeenschappen en gewesten is aan Vlaamse kant het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid de bevoegde overheidsinstantie. Zij maakt deel uit van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De ‘gezondheidszorgen’ in België omvatten 6 soorten van zorgvoorzieningen die elk een specifiek aanbod van zorg, een infrastructuur en een eigen financieringsmechanisme hebben:

- de universitaire ziekenhuizen;
- de algemene ziekenhuizen;
- de psychiatrische ziekenhuizen;
- de rust- en verzorgingstehuizen (‘woonzorgcentra’ volgens de Vlaamse terminologie);
- de dagverzorgingscentra;
- de centra voor kortverblijf.

De drie laatste vermelde zorgvormen bespreken we in het hoofdstuk rond de financiering van de residentiële ouderenzorg.

1.8.3 De federale overheid

De federale overheid kent tot 2014 verschillende bevoegdheden op het gebied van de residentiële ouderenzorg (VVSG, 2012):

- de financiering van de werking van woonzorgcentra, RVT’s en centra voor dagverzorging via de ziekteverzekering (RIZIV);
- ze beheren de programmatie en de erkenningsvoorwaarden voor RVT’s en de bijzondere erkenningsvoorwaarden voor dagverzorgingscentra;
- de federale overheid is eveneens bevoegd voor de vaststelling en de controle van de dagprijzen die de voorzieningen voor collectief verblijf voor ouderen aan hun bewoners mogen vragen. De prijsregulering is een federale bevoegdheid, meer bepaald van de FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie¹⁸. Naast de prijzen van aangeboden producten en/of diensten van voorzieningen voor ouderenopvang, zijn ook de huisvestingsprijzen in woonzorgcentra gereguleerd. Prijsverhogingen voor huisvesting moeten voorafgaandelijk bij de Prijzendienst van de FOD Economie worden aangevraagd en onderbouwd met een dossier dat de aanvraag voor een prijsverhoging rechtvaardigt op basis van cijfermateriaal. Bij een prijsverhoging die gebaseerd is op de stijging van de levensduurte of de inflatie, wordt een vereenvoudigde

¹⁷ Gebaseerd op het handboek ‘residentiële ouderenzorg’ van de VVSG (versie 2012)

¹⁸ http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde_prijzen/Bejaardeninstellingen/Prijzen_producten_diensten/

procedure toegestaan waarbij het volstaat om de prijsverhoging mee te delen aan de Prijzendienst. De prijzen van zorgvoorzieningen die als nieuw kunnen worden aanzien, dienen eveneens ter kennis te worden gebracht;

- ze erkennen en subsidiëren samenwerkingsverbanden wat betreft palliatieve verzorging;
- ze beheren de invulling van de zorgberoepen.

De federale overheid is daarnaast bevoegd voor de uitkeringen ten gunste van de ouderen, meer bepaald de pensioenen, het minimum gewaarborgd inkomen, de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Het betreft uitkeringen 'in cash', gericht aan de gebruiker en niet aan de voorziening:

- de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) is een maandelijkse sociale uitkering toegekend door de Rijksdienst voor Pensioenen aan ouderen die geen recht hebben op een pensioen of bij wie het pensioen lager ligt dan een bepaald bedrag;
- de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) is een maandelijkse tegemoetkoming bestemd voor hulpbehoevende ouderen. De toekenningsvoorwaarden zijn gerelateerd aan het inkomen en de hulpbehoevendheid;
- er bestaan andere mogelijkheden om zieke personen financieel bij te staan voor hun gezondheidsuitgaven, zoals de maximumfactuur (MAF), of de forfaitaire bedragen voor chronische ziekte of voor incontinentiemateriaal.¹⁹

Daarnaast zijn heel wat tewerkstellingsmaatregelen uitgewerkt op het federale en Vlaamse niveau die hun weerslag hebben op de personeelsvoorziening en -organisatie in de welzijnssector. Denk maar aan de DAC'ers, de sociale Maribel, de GESCO's, de Plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen (PWA), het generatiepact, etc.

1.8.4 De Vlaamse overheid

Binnen de welzijnszorg is het ouderenbeleid één van de bevoegdheden die toekomt aan de gemeenschappen en gewesten. De planning, het toezicht en de erkenning van ROB's en RVT's vallen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten.

De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor de planning, het toezicht en de erkenning van de volgende ouderenvoorzieningen (VAZG):

- woonzorgcentra (WZC);
- rust- en verzorgingstehuizen (RVT);
- assistentiewoningen (serviceflats);
- dagverzorgingscentra (DVC);
- centra voor kortverblijf (CVK);
- centra voor herstelverblijf.

Voor een aantal van de bovengenoemde voorzieningen is de Vlaamse overheid volledig bevoegd. Voor de rust- en verzorgingstehuizen, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf deelde Vlaanderen tot de 6^{de} Staatshervorming zijn bevoegdheid met de federale overheid. Vanaf 1 juli 2014 is deze

¹⁹ Zie Rapport Pacolet, Spruytte & Merckx (2007)

bevoegdheid volledig overgedragen, dit weliswaar met een aantal overgangsmodaliteiten die overgenomen zijn in een protocol.

Voor de planning en de erkenning gebruikt Vlaanderen zijn eigen normen. Enkel de programmatie en de erkenningsnormen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis en als centrum voor dagverzorging worden bepaald door de federale overheid.²⁰

De veelheid aan politieke actoren noopt tot een overleg. Dat gebeurt in de interministeriële conferentie gezondheidszorg (IMC), in een specifieke subgroep "Ouderenzorgbeleid", met de bedoeling om een samenhangend ouderenbeleid uit te werken. Zo sloten de federale overheid en de gefedereerde entiteiten drie protocolakkoorden met betrekking tot het gezondheidszorgbeleid voor ouderen. Het in 2005 gesloten 'protocol 3' legt een reeks gemeenschappelijke doelstellingen met betrekking tot de ouderenzorg vast en stelt een moratorium op het aantal rusthuisbedden in. In december 2011 heeft de Avenant nr. 6 bij het Protocol 3 het moratorium uitgebreid en tot eind december 2012 verlengd. Met de uitvoering van de 6^{de} staatshervorming zal men deze ingewikkelde institutionele structuur trachten te vereenvoudigen.²¹

De bevoegdheden van de Vlaamse overheid met betrekking tot de residentiële ouderenzorg zijn:

- aangezien woonzorgcentra voorzieningen zijn die uitsluitend bestemd zijn voor de huisvesting van ouderen en ze dus niet vallen onder de wet op de ziekenhuizen, is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de planning, de erkenning en de financiering van de investeringen van deze voorzieningen;
- ze zijn bevoegd voor de verdeling van RVT-erkenningen binnen Vlaanderen;
- ze financieren bijkomende projecten in de ouderenzorg;
- de kwaliteitsnormering voor welzijns- en gezondheidsvoorzieningen wordt bepaald door de Vlaamse overheid (cfr. Zorginspectie);
- het Agentschap Zorg en Gezondheid beheert ook het Vlaams Zorgfonds, dat instaat voor de uitvoering van de Vlaamse Zorgverzekering. De Vlaamse Zorgverzekering biedt een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg voor hulpbehoevenden. Het Vlaams Zorgfonds voert een actief beleid om de betaalbaarheid van niet-medische hulp- en dienstverlening te verzekeren voor de huidige en de toekomstige generaties. De tenlasteneming voor de residentiële sector (RVT, ROB en PVT) bedraagt het forfaitaire bedrag van 130 euro per maand sinds 1 maart 2009²², en wordt rechtstreeks aan de gebruiker toegekend²³ ongeacht zijn inkomenssituatie;
- de Vlaamse overheid beheert het woonbeleid voor ouderen.

²⁰ Website VAZG

²¹ De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. B053 – Schriftelijke vraag en antwoord nr: 0210

²² Website VAZG

²³ Zie ook rapport Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus (2010)

Tabel 1.5 Bevoegdheidsverdeling inzake gezondheids- en welzijnszorg

Federale overheid	Gemeenschappen
Vastleggen van het totale budget voor gezondheidszorg	Organisatie van de gezondheidszorg
Wetgeving met betrekking tot het Rijksinstituut voor Ziekte en InvaliditeitsVerzekering (RIZIV)	Coördinatie van residentiële zorg
Wetgeving inzake ziekenhuizen (criteria, financiering)	Implementatie van hospitaalnormen (accreditatie)
Wetgeving inzake professionele kwalificatie en verloning	Preventie van infectieziekten (incl. vaccinaties)
Wetgeving en prijszetting van geneesmiddelen	Preventie van niet-overdraagbare aandoeningen (inclusief geestelijke gezondheidszorg)
Supervisie van medische technologie	

Bron Gids van de Frans-Belgische grensoverschrijdende gezondheidszorg

Het ouderenbeleid wordt in Vlaanderen uitgevoerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid dat deel uitmaakt van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De Gemeenschappen en Gewesten kunnen ook subsidies geven aan de ouderenvoorzieningen. Zo staat in Vlaanderen het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) in voor de infrastructuursubsidies (toegekend aan social-profit en niet aan de commerciële-voorzieningen). In Vlaanderen worden ook animatiesubsidies uitgekeerd aan de vzw- en OCMW-voorzieningen.

Ten slotte is de Vlaamse overheid bevoegd voor de samenstelling van de dagprijs en de supplementen.

1.8.5 Complexiteit van de regelgeving

De residentiële ouderenzorg voorziet zowel in huisvesting als in zorg. Bijgevolg zijn zowel de regionale als de federale overheden betrokken. De gemeenschappen zijn in hoofdzaak verantwoordelijk voor de kwaliteit en voor het wonen. Zij erkennen de woonzorgcentra, leggen personeelsnormen op, inspecteren ze en subsidiëren de bouwwerken via het Vlaams Infrastructuurfonds Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). In Vlaanderen financiert men ook de animatiefunctie in het woonzorgcentrum. De federale overheid financiert en controleert via het RIZIV de verzorging van de bewoners: in hoofdzaak het verplegend, verzorgend en paramedisch personeel. Daarnaast is de federale overheid (FOD Economie) verantwoordelijk voor de prijsreglementering. Toch lopen de bevoegdheden soms sterk door elkaar, zo verdeelt de gemeenschap de RVT-bedden, maar de programmering ervan gebeurt door de federale overheid. Ook de financiering loopt door elkaar: er is de federale financiering via het RIZIV-dagforfait, de eindeloopbaanregeling en de tegemoetkoming derde luik, maar ook regionale financiering voor de bouwwerken en de renovatie en voor de animatiefunctie. Bovenop deze basisregelgevingen zijn de woonzorgcentra ook nog onderhevig aan de HACCP-normen²⁴ voor voedselbereiding, aan de wetgeving om legionella te voorkomen, aan brandveiligheidsnormen, etc. Dit kluwen van regels zorgt ervoor dat het moeilijk is om fundamentele beleidsveranderingen teweeg te brengen, omdat verschillende ministers verantwoordelijk zijn, die daarenboven niet noodzakelijk dezelfde visie delen.

²⁴ <http://haccpregels.com/haccp-regels-in-de-zorg/>

De 6^{de} staatshervorming zou deze complexiteit kunnen oplossen, gezien de bevoegdheden naar de regio's worden overgedragen. Het voegt echter ook complexiteit toe omdat de regio's op korte termijn heel wat organisatieveranderingen, informatie, budgettaire verschuivingen, etc. moeten verwerken, alsook keuzes moeten maken.

De complexiteit van de bevoegdheden vormt een element in de beschrijving van het financieringssysteem in dit onderzoek, zoals het er voor de 6^{de} staatshervorming uit zag.

1.8.6 De 6^{de} staatshervorming

Alles wat omtrent de financiering van de residentiële ouderenzorg op het federaal niveau zit, wordt in het kader van de 6^{de} staatshervorming overgeheveld naar de regio's. Meer bepaald gaat het om bijna het volledige RIZIV-budget (excl. coma, Huntington en ALS-bedden), voorzien voor de residentiële ouderenzorg. Vlaanderen zal de financieringssystemen en budgetten herbekijken en bij voorkeur afstemmen op de andere welzijnssectoren. De budgetten van de provincies gaan tevens naar Vlaanderen overgaan. Ten slotte gaat ook de prijsregulering over naar Vlaanderen.

In dat opzicht wordt de wettelijke context van dit onderzoek naar de toekomst toe herbekeken en zal er ongetwijfeld anders gaan uit zien. Echter tot eind 2017 zullen in het kader van een overgangsprotocol de modaliteiten ongewijzigd blijven²⁵.

In welke mate zal Vlaanderen in een gelijke subsidie voorzien? Worden dezelfde modaliteiten van toepassing naargelang de uitbater (vzw, OCMW, commercieel), bijvoorbeeld op het vlak voor animatie en infrastructuur? Het zijn vragen die in de toekomst moeten beantwoord worden. Wij schetsen het uitgangspunt nu. Het wordt eens te meer een nulmeting die kan dienen als referentie voor de komende veranderingen.²⁶

²⁵ Toelichting Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

²⁶ Een ander voorbeeld op iets langere termijn is de aangekondigde hervorming van de OCMW's. Het exhaustief in beeld brengen van de situatie van zowel de openbare als private sector kan het debat over de impact van deze hervormingen staven.

Hoofdstuk 2

Organisatiestructuur van de residentiële ouderenzorg

Zowel ambulante als residentiële woonvormen komen in de ouderenzorg voor. De focus van dit onderzoek ligt op de residentiële ouderenzorgvoorzieningen, in al zijn componenten, in het bijzonder op het woonzorgcentrum zelf.

2.1 Residentiële ouderenzorgvoorzieningen

2.1.1 Het woonzorgcentrum

Een woonzorgcentrum (het vroegere 'rusthuis') is volgens het Woonzorgdecreet "een of meer gebouwen die functioneel een inrichting voor collectief verblijf vormen waar, onder welke benaming ook, aan ouderen (65+) die er op duurzame wijze verblijven, huisvesting wordt gegeven alsmede geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke verzorging". Woonzorgcentra worden meer en meer gezien als een plaats waar men woont en ook zorg krijgt, of een plaats die zorg aanbiedt aan ouderen die in de omgeving wonen, eerder dan een plaats om te 'rusten' (cfr. het vroegere rusthuis).

Heel wat woonzorgcentra (WZC) vervullen naast hun primaire residentiële functie, ook transmurale of thuiszorg ondersteunende functies. Gebruikmakend van hun infrastructuur en zorgkaders kunnen ze dagverzorging, dagopvang, beschermd wonen voor personen met een dementie, assistentiewoningen en kortverblijf aanbieden.

Op 18 juni 2012 keurde de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een aanhangsel 7 aan Protocol 3 goed dat in Vlaanderen 1 324 bijkomende RVT-erkenningen vanaf 1 juli 2012 mogelijk maakt²⁷, ter vervanging van ROB-erkenningen (= reconversie). Per 27 maart 2014 waren er 72 147 erkende woongelegenheden beschikbaar in Vlaanderen en in totaal 95 781 geprogrammeerd (prognose behoefte van 2019). In april 2014 kende Vlaanderen reeds 767 woonzorgcentra²⁸.

Het RIZIV (federaal niveau) spreekt nog steeds over ROB (rustoord voor bejaarden) en RVT (rust- en verzorgingstehuis). In Vlaanderen wordt de overkoepelende term woonzorgcentrum (WZC) gehanteerd in het Woonzorgdecreet. Zo spreekt men op het federaal niveau nog steeds over 'bedden', terwijl in Vlaanderen over 'woongelegenheden' wordt gesproken. Het taalgebruik varieert naargelang het beleidsniveau.

In een RVT wonen ouderen die veel zorg nodig hebben. Het beleid wil de woonzorgcentra vooral voor deze groep voorbehouden. In een ROB wonen ouderen die meer valide zijn, de zogenaamde O en A-zorgprofielen. Vandaag de dag zijn bijna alle woonzorgcentra mengvormen met zowel RVT- als ROB-erkenningen. Het beleid (zowel de federale als nu de Vlaamse overheid) wil de ROB-erkenningen steeds meer vervangen door andere (tussen)woonvormen, bijvoorbeeld assistentiewoningen (de vroegere serviceflats).

²⁷ Melding op de website van het VAZG (sectie programmaticijfers ouderenzorg)

²⁸ Gegevens RIZIV

Het onderscheid tussen een woonzorgcentrum (ROB) en rust- en verzorgingstehuis (RVT) bestaat erin dat een woonzorgcentrum, waar naast de woon- en leeffunctie ook een verzorgingsstructuur voor (zwaar) zorgbehoevende ouderen wordt aangeboden, op basis van bepaalde normen een bijkomende erkenning kan krijgen voor RVT-woongelegenheden. Men moet over minstens 25 RVT-bedden beschikken om erkend te worden als RVT. RVT's moeten aan zwaardere normen beantwoorden, onder meer op het vlak van infrastructuur, zorgpersoneel en organisatie van de zorgverlening, maar ontvangen hiervoor ook een hogere RIZIV-financiering. Het is echter niet omdat een woonzorgcentrum niet over RVT-bedden beschikt, dat er geen zwaar zorgbehoevenden kunnen opgenomen en verzorgd worden.

2.1.2 Van serviceflats naar assistentiewoningen

De meeste ouderen met zorgnoden trachten de stap naar een woonzorgcentrum zo lang mogelijk uit te stellen. Een eigen woning is altijd meer vertrouwd en biedt ook meer privacy dan een kamer in een woonzorgcentrum. Maar als thuiszorg niet meer volstaat om in hun eigen huis te blijven wonen, dringt een verhuis zich op. Op dat moment kan een 'serviceflat' een goede oplossing zijn.

Een serviceflat²⁹ vormt een combinatie van zelfstandig wonen met (permanente) ondersteuning en zorg op maat. Het is dus gericht op een oudere (vanaf 60 jaar)³⁰ of een ouder koppel dat door een beroep te doen op thuiszorg en de permanentiedienst die een groep van serviceflats biedt, zelfstandig kan blijven wonen. De flat op zich heeft minstens een leefruimte, keuken, slaapkamer toilet en badkamer. De woning is tevens aangepast en veilig: er zijn nauwelijks trappen, er is een oproepsysteem om hulp in te roepen, etc.

Het onderscheidt zich van een woonzorgcentrum doordat het bestaat uit zelfstandige woningen, waarbij de zorg slechts op afroep geboden wordt door de zorgverlener naar keuze. Ze zorgen ervoor dat mensen niet hoeven te verhuizen naar een woonzorgcentrum zolang ze nog zelfstandig kunnen wonen. Ze bieden koppels de mogelijkheid om samen naar een aangepaste woning met zorg te verhuizen. Dat is in een woonzorgcentrum vaak niet mogelijk.

De regelgeving van de serviceflats valt onder de bevoegdheid van de Vlaams minister Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het aantal erkende wooneenheden van de serviceflats bedroeg op 1 januari 2013 in Vlaanderen 15 784, waarbij de totale programmatie 34 928 wooneenheden bedraagt.

Toen deze woonvorm ontstond, sprak men van serviceflats. Sinds het Woonzorgdecreet van 1 januari 2010 spreekt men in principe niet meer van serviceflats, maar van een nieuwe vorm van ouderenvoorzieningen, namelijk de 'assistentiewoningen', gericht op personen ouder dan 65 jaar met een beperkte vorm van zorgafhankelijkheid. Pas in 2013 kreeg de naam assistentiewoning pas echt vorm (BVR van 12 oktober 2012). Men kan echter wel spreken van een continuering van het concept omdat, naast enkele elementen zoals leeftijd en programmatie, vooral de naam werd aangepast.

In het Woonzorgdecreet³¹ wordt de zorgvorm "assistentiewoningen" in artikel 33 als volgt gedefinieerd: "Een groep van assistentiewoningen is een voorziening die bestaat uit een of meerdere gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan gebruikers van 65 jaar of ouder

²⁹ Website Agentschap Zorg en Gezondheid

³⁰ Het oorspronkelijke programmatiecijfer was zelfs gebaseerd op de totale bevolking boven 60 jaar, met name 2 per 100 60+. Zie Pacolet, 2002, p14.

³¹ Bron: VVSG artikel 'assistentiewoningen: erkennen of niet?' (2009)

die er zelfstandig verblijven in individuele aangepaste wooneenheden, huisvesting wordt gegeven en ouderenzorg waarop zij facultatief een beroep kunnen doen."

Een groep voor assistentiewoningen heeft volgende verplichte taken:

- het aanbieden van aangepaste huisvesting;
- het aanbieden van ouderenzorg, al dan niet in samenwerking met een andere partner;
- het aanbieden van sociale netwerkvorming en creatieve ontspanning;
- het bieden van onmiddellijke hulp in noodsituaties.

Wie erkend was als serviceflat moet voldoen aan de erkenningsvoorwaarden van de serviceflats. De nieuwe erkende woningen moeten voldoen aan de nieuwe voorwaarden van de assistentiewoningen. De eerste twee taken zijn niet nieuw ten opzichte van de serviceflats, de laatste twee wel.

Er is crisiszorg en overbruggingshulp beschikbaar³². Crisiszorg is een onmiddellijke en aangepaste interventie in geval van een noodsituatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarin onmiddellijk zorg moet worden geboden. Overbruggingszorg is aangepaste zorg die aansluit bij crisiszorg en die gedurende een korte periode wordt verleend in afwachting dat de zorg wordt verleend die de bewoner zelf heeft gekozen. De uitbater van de assistentiewoningen kan de crisiszorg en overbruggingszorg zelf organiseren, maar kan tevens een samenwerkingsovereenkomst sluiten met een of meer zorgverleners of welzijns- of gezondheidsvoorzieningen uit de omgeving.

In de assistentiewoning is ook een woonassistent³³ aanwezig die zorgt voor sociale netwerkvorming. Deze woonassistent kan een personeelslid zijn van de groep voor assistentiewoningen, maar kan ook iemand zijn uit het woonzorgcentrum, het lokaal dienstencentrum of de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Financiering is niet aan de orde.

In tegenstelling tot de huidige serviceflats, zal een groep voor assistentiewoningen niet verplicht erkend zijn. De aanmelding is wel verplicht. Iedere initiatiefnemer zal dus kunnen kiezen of ze hun huidige of toekomstige serviceflats al dan niet zullen laten erkennen als assistentiewoningen.

De voordelen van de erkenning zijn³⁴:

- mogelijk recht op subsidie woonassistent;
- deelname aan woonzorgnetwerk mogelijk;
- BTW-voordeel bij bouwen en verbouwen (zoals bij serviceflats nu; in het verleden bestonden nog gunstigere financieringsmodaliteiten); van toepassing voor de erkende non-profit voorzieningen;
- vrijstelling van onroerende voorheffing;
- een assistentiewoning kan erkend worden als WZC-woongelegenheid.

De programmatie valt weg voor assistentiewoningen. Subsidies zijn niet voorzien, maar fiscale voordelen met betrekking tot de BTW en onroerende voorheffing zijn wel mogelijk indien men erkend is.

³² Persmededeling 'Vlaanderen zet in op assistentiewoningen' van 7 juni 2012, beschikbaar op de website van het VAZG.

³³ Over kwalificaties, cumul met andere functies en vooral financiering en subsidiëring bepaalt het besluit niets.

³⁴ Bron: VVSG artikel 'assistentiewoningen: erkennen of niet?' (2009). Zie ook rondschrjven Minister bij publicatie uitvoeringsbesluiten.

Nieuw is dat ook sociale huisvestingsmaatschappijen samen met een zorgpartner sociale assistentiewoningen zullen kunnen bouwen en verhuren voor mensen met een laag inkomen. Zo wordt een aangepaste huisvesting met een ruim aanbod aan aangepaste hulp voor iedereen toegankelijk, ongeacht het inkomen. De assistentiewoningen worden verhuurd volgens de Vlaamse wooncode.

De Vlaamse Regering heeft op 12 oktober 2012 het besluit betreffende de groepen van assistentiewoningen definitief goedgekeurd (behalve art. 36 waarbij werd gesteld dat een assistentiewoning ook tijdelijk als woonzorgcentrum of kortverblijf kan gebruikt worden)³⁵. Het besluit trad in werking op 1 januari 2013. De assistentiewoningen zullen vanaf dan de huidige serviceflats vervangen, ook al krijgen de bestaande erkende serviceflats tijd om zich aan te passen aan de nieuwe regels. Dit zal op termijn gevolgen hebben voor de huidige serviceflat-uitbaters, maar deze gevolgen blijven tot op de dag van vandaag zeer beperkt.

2.1.3 Centra voor herstelverblijf

Personen die herstellen van een operatie in een ziekenhuis of herstellen van een zware aandoening of ongeval, kunnen in een centrum voor herstelverblijf terecht voor opvang, verzorging en revalidatie voor maximaal 60 dagen. Er wordt verzorging, revalidatie en bijstand bij de dagelijkse handelingen voorzien. Het centrum is toegankelijk voor alle leeftijdsgroepen en staat ter beschikking voor personen die in principe niet meer in een ziekenhuis moeten verblijven, maar nog niet voldoende op kracht zijn gekomen om al naar huis te gaan. Zo wordt vermeden dat men onnodig in een ziekenhuis verblijft³⁶.

Centra voor herstelverblijf kunnen erkend worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Een erkenning als centrum voor herstelverblijf is echter niet verplicht, maar een aanmelding wel. Er zijn reeds 4 centra voor herstelverblijf erkend in Vlaanderen.

Het programmacijfer voor de verblijfseenheden in de centra voor herstelverblijf in het Nederlands taalgebied en het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad werd vastgelegd op 1 500 verblijfseenheden. Bij de geografische spreiding van het aanbod wordt rekening gehouden met een minimum van 60 verblijfseenheden per zorgregioniveau regionale stad. In 2012 dekt het aantal aanvragen voor een voorafgaande vergunning bijna de volledige programmatie (1 440 verblijfseenheden)³⁷.

2.1.4 Het (zorg)profiel van de bewoners in de residentiële zorgsetting

De zorgzwaarte van de bewoners in de woonzorgcentra bepaalt in sterke mate de financiering ervan. De toelage die ze ontvangen van het RIZIV is immers hoofdzakelijk afhankelijk van de graad van zorgbehoevendheid van de bewoners (zie infra). Deze zorgbehoevendheid wordt gemeten aan de hand van de KATZ-schaal. De KATZ-schaal beperkt zich tot de persoonsverzorgende taken en houdt geen rekening met de zelfredzaamheid voor huishoudelijke taken. Er worden 4 verschillende categorieën van zorgbehoevendheid gehanteerd (zie bijlage 1 voor een volledige omschrijving):

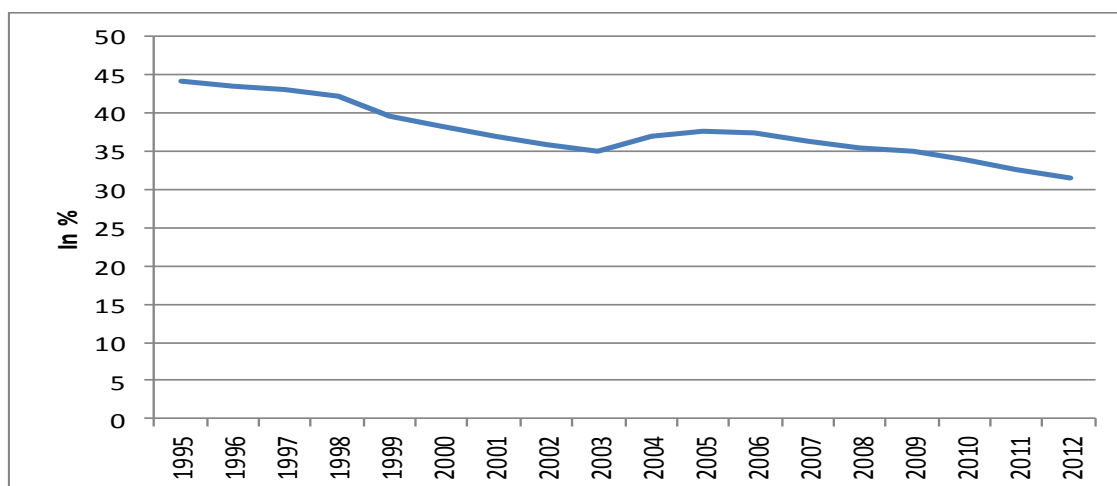
³⁵ Dat is geen klein verschil maar revolutionair. Zo komt het woonzorgcentrum een beetje dichterbij wat wij in 2002 als ideaal naar voor schoven (Pacolet, 2002). 'Rusthuis van de toekomst met de woonkwaliteit van een serviceflat en de zorgintensiteit van een RVT'. Zie ook rapport Breda, Pacolet, Hedebouw & Vogels (2010)

³⁶ Website VAZG

³⁷ Bron: Omzendbrief van 10 januari 2012 van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid aan de sector, betreffende de procedure voor het aanvragen en het verlenen van een voorafgaande vergunning als centrum voor herstelverblijf.

- O: bijna geen zorg/hulp nodig ofwel volledig zelfredzaam;
- A: lichte zorg, ofwel matig zorgbehoevend;
- B: zorgafhankelijk, ofwel zwaar zorgbehoevend;
- C: zwaar zorgafhankelijk, deze categorie omvat ook de comateuze bewoners en bewoners (type Cc) met dementie (type Cd).

Onderstaande tabel schetst de evolutie in de tijd van het aandeel van de twee laagste graden van zorgbehoevendheid, namelijk de zogenaamde O-en A-zorgprofielen, in de totale bewonerspopulatie. In 1995 lag het aandeel van deze twee laagste zorggraden in België nog op 45%. In 2009 lag het aandeel nog op 35%. Volgens het RIZIV maken de O- en A-zorgprofielen anno 2012 nog steeds 31% uit van alle bewoners. In Vlaanderen ligt dit reeds op 26,9% (2012, zie tabel 2.2). Het cijfer zakt omdat meer en meer gestreefd wordt om de licht tot matig zorgbehoevenden zo lang mogelijk thuis te houden met behulp van de thuiszorg. We verwachten naar de toekomst toe dat alleen de zwaarste zorgprofielen in de woonzorgcentra nog in aanmerking zullen komen voor een opname, of althans prioriteit zullen krijgen, waardoor het aandeel O en A geleidelijk verder zal afnemen.

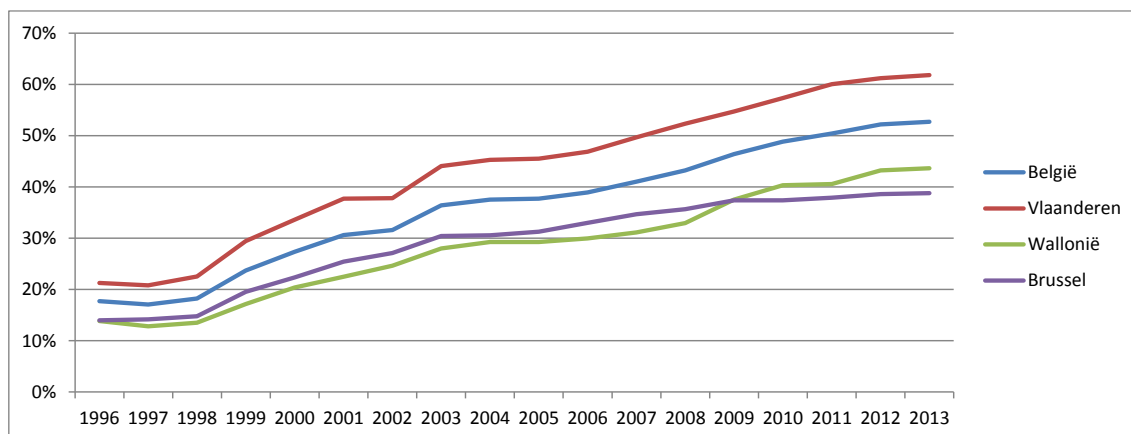


Bron RIZIV – sectie statistieken en evolutie van de sector rusthuizen

Figuur 2.1 Evolutie van het aandeel O- en A-zorgprofielen in de woonzorgcentra, in aantal gefactureerde dagen van het totaal (België 1995-2012).

In het verleden werden in de verschillende reconversiegolven heel wat ROB-erkenningen omgezet naar RVT, wat ook onderstaande figuur illustreert. De verhouding tussen ROB- en RVT-bedden verandert over de jaren heen, maar niet omwille van de stijgende zorgbehoevendheid, maar omwille van de betere financiering (reconversie). De B- en C-zorgprofielen (zwaardere zorgprofielen) gefinancierd op basis van een ROB-bed worden immers aan een lager zorgforfait gefinancierd dan de op basis van een RVT-erkenning gefinancierde B- en C-zorgprofielen, zonder dat daarbij de zorgbehoevendheid noodzakelijk afwijkt.

Figuur 2.2 schetst de evolutie van het aandeel (erkende) RVT-bedden in België en de Gemeenschappen. Vlaanderen heeft steeds het grootste aandeel RVT-bedden gekend, wat bijna 20% hoger ligt dan in het Waals en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest. Tabel 2.1 toont daarnaast aan dat de zorgbehoevendheid van de bewoners niet noodzakelijk gestegen is in verhouding met de stijging in RVT-bedden.



Bron RIZIV – sectie statistieken en evolutie van de sector rusthuizen

Figuur 2.2 Aandeel RVT-bedden (in %) in de woonzorgcentra, een evolutie van 1996 tot 2013.

Tabel 2.1 Verdeling van de zorgbehoevendheid van de bewoners (ROB en RVT) in België tussen 1995 en 2009, alsook 2011 en 2012.

	O	A	B	C	Cd	Cc
1995	24,7	19,4	20,9	9,9	25,2	0,0
1996	24,2	19,4	20,8	13,3	22,4	0,0
1997	23,7	19,4	20,8	12,1	23,9	0,0
1998	23,6	18,6	21,1	12,0	24,7	0,0
1999	22,1	17,5	21,7	11,9	26,7	0,0
2000	21,4	16,9	22,1	11,9	27,7	0,0
2001	20,7	16,2	21,8	12,9	28,3	0,0
2002	20,1	15,8	21,8	13,2	29,1	0,0
2003	19,3	15,8	21,8	13,5	29,6	0,0
2004	19,8	17,1	20,6	13,7	28,9	0,0
2005	20,9	16,8	20,7	12,6	28,9	0,0
2006	20,6	16,7	21,5	12,2	28,9	0,1
2007	19,4	17,0	22,3	12,0	29,3	0,1
2008	18,6	16,8	22,8	12,3	29,4	0,1
2009	18,2	16,8	23,5	12,2	29,2	0,1
2010	n.b	n.b	n.b	n.b	n.b	n.b
2011	16,4	16,3	25,3	12,8	29,7	0,1
2012	15,5	16,0	25,7	12,3	30,5	0,1

Bron RIZIV – sectie statistieken en evolutie van de sector rusthuizen; MARA-studie (cijfers 2011, steekproef) en bijkomende tabel RIZIV (2012)

Onderstaande tabel illustreert de ‘marge’ van reconversie. Nog 10% van de zwaar zorgbehoevenden in Vlaanderen (2012) worden nog op basis van een ROB-bed en niet op basis van een RVT-bed gefinancierd. 10% van de bewoners opgenomen in een woonzorgcentrum worden met andere woorden zwaar ondergefinancierd.

Tabel 2.2 Verdeling van het aantal zorgforfaits (gefactureerde dagen gedeeld door 365), naar ROB/RVT en zorgcategorie, Vlaams Gewest, situatie van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012.

	Aantal zorgforfaits	In %	Ter vergelijking 2000, in % van totaal
O-zorgprofiel - ROB	8 372	12,7	21
A-zorgprofiel ROB	9 384	14,2	15
B-zorgprofiel - ROB	2 839	4,3	16
C-zorgprofiel - ROB	1 334	2,0	6
Cd-zorgprofiel - ROB	2 787	4,2	8
B-zorgprofiel - RVT	15 342	23,2	5
C-zorgprofiel - RVT	7 109	10,8	7
Cd-zorgprofiel - RVT	18 817	28,5	22
Cc-zorgprofiel - RVT	47	0,1	
Totaal ROB	24 717	37,4%	66
Totaal RVT	41 314	62,6%	34
Totaal	76 731	100%	100

Bron Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, ontvangsten van IMA; zie ook Pacolet, Cattaert, 2004, p. 16..

2.2 Ambulante woonvormen

Het dagverzorgingscentrum en het kortverblijf zijn beide vormen van thuiszorgondersteuning en van tijdelijke opvang.

2.2.1 Dagverzorgingscentra

Een dagverzorgingscentrum biedt opvang en verzorging overdag aan ouderen. Het centrum neemt tijdelijk de opvang en zorg over van de mensen die normaal thuis voor de oudere (+ 65 jaar) zorgen. De oudere krijgt er hulp bij het wassen en de verzorging, de verpleging, er wordt activatie-, revalidatie- en ontspanningsactiviteiten aangeboden, etc. Het is een zorgvorm die meehelpt om een permanente opname in een woonzorgcentrum uit te stellen. Een dagverzorgingscentrum (DVC) maakt meestal deel uit van een woonzorgcampus.

De centra worden (verplicht) erkend door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG)³⁸, maar zij worden ook gedeeltelijk op federaal niveau gefinancierd.

Op 8 augustus 2013 waren 149 centra actief die samen 1 835 plaatsen ter beschikking stelden. Het programmatiecijfer van 2012 bedraagt 3 019 plaatsen³⁹. Het programmatiecijfer van een bepaald jaar geeft de werkelijke behoefte van vijf jaar later weer.

Sommige initiatiefnemers van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg hebben ook een erkenning voor een of meer dagverzorgingscentra. Die dagverzorgingscentra worden aangeduid met de term CADO, wat de afkorting is voor Collectieve Autonome DagOpvang. Alleen wie al gezinszorg of aanvullende thuiszorg krijgt van een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, kan terecht in een CADO. Een CADO is vergelijkbaar met een ander dagverzorgingscentrum, maar de

³⁸ Website VAZG

³⁹ Programmatiecijfers te consulteren op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

ondersteuning wordt er verricht door verzorgende personeelsleden van de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg⁴⁰.

Er bestaan met andere woorden meerdere soorten dagverzorgingscentra: een dagverzorgingscentrum niet-conform artikel 51 van de bijlage IX (een 'gewoon' dagverzorgingscentrum) en een dagverzorgingscentrum conform artikel 51 van de bijlage IX (een dagverzorgingscentrum uitgebaat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg). Daarnaast zijn ook dagverzorgingscentra opgericht voor palliatieve zorg en voor chronische zorg.

In een DVC niet-conform artikel 51 van de bijlage IX kan men per halve dag verblijven en wordt een dagprijs aangerekend. In een DVC conform artikel 51 van de bijlage IX wordt de prijs per uur vastgelegd, zoals ook van toepassing in de thuiszorg (gezinszorg).

2.2.2 Centra voor kortverblijf

Een centrum voor kortverblijf biedt tijdelijke verzorging en opvang aan ouderen (+65 jaar). Het 'centrum' bevindt zich niet op een aparte locatie, zoals de naam kan vermoeden, maar in het woonzorgcentrum zelf. De kamers bestemd voor kortverblijf, bevinden zich veelal tussen de andere kamers. De oudere verblijft er dag en nacht, of alleen 's nachts. Gezien het tijdelijke karakter van het centrum, geldt de beperking voor de oudere van maximaal 60 opeenvolgende verblijfsdagen en maximaal 90 verblijfsdagen op jaarbasis⁴¹.

Het centrum wordt erkend door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Op 1 april 2014 werd de programmatie voor de Vlaamse centra voor kortverblijf vastgelegd op 3 005 woongelegenheden. Daarvan werden reeds 1 816 plaatsen ingevuld, meer bepaald 499 plaatsen in OCMW-voorzieningen, 1 242 plaatsen in private non-profit en 75 plaatsen in de commerciële voorzieningen⁴².

⁴⁰ Website VAZG

⁴¹ Website VAZG

⁴² http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Rapporten/Rapport%2002-%20Erkende-geplande%20capaciteit%20per%20gemeente,%20geplaatst%20tegenover%20de%20programmatie%20voor%20CVK.pdf

Hoofdstuk 3

Reguliere financiering van de voorzieningen

3.1 Algemeen

In de ouderenzorg kunnen voorzieningen rekenen op verschillende financieringsbronnen, meer bepaald de overheid, de sociale zekerheid en de persoonlijke bijdrage van de oudere zelf.

Er is de mogelijkheid tot financiering van een zorgaanbod ('in kind') tegenover de rechtstreekse financiële ondersteuning van de betrokken zorgbehoevende personen ('in cash'). In de residentiële ouderenzorg worden doorgaans de voorzieningen gefinancierd ('in kind') en niet de bewoner, waardoor de gebruiker zijn zorg goedkoper kan inkopen. Deze aanbodfinanciering wordt in dit hoofdstuk en de rest van het rapport beschreven.

Het alternatief van volledig vraagfinanciering zou neerkomen op het verstrekken van een zorgafhankelijk budget aan de oudere, dat hij vrij kan besteden. Dat is nog niet aan de orde in de ouderenzorg in Vlaanderen. Wel bestaat er reeds een beperkte variant, met name in de Vlaamse Zorgverzekering waar elke bewoner van een WZC recht heeft op een forfait van 130 euro per maand. Daar bovenop bestaat er een tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB), die sinds de 6^{de} staatshervorming ook geregionaliseerd is. Het voorziet een tegemoetkoming die zorg- en ook inkomensafhankelijk is. Voor een verdere bespreking, zie onder meer Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2010.

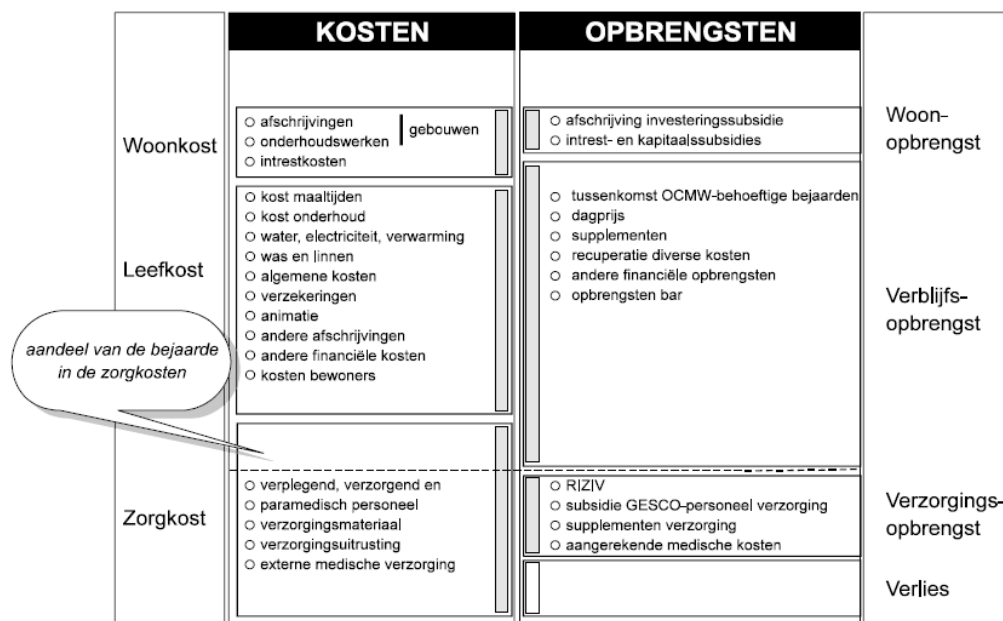
Er bestaat voor de woonzorgcentra momenteel een veelheid aan financieringskanalen die elk op zich kaderen binnen een eigen regelgeving. Naast de financiering van infrastructuur is er een financiering van het zorgpakket en worden de overige werkingkosten van ouderenzorgvoorzieningen vergoed.

De *zorgkosten of de verzorgingsfunctie* binnen residentiële ouderenzorgvoorzieningen (hoofdzakelijk personeelskosten) worden doorgaans door de federale overheid (RIZIV) vergoed. De tegemoetkoming, het zogenaamde *zorgforfait*, wordt via de mutualiteit uitbetaald. Loonkosten van het zorgpersoneel die niet via het *zorgforfait* worden vergoed (een deel van het bovennormpersoneel), worden via de dagprijs verrekend.

De *werkingkosten* (animatie en de algemene werking) worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (deels) gedekt. Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf binnen de social-profit komen in aanmerking voor de Vlaamse animatiesubsidie. Dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf komen in aanmerking voor een werkingssubsidie vanuit de Vlaamse overheid en kunnen daarbovenop gefinancierd worden door het RIZIV voor personeel en werking.

De *woonkosten, met name de infrastructuur*, worden gedeeltelijk (maximum 60%) gedragen door de Vlaamse overheid, namelijk via het VIPA. Zowel woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf komen in aanmerking. De resterende woonkost moet de bewoner via de dagprijs betalen. De dagprijs dient immers om de kosten van de woongelegenheid, de verwarming, de voeding, het verwijderen van huisvuil, de administratie, de animatie, etc. te betalen.

In het rapport Pacolet & Cattaert (2004) werd onderstaand schema gebruikt om de kosten en opbrengsten in de woonzorgcentra in kaart te brengen.



Bron Pacolet & Cattaert, 2004, p. 5

Figuur 3.1 Kosten en opbrengsten in de woonzorgcentra

De MARA-analyse⁴³ over het werkjaar 2012, waar 172 woonzorgcentra en tevens leden van Zorgnet Vlaanderen aan hebben deelgenomen, omschrijft de woonkost als een sommatie van de jaarlijkse afschrijvingen van de gebouwen (rek. 630), de energie- en onderhoudskosten (rek. 619 en 613), de eventuele huur (rek. 610) en de daarbij behorende financiële lasten. De bouwkost wordt door VIPA gesubsidieerd en beperkt zich tot de kosten gerelateerd aan de afschrijvingen van de gebouwen.

In 2008 bestond 40% van de werkingsopbrengsten uit de dagprijs van de bewoner, bijna 40% uit RIZIV-inkomsten en de laatste 20% is afkomstig van enkele kleinere inkomstenbronnen (VVSG, 2012). Dat wordt nog steeds bevestigd in de MARA-studie van 2013 en 2014.

In eerste instantie gaan we in op de belangrijkste inkomstenbron van de voorzieningen, meer bepaald de RIZIV-financiering. De federale overheid had immers de financieringsbevoegdheden, terwijl Vlaanderen bevoegd is voor de erkenningsnormen, de erkenning en de financiering van de infrastructuur. De financiering vanuit Vlaanderen wordt in een volgend onderdeel besproken. Ten slotte dragen ook de lokale besturen bij tot de financiering van de residentiële ouderenzorg.

43 Een samenwerking tussen Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus.

Tabel 3.1 Indeling financieringsstructuur, opgedeeld naar subsidiebron (situatie voor de 6^{de} staatshervorming).

Instantie	Niveau bevoegdheid	Type financiering	Parameter
RIZIV	Federale overheid	Zorgkosten (personeel,...)	Zorgafhankelijkheid van de bewoner, maar ook anciënniteit, personeelsbezetting, kwalificatievereisten, gepresteerde uren,...
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	Vlaamse overheid	Werkingskosten (werking en animatie)	Aantal woongelegenheden
VIPA	Vlaamse overheid	Woonkosten	Aantal woongelegenheden
Provincie Vlaams-Brabant	Provincie	Werkingskosten DVC	Aantal nieuwe plaatsen
Provincie Antwerpen	Provincie		
Provincie Limburg	Provincie	Woonkosten, projectwerking, werkingskosten DVC	n.b.
Provincie Oost-Vlaanderen	Provincie		
Provincie West-Vlaanderen	Provincie	Projectwerking DVC	Per project
Lagere overheden	Steden en gemeenten	Bv. korting op de dagprijs voor inwoners van de stad/gemeente	Bv. per inwoner van de stad/gemeente

Bron Eigen indeling

De ziekteverzekering is de eerste verantwoordelijke voor het zorgaspect. De Vlaamse overheid blijft de eerste verantwoordelijke voor de woonaspecten en de Vlaamse Zorgverzekering zal hier bovenop de betaalbaarheid voor de ouderen ondersteunen.

De bedragen genoteerd in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op het jaar 2012 omdat het analyseluik van dit onderzoek tevens betrekking heeft op het boekjaar 2012. De spilindex lag toen op 117,27 terwijl dit anno 2014 op 122,01 ligt. Een indexatie van de bedragen naar bijvoorbeeld het jaar 2014 kan berekend worden door het bedrag uit 2012 te vermenigvuldigen met factor 1,04042 (ofwel 122,01 gedeeld door 117,27).

3.2 De RIZIV-financiering van de woonzorgcentra

3.2.1 Historiek van de RIZIV-financiering

Aanvankelijk bestond de RIZIV-tegemoetkoming uit een financiering per prestatie, zoals nu ook nog wordt toegepast in de thuiszorg en de thuisverpleging. Vanaf 1987 werd een dubbel systeem ingevoerd, waarbij bijkomend een financiering voor zwaar zorgbehoevende bewoners kon aangevraagd worden. De overige bewoners werden nog steeds per prestatie gefinancierd. Vanaf 1990 werd het forfaitsysteem algemeen gangbaar in alle ROB's. Vanaf 1991 werd in de tegemoetkoming een onderscheid gemaakt naar de graad van zorgbehoevendheid van de bewoner aan de hand van de KATZ-schaal. De RVT's (het resultaat van de omvorming van ziekenhuisbedden) kenden van bij de aanvang een forfaitaire tegemoetkoming, in tegenstelling tot de ROB's, wat ook na 1991 op een gedifferentieerde wijze werd toegekend.

De gedifferentieerde forfaits, onder invloed van de vergrijzing, deden de uitgaven voor residentiële ouderenzorg jaar na jaar stijgen. Dit resulteerde in herhaaldelijke budgetoverschrijdingen. In 1997 besliste de overheid als antwoord op de stijgende kosten een systeem van enveloppefinanciering toe te passen. Zowel voor de sector in zijn geheel als voor elk rusthuis afzonderlijk werd een vast budget aan financiële middelen vastgelegd. Automatische correctiemaatregelen treden in werking in geval van een overschrijding. Dit financieringssysteem bevatte echter belangrijke tekortkomingen. Om hieraan tegemoet te kunnen komen werd met ingang van 1 januari 2004 overgestapt op een nieuw systeem, de zogenaamde “instellingsfinanciering”, wat ook het huidige financieringssysteem nog steeds is. De belangrijkste zwakke punten van het oude systeem waren de ondoorzichtigheid over wat de forfaits dekken, de verschillen tussen ROB en RVT's, het gebrek aan financiering van de anciënniteit, het gebrek aan flexibiliteit in de normen en de onvoldoende financiering van de continuïteit (RIZIV, 2004⁴⁴). De instellingsfinanciering kan hieraan (gedeeltelijk) tegemoet komen.

De meest ingrijpende verandering in dit nieuwe financieringssysteem is dat de voorziening niet langer per categorie van zorgbehoevendheid wordt gefinancierd, maar dat voor elke voorziening een afzonderlijk forfaitbedrag wordt berekend in functie van het aanwezige personeel en de mix van zorgbehoevendheid van de bewoners, en dit zowel voor de ROB's als RVT's samen (VVSG, 2012).

In wat volgt wordt het systeem dat sinds 2004 gehanteerd wordt in detail uiteengezet.

3.2.2 Algemeen

De reguliere financiering van de woonzorgcentra is momenteel nog afkomstig van het federale beleidsniveau. Het RIZIV is een openbare instelling van sociale zekerheid, onder bevoegdheid van de Minister van Sociale Zaken. Het RIZIV beheert en controleert de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringen. De ziekenfondsen zijn daarentegen belast met de vergoeding, de betaling van de uitkeringen en medische kosten, etc. Het RIZIV beslist onder andere over de tarieven die de medische zorgverstrekkers (nomenclatuur) moeten toepassen en over de vergoedingsvoorwaarden.

Het financieringssysteem van de ROB's en RVT's, toegepast door het RIZIV, is een ingewikkelde materie waar in de analyse niet in detail wordt ingegaan. Toch wordt een korte sectie gewijd aan de beschrijving van de onderdelen van de RIZIV-forfaits omdat deze van groot belang zijn voor de betaalbaarheid van een verblijf voor de bewoner enerzijds, en voor een deel van de inkomsten van de voorziening anderzijds.

De RIZIV-inkomsten van een woonzorgcentrum bestaan uit drie grote financieringsmechanismen en komen tegemoet in de kost van de verzorging van de bewoners:

- Dagforfait (of zorgforfait)
- Tegemoetkoming derde luik
- Tegemoetkoming eindeloopbaanmaatregel

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

⁴⁴ <http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/information-topic/mrpa-mrs.htm>: RIZIV – ‘ROB-RVT: Nieuw financieringssysteem vanaf 1 januari 2004’

Het RIZIV dient de kost van volgende zorgelementen te dekken in een RVT: ondersteuning door verpleegkundigen en verzorgenden (ook de zorgkundigen), kinesitherapie, logopedie, ergotherapie, reactivering, ontsmettingsmiddelen, coördinerend en adviserend geneesheer, opleiding van het personeel voor de palliatieve verzorging in de RVT's, een partiële vergoeding van de beheerskosten en de kosten voor gegevensoverdracht, de functiecomplement voor de hoofdverpleegkundige in de RVT's, de tegemoetkoming om het gebruik van bijkomende zorgmiddelen te stimuleren en een tegemoetkoming om de investeringen in zwaar verzorgingsmateriaal te financieren (VVSG, 2012).

Het RIZIV dekt binnen de ROB's volgende elementen niet ten opzichte van een RVT: ergotherapie, kinesitherapieverstrekkingen (gebeurt via nomenclatuur), coördinerend en raadgevende arts (CRA) en het functiecomplement voor de hoofdverpleegkundige.

Merk op dat het RVT-forfait in vergelijking met het ROB-forfait meer componenten dekt. Voor een gelijke zorgbehoevendheidscategorieën blijft het RVT-forfait opvallend hoger liggen dan het ROB-forfait. De reconversie van ROB-bedden naar RVT-bedden (voor B- en C-zorgprofielen) verbetert de financierbaarheid van de zorg, maar veronderstelt ook een hogere personeelskost (hoewel men vermoedelijk evenveel zorg toekent aan B-zorgprofielen of dit nu op basis van een RVT of ROB-erkenning gefinancierd wordt).

Het RIZIV maakt jaarlijks een begroting op, dat aangeeft wat de overheid aan middelen wil besteden aan haar beleid tijdens het begrotingsjaar. Het bevat onder meer de geraamde ontvangsten en uitgaven. De Commissie voor Begrotingscontrole kan besparingsmaatregelen voorstellen indien dit nodig zou blijken uit de verslagen van de permanente audit. Een automatisch correctiemechanisme is mogelijk indien dit in een nationale overeenkomst tussen de ziekenfondsen en de ROB-RVT-CDV overeenkomstencommissie werd vastgelegd. Indien er bij overschrijding geen besparingsmaatregelen voorgesteld worden, treedt er een onmiddellijke en automatische lineaire vermindering op van het dagforfait, weliswaar beperkt tot maximum 5% van het dagforfait per kalenderjaar (VVSG, 2012).

3.2.3 Het dag- of zorgforfait

Dit hoofdstuk behandelt de samenstelling van de RIZIV-financiering, in het bijzonder het dagforfait, de eindeloopbaanmaatregel en het derde luik. De gehanteerde cijfers dateren van 2012 omdat het analyseluik ook betrekking heeft op het jaar 2012. Inmiddels zijn de bedragen geïndexeerd, wat het voornaamste verschil zal zijn met de huidige realiteit.

3.2.3.1 SAMENSTELLING DAGFORFAIT

Het (gemiddeld) dagforfait dient de verzorgingskost van de bewoners te dekken en wordt per voorziening en niet per bewoner vastgelegd per kalenderjaar. Om aanspraak te maken op het volledige bedrag, dient het woonzorgcentrum over voldoende verplegend en verzorgend personeel te beschikken⁴⁵. Dit vast bedrag wordt vervolgens gefactureerd aan het ziekenfonds van de bewoners. De financiering van het dagforfait is afhankelijk van de gemiddelde zorgafhankelijkheidsgraad. De forfaitaire tegemoetkoming (het zorgforfait) is gericht op de vergoeding van volgende elementen (artikel 6 MB van 6 november 2003)⁴⁶:

⁴⁵ Bron: VAZG

⁴⁶ Bron: RIZIV(2004) – 'ROB-RVT: Nieuw financieringssysteem vanaf 1 januari 2004', beschikbaar op de website van het RIZIV

- deel A1: de personeelsnorm;
- deel A2: bijkomende zorginspanningen;
- deel B: de financiering van het verzorgingsmateriaal;
- deel C: de financiering van de palliatieve functie;
- deel D: de partiële tegemoetkoming in de beheerskost en in de kost voor gegevensoverdracht;
- deel E1: de financiering van het functiecomplement voor hoofdverpleegkundige in RVT;
- deel E2: financiering van functiecomplement voor hoofdverpleegkundige, hoofdparamedici en de verpleegkundig coördinator in RVT en ROB;
- deel E3: financiering van een referentiepersoon dementie;
- deel F: de financiering van de coördinerend geneesheer in de RVT;
- deel G: bijkomende financiering van het kortverblijf;
- deel H: financiering van de bijkomende vorming van het personeel op het vlak van dementie.

Merk op dat deze opsomming illustreert dat de extra financiering sterk verwijst naar extra personeel dat wordt ingezet.

Het dagforfait bestaat uit 11 subonderdelen en een aantal overgangsonderdelen. Vooral onderdeel A1 en A2 zijn zeer belangrijk in de financiering⁴⁷. Men berekent de totale som en deelt dit vervolgens door het aantal verblijfsdagen voor alle bewoners tijdens de referentieperiode. Zo komt men aan het dagforfait.

De referentieperiode wordt gedefinieerd als een ononderbroken periode van 12 maanden waarvoor alle gegevens van een voorziening geregistreerd worden die nodig zijn voor de berekening van de forfaitaire tegemoetkoming, bv. het aantal rechthebbenden per zorgcategorie, het personeel, het aantal gefactureerde dagen. Deze periode loopt telkens van 1 juli van het jaar X tot 30 juni van het daarop volgende jaar (X+1). Zo wordt het dagforfait vanaf 1 januari 2013 berekend op basis van de gegevens van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012. Merk op dat de kosten, opgenomen in de boekhouding, bijgevolg niet correct gekoppeld kunnen worden aan de opbrengsten gezien het dagforfait pas 1,5 jaar later wordt uitbetaald.

Aan de delen C, E2, E3 en H van het dagforfait zijn specifieke vormingsvoorwaarden voor het personeel gekoppeld, die gelden naast de vormingsverplichting van toepassing voor de erkenningsnormen.

RVT's moeten aan zwaardere normen beantwoorden, onder meer op het vlak van architectuur, zorgpersoneel en organisatie van de zorgverlening, maar ontvangen hiervoor ook een hogere RIZIV-financiering.⁴⁸

3.2.3.2 DE PERSONEELSNORM: DEEL A1 EN A2

Het woonzorgcentrum kent drie soorten van personeelsnormen⁴⁹ (VVSG, 2012). Er zijn specifieke personeelsnormen in de Vlaamse basiserkenning (WZC) en specifieke personeelsnormen voor de RVT-erkenning. Daarnaast gelden financieringsnormen ofwel de RIZIV-personeelsnorm. De

⁴⁷ Powerpointpresentatie VVSG 'basis RIZIV financiering', studiedag van 27 mei 2010

⁴⁸ Website VAZG

⁴⁹ Ook dit sluit aan bij de vroegere situatie voor de huidige instellingsfinanciering. Zie rapport Pacolet, 2001.

personeelsnormen bevatten de minimum erkenningsnormen. Bij een tekort aan personeel, verliest men zijn erkenning en bijgevolg ook zijn financiering.

De personeelsnormen voor een WZC, opgelegd op het Vlaamse niveau, zijn per 15 bewoners van toepassing, dat van een RVT per 30 bewoners.

Tabel 3.2 Personeelsnormen in WZC en RVT, geldig op 1 januari 2012

	WZC (per 15 bewoners)	RVT (per 30 bewoners)
Directeur	1 per voorziening	1 per voorziening
Verplegend personeel	2,5 VTE verpleegkundig en verzorgend personeel, waarvan 1 VTE verpleegkundige	5 VTE, waarvan 1 VTE hoofdverpleegkundige
Verzorgend personeel	Zie verpleegkundig personeel	5 VTE
Kiné/ergo/logo		1 VTE
Personeel voor reactivering		0,1 VTE
Onderhouds- en keukenpersoneel	1 VTE	
Animatie	1 VTE (vanaf 120 bewoners + 0,25 per schijf van 30)	

Bron VVSG, 2012

De financieringsnorm van het RIZIV⁵⁰ voor ROB- en RVT- erkenningen varieert naargelang het zorgprofiel van de bewoner, en bijgevolg varieert ook het zorgforfait (MB van 6 november 2003). Onderstaande normen zijn belangrijk voor het bepalen van het dagforfait van de voorzieningen.

Merk op dat een discriminatie geldt voor B- en C-zorgprofielen naargelang de financiering op basis van een ROB- of een RVT-erkenning. De discriminatie van het gefinancierd personeel is het grootst bij de B-zorgprofielen. De discrepantie met de Vlaamse personeelsnormen voor de erkenning is het grootste bij de O-zorgprofielen aangezien voor deze zorgcategorieën 5 VTE verplegend en verzorgend personeel vereist is per 30 bewoners en maar 0,25 VTE volgens de financieringsnorm. Ook in het A-profiel is er nog een aanzienlijke discrepantie tussen de personeelsnorm voorzien voor de erkenning (5 VTE per 30 bewoners) tegenover een RIZIV-financiering die 2,25 VTE veronderstelt.⁵¹

Deze twee vormen van onderfinanciering komen in sectie 3.2.5 verder aan bod en worden geobjectiveerd.

⁵⁰ Bijlage I van het K.B. van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging.

⁵¹ Deze discrepantie tussen personeelsnormen van de voorziening en impliciete personeelsnormen in de RIZIV-forfaits werd reeds als problematisch omschrijven in Pacolet (2001) in Boonen en Pacolet.

Tabel 3.3 Financieringsnorm (personeelsnorm) RIZIV per 30 bewoners, uitgedrukt in fulltime equivalenten (geldig op 1 januari 2012).

	O-zorg- profiel	A-zorg- profiel	B-zorg- profiel	C-zorg- profiel	Cd-zorg- profiel	Cc-zorg- profiel	D-profiel (nieuw sinds 2013)
Woonzorgcentra (ROB)							
- Verpleegkundige	0,25	1,2	2,1	4,1	4,1		1,2
- Verzorgende		1,05	4	5,06	6,06		4
- Personeelslid voor reactivering			0,35	0,385	0,385		1,25
- Personeelslid voor reactivering inkortverblijf (liaisonfunctie)							1,4
Rust- en verzorgingstehuis (RVT)							
- Verpleegkundige			5	5	5	7	2,5
- Verzorgende			5,2	6,2	6,7	12	5,2
- Personeelslid voor reactivering			0,1	0,6	0,6	1,5	2,5
- Kinesitherapeut en/of ergotherapeut en/of logopedist			1	1	1	1	1
- Personeelslid voor reactivering met bijzondere bekwaamheid palliatieve zorg							0,1

Bron RIZIV- ' Nieuw financieringssysteem vanaf 1 januari 2004'

Voor de verzorging van bewoners in kortverblijf geldt de financieringsnorm van toepassing op het woonzorgcentrum (ROB), maar opgetrokken met 1,4 VTE personeelslid voor reactivering (zie infra). Reactiveringspersoneel heeft als meer specifieke opdracht er voor te zorgen dat de bewoner zo lang mogelijk in de meest optimale omstandigheden in zijn eigen vertrouwde thuisomgeving kan blijven wonen. Ze begeleiden de bewoners om zijn eigen mogelijkheden in de dagelijkse activiteiten te behouden en te bevorderen. Ze kunnen tevens worden ingezet in de palliatieve zorg, ter ondersteuning van de verzorging van terminale bewoners.

In de sector verscheen op 5 december 2012 een ministerieel besluit dat vanaf 1 januari 2013 een nieuwe afhankelijkheids categorie D in de ROB introduceert en financiert (omzendbrief vanuit het RIZIV van juni 2012). De categorie D omvat alle bewoners bij wie dementie is gediagnosticeerd, ongeacht de graad van hun fysieke afhankelijkheid. Concreet betekent dit dat de bewoners die nu in de categorieën A en B, en zelfs O, zijn ondergebracht in die categorie D worden opgenomen, op voorwaarde dat de diagnose van dementie door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie wordt

gesteld. De patiënten in de categorie “C dement” (Cd) blijven in die categorie ondergebracht.⁵² Er wordt voor hen een specifieke begeleiding voorzien van 1,2 verpleegkundigen, 4 verzorgenden, 1,25 personeelsleden voor reactivering en 1,4 personeelsleden voor reactivering per 30 bewoners die verblijven in een erkend bed voor kortverblijf (liaisonfunctie).

De financiering van de nieuwe afhankelijkheids categorie D in RVT is opgesteld, maar omwille van budgettaire redenen nog niet doorgevoerd (zie tabel 3.3)⁵³. De vooropgestelde personeelsnormen per 30 bewoners liggen hoger dan in ROB, met name: 2,5 VTE verpleegkundigen; 5,2 VTE verzorgenden; 1 kinesitherapeut en/ of ergotherapeut/logopedist. 2,5 VTE personeelsleden voor reactivering en ten slotte 0,1 VTE personeel voor reactivering ter ondersteuning van de verzorging van terminale bewoners. Deze beslissing is voorlopig uitgesteld, maar het staat nog steeds op het programma. Merk op dat hier bij de invoering van een nieuwe forfaitcategorie nog steeds een onderscheid wordt gemaakt tussen ROB en RVT. Dit is te begrijpen omdat er nog steeds ROB- en RVT-patiënten zijn (wij nemen even de term van de RIZIV-omzendbrief over), maar zoals wij verder argumenteren is dit onderscheid geleidelijk aan het uitdoven en zou moeten verdwijnen wil men onderfinanciering vermijden. De nieuwe norm is vergelijkbaar met categorie B (in zowel ROB als RVT), met dit verschil dat er minder verpleegkundigen worden voorzien en meer personeel voor reactivering. In de mate dat bewoners met een O- en A-zorgprofiel vallen onder het D-profiel, is dat opnieuw een verbeterde RIZIV-financiering.

Worden de personeelsnormen niet gehaald, dan wordt onderdeel A1 verminderd en maakt men geen aanspraak op onderdeel A2 voor de bijkomende zorginspanningen. Bepaalde compensatieregels of flexibiliteitsregels laten toe het tekort voor een bepaalde kwalificatie op te vullen door het overschot van een andere. Men houdt op deze manier rekening met de krapte voor bepaalde beroepsprofielen op de arbeidsmarkt. Dit geldt evenwel niet voor de kinesitherapeut, ergotherapeut of logopedist.

Men gaat in eerste instantie na wat de theoretische personeelsnorm van de voorziening is en of ze aan deze norm voldoet. Daarna wordt naar de anciënniteit van het aanwezige personeel gekeken om te komen tot een totaal bedrag voor de financiering van de personeelskost van het genormeerd personeel. Dit resultaat wordt vervolgens herrekend naar een personeelskost per dag en per rechthebbende bewoner. Dit bedrag wordt aangevuld met een aantal bijkomende tussenkomsten (voor personeel voor reactivering, voor de A--zorgprofielen met een dementie, voor de gegradueerde verpleegkundigen en voor de continuïteitsnorm).

De RIZIV-tegemoetkoming dekt de volgende elementen van de personeelskost: het bruto maandloon, de onregelmatige prestaties⁵⁴, het dubbel vakantiegeld, de eindejaarspremie, de patronale lasten, de jaarlijkse premie, de haard- en standplaatstoelage, de twee bijkomende verlofdagen, een tussenkomst in de arbeidsongevallenverzekering, een tussenkomst in de kost voor sociaal secretariaat, een tussenkomst in de kost voor interbedrijfs geneeskundige diensten, een tussenkomst in de kost voor verplaatsing van en naar het werk en ten slotte een tussenkomst in de kost voor beroepskledij. Men rekent deze personeelskost om naar een dagforfait (deel A1).

De wetgever heeft in het verleden vastgesteld dat de gemiddelde anciënniteit sterk afhankelijk is van de voorziening en besloot zich voorzichtig te richten naar een financiering van het reële anciënniteitsniveau op voorzieningenniveau. De federale overheid houdt sinds 2004 rekening met de

52 Bron: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/omzendbrieven_rob_rvt_2012_06.doc

53 http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/omzendbrieven_rob_rvt_2012_06.doc

54 Prestaties geleverd tussen 20u en 6u worden als onregelmatig beschouwd (KB van 22 juni 2010).

gemiddelde baremieke anciënniteit van het personeel via het vergoeden van het werkelijke maandloon op basis van de baremieke anciënniteit, en dit per kwalificatieniveau en afhankelijk van de personeelsnorm. De tussenkomst gaat echter niet over een werkelijke anciënniteit, maar een gedeeltelijke compensatie. Als de gemiddelde anciënniteit binnen een voorziening meer dan twee jaar afwijkt van het sectorgemiddelde, wordt minder of meer gefinancierd dan het sectorgemiddelde. In andere gevallen wordt het sectorgemiddelde gehanteerd in de berekeningen. In totaal worden 7 schalen gehanteerd voor het verpleegkundig personeel en 5 voor het verzorgend personeel en de paramedici.

Prestaties in de berekening van het VTE aanwezig personeel (MB van 6 november 2003)

Enkel de dagen of uren waarin er effectief wordt gepresteerd tellen mee in de berekening van het VTE aanwezig personeel. Maar een aantal dagen of uren worden gelijkgesteld aan gepresterde dagen. Het gaat over aanwezigheidsdagen als de jaarlijkse vakantie, feestdagen, dagen klein verlet, inhaalrustdagen en ziekteperiodes gedekt door een gewaarborgd loon⁵⁵.

De uren van vrijstelling van arbeidsprestaties (KB van 23 september 2002) zijn inbegrepen in de berekening van het voltijdsequivalent. De uren van de vervanger worden immers niet meegeteld (zie eindeloopbaanmaatregel).

De dagen die niet ten laste zijn van de werkgever, vallen niet onder de gelijkgestelde dagen. Het gaat bijvoorbeeld over ziekteperiodes die gedekt worden door een gewaarborgd inkomen dat betaald wordt door bijvoorbeeld een ziekenfonds, zwangerschapsverlof, arbeidsongeval of het onbetaald verlof.

De dagen beschikbaar bij een openbaar bestuur zijn geen gelijkgestelde dagen.

Het dagforfait is bijgevolg niet alleen afhankelijk van het zorgprofiel van de bewoners, maar ook van de anciënniteit van het personeel. Een aantal personeelscategorieën worden uitgesloten bij de berekening van de gemiddelde anciënniteit van het voltijdsequivalent aangezien zij via andere kanalen gefinancierd zijn (MB van 6 november 2003). Dat zijn onder meer de personeelsleden die vallen onder de toepassing van de sociale Maribel, de fiscale Maribel, de vervangers in het kader van de eindeloopbaanmaatregel, de vervangers bijkomend verlof 50+, de vervangers aangeworven in het kader van het vormingsproject voor verpleegkundigen, personeelsleden die deel uitmaken van een zorgvernieuwingproject, de personeelsleden die reeds gefinancierd zijn op basis van andere overeenkomsten, de personeelsleden die gefinancierd zijn in het kader van het generatiepact, de personeelsleden die reeds gefinancierd worden in het kader van de animatiewerking, de referentiepersoon dementie die via deel E3 wordt gefinancierd, het referentiepersoneel dementie die via het derde luik wordt gefinancierd, de personeelsleden die gefinancierd worden via het F-forfait, de personeelsleden die werken onder het statuut van een leercontract, etc. wat resulteert in een complexe berekening.

Het bovennormpersoneel (het verzorgingspersoneel bovenop de personeelsnorm) komt in aanmerking voor financiering vanuit deel A2 van het zorgforfait. Dit wordt slechts toegekend als aanmoediging van de bijkomende zorginspanningen en dus indien er geen tekort is aan personeel (personeelsnorm en norm inzake continuïteit). De kostprijs boven het normpersoneel moet bovendien voldoende hoog zijn. Ofwel wordt 78% van de kostprijs van het bovennormpersoneel vergoed, ofwel 9,74% van het reeds

⁵⁵ Opvallend feit is dat dit in de residentiële ouderenzorg wel wordt opgenomen als gelijkgesteld uur, waar in de thuiszorgsector dit niet wordt gesubsidieerd.

gefinancierd personeel (normpersoneel). Het laagste bedrag van de twee wordt uitgekeerd aan de hand van deel A2. Een optimalisatie van deel A2 is deze twee bedragen in evenwicht krijgen⁵⁶. Deel A2 is op zijn hoogst zolang de kostprijs van het bovennormpersoneel gelijk is aan 12,49% (=9,74% gedeeld door 78%) van de kostprijs van het reeds gefinancierde personeel. Ligt het lager dan krijgt men maar 78% van de werkelijke kost terug. Ligt het hoger dan is het beperkt tot 9,74% van de kost van het normpersoneel.

Onderstaande tabel stelt de jaarlijkse 'loonkost' (lees: tussenkomst in de loonkost) van het personeel voor, opgedeeld naar anciënniteitscategorie. Voor de kwalificatie van de verpleegkundigen werden de anciënniteitsschalen enkele jaren geleden uitgebreid. Sinds 1 juli 2010 worden een 7-tal groepen onderscheiden. De verzorgenden en het personeel voor reactivering kennen 5 groepen. Verpleegkundigen kennen 'een gemiddelde anciënniteit' als hun anciënniteit tussen de 8 en 12 jaar ligt. Voor de verzorgenden en de paramedici wordt met een lagere gemiddelde anciënniteit gewerkt, meer bepaald tussen de 6 en 10 jaar.

Men bekijkt de gemiddelde anciënniteit op het niveau van een personeelscategorie (bv. verpleegkundigen) en kijkt niet naar het individu. Deze financiering geldt enkel voor het personeel dat binnen de financieringsnormen van het RIZIV valt, ofwel het zorgpersoneel.

Tabel 3.4 Jaarlijkse loonsubsidie per kwalificatie en per anciënniteitsgraad, in euro (index, 1 maart 2012)

	A1 verpleegkundige	A2 verpleegkundige	Verzorgende	Reactivering, kiné, ergo, logo
Anciënniteit minimum 6 jaar lager dan het gemiddelde	51 881,24	47 738,96		
Anciënniteit tussen de 4 en 6 jaar lager dan het gemiddelde	55 964,03	51 064,27	45 478,00	46 462,34
Anciënniteit tot 2 jaar lager dan het gemiddelde	60 109,87	54 732,87	46 016,44	50 083,17
Gemiddelde	61 761,22	56 353,5	46 724,75	53 765,49
Anciënniteit tot 2 jaar hoger dan het gemiddelde	63 905,25	58 476,51	48 397,63	55 230,87
Anciënniteit tussen de 4 en 6 jaar hoger dan het gemiddelde	65 333,23	59 889,38	49 157,62	57 135,77
Anciënniteit meer dan 6 jaar hoger dan het gemiddelde	71 019,65	61 309,96		

Bron VVSG, 2012

⁵⁶ Powerpointpresentatie VVSG 'basis RIZIV financiering', 10 mei 2010

Het is duidelijk dat er een aanzienlijk verschil bestaat tussen de lage en de hoge barema's. De anciënniteit kent bijgevolg een belangrijke impact op het niveau van de tussenkomst in de loonkost en dus op het niveau van het dagforfait.

Bovenop de financiering van de personeelsnorm worden een aantal bijkomende tussenkomsten⁵⁷ voorzien binnen deel A1 van het dagforfait:

- voor de financiering van het personeel voor reactivering voor de categorieën O en A in ROB⁵⁸;
- voor de financiering van de personeelsnorm met betrekking tot de A-zorgprofielen met dementie;
- voor een bijkomende tussenkomst in de loonkost van gegradueerde verpleegkundigen (A1);
- voor een bijkomende tussenkomst voor de continuïteitsnorm.

3.2.3.3 VERZORGINGSMATERIAAL: DEEL B

De forfaits voor het verzorgingsmateriaal bedragen, uitgedrukt per dag en per rechthebbende (geldig op 1 maart 2012, index 117,27 – basis 2004):

- categorie O: 0,16 euro;
- categorie A: 0,32 euro;
- categorie B: 0,48 euro;
- categorie C: 0,65 euro;
- categorie Cc (comateuze bewoners): 10,48 euro.

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen een ROB en RVT. De voorziening kan daarnaast aanspraak maken op een bijkomende financiering van de kostprijs van producten ter voorkoming van nosocomiale ziekten⁵⁹ (art. 21bis MB van 6 november 2003).

3.2.3.4 DE TEGEMOETKOMING VOOR DE PALLIATIEVE FUNCTIE: DEEL C

De ziekteverzekering komt tussen in de kosten voor de opleiding van het personeel op het vlak van palliatieve zorg. De tegemoetkoming staat in functie van het aantal bewoners uit de categorieën B, C, Cd of Cc in de voorziening. Alle RVT en gemengde ROB-RVT-voorzieningen krijgen toegang tot deze tussenkomst. De zuivere ROB's (O en A-zorgprofielen) hebben slechts toegang als er minstens 25 bewoners uit deze zorgcategorieën verblijven en als dit minstens 40% van het aantal erkende woongelegenheden bedraagt. De voorziening moet onder meer kunnen aantonen voldoende aantal uren opleiding of vorming te voorzien voor hun personeel, een specifiek beleid opstellen inzake palliatieve verzorging en een verantwoordelijke aanduiden. De tegemoetkoming bestaat uit een dagforfait van 0,33 euro per rechthebbende (geldig op 1 maart 2012, index 117,27 – basis 2004).

3.2.3.5 DE TEGEMOETKOMING VOOR DE BEHEERSKOSTEN EN DE KOST VOOR GEGEVENSOVERDRACHT: DEEL D

Er wordt een kleine tussenkomst voorzien voor de kosten die gepaard gaan met de verplichtingen in verband met de gegevensoverdracht in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Het forfait

⁵⁷ VVSG, 2012

⁵⁸ Hiervoor geldt echter geen afdwingbare personeelsnorm. Indien men wel extra personeel voorziet, dan ontvangt men extra financiering. Het niet invullen van deze norm leidt bijgevolg niet tot een sanctie.

⁵⁹ Een ziekte veroorzaakt door de ziekenhuisbacterie

bedraagt 0,12 euro per rechthebbende en per dag huisvesting (geldig op 1 maart 2012, index 117,27 – basis 2004).

3.2.3.6 DE TUSSENKOMST VOOR HET FUNCTIECOMPLEMENT: DEEL E

Het forfait voor de hoofdverpleegkundige in een RVT bedraagt 0,67 euro per dag huisvesting en per RVT-rechthebbende (index 117,27 – basis 2004). Daarnaast wordt tevens een functiecomplement voorzien voor de gelijkaardige functies in ROB en RVT, zoals hoofdparamedici, verpleegkundige coördinatoren, etc. (onderdeel E2). Deze tegemoetkoming bedraagt op jaarbasis 1 288,73 euro per VTE hoofdverpleegkundige, verpleegkundig coördinator en hoofdparamedicus (inclusief patronale lasten, index 117,27). Beide bedragen kunnen gecumuleerd worden.

Ten slotte bevat deel E3 sinds 1 juli 2010 een component voor de financiering van een referentiepersoon dementie, maar is echter geen personeelsnorm. Deze tussenkomst is voorzien voor voorzieningen met minstens 25 bewoners met een Cd zorgprofiel.

3.2.3.7 DE TUSSENKOMST VOOR DE COÖRDINEREND GENEESHEER IN RVT: DEEL F

De tussenkomst voor de coördinerend geneesheer bedraagt 0,57 euro per dag en per RVT-rechthebbende (index 117,27).

3.2.3.8 BIJKOMENDE FINANCIERING VAN HET KORTVERBLIJF: DEEL G

Erkende woongelegenheden kortverblijf worden in de berekening van het dagforfait van de voorzieningen mee in rekening gebracht als ROB-woongelegenheden, en kennen ondertussen zelfs een verhoogde financieringsnorm waardoor meer personeel gefinancierd wordt. Daarbovenop ontvangen ze nog een specifieke financiering als kortverblijf. Deze bijkomende tussenkomst heeft tot doel de kostprijs van de onderbezetting van de woongelegenheden te compenseren. Het forfait bedraagt 1,72 euro per dag huisvesting en per erkende woongelegenheden voor kortverblijf (index 117,27). Dat zou 10% van de onderbezetting moeten opvangen.

3.2.3.9 FINANCIERING VAN DE BIJKOMENDE VORMING VAN HET PERSONEEL OP HET VLAK VAN DEMENTIE: DEEL H

Net zoals er een tegemoetkoming is voor de financiering van de vorming voor de palliatieve verzorging, voorziet men via het dagforfait een tegemoetkoming voor de aanvullende opleiding van het personeel met betrekking tot dementie. De financiering en de algemene toekenningsvoorwaarden zijn dezelfde als dat voor de palliatieve functie. De tegemoetkoming is afhankelijk van het aantal rechthebbenden Cd in de voorziening en bedraagt 0,33 euro per dag (2012) huisvesting en per rechthebbende uit de zorgcategorie Cd. Zuivere ROB's komen in aanmerking vanaf 15 Cd-bewoners.

3.2.3.10 HET VOLLEDIGE DAGFORFAIT

Alle onderdelen samen resulteren in het volledige dagforfait. Het is dit specifieke gemiddelde bedrag dat de voorziening elke dag mag aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen voor elke bewoner, zowel in ROB als in RVT. Het dagforfait is bijgevolg verschillend voor elke voorziening. De voorzieningen factureren dit dagforfait anderhalf jaar later dan de referentieperiode waarop de gegevens betrekking hebben. Mogelijk is het zorgprofiel van de residenten of de werking van de voorziening intussen veranderd. De overheid heeft, omwille van budgettaire zekerheid, het 'quotum aan dagen' ingevoerd, wat inhoudt dat de voorzieningen slechts een maximaal aantal dagen het volledige dagforfait mogen factureren aan de verzekeringsinstellingen. Vanaf het quotum aan dagen bereikt is, kan de voorziening

slechts aanspraak maken op een partieel forfait dat beperkt is tot de onderdelen B1, B2, C, D, E1, F, G en H. Elk woonzorgcentrum kent een apart quotum.

De vraag dringt zich op in welke mate de boekhouding de reële kosten- en opbrengstenstructuur weerspiegelt. De opbrengsten worden namelijk niet altijd gerealiseerd in het jaar waarop verbonden kosten betrekking hebben. We veronderstellen echter dat de kostenstructuur, ofwel de zorgbehoevendheidsmix, overheen de referentieperiode niet al te drastisch zal wijzigen.

Uit de MARA-analyse (gepubliceerd in 2013, over boekjaar 2012) blijkt dat het gemiddeld dagforfait op 51,62 euro per verblijfsdag ligt, dat blijkt althans uit de jaarrekening van 179 vzw-voorzieningen. Dit is een stijging van 6,67% van opzichte van 2011 en kent een sterkere stijging dan de dagprijs. We illustreren dit aan de hand van de MARA-analyse omdat wij in dit onderzoek deze diepgang niet kunnen leveren.

3.2.4 Het derde luik en de tegemoetkoming eindeloopbaanmaatregel

Het RIZIV financiert bovenop het dagforfait een aantal voordelen voor het personeel als gevolg van sociale akkoorden.

Een belangrijk aandachtspunt binnen de gezondheidssectoren was de vrees dat er een tekort zal zijn aan verplegend en verzorgend personeel. Om de instroom in deze sectoren te bevorderen, is er in 2000 onder meer de harmonisering van de lonen doorgevoerd, naar het niveau van dat van de ziekenhuizen. Daarnaast werd tevens vastgesteld dat verpleegkundigen en verzorgenden een relatief korte loopbaanduur hebben. Daarom werd de maatregel inzake arbeidsduurvermindering en eindeloopbaan vastgelegd (VVSG, 2012).

De tegemoetkoming “derde luik” is een jaarlijkse financiële tegemoetkoming in het kader van de harmonisering van de barema’s van de woonzorgcentra met deze van de private ziekenhuizen en de verhoging van de vergoedingen voor het personeel, terwijl de “eindeloopbaan” een jaarlijkse financiële tegemoetkoming is ter vergoeding van de maatregelen inzake vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek. De maatregelen kwamen tot stand in het sociaal akkoord van 2000, ofwel het zogenaamde Federaal Gezondheidsakkoord.

3.2.4.1 HET DERDE LUIK

Het derde luik werd in het leven geroepen ter financiering van de meerkost van de sociale akkoorden van 1 maart 2000 en 26 april 2005. Het derde luik heeft betrekking op het personeel buiten de norm (administratief, onderhoud, etc) en het personeel boven de norm (verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici) binnen het woonzorgcentrum en dagverzorgingscentrum. De baremaharmonisatie van het normpersoneel wordt immers reeds opgenomen in het dagforfait A1. Voor de berekening van de financiering in het derde luik worden alle loontrekkende en statutaire bovennorm- en niet-normpersoneelsleden in aanmerking genomen, bijgevolg ook de studenten, de sociale/fiscale maribellers, vervangers in het kader van een vormingsproject, de loontrekkende beheerder, de personeelsleden tewerkgesteld in het dagverzorgingscentrum, en het teveel aan vervangers in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen. Alle zelfstandigen, interimpersoneel en de vervangers in het kader van de eindeloopbaanmaatregelen worden niet via het derde luik gesubsidieerd.

Het gaat om de harmonisatie van de premies van 148,74 en 12,67 euro (eerste deel van de attractiviteitspremie, alleen van toepassing in de private woonzorgcentra en niet van toepassing in de

openbare); de toeslagen voor onregelmatige prestaties en de baremieke weddeschalen, zoals van toepassing in de private ziekenhuizen. Het gaat om forfaitaire bedragen per VTE.

Vanaf het besluit van 17 augustus 2007 rekt het RIZIV met dezelfde referentieperiode als bij de financiering van het dagforfait, meer bepaald van 1 juli van het jaar X tot 30 juni van het jaar X+1.

Om binnen de perken van het beschikbare budget voor het derde luik te blijven, is een correctiemechanisme voorzien. Op jaarbasis worden namelijk maximum 24 882 VTE via dit luik gefinancierd⁶⁰.

Tabel 3.5 De tegemoetkoming derde luik per VTE die in aanmerking komt, op jaarbasis

	Bedragen index 117,27 (maart 2012)
Verpleegkundige A1	6 735,73
Verpleegkundige A2	6 381,85
Verzorgende	10 240,11
Kiné, ergo, logo, reactivering	3 030,10
Andere private sector (buitennormpersoneel)	9 863,62
Andere openbare sector (buitennormpersoneel)	3 530,40

Bron VVSG, 2012

Volgens de MARA-analyse van de vzw-voorzieningen bedraagt de opbrengst van het derde luik 7,22 euro per verblijfsdag, ofwel 8,46% van de totale loonkost⁶¹ (cijfers 2012). Verhoudingsgewijs daalt de kostprijs van het derde luik systematisch sinds de optekening van de gegevens in 2008.

Zowel de private (sociaal akkoord van 1 maart 2000) als de openbare (protocolakkoord nr 120/2 van 28 november 2000) woonzorgcentra en centra voor dagverzorging maken aanspraak op deze tegemoetkomingen. De sociale akkoorden in de private sector met betrekking tot de loonharmonisering werden bij koninklijk besluit algemeen bindend verklaard, waardoor deze in alle private woonzorgcentra moeten worden toegepast, dus ook de for-profit sector.

De tegemoetkoming wordt echter anders ingevuld voor de private en de openbare woonzorgcentra. De private woonzorgcentra ontvangen een tegemoetkoming voor het niet-normpersoneel in functie van het aantal VTE niet-normpersoneel. De compensatie voor het niet-normpersoneel binnen de openbare voorzieningen wordt echter berekend op het totale VTE verzorgend personeel. Dit verschil wordt gemaakt omwille van de verwevenheid van de OCMW-woonzorgcentra met andere OCMW-diensten. Het niet-normpersoneel (bv. keuken-, onderhouds-, technisch personeel) binnen de zorgvoorziening kan moeilijk afgebakend worden van het personeel van andere OCMW-diensten. De verwevenheid zorgt enigszins voor interpretatieproblemen van de resultatenrekening van openbare woonzorgcentra.

3.2.4.2 EINDELOOPBAANMAATREGEL

Om de uitstroom van het verzorgend en verplegend personeel in de social-profitsectoren te beperken, werd in het Federale Gezondheidsakkoord de maatregel eindloopbaan en arbeidsduurvermindering ingevoerd. Ook het Gemeenschappelijk Comité van de overheidsdiensten hebben deze maatregel opgenomen (protocol nummer 120/2 van 28 november 2002), waardoor ook deze maatregelen gelden in de openbare gezondheidssectoren.

⁶⁰ Dit plafond is ondertussen opgetrokken naar 25 278 VTE (Informatie Daniel Crabbe, RIZIV, 8 mei 2015).

⁶¹ Klasse 62. De mediaan ligt op 8,46%.

Het betreft een aantal maatregelen op het vlak van werkdruk, de organisatie en kwaliteit van het werk, het evenwicht tussen arbeid en privé-leven, de verloning van het werk en de koopkracht die daarmee gepaard gaat. De CAO van 26 oktober 2005 en het uitvoeringsbesluit van 15 september 2006 zijn het wetgevend kader.

De rechten en beperkingen zijn voor alle personeelsleden binnen de social-profitsectoren gelijk, maar het financieringsmechanisme werd op maat gemaakt van de subsectoren en zijn zeer sterk verschillend. Onderstaand financieringsmechanisme heeft betrekking op de ROB's, de RVT's en de dagverzorgingscentra.

De eindeloopbaanmaatregel in de woonzorgsector is vooral gericht op het verplegend en verzorgend personeel, alsook de maatschappelijk en psychologisch assistenten, de psychologen, orthopedagogen en pedagogen (tewerkgesteld in zorgteam of geïntegreerd in therapeutische programma's), opvoeders, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, audiologen en diëtisten. Ander personeel (onderhoudspersoneel, administratief personeel, etc.) moet aan een aantal bijkomende voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor deze RIZIV-financiering. Het gelijkgesteld personeel moet minstens 200 uur onregelmatige prestaties (zaterdag, zondag, feestdagen, nachtdienst, werken in onderbroken diensten) verzameld hebben tijdens een periode van 24 maanden die voorafgaat aan de maand waarin de leeftijd van 45, 50 of 55 jaar bereikt wordt. Bovendien moet dit gelijkgesteld personeel vergoed worden voor de uitgevoerde onregelmatige prestaties. Het overige personeel (bv. leidinggevend personeel) valt in principe buiten deze maatregel.

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

- Ofwel arbeidsduurvermindering vanaf 45 jaar, met loonbehoud;
- Ofwel een premie vanaf 45 jaar, om het blijven werken financieel aantrekkelijker te maken.

Het voltijds personeel heeft vanaf 45 jaar tot 49 jaar recht op een arbeidsduurvermindering (ADV vrijstelling van arbeidsprestaties – VAP-dagen) van 96 uren per jaar, ofwel twee uur per week. De premie bedraagt 5,26% van het voltijds loon. Deeltijdswerkenden hebben uiteraard maar recht op deze maatregelen naar verhouding van hun contractuele arbeidstijd.

Personeelsleden met een leeftijd tussen 50 en 54 jaar hebben recht op een ADV van 192 uren per jaar, ofwel vier uren per week, of een premie van 10,52% van het voltijdsloon (verpleegkundigen). Personeelsleden met een leeftijd van 55 jaar of ouder hebben recht op een ADV van 288 uren per jaar, ofwel 6 uren per week, of een premie van 15,78% van het voltijds loon. Een combinatie van arbeidsduurvermindering en premie is mogelijk voor de vijftig plussers. Sinds het RIZIV-financieringsbesluit van 15 september 2006 kunnen enkel nog verpleegkundigen opteren voor de premie. In de thuiszorgsector wordt de maatregel eindeloopbaan onder de vorm van VAP-dagen (vrijstelling van arbeidsprestaties) geformuleerd en staat gelijk aan 'de arbeidsduurvermindering met loonbehoud'. Een premie behoort niet tot de mogelijkheid.

De vrijgekomen uren na ADV moeten ingevuld worden om aanspraak te kunnen maken op de financiële compensatie. Dit kan door een nieuwe aanwerving ofwel door een verhoging van de contractuele arbeidsduur van andere werknemers in de voorziening. De voltijds werknemers die al de eindeloopbaanmaatregelen genieten, de sociale of fiscale Maribellers of de gesubsidieerde contractuelen (GESCO's) komen niet in aanmerking voor die vervanging (art. 3 KB van 15 september 2006).

De tussenkomst van de eindeloopbaanmaatregel wordt berekend op het loonkostniveau van de vervanger, en niet op dat van de titularis, gezien het niet verplicht is om de vrijgekomen uren bij de arbeidsduurvermindering van bv. een verpleegkundige ook daadwerkelijk te vervangen door een verpleegkundige.

De bruto loonkost van het personeel dat recht heeft op de premie of de arbeidsduurvermindering wordt volledig forfaitair vergoed in deel A1 (lees: kostprijs premie). De kostprijs van het vervangend personeel wordt vergoed via de eindeloopbaanmaatregel (kostprijs vervanging).

Volgens de MARA-studie van de vzw-voorzieningen bedraagt de subsidie eindeloopbaan in 2012 1,96 euro per verblijfsdag, ofwel 2,3% van de totale loonkost⁶².

3.2.5 De onderfinanciering binnen het dagforfait

We hebben reeds aangehaald dat een onderfinanciering van het dagforfait aan de orde is. De onderfinanciering beperkt zich echter niet louter tot de B- en C-profielen (de zwaar zorgbehoevenden), gefinancierd op basis van een ROB-bed. Tabel 3.2 en 3.3 stellen de personeelsnormen in Vlaanderen voor, alsook de financieringsnormen van het RIZIV. Volgens de Vlaamse personeelsnormen dient per 30 bewoners met een O- of een A- zorgprofiel minimaal 5 VTE zorgpersoneel ingezet te worden. Het RIZIV financiert voor de O-zorgprofielen slechts 0,25 VTE per 30 bewoners en 2,5 VTE voor de A-zorgprofielen, wat ver onder de minimale personeelsnormen van Vlaanderen ligt. Daarin schuilt een tweede vorm van onderfinanciering.

De mate waarin deze twee vormen van onderfinanciering tot uiting komen, wordt in onderstaande oefening geïllustreerd.

Vooreerst wegen we de geldende financierings- en personeelsnormen voor het aandeel bewoners in de betreffende zorgcategorie. Een zorgcategorie die minder vaak voorkomt, zal dan ook minder doorwegen in de uiteindelijke (onder)financiering. We maken deze oefening zowel voor 2001 als 2012 om de evolutie overheen de tijd te schetsen. Het verschil is de wijzigende graad van zorgbehoefendheid en de ROB/RVT-verdeling. In 2012 is het zorgprofiel immers sterk zwaarder geworden, alsook zijn sinds 2001 heel wat ROB-bedden geconverteerd in beter gefinancierde RVT-bedden.

Volgens de RIZIV financieringsnormen, rekening houdend met de werkelijke zorgbehoefendheidsmix, zou een gemiddeld woonzorgcentrum anno 2001 6,9 VTE zorgpersoneel per 30 bewoners moeten inzetten (tabel 3.6). Dit personeel wordt gefinancierd via het zorgforfait. De wenselijke (Vlaamse) personeelsnorm ligt echter op 9,14 VTE per 30 bewoners. De wenselijke personeelsnorm voor O- en A-zorgprofielen ligt op 5 VTE, zoals de Vlaamse personeelsnorm voorschrijft. De wenselijke personeelsnorm voor B- en C-zorgprofielen is de RIZIV-personeelsnorm voor de RVT-bedden. Deze norm ligt immers hoger dan de RIZIV-financieringsnorm voor ROB-bedden en hoger dan de Vlaamse personeelsnorm. De onderfinanciering van de Vlaamse woonzorgcentra lag in 2001 bijgevolg op 2,25 VTE per 30 bewoners ofwel op 32,7% van het gefinancierd personeel.

Deze oefening werd vervolgens herhaald voor het jaar 2012 (tabel 3.7). De financieringsnorm van het RIZIV schrijft 8,41 VTE per 30 bewoners voor, rekening houdend met de huidige werkelijke

⁶² Klasse 62. De mediaan ligt op 1,95%. In de thuiszorgsector lag de kostprijs van de arbeidsduurvermindering op gemiddeld 4,6% binnen de gezinszorg en zelfs 7,1% binnen de aanvullende thuiszorg (zie rapport Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013 – tabel 11.1). De hogere kostprijs heeft te maken met het feit dat het personeel werkzaam in de residentiële ouderenzorg jonger is dan de werknemers in de thuiszorg.

zorgbehoevendheidsmix in de woonzorgcentra. De wenselijke personeelsnorm ligt echter op 9,69 VTE. Het verschil werd op 11 jaar tijd met de helft gereduceerd, wat bijzonder positief is voor de sector, maar ligt nog steeds op 1,28 VTE of een tekort van 15,3% aan gefinancierd personeel. 3,3% van het tekort is te wijten aan de onderfinanciering van de B- en C-zorgprofielen. De overige 12% is te wijten aan de onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen.

Tabel 3.6 Berekening van de onderfinanciering in Vlaamse woonzorgcentra, 2001.

Zorgprofiel	Vlaamse Personeels- norm	RIZIV Norm - ROB	RIZIV Norm – RVT	Aandeel zorgprofiel in totaal aantal verblijfsdagen (2001) - ROB	Aandeel zorgprofiel in totaal aantal verblijfsdagen (2001) - RVT	Financierings- norm RIZIV – gewogen met het aandeel - ROB	Financierings- norm RIZIV – gewogen met het aandeel - RVT	Personeels- norm wenselijk - gewogen met aandeel - ROB	Personeels- norm wenselijk - gewogen met aandeel - RVT	Tekort aan gefinancierd personeel in VTE of % van het gefinancierd personeel
O	5	0,25		0,2		0,05		1		0,95
A	5	2,25		0,15		0,3375		0,75		0,4125
B		6,45	10,3	0,16	0,05	1,032	0,515	1,648	0,515	0,616
C		9,55	11,8	0,06	0,07	0,573	0,826	0,708	0,826	0,135
Cd		10,55	12,3	0,08	0,22	0,844	2,706	0,984	2,706	0,14
Totaal				65%	34%		6,88 VTE (ROB + RVT)		9,14 VTE (ROB + RVT)	2,25 VTE of 32,7% tekort aan gefinancierd personeel
								12,9% van het tekort aan gefinancierd personeel was te wijten aan de onderfinanciering van de B- en C- zorgprofielen (ROB-bed ipv RVT-bed)		

Bron Eigen berekening op basis van Pacolet, 2001.

Tabel 3.7 Berekening van de onderfinanciering in Vlaamse woonzorgcentra, 2012

Zorgprofiel	Vlaamse Personeels- norm	RIZIV Norm - ROB	RIZIV Norm – RVT	Aandeel zorgprofiel in totaal aantal verblijfsdagen (2012) - ROB	Aandeel zorgprofiel in totaal aantal verblijfsdagen (2012) - RVT	Financierings- norm RIZIV – gewogen met het aandeel - ROB	Financierings- norm RIZIV – gewogen met het aandeel - RVT	Personeels- norm wenselijk - gewogen met aandeel - ROB	Personeels- norm wenselijk - gewogen met aandeel - RVT	Tekort aan gefinancierd personeel in VTE of % van het gefinancierd personeel
O	5	0,25		0,13		0,03		0,65		0,62
A	5	2,25		0,14		0,32		0,70		0,39
B		6,45	10,3	0,04	0,23	0,28	2,39	0,44	2,39	0,17
C		9,55	11,8	0,02	0,11	0,19	1,27	0,24	1,27	0,05
Cd		10,55	12,3	0,04	0,29	0,42	3,51	0,49	3,51	0,07
Totaal				0,37	0,63		8,41 VTE (ROB + RVT)		9,69 VTE (ROB + RVT)	1,28 VTE of 15,3% tekort aan gefinancierd personeel
								3,3% van het tekort aan gefinancierd personeel is te wijten aan de onderfinanciering van de B- en C- zorgprofielen (ROB-bed ipv RVT-bed)		

Bron Eigen berekening

Het boven beschreven deel A2 van het zorgforfait voor bijkomende zorginspanningen of bovennormpersoneel laat in theorie toe dat hier nog $\pm 80\%$ van maximaal 12,49% of 9,74% extra gefinancierd wordt door het RIZIV in het kader van de instellingsfinanciering. Nog ongeveer 5% te gaan om de afstand tussen beide normen in theorie te overbruggen. Wij zeggen in theorie omdat niet iedereen op dit ogenblik op dezelfde manier deze extra financiering voor bovennormpersoneel aan het optimaliseren is.

De graad van zorgbehoevendheid en de mate van RVT-financiering voor B- en C-zorgprofielen is voor elk woonzorgcentrum anders en kan bovendien variëren naar type speler. Voor de volledigheid herhaalden we bovenstaande oefening voor de openbare, private non-profit en de private for-profit spelers apart. In 2012 kende de openbare sector, volgens bovenstaand rekenschema, een tekort van 15,9% aan gefinancierd personeel. 2,8% is afkomstig van de onderfinanciering van de B- en C-zorgprofielen, maar de onderfinanciering is vooral te vinden bij de opname van O- en A-zorgprofielen (13,1%).

De private non-profit kent een tekort van 11,7% aan gefinancierd personeel, waarvan 2,8% ook gerelateerd is aan de B- en C-zorgprofielen. De private non-profit is bijgevolg beter gefinancierd dan de openbare sector en dat is te wijten aan het opnamebeleid van de openbare sector. Zij nemen gemiddeld meer O- en A-zorgprofielen aan dan andere woonzorgcentra.

De private for-profit hebben dan weer een tekort van 18,9%, waarvan 5% afkomstig van de B- en C-zorgprofielen. De onderfinanciering is bij hen het grootst, zowel bij de zware als de minder zwaar zorgbehoevenden.

Tabel 3.8 Onderfinanciering van de lichte en zwaardere zorgprofielen, een raming, steekproef cijfers 2012

	Onderfinanciering O- en A-zorgprofielen	Onderfinanciering B- en C-zorgprofielen	Totaal onderfinanciering in % van het gefinancierd personeel	Gemiddelde onderfinanciering in VTE per 30 bewoners
Openbare sector	13,1%	2,8%	15,9%	1,3 VTE
Private non-profit sector	8,9%	2,8%	11,7%	1,1 VTE
Private for-profit sector	13,9%	5,0%	18,9%	1,5 VTE
Totaal	12,0%	3,3%	15,3%	1,28 VTE

Bron Eigen verwerking

Bovenstaande oefening is gebaseerd op de RIZIV-financieringsnorm en de Vlaamse personeelsnorm (erkenningsnorm). De discrepantie tussen de twee normen voor ROB-bedden is daarbij opvallend. Is de Vlaamse norm misschien overschat? De enige evidentie van de werkelijke zorgtijd die men minimaal moet spenderen aan deze zorgprofielen haalden wij uit een tijdsregistratie van P. Cokelaere uit 1997 (methode Cokelaere, 1997 en beschreven in Breda J., Pacolet J., Hedeboom G. & Vogels J., 2010; en Pacolet J., 2001a).

De tijdsregistratie legt de werkelijke zorg per 30 O-forfaits op 3,20 VTE verplegend en verzorgend personeel, wat heel wat hoger ligt dan de RIZIV-norm (0,25 VTE verplegend personeel). Per 30 A-forfaits wordt de werkelijke zorg op 4,55 VTE verplegend en verzorgend personeel geschat, wat eveneens de

RIZIV-norm overstijgt (2,25 VTE verzorgend en verplegend personeel), maar onder de Vlaamse personeelsnorm ligt (5 VTE per 30 bewoners).⁶³

Vullen we deze zorgtijden in als nieuwe norm voor de financiering van de O- en A-zorgprofielen, dan bedraagt de onderfinanciering anno 2012 nog 'slechts' 11,7%. Deze oefening is een soort van sensitiviteitsanalyse. Het illustreert dat een nieuwe norm, andere resultaten kan opleveren. Het nodigt uit tot een herijking van de huidige personeelsnormen op basis van een nieuw onderzoek naar de werkelijke benodigde tijd van de verzorging van de verschillende zorgprofielen aanwezig in een woonzorgcentrum.

3.3 Financieringsstromen op het Vlaams niveau

Op het Vlaams niveau gelden twee belangrijke financieringsstromen voor de woonzorgcentra, met name de investeringssubsidies en de animatiesubsidies, beide gericht op de non-profit voorzieningen.

3.3.1 VIPA-subsidies voor de bouw van de infrastructuur

Het VIPA heeft tot doel subsidies te verlenen aan welzijns- en gezondheidsinstellingen die infrastructuurwerken willen uitvoeren, voor zover zij opereren zonder winstoogmerk.

Een recent onderzoek (Pacolet et al, 2012) bekeek de bouwkost van de infrastructuur in de residentiële ouderenzorg nader. Daaruit bleek dat er verschillende financieringssystemen zijn om infrastructuur uit te bouwen, althans vanuit het standpunt van de voorziening.

De uitbater kan enerzijds eigenaar zijn van de grond, terreinen en gebouwen. Nieuwe projecten worden binnen deze werkwijze gefinancierd door een eigen inbreng én (meestal) via een banklening. Men kan in deze context, indien het woonzorgcentrum uitgebaat wordt door een vzw of een OCMW, een beroep doen op VIPA-subsidiëring voor de aanvang van een nieuwbouwproject, uitbreiding of renovatie. Het VIPA, ofwel het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, staat in voor de financiering van maximum 60% van de infrastructuurkosten van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Het VIPA is voor initiatiefnemers een belangrijke inkomstenbron. Commerciële zorgvoorzieningen komen tot op heden niet in aanmerking voor de VIPA-subsidie.

Een tweede mogelijkheid is dat de uitbater de gebouwen en gronden huurt of leaset van een tweede, doorgaans commerciële partij. Een investeringssubsidie kan ook door het VIPA worden verstrekt als tegemoetkoming in de kosten van onroerende leasing voor de nieuwbouw, uitbreiding en verbouwing van ouderenzorgvoorzieningen. Ook een (zuivere) vzw of OCMW die de gebouwen huurt van een tweede partij, kan een beroep doen op VIPA-subsidies als het contract tenminste 20 jaar bedraagt. In beide gevallen is het de aanvrager/exploitant (OCMW/vzw) die de subsidies ontvangt en als bouwheer optreedt.

In 2012 werd vanuit VIPA voor ruim 55 miljoen euro aan betaalkredieten vastgelegd voor de ouderenvoorzieningen (jaarverslag VIPA, 2012, p. 48), ofwel 40,5% van de totale uitgaven van VIPA. De VIPA-ondersteuning geldt voor de infrastructuurwerken en voor het meubilair en uitrusting. Het betreft

⁶³ In deze oefening nemen wij de verhouding zorgtijd aan de O- en de A-zorgprofielen, ten opzichte van de bewoners met een C-zorgprofiel. We nemen de verhouding uit 2001 mee naar 2012. Een alternatief is de werkelijke tijdsregistratie van toen in absolute cijfers te gaan berekenen, zoals wij ook gedaan hebben in Pacolet, Vanormelingen & De Coninck, 2014. P. 154.

de kosten voor bouw en uitrusting bij het oprichten, uitbreiden, verbouwen of leasen van gebouwen. De aankoop van terreinen zelf kan niet gesubsidieerd worden (jaarverslag VIPA, 2012). Aankoop met verbouwing van een bestaand woonzorgcentrum is ook mogelijk.

Oorspronkelijk werd de VIPA-subsidie uitgekeerd als een eenmalige kapitaalsubsidie bij de bouw van de voorziening, en kon deze subsidie over de loop van de levensduur van het gebouw in rekening worden genomen. Sinds 1 november 2006 is de 'alternatieve financieringsprocedure' van VIPA van toepassing. Het alternatief zit hem vooral in de jaarlijkse subsidiebetaling (weliswaar opgehoogd met de leningskost). Men laat de bouwheer lenen, vroeger leende men (het kwam uit de begroting) als overheid zelf.

In de alternatieve subsidieregeling subsidieert het VIPA een vast bedrag per m², waarbij de maximale subsidiabele oppervlakte voor woonzorgcentra op 65 m² per capaciteitsseenheid (woongelegenheid) werd vastgelegd. Van deze 65 m² per woongelegenheid is minimaal 25 m² bestemd voor de kamer. In plaats van het totale bedrag aan investeringssubsidies voor een project vast te leggen in het begin van de procedure (bij de subsidiebelofte), wordt sinds 2006 een principiële akkoord door de bevoegde Vlaamse minister verleend, waarbij het projectplan principiële aanvaard wordt met het oog op het later verlenen van een jaarlijkse gebruikstoelage in een periode van 20 jaar, die ten vroegste een aanvang neemt in het kalenderjaar na het jaar van het bevel tot aanvang der werken.

De jaarlijkse gebruikstoelage omvat de annuïteit van de subsidiabele kostprijs van het project (60% van het bouwplafond zoals door VIPA berekend). De huidige alternatieve financieringsformule werkt dus niet meer met een onmiddellijke uitbetaling van de volledige subsidie, maar met jaarlijkse gebruikstoelages gedurende 20 jaar. Daarnaast geldt een alternatieve investeringswaarborg die 90% van het kapitaalgedeelte van de schulden en 90% van de intresten dekt (jaarverslag VIPA, 2012).

Om het bedrag van de gebruikstoelage te verkrijgen, zijn er per type voorziening voorwaarden qua bezettingsgraad. Voor een woonzorgcentrum is de subsidiabele oppervlakte maximaal 65 m² per woongelegenheid, voor een centrum voor kortverblijf ook 65 m², en voor een dagverzorgingscentrum 20 m². Woonzorgcentra die groter bouwen dan deze oppervlaktematen, worden voor het gedeelte boven de maximale subsidiabele oppervlakte niet gesubsidieerd.

De formule voor de berekening van de subsidie per subsidiabele m² luidt als volgt:

$$((A*500)*(1,12+B*1,21) + (A*50)*(1,21+B*1,21))$$

Met A= bouwindex en B=percentage vergoeding algemene onkosten

Het basisbedrag, dat in het verleden reeds werd vastgelegd in het sectorbesluit van 1996 (500 euro voor de bouw en 50 euro voor het meubilair en verdere uitrusting), wordt in eerste instantie vermenigvuldigd met de bouwindex (A). Daarbij wordt 12 of 21% btw geteld, naargelang het gaat over het bouwaspect of over het meubilair, alsook wordt een algemene onkostenvergoeding (B) van 10% voorzien, waarbij tevens 21% btw wordt vergoed. Dat is het bedrag van de subsidie uitgedrukt per m². Met een bouwindex van 1,62044 (2012) bedraagt het subsidiebedrag van VIPA 1 186,24 euro per subsidiabele m². Het bouwplafond is 10/6de van dit bedrag. In se is de subsidie van 60% van het bouwplafond per m² voor nieuwbouwprojecten geen maximum maar een forfait aangezien het VIPA voor een nieuwbouw geen rekening houdt met de werkelijke raming van de bouwkost. Dit geldt zowel voor het bouwaspect als voor het meubilair en uitrusting. Mogelijk ligt de werkelijke kostprijs per m² onder het bouwplafond,

maar wordt een hoger bedrag aangenomen als basis van de subsidie. In dat geval subsidieert het VIPA meer dan de vooropgestelde 60%. Wat niet gesubsidieerd kan worden, wordt bekostigd met eigen middelen of met een banklening. Wat niet gefinancierd wordt via het VIPA wordt tevens gehaald bij de zorggebruiker, namelijk via de dagprijs. In de praktijk wordt in de sector van de ouderenzorgvoorzieningen niet 60% van de investering gesubsidieerd, maar komt dit gedeelte neer op ongeveer 53% van de totale investeringskost. Dat blijkt uit het jaarverslag van VIPA (2012). Er wordt immers vaak duurder gebouwd dan wat VIPA als subsidiabele kostprijs hanteert.

Het toepassingsgebied van de VIPA-waarborg is ruimer dan dat van de VIPA-subsidies, aangezien ook commerciële residentiële ouderenzorgvoorzieningen, die niet van de gebruikstoelages kunnen genieten, wel in aanmerking kunnen komen voor een VIPA-waarborg.

Om in aanmerking te komen voor een VIPA-subsidiëring dient men een aantal documenten op te maken:

- zorgstrategisch plan;
- financieel-technisch plan (kostenraming van geplande infrastructuur, uitvoeringstermijnen en financieel plan);
- bouwtechnisch plan en bouwfysische normen;
- energie-efficiëntie plan.

Momenteel is men in het kader van de 6^{de} Staatshervorming de rol van het VIPA aan het herbestuderen.

3.3.2 Animatiesubsidies

Vlaanderen subsidieert de animatiewerking van de non-profit woonzorgcentra (juridisch statuut) en centra voor kortverblijf. Commerciële initiatiefnemers kunnen, in tegenstelling tot de federale subsidiering, geen beroep doen op deze Vlaamse subsidie.

Het besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers van 24 juli 2009 geeft deze subsidieregeling weer.

Per voltijdse equivalent animator, overeenstemmend met de personeelsnorm, wordt een forfaitair jaarlijks bedrag van 36 101,35 euro⁶⁴ (cijfers 2012) toegekend. Het maximaal subsidiebedrag voor de animatiewerking wordt per woonzorgcentrum op voorhand vastgelegd, alsook het macro-budget voor de Vlaamse overheid ligt vast. Er wordt namelijk gewerkt met een subsidie-enveloppe die verdeeld wordt op basis van het aantal woongelegenheden.

De personeelsnorm bepaalt hoeveel animatoren er moeten zijn. De animatienorm geldt voor alle woonzorgcentra als erkenningsvoorwaarde. Onder bepaalde voorwaarden wordt de animatiefunctie gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. Sinds januari 2006 werd de regelgeving ook uitgebreid naar de centra voor kortverblijf (besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006). Het gaat om 1 halftijdse functie vanaf en per 30 erkende woongelegenheden. Vanaf 120 woongelegenheden wordt dat teruggebracht tot 0,25 voltijds equivalent per 30 bijkomende woongelegenheden. Ook de kleine woonzorgcentra, bv. met minder dan 25 woongelegenheden, moeten voldoen aan de animatienorm.

⁶⁴ Ofwel 30 812 euro, basisjaar 2004

Binnen de beschikbare begrotingskredieten kunnen aanvullende subsidies in de vorm van een DAC-supplement aan woonzorgcentra toegekend worden die personeelsleden tewerkstellen met een gewezen DAC-statuut. Met DAC-statuut wordt bedoeld: werknemers van het Derde Arbeidscircuit. De Vlaamse Regering heeft beslist om de DAC-projecten (gelanceerd in de jaren '80 in de strijd tegen langdurige werkloosheid van vooral laaggeschoolden) te regulariseren omdat deze structurele noden in de diensten- en zorgverleningssector invulden. Door de regularisatie kregen de werknemers met een DAC-statuut een volwaardige arbeidsovereenkomst. De subsidiëring van de geregulariseerde arbeidsplaatsen gebeurt vanuit het bevoegde beleidsdomein, in dit geval voor een project in de ouderenzorg.

De animatoren zijn in het federaal gezondheidsakkoord niet opgenomen als groep die recht hebben op de eindeloopbaanmaatregel, tenzij ze op basis van onregelmatige prestaties als gelijkgesteld beschouwd worden.

3.4 De lagere overheden – de provincies, steden en gemeenten

De lagere overheden zijn niet alleen aanbieder van zorg maar financieren vaak ook de voorzieningen. De omvang daarvan is moeilijk in te schatten omdat geen gecentraliseerde begroting van de lokale overheden bestaat. Zowel de provincie, gemeente als het OCMW kan in de financiering van de voorzieningen een rol spelen.

Het bedrag die de provincies ter beschikking stellen en de voorwaarden hangen af van de prioriteiten en de budgetten van dat jaar. Elke provincie beslist zelf of ze ouderenzorgvoorzieningen bijkomend financieel bijstaan. In het kader van de 'Interne Staatshervorming' vervalt de structurele provinciale tussenkomst en wordt het budget overgedragen naar het Vlaams niveau. De projectmatige subsidiëring blijft op het provinciaal niveau.

Enkele voorbeelden van provinciale tussenkomsten (cijfers 2012 en 2013) zijn te vinden op de websites van de provincies Vlaams-Brabant, Limburg en West-Vlaanderen:

- de provincie Vlaams-Brabant kent een éénmalige investeringssubsidie toe voor de dagopvanginitiatieven voor ouderen. Zo krijgt een nieuw dagverzorgingscentrum een eenmalige subsidie van 20 000 euro en daarbovenop 3 000 euro per nieuwe plaats. Er wordt tevens een subsidie van 3 000 euro toegekend per bijkomende plaats in een bestaand dagverzorgingscentrum. De subsidie wordt aangewend voor infrastructuurwerken, uitrustingskosten en/of rollend materieel. In 2013 werd dit initiatief doorgetrokken;
- de provincie Limburg kent sinds juni 2012 investeringssubsidies toe aan dagverzorgingscentra. Het subsidiebedrag bedraagt maximum 40% van de investeringskosten en kan enkel aangewend worden voor bouw-, verbouwings- of uitbreidingskosten of voor de aankoop van een woning (2012-2013);
- daarnaast heeft de provincie Limburg een reglement opgesteld waarbij voor elke bijkomende woongelegenheid een financieringstoelage van maximaal 7 500 euro verkregen kan worden (2013).
- werkingssubsidie van de provincie Limburg voor non-profit dagverzorgingscentra voor ouderen;

- de provincie Limburg voorziet een werkingssubsidie voor de opmaak van een zorg-strategisch en/of een technisch financieel plan voor de woongelegenheden. Het gaat om de ondersteuning voor de opmaak van VIPA-dossiers;
- de provincie West-Vlaanderen lanceert sinds 25 september 2012 een oproep voor het subsidiëren van projecten van dagverzorgingscentra.⁶⁵ Een project kan een looptijd van 1, 2 of 3 jaar hebben. De projectsubsidie bedraagt maximum 30 000 euro per project. De projectsubsidie dient aangewend te worden voor loon- en/of werkingkosten specifiek gekoppeld aan het project. Investerings (in onroerende goederen en duurzame roerende goederen) worden niet als werkingkost aanzien. De projectsubsidie bedraagt maximum 75% van de begrote kostprijs van het volledige project;
- het provinciebestuur West-Vlaanderen subsidieert de werking van de erkende dagverzorgingscentra op basis van hun bezettingsgraad. De dagverzorgingscentra die beantwoorden aan de voorwaarden gesteld in dit reglement, krijgen jaarlijks een werkingstoelage. Om een forfaitaire werkingstoelage van 3 720 euro te ontvangen, moet er op jaarbasis een gemiddelde dagbezetting van vijf bezoekers per dagverzorgingscentrum worden bereikt. Vanaf een gemiddelde dagbezetting van negen tot twaalf bezoekers op jaarbasis wordt een bijkomende werkingstoelage toegekend van 3 720 euro.

Ook de gemeenten kunnen tussenkomen in de financiering van de voorzieningen. De openbare voorzieningen kennen bijvoorbeeld vaak een korting op de dagprijs toe aan bewoners die in de gemeente wonen. De kostprijs wordt gedragen door de gemeente. De openbare woonzorgcentra zijn echter ook heel vaak deficitair (zie analyseluik). Het geleden verlies wordt tot op heden integraal gedragen door de gemeente, wat ook een vorm van 'tussenkost' is.

Niet alleen de openbare sector kan genieten van een tussenkost vanuit de gemeente. Verschillende vzw-voorzieningen komen tevens in aanmerking, evenwel op een andere manier. Het kan voorkomen dat een gemeente of OCMW zelf geen eigen voorziening aanbiedt, maar toch hun eigen inwoners wil ondersteunen, meer bepaald met een tussenkost als de eigen inwoners bijvoorbeeld voorrang krijgen op de wachtlijst van het private woonzorgcentrum.

Gezien het vrijwillig karakter van deze tussenkosten is het voor de financiële leefbaarheid van de diensten belangrijk dat de omvang van deze tussenkost in kaart wordt gebracht. In de context van de huidige economische onzekerheden kan men er namelijk niet vanuit gaan dat de lokale besturen hun huidige engagementen jaarlijks zullen verder zetten. In het analyseluik van dit onderzoek kon dit detail echter niet geïdentificeerd worden.

3.5 Geconstateerde verschillen tussen het type uitbater

Artikel 30 van het ministerieel besluit van 6 november 2003 stelt dat alle voorzieningen, die het dagforfait willen factureren, verplicht zijn de sociale akkoorden die zijn afgesloten in het Paritair Comité 330.01.20 of de protocollen die van toepassing zijn voor de openbare besturen toe te passen. De loon- en arbeidsvoorwaarden gelden bijgevolg voor de ganse private sector ongeacht het non- of for-profit karakter van de uitbater. Dit geldt minstens voor het zorgpersoneel (verpleegkundig en verzorgend personeel). Daarnaast moeten alle personeelsleden ook toeslagen ontvangen voor onregelmatige

⁶⁵ http://www.west-vlaanderen.be/kwaliteit/Welzijn/senioren/thuiszorg/dvc/Documents/Projectoproep_2012.pdf

prestaties. Als een voorziening deze verplichting niet naleeft, vervalt het recht op tegemoetkomingen (Verniest & Peltier in CM-informatie nr. 244, 2011).

We stellen enkele verschillen vast naar uitbater:

- de loon- en arbeidsvoorwaarden tussen de private en de openbare sector zijn verschillend;
- de animatiesubsidies zijn niet beschikbaar voor de for-profit sector. Een vzw, verbonden aan een commerciële moedervoorziening, kan hier echter wel beroep op doen;
- de VIPA-regeling voor de financiering van de infrastructuur is niet toegankelijk voor de commerciële sector. Dat wil zeggen dat zij niet onderworpen worden aan bepaalde verplichtingen, zoals de wet op de overheidsopdrachten, maar ook geen recht hebben op deze subsidie. Dat geldt evenzeer voor de “schijn-vzw’s”⁶⁶ (zie infra);
- alleen non-profit voorzieningen komen in aanmerking voor de Vlaamse subsidies voor centra voor kortverblijf en dagverzorging.

⁶⁶ Wij definiëren een schijn-vzw als een voorziening met het juridisch statuut van een vzw, maar met economische banden met een commerciële speler.

Hoofdstuk 4

Financiering van andere zorgvormen binnen de residentiële ouderenzorg

Het analyseseluk van dit onderzoek behandelt de financieringsstructuur van de erkende woonzorgcentra. Daarbij wordt de focus niet op de dagverzorgingscentra, kortverblijf en assistentiewoningen gelegd omwille van de complexiteit, hoewel deze activiteiten soms wel vervat zijn in de resultatenrekening van de voorziening. We zetten de financiering van deze andere zorgvormen binnen de residentiële ouderenzorg voor de volledigheid in dit hoofdstuk op een rij.

4.1 Het dagverzorgingscentrum (DVC)

4.1.1 Federale financiering

Een federale regeling maakt het mogelijk aan erkende dagverzorgingscentra een bijzondere erkenning te verlenen, waardoor zij in aanmerking komen voor RIZIV-financiering op basis van een dagforfait (F-forfait voor B en C categorieën). Vanaf 1 januari 2012 kan een centrum voor dagverzorging een RIZIV tegemoetkoming (F-forfait) aanvragen voor haar gebruikers met dementie (uitbreiding).⁶⁷ Het forfait F voor de centra voor dagverzorging bedraagt vanaf 1 maart 2012 44,92 euro per dag.⁶⁸ Voor personen met een ernstige ziekte bestaat een Fp-forfait dat 83 euro per dag bedraagt (vanaf 1 januari 2012).

Daarnaast kunnen de bewoners rekenen op een terugbetaling van de kosten voor vervoer van en naar het centrum voor dagverzorging via het RIZIV⁶⁹. Voor de gebruikers die in aanmerking komen voor het F-forfait – gebruikers die een B of C scoren op de KATZ-schaal, met een uitbreiding naar gebruikers met dementie – bestaat er een tegemoetkoming in de reiskosten. De tegemoetkoming bedraagt 0,32 euro per kilometer (vanaf 1 maart 2012), met een beperking van 15 kilometer. De afstand die in aanmerking wordt genomen is de afstand tussen de effectieve verblijfplaats van de gebruiker en het dagverzorgingscentrum waar hij/zij opgenomen is. De tegemoetkoming wordt rechtstreeks door de verzekeringsinstelling uitbetaald aan de rechthebbenden.

4.1.2 Vlaamse financiering

Dagverzorgingscentra kunnen bij erkenning werkingssubsidies krijgen van de Vlaamse overheid. De jaarlijkse subsidie-enveloppe wordt toegekend op basis van de gemiddelde bezettingsgraad (aantal gefactureerde aanwezigheidsdagen, gedeeld door 250) van het werkingsjaar in kwestie. De maximale subsidie-enveloppe per dagverzorgingscentrum bedraagt 35 020,44 euro op jaarbasis (cijfers 2012, info VAZG).

Een dagverzorgingscentrum ontvangt de eerste 3 jaar dat het in aanmerking komt voor subsidiëring, de maximale subsidie-enveloppe, ongeacht de gerealiseerde gemiddelde bezetting. Vanaf het vierde jaar wordt het subsidiebedrag berekend in functie van de gerealiseerde gemiddelde bezetting. Om voor subsidiëring in aanmerking te komen, moet een dagverzorgingscentrum een gemiddelde

⁶⁷ Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 onder artikel 148bis 'de rechthebbenden in centra voor dagverzorging'

⁶⁸ www.vvsg.be

⁶⁹ Bron: Nieuwsbrief nummer 85 van de VVSG (17 februari 2010)

bezettingsgraad realiseren van minstens 7 verblijfseenheden. Een dagverzorging dat een gemiddelde bezettingsgraad van minder dan 7 verblijfseenheden behaalde, krijgt geen subsidies uitbetaald. Een dagverzorgingscentrum dat minstens 10 behaalt, krijgt de maximale subsidie-enveloppe uitbetaald (VAZG).

Eén dagverzorgingscentrum in elke gemeente, dat is de ambitie die minister Vandeurzen zichzelf en de sector stelt. In 2012 was in 117 van de 308 gemeenten minstens één dagverzorgingscentrum aanwezig⁷⁰. Dit is dus nog ruimschoots beneden de doelstelling. Daarom werd het bestaande besluit voor dagverzorgingscentra versoepeld en komt er al een Vlaamse subsidie voor dagverzorgingscentra vanaf een gemiddelde van 4 gebruikers. Daarnaast wordt ook een zogenaamd “CADO”-dagverzorgingscentrum mogelijk, waarbij de combinatie wordt gemaakt van dagverzorging en dienst voor gezinszorg. Het moet daarbij gaan om ‘kleinschalige initiatieven’ waar erkende diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (eventueel samen met andere partners) instaan voor de uitbating. In plaats van één verzorgende bij één gebruiker te laten aanwezig zijn, kan in het dagverzorgingscentrum één verzorgende voor vier gebruikers zorg dragen, waardoor het aantal uren gezinszorg in een individuele relatie beperkt kan worden. Dit wordt alleen door de Vlaamse overheid gesubsidieerd (geen RIZIV-financiering dus, en ontvangen overigens ook geen tussenkomst in de gezinszorg).⁷¹ Het ontwerpbesluit werd op 20 juni 2012 principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

Anno 2014 zijn reeds 188 dagverzorgingscentra erkend door de Vlaamse overheid, waaronder 168 niet conform artikel 51 (ofwel een ‘gewoon’ dagverzorgingscentrum).⁷²

Figuur 4.1 Subsidiebedragen DVC voor 2012 op jaarbasis, per dagverzorgingscentrum

Gemiddelde bezetting	>= 10 verblijfseenheden	>= 9 verblijfseenheden	>= 8 verblijfseenheden	>= 7 verblijfseenheden
Geïndexeerde subsidie-enveloppe	35 020,44	31 819,96	28 619,47	25 420,20

Bron: Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, afdeling ouderenzorg

Alleen non-profit voorzieningen komen in aanmerking voor subsidies.

⁷⁰ Persmededeling van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ‘extra ouderen kunnen genieten van dagverzorging’ (23 juni 2012)

⁷¹ VVSG nieuwsbrief 18 september 2012

⁷² Er bestaan vier soorten dagverzorgingscentra (DVC): een dagverzorgingscentrum niet-conform artikel 51 van de bijlage IX (een ‘gewoon’ dagverzorgingscentrum) en een dagverzorgingscentrum conform artikel 51 van de bijlage IX (een dagverzorgingscentrum uitgebraat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg). Daarnaast zijn er nog palliatieve dagcentra en dagcentra voor chronische zorg.

4.2 Centra voor kortverblijf

4.2.1 Federale overheid

Vanaf 1 juli 2008 is de financieringsnorm voor het personeel kortverblijf gewijzigd. Tot die datum beschouwde het RIZIV de kortverblijfwoonegelegenheden als zuivere ROB-bedden. Vanaf 1 juli 2008 werd de financieringsnorm voor het personeel kortverblijf, ten opzichte van de ROB-norm, verhoogd met 1,4 VTE voor reactivering per 30 bewoners die verblijven in kortverblijf. Deze bijkomende financiering (supplement) werd toegekend ter financiering van de liaisonfunctie die het centrum voor kortverblijf uitvoert tussen de thuissituatie van de oudere en de opname in de voorziening.

Vanaf 1 april 2008 bevat het dagforfait van de woonzorgcentra bijgevolg een nieuw onderdeel G. Deel G van het dagforfait omvat een bijkomende financiering van het kortverblijf van 1,72 euro per plaats en per verblijfsdag (index 117,27). Deze financiering vangt 10 procent onderbezetting in het kortverblijf op. Daarnaast verhoogt vanaf 1 juli 2008 de financieringsnorm voor kortverblijf ten opzichte van de ROB-financieringsnorm. Vanaf deze datum financiert het RIZIV 1,4 VTE personeel voor reactivering per 30 erkende woonegelegenheden bovenop de ROB-financieringsnorm.⁷³

4.2.2 Vlaamse overheid

Centra voor kortverblijf krijgen werkingsubsidies van de Vlaamse overheid, als ze voldoen aan een aantal voorwaarden. Alleen lokale en provinciale besturen, verenigingen zonder winstoogmerk en instellingen van openbaar nut in de zin van de wet van 27 juni 1971 komen in aanmerking voor subsidies. De jaarlijkse subsidie-enveloppe wordt toegekend op basis van het aantal erkende woonegelegenheden op 1 januari van het werkingsjaar in kwestie. De werkingssubsidie bedraagt 2 397,06 euro per woonegelegenheid op jaarbasis, met een maximale subsidie van 10 woonegelegenheden.

Tabel 4.1 Subsidies voor kortverblijf vanuit de Vlaamse overheid, 2012

Aantal erkende woonegelegenheden (wgl)	Geïndexeerde subsidie-enveloppe	Bedrag voorschot 90% van de subsidie-enveloppe	Saldo (10% van de subsidie-enveloppe)
1 woonegelegenheid	2 397,06	2 157,35	239,71
2 woonegelegenheden	4 794,12	4 314,71	479,41
3 woonegelegenheden	7 191,18	6 472,06	719,12
4 woonegelegenheden	9 588,24	8 629,42	958,82
5 woonegelegenheden	11 985,30	10 786,77	1 198,53
6 woonegelegenheden	14 382,36	12 944,12	1 438,24
7 woonegelegenheden	16 779,42	15 101,48	1 677,94
8 woonegelegenheden	19 176,48	17 258,83	1 917,65
9 woonegelegenheden	21 573,54	19 416,19	2 157,35
10 woonegelegenheden	23 970,60	21 573,54	2 397,06

Bron Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Behalve in geval van een uitbreiding van het erkend centrum voor kortverblijf, ontvangt het centrum de eerste 3 werkingsjaren de maximale subsidie-enveloppe, ongeacht de gemiddelde bezetting die gerealiseerd wordt. Voor 2012 is dit 2 397,06 euro per woonegelegenheid.

⁷³ <http://www.vvsg.be/Welzijnsvoorzieningen/woonzorg/Pages/kortverblijf.aspx>

Voor een centrum voor kortverblijf dat meer dan 3 jaar erkend is, is de hoeveelheid subsidies afhankelijk van het aantal woonegelegenheden en speelt de gemiddelde bezetting een rol (gemiddelde bezettingsgraad = aantal gefactureerde aanwezigheidsdagen / (365 x aantal erkende woonegelegenheden)). Om voor subsidiëring in aanmerking te komen, moet een centrum voor kortverblijf een gemiddelde bezettingsgraad realiseren van minstens 50%.

Het aantal woonegelegenheden als centrum voor kortverblijf in het woonzorgcentrum telt mee om te bepalen hoeveel subsidies het woonzorgcentrum kan krijgen voor zijn animatiewerking.

4.3 Centra voor herstelverblijf

Aan de erkenning als centrum voor herstelverblijf zal geen algemene Vlaamse subsidiëring verbonden worden. Dit wordt ook zo vermeld in de memorie van toelichting bij het Woonzorgdecreet. Het RIZIV⁷⁴ heeft echter wel beslist om beperkte middelen vrij te maken om van de Vlaamse erkende centra voor herstelverblijf 6 herstelorden met ieder 60 plaatsen te financieren.

4.4 Serviceflats (nu: assistentiewoningen)

De assistentiewoningen hebben inmiddels de serviceflats vervangen. In het verleden kregen serviceflats echter wel nog een zekere vorm van subsidiëring. Hoe de subsidiëring er in het verleden uit zag en in zekere zin nog verder wordt gecontinueerd (uitdoofscenario), wordt in deze sectie besproken.

De subsidiërende overheid is in principe de Vlaamse Gemeenschap. Er zijn momenteel geen werkmiddelen, noch infrastructuursubsidies, alleen een kleine overheidstussenkomst in geval de initiatiefnemer het serviceflatgebouw in het verleden (gelanceerd in 1995) gebouwd heeft met Serviceflats Invest volgens het BEVAK-systeem⁷⁵. Daarenboven zijn er BTW-voordelen: voor verbouwingen en renovatie van gebouwen gebruikt voor huisvesting van ouderen geldt 6% BTW. Voor nieuwbouw van gebouwen gebruikt voor huisvesting van ouderen geldt het BTW-tarief van 12%.

Voor de BEVAK-subsidiëring van serviceflats sloot de Vlaamse overheid een overeenkomst met Serviceflats Invest. Die overeenkomst geldt voor de bouw van 2 000 serviceflats. Daarna werd de samenwerking met Serviceflats Invest stopgezet. De programmatie van de 2 000 serviceflats was immers sneller dan verwacht bereikt. De subsidiëring via het BEVAK-stelsel (Serviceflats Invest) kwam eind 2008 tot een einde omdat de doelstelling van 2000 te bouwen serviceflats werd behaald.

Een BEVAK is een beleggingsvennootschap met vast kapitaal. De Vlaamse overheid deed er een beroep op om de bouw van serviceflats in Vlaanderen te financieren met privékapitaal. De nv Serviceflats Invest is daarvoor erkend als BEVAK-maatschappij.

De serviceflats worden gebouwd op basis van een opstalrecht. Dat houdt in dat de initiatiefnemer van de serviceflats (een OCMW of vzw) aan Serviceflats Invest toestaat om tegen bepaalde voorwaarden de volle eigendom van de serviceflats te verwerven ("de opstalovereenkomst"). De initiatiefnemer verbindt zich ertoe de serviceflats te gebruiken als erfpachter en de kosten van oprichting terug te betalen aan Serviceflats Invest.

⁷⁴ Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

⁷⁵ www.sfi.be (geraadpleegd op 24 september 2012)

Initiatiefnemers die voor de bouw van hun serviceflats een beroep deden op de BEVAK, worden door de Vlaamse overheid 18 jaar gesubsidieerd.

Het OCMW of vzw die met Serviceflats Invest een project van serviceflats liet oprichten, ontvangt een subsidie van 1 140,43 euro per flat en per jaar, en dit gedurende 18 jaar vanaf de definitieve erkenning van de serviceflats.

Niet alleen ontvingen serviceflats in het verleden subsidies in het kader van BEVAK, maar ook het VIPA kwam in het verleden tussen voor de bouw van serviceflats (Boonen & Pacolet, 2001, p. 209). Vanaf 1990 bestond een alternatieve financiering die 60% kapitaalsubsidie verstreekte, uit te betalen over een periode van vijf jaar. Tussen 1992 en 1998 werden langs deze weg uiteindelijk 4 696 serviceflats gebouwd. Daarna besloot de overheid om via het VIPA meer prioriteit te geven aan de financiering van woonzorgcentra.

Hoofdstuk 5

Financiering naast het regulier systeem

Via een aantal tewerkstellingsmaatregelen draagt de federale overheid ook bij tot de inkomstzijde van de ouderenzorgvoorzieningen.

5.1 Sociale Maribel

De sociale Maribel kent zijn wettelijke basis in het artikel 35, § 5, van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers (B.S. 02 juli 1981) en het koninklijk besluit van 18 juni 2002, houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profitsector. Het doel van de sociale Maribel is het bevorderen van de tewerkstelling in de non-profitsector door de creatie van bijkomende arbeidsplaatsen.⁷⁶ Deze nieuwe werkplaatsen worden gefinancierd via patronale bijdrageverminderingen.

Iedere werkgever die behoort tot de non-profitsector heeft recht op een forfaitaire vermindering van RSZ-bijdragen voor elke (minstens halftijds) tewerkgestelde werknemer. Commerciële zorgvoorzieningen zouden bijgevolg omwille van hun commercieel karakter geen gebruik kunnen maken van deze federale tewerkstellingsmaatregel. Uit documenten van FE.BI blijkt echter dat ook de commerciële voorzieningen in aanmerking komen voor deze federale tewerkstellingsmaatregel (MB van 12 juni 1998)⁷⁷. Het toepassingsgebied van de sociale Maribel werd immers uitgebreid tot alle erkende woonzorgcentra.

Het bevoegde Fonds voor de private welzijnsvoorzieningen is het 'Fonds sociale Maribel 330'. Het Fonds sociale Maribel voor de overheidssector is bevoegd voor de dotatie aan de openbare welzijnsvoorzieningen. De Raad van Beheer van het betreffende Fonds legt de verdeling van de middelen sociale Maribel jaarlijks vast.

De forfaitaire vermindering wordt niet rechtstreeks in mindering gebracht, maar wordt doorgestort aan de RSZ, waarna ze wordt teruggestort naar de verschillende sectorale Fondsen sociale Maribel. De vermindering van de werkgeversbijdragen bedraagt per trimester en per werknemer een *forfaitair* bedrag van 387,83 euro vanaf 1 januari 2011. Vervolgens kan de werkgever een financiële tussenkomst toegekend krijgen van het Fonds om een nieuwe arbeidsplaats te creëren. Hoe meer de werkgever in het laatste jaar brengt, hoe groter ook de dotatie van het Fonds. De werkgever dient, om een tussenkomst te bekomen, zich te richten tot het bevoegde Fonds sociale Maribel met de vraag of een werknemer aangeworven mag worden met de steun van de sociale Maribel. Geen enkele aanwerving mag dus plaatsvinden, voor het Fonds aan de werkgever zijn goedkeuring heeft gegeven.

⁷⁶ <http://www.werk.belgie.be/> (FOD WASO)

Het hoofddoel van de fiscale en sociale Maribel is extra tewerkstelling creëren. Zo verplicht de wetgeving van de fiscale Maribel de diensten om minstens 80% van deze middelen in te zetten voor bijkomende jobcreatie.

⁷⁷ <http://www.fe-bi.org/nl/ouderenzorg/werk/voorwaarden>. Zie MB van 12 juni 1998 tot bepaling van de commerciële rusthuizen die onder het toepassingsgebied vallen van het koninklijk besluit van 5 februari 1997 houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profit sector.

De bijdragevermindering wordt aldus onrechtstreeks alsook voorwaardelijk toegekend. De bijdragevermindering is voorwaardelijk in die zin dat de bijdragevermindering niet altijd cumuleerbaar is met andere bijdrageverminderingen waarop de werkgever recht heeft. Zo ook geniet de werkgever niet automatisch en systematisch van een tussenkomst in het kader van de sociale Maribel.

Nadat het Fonds sociale Maribel een arbeidsplaats heeft toegekend, kan de werkgever op zoek gaan om de post in te vullen. Voor de werknemer sociale Maribel verandert er niets. Vaak weten zij zelfs niet dat ze door het Fonds gesubsidieerd zijn.

De werkgever ontvangt per toegekende arbeidsplaats een financiële tussenkomst van het bevoegde Fonds sociale Maribel die niet hoger kan liggen dan de bruto loonkost (incl. de vergoedingen en (sociale) voordelen) bepaald volgens de wet of CAO van de aangeworven werknemer. Artikel 13 van het koninklijk besluit van 18 juli 2002 legt echter de verplichting op slechts die jobs te financieren met sociale Maribelmiddelen die, wat hun maximale loonkost betreft, niet hoger uitvallen dan 77 607,21 euro per jaar (cijfers 2012 per VTE). Het moet dus gaan om functies die het maximum barema van 1.55-1.61-1.77 (niveau verpleegkundige A1) niet overschrijden.

De federale regering heeft in het verleden, naast de gebruikelijke jaarlijkse verhoging in het kader van de sociale Maribel, een extra bedrag ter beschikking gesteld aan de non-profit sector, de Fiscale Maribel genaamd en verloopt via een vrijstelling van bedrijfsvoorheffing.

Vanaf 2010 werd de bestaande vrijstelling van de bedrijfsvoorheffing van 0,25% van het brutoloon opgetrokken tot 1% (de economische herstelwet van 27 maart 2009). Dit is een uitvoeringsmaatregel van het interprofessioneel akkoord 2009-2010 (private non-profit sector)⁷⁸. Deze algemene verlaging van de fiscale lasten kaderde in een reeks van anti-crisismaatregelen.

Voor de werkgevers die in aanmerking komen voor dotaties vanuit het Fonds sociale Maribel (wettelijke basis K.B. 18 juli 2002) wordt een gedeelte van deze vrijstelling van doorstorting van de bedrijfsvoorheffing toegewezen aan de financiering van de Fondsen sociale Maribel en dus omgezet in bijkomende dotaties aan de Fondsen (0,75% van de bedrijfsvoorheffing gaat met andere woorden naar het Fonds Fiscale Maribel).

Het bedrag wordt, tegelijkertijd met de bedrijfsvoorheffing, door de werkgever doorgestort aan de Schatkist. De Schatkist transfereert de ontvangen bedragen naar de RSZ, die deze vervolgens verdeelt onder de begunstigde Fondsen sociale Maribel. Minimaal 80% van deze middelen zal gebruikt moeten worden voor bijkomende jobcreatie. Deze bijkomende inkomsten komen aldus niet meer van de patronale RSZ-bijdragen maar van de belastingen.

Op 1 januari 2013 zijn er zo door het fonds in de 'sector ouderenzorg' 4 877 halftijdse equivalenten bijkomende tewerkstelling in het kader van sociale Maribel en 379 halftijdse equivalenten tewerkstelling in het kader van fiscale Maribel toegekend.⁷⁹

Ook de openbare werkgevers die een activiteit uitoefenen in verband met gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening of cultuur, kunnen een financiële tussenkomst genieten van het 'Fonds sociale Maribel van de Overheidssector'⁸⁰.

⁷⁸ <http://www.werk.belgie.be/> (sectie werkgelegenheid => anti-crisismaatregelen)

⁷⁹ <http://www.fe-bi.org/nl/ouderenzorg/werk/algemeen>

⁸⁰ http://www.rszppo.fgov.be/nl/werkgevers/tewerkstellingsmaatregelen/sociale_maribel.htm

Het Fonds Sociale Maribel van de Overheidssector heeft, bovenop de gewone dotatie van 305 557 905 euro, een compensatiebedrag gekregen. Deze middelen waren dan wel niet afkomstig van de bedrijfsvoorheffing maar wel van het globaal beheer van de sociale zekerheid, en werden ook onder de noemer 'fiscale Maribel' toegekend. In 2012 werd een bijkomend bedrag van 38 720 000 euro toegevoegd ter compensatie van de fiscale Maribel in de private non-profit sector. De totale dotatie in 2012 van het Fonds sociale Maribel van de overheidssector bedroeg 344 277 905 euro.

5.2 GESCO's

Eind jaren '80 werd de mogelijkheid geboden om via projecten werklozen in dienst te nemen met een financiële tegemoetkoming door de Vlaamse overheid (via de VDAB). De wettelijke basis van dit statuut is de programmawet van 30 december 1988, opzetting van een stelsel van gesubsidieerde contractuelen bij sommige openbare besturen (art. 93-100) en het besluit van de Vlaamse Regering van 27 oktober 1993 tot veralgemening van het stelsel van gesubsidieerde contractuelen.

Gesubsidieerde contractuelen, kortweg GESCO's, zijn personeelsleden voor wie de lokale besturen een premie ontvangen. Dit kunnen gemeenten, verenigingen van gemeenten, de OCMW's, de verenigingen van de OCMW's, etc. zijn. Ook voor de private non-profitsector biedt het GESCO-statuut mogelijkheden. De GESCO's kaderen in een tewerkstellingsprogramma en ontvangen een volwaardig arbeidscontract, in tegenstelling tot PWA-werknemers. GESCO's worden momenteel nog steeds ingezet in de residentiële ouderenzorg, alsook in andere welzijnssectoren (zie rapporten Pacolet, De Wispelaere & De Coninck (2014) en Pacolet, De Coninck & De Wispelaere (2013)).

Ze zijn terug te vinden in twee stelsels: het stelsel van de plaatselijke besturen en het 'veralgemeend stelsel' waaronder ook de private non-profit valt.

De GESCO-premie wordt door het Vlaams Subsidieagentschap voor Werk en Sociale Economie (VSAwSE) uitbetaald. Via GESCO-projecten wil de Vlaamse Overheid arbeidsplaatsen scheppen in de niet-commerciële sector met het doel langdurige en meestal laaggeschoolde werkzoekenden aan een job te helpen⁸¹:

- GESCO in het veralgemeend stelsel van gesubsidieerde contractuelen: de werkgever ontvangt van het VSAwSE voor een gesubsidieerde contractueel een loonpremie. Dit is een vaste premie van 5 035,01 EUR per jaar voor een voltijdse GESCO, bij de indienstname van een niet-langdurig werkloze. Indien men iemand uit de risicogroepen⁸² op de arbeidsmarkt aanwerft als gesubsidieerde contractueel, kan men een hoger premiebedrag ontvangen en varieert van 13 163,15 EUR per jaar voor een voltijdse ongeschoolde tot 21 492,37 EUR (situatie 1 januari 1990 zonder indexering en anciënniteit) per jaar voor een voltijdse universitair;

81 www.werk.be

82 De risicogroepen zijn:

Werklozen die op de dag voor de indiensttreding minstens 1 jaar uitkeringsgerechtigd volledig werkloos zijn;
Niet-werkende werkzoekenden die op de dag voor de indiensttreding minstens 1 jaar als werkzoekende ingeschreven zijn bij de VDAB en maximum een eindexamen, studiegetuigschrift of getuigschrift bezitten van het algemeen, technisch, kunst- of beroepsonderwijs; Kansengroepen; OCMW-steuntrekkers.

- GESCO bij plaatselijke besturen (gemeente, OCMW,...): de werkgever ontvangt voor een gesubsidieerde contractueel een vaste loonpremie van 10 907,32 euro⁸³ of 5 701,55 euro⁸⁴ per jaar voor een voltijdse GESCO.

De werkgever krijgt daarnaast voor elke GESCO een vermindering van de werkgeversbijdragen voor sociale zekerheid (federale materie).

5.3 PWA's

De gemeenten zijn alle verplicht een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap (PWA) op te richten. Deze PWA-werknemers leveren activiteiten die mogen uitgevoerd worden door uitkeringsgerechtigden of personen die van het leefloon of financiële sociale bijstand van het OCMW genieten en die ingeschreven zijn als niet-werkende werkzoekende. Men kan in dit geval niet spreken van een volwaardig werknemersstatuut. PWA-werknemers blijven in se nog steeds werklozen die geen volwaardig werknemersstatuut hebben.

Tot de activiteiten van een PWA-werknemer⁸⁵ behoren onder meer het bieden van hulp voor de opvang of de begeleiding van kinderen, zieken, bejaarden of gehandicapten (o.a. kinderopvang bij de gebruiker thuis, boodschappen doen voor de bejaarden,...). Een voorziening kan beroep doen op deze werknemers, een 'voordeel in kind' dat overigens vanuit de federale overheid komt.

Hoe wordt zo'n PWA-werknemer vergoed? Aangezien de PWA-werknemer in se als een werkloze beschouwd wordt, heeft hij recht op een werkloosheidsuitkering. Naast die werkloosheidsuitkering ontvangt de PWA-werknemer een belastingsvrij bedrag van 4,10 euro per gepresteerd uur en wordt hij betaald via PWA-cheques (anno 2013). Deze vergoeding wordt betaald via de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen (vakbond of Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen), waar de PWA-werknemer zijn PWA-cheques indient. Voor elk gepresteerd uur overhandigt de gebruiker een PWA-cheque aan de werknemer. De aanschafprijs van deze cheques kan variëren per PWA en eventueel op basis van het type van de gevraagde activiteit. De prijs varieert van 5,95 euro tot 7,45 euro per geleverd uur. Zowel particulieren, gemeenten, vzw's, OCMW's, onderwijsinstellingen en andere niet-commerciële verenigingen kunnen dergelijke PWA-werknemers in dienst nemen, mits de activiteit binnen de toegelaten lijst vallen.

PWA-werknemers kunnen onder andere bij vzw's en andere niet-commerciële verenigingen taken verrichten die door hun aard, hun omvang of door hun occasionele aard gewoonlijk door vrijwilligers worden verricht, en die niet tot het dagelijks beheer behoren. Het moet tevens gaan om taken die niet door het gewone personeel of in het gewone arbeidscircuit kunnen verricht worden. Ook de lokale overheden kunnen beroep doen op deze werkkrachten. Particulieren kunnen alsnog van een belastingvermindering van 30% van de waarde van een PWA-cheque genieten. Vzw's en andere verenigingen/organisaties kunnen dit niet in rekening nemen.

⁸³ Voor contracten van voor 2/1/1991 of van na 1/1/1991 voor zover aan een aantal voorwaarden is voldaan (art. 3 Besluit Vlaamse regering van 27/10/1993).

⁸⁴ Voor andere (art. 6 Besluit Vlaamse regering van 27/10/1993)

⁸⁵ www.rva.be

Het PWA beschikt over 3 inkomstenbronnen⁸⁶:

- Een RVA-subsidie in de administratiekosten van het PWA;
- De gebruikers betalen soms inschrijvingsrechten;
- Het aandeel in de PWA-cheques bestemd voor het PWA.

Het PWA ontvangt maandelijks zijn aandeel in de PWA-cheques vanwege de uitgiftemaatschappij (bv. ACCOR). Het bedrag dat overblijft nadat van de nominale waarde van de PWA-cheques het bedrag van 4,10 euro (supplement werkloze) en het bedrag van de administratiekosten (0,11 euro) in mindering werd gebracht, wordt door de uitgever van de PWA-cheques naar ratio van 75% gestort aan de RVA en naar rato van 25% gestort aan het PWA. Deze laatste 25% wordt aangewend voor het dekken van de administratiekosten, voor de terugbetaling van de verplaatsingskosten van de PWA-werknemers en voor het financieren van bv. de opleidingen.

In feite subsidieert de RVA, behalve de werkloosheidsuitkering, het PWA-stelsel niet. De gebruiker betaalt hoofdzakelijk de kostprijs van de dienstverlening. De PWA-cheques kennen echter, omwille van de invoering van het dienstenchequestelsel, een afnemende interesse.

5.4 De inzetbaarheid van GESCO's en PWA's in de residentiële ouderenzorg

Een rapport uit 2011 (Pacolet, De Wispelaere & De Coninck) schetst het beeld van de inzet van PWA-werknemers in de residentiële ouderenzorgvoorzieningen. Het gaat om een bevraging bij de openbare, de private non-profit, en de commerciële voorzieningen.

22% van de *private non-profit* woonzorgcentra (vzw's) heeft in het verleden gebruik gemaakt van PWA-personeel, wat in 2011 gereduceerd werd tot 8 à 10% van de woonzorgcentra, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf. Deze werknemers worden ingezet voor bv. de maaltijdbegeleiding, als logistieke ondersteuning, de cafetaria, het tuinonderhoud, als technische ondersteuning, het vervoer, het onderhoud of animatie. Dezelfde trend wordt opgemerkt voor het gebruik van GESCO-personeel. Ze worden voornamelijk ingezet in de woonzorgcentra (27%), alsook regelmatig in de dagverzorgingscentra (14%). GESCO-personeel wordt in de woonzorgcentra niet enkel ingezet voor het onderhoud, maar tevens vaak als zorgondersteuning.

PWA-personeel komt in 2010 voor in 17% van de *openbare* woonzorgcentra. PWA-personeel voert in beperkte mate tevens activiteiten uit in de serviceflats (9%) en dagverzorgingscentra (8%). Het gebruik van de PWA is in de centra voor kortverblijf ongebruikelijk. Het gebruik van de PWA-diensten kent een negatief verloop in de tijd, wat geldt voor alle werkvormen.

GESCO-personeel wordt in de openbare sector wel veelvuldig ingezet, en dan vooral in de eigenlijke woonzorgcentra. Zo hadden quasi alle openbare woonzorgcentra in het verleden minstens 1 GESCO in dienst. Momenteel maakt nog 90% van deze groep gebruik van GESCO's. In de serviceflats, dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf beperkt dit cijfer zich tot respectievelijk 15, 33 en 47%, wat nog steeds een hoog gebruik impliceert.

Het gebruik van PWA- en GESCO-personeel is in de commerciële sector niet toegelaten.

⁸⁶ RVA (2009), Opdrachten en financiering van het PWA-systeem, RVA-werkgroep beheerscomité RVA, Brussel

Het onderzoek heeft zich beperkt tot de vraag naar de frequentie van het inzetten van PWA- of GESCO-personeel. Het absolute werkvolume en tijd beschikbaar via dit stelsel werd niet in beeld gebracht, maar lijkt beperkt te zijn.

5.5 Dienstenchequestelsel

Het stelsel van de dienstencheques werd ingesteld door de wet van 20 juli 2001 tot bevordering van buurtdiensten en -banen en het K.B. van 12 december 2001 betreffende de dienstencheques. Het werd initieel ingezet ter verhoging van de werkgelegenheidsgraad, ter bestrijding van illegale arbeid, voor de bevrediging van behoeften van zoveel mogelijk personen die anders niet of niet volledig konden worden ingevuld, en ten slotte als ondersteuning van de economische groei door het scheppen van nieuwe activiteiten.

De dienstencheque maakt de laatste jaren meer en meer zijn intrede in de zorgsector. Dat bevestigt ook het rapport van Pacolet, De Wispelaere & De Coninck (2011), dat de huidige en de toekomstige plaats van de dienstencheque in kaart brengt en in vraag stelt, onder meer in de residentiële ouderenzorg. In het rapport wordt vastgesteld dat de aanwezigheid van de dienstencheque in de zorgsector vandaag reeds realiteit is, zo ook, weliswaar beperkt, in de residentiële ouderenzorg.

Sinds het Koninklijk Besluit van 26 januari 2010 is het niet meer toegelaten de dienstencheque in te zetten in 'instellingen voor collectief verblijf'. De dienstencheque wordt in woonzorgcentra met andere woorden niet meer toegelaten ter financiering van de schoonmaak van de woning van de gebruiker, en evenmin voor het wassen en strijken bij de gebruiker thuis. De gebruikers van het dagverzorgingscentra kunnen de dienstencheque echter nog wel inzetten voor het organiseren van het begeleidend vervoer en uiteraard voor hun hulp thuis. Dit wordt opgemerkt bij zowel de vzw's als de openbare voorzieningen (resultaten enquête uit het rapport Pacolet, De Wispelaere & De Coninck uit 2011).

Het komt echter momenteel nog weinig voor, vermoedelijk omdat het enerzijds gedeeltelijk uitgesloten is bij wet, maar ook omwille van de aanwezigheid van GESCO's en PWA's, waardoor het gebruik van goedkope werkrachten zich minder opdringt.

5.6 Generatiepact⁸⁷

In het kader van het Generatiepact zijn middelen voorzien voor de tewerkstelling van jongeren in de social-profitsector. De bedoeling is laaggeschoolde jongeren aanwerven en hen een nuttige opleiding en werkervaring bezorgen.

Voor de dagverzorgingscentra is op Federaal niveau een project voorzien. Binnen dit project wordt de loonkost gefinancierd van jongeren die de leeftijd van 30 jaar nog niet bereikt hebben. Daarnaast streven de sociale partners ernaar om meer allochtone jongeren te werk te stellen in de sector. Zij kunnen ingezet worden rond "extern vervoer" (federaal luik) om het probleem van de toegankelijkheid van sommige voorzieningen proberen op te lossen.

Voor het Vlaamse luik wordt de jongere ingezet voor logistieke en animatie-ondersteunende taken, zoals het begeleiden van ouderen bij de verplaatsing en bij de activiteiten in het centrum, het helpen bij

⁸⁷ <http://www.vivosocialprofit.org/generatiepact-dagverzorgingscentra>

het bereiden, bedelen en toedienen van maaltijden, het aanvullen en vervoeren van materiaal en het ondersteunen van animatieactiviteiten.

In dit kader werden er via de Kamer Ouderenzorg (Maribel) en VIVO respectievelijk 80,25 VTE en 54 VTE verdeeld over de verschillende erkende dagverzorgingscentra in Wallonië, Brussel en Vlaanderen.

5.7 WEP+

Werkervaring of WEP+ is een instrument binnen het Vlaamse arbeidsmarktbeleid dat voor langdurig werkzoekenden een brug wil slaan tussen werkloosheid en reguliere tewerkstelling, door het aanbieden van werkervaring in combinatie met opleiding en begeleiding op en naast de werkvloer. Werkervaring is een tewerkstellingsmaatregel (cfr. bevoegdheid Minister van Werk), maar wordt ook vaak tot de 'sociale inschakelingseconomie' gerekend. Deze maatregel richt zich op doelgroepwerknemers die minstens 24 maanden werkzoekend, of 12 maanden inactief zijn. Er worden geen voorwaarden gesteld met betrekking tot het opleidingsniveau, maar voorrang wordt gegeven aan laaggeschoolden. Organisaties die werknemers tewerkstellen in dit statuut krijgen hiervoor een erkenning als werkervaringpromotor. 28 Vlaamse private non-profit woonzorgcentra zijn werkervaringspromotor. Verschillende werkervaringpromotoren samen kunnen een leerwerkbedrijf oprichten. Om deze werknemers tewerk te stellen kunnen de promotoren beroep doen op financiële tussenkomst in de loonkosten van de tewerkgestelde werknemers, alsook voor de omkadering, begeleiding en opleiding die wordt voorzien. Daarnaast is ook een financiering voorzien indien de werknemer succesvol doorstroomt naar de reguliere economie. Het Vlaams Subsidieagentschap voor Werk en Sociale Economie (VSAwSE) staat in voor deze subsidiëring. De specifieke doelstelling van de maatregel is doorstromen: na 12 maanden (of maximaal 18 maanden) dient de doelgroepwerknemer aan de slag te gaan in een job in de reguliere economie (De Cuyper et al., 2010). De werkervaringspromotor ontvangt enerzijds een loonpremie (maximum 17 900 euro per VTE⁸⁸) en anderzijds een omkaderingspremie (maximum 28% van de loonpremie).

5.8 Aandeel tewerkstellingsmaatregelen in de totale personeelskost

De omvang van de impact van deze tewerkstellingsmaatregelen op de financiering is moeilijk in te schatten. De MARA-analyse van 2012 brengt dit, althans voor de private non-profit, wel in beeld via de gedetailleerde resultatenrekening.

De opbrengstrekening 738 uit de jaarrekening bevat onder meer de tussenkomsten in het kader van de gekende tewerkstellingsmaatregelen en wordt 'recuperatie personeelskosten' genoemd. Deze rekening bevat tevens een gedeelte van de reguliere financiering vanuit het RIZIV, zoals het derde luik en de eindeloopbaanmaatregel.

De recuperatie van de personeelskosten blijkt met meer dan 20% substantieel te zijn. Een groot deel van deze recuperaties bestaat uit de RIZIV-tussenkomst in het kader van de eindeloopbaanmaatregel en het derde luik (>10%). De rest van de recuperaties vloeit voort uit de besproken tewerkstellingsmaatregelen. Ongeveer 4,9% van de personeelskost (klasse 62) vloeit terug in de vorm van opbrengsten in het kader van de sociale Maribel. Omwille van de inzet van GESCO-personeel

⁸⁸ Bedragen van toepassing in 2012

recupereren de vzw-voorzieningen 0,39% van de totale personeelskost. Door de maatregelen WEP+, het Activa-plan en ex-DAC vloeit respectievelijk 0,1%; 0,06% en 0,46% van de personeelskost terug.

Tabel 5.1 Uitsplitsing recuperatie personeelskosten (738) binnen 172 vzw-woonzorgcentra, boekjaar 2012

	In % van de totale loonkost (62-rekening)	In euro per verblijfsdag
Recuperatie RSZ-bijdrage	0,50	0,43
Wetsverzekering	0,05	0,04
Vesofa	0,33	0,28
Sociale Maribel	4,90	4,18
GESCO	0,39	0,33
Activa	0,06	0,05
WEB+	0,10	0,09
Ex DAC	0,46	0,39
Educatief verlof	0,18	0,15
Sociale reclassering	0,16	0,14
Animatiewerking	1,60	1,37
Eindeloopbaan	2,30	1,96
Het derde luik	8,46	7,22
Andere	0,99	0,85
Personeelskosten (62)	100	85,36
Recuperaties personeelskosten (738)	20,47%	17,48

Bron MARA-studie 2013 over boekjaar 2012, een samenwerking tussen Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilius.

5.9 De determinanten van de personeelskost

Alle voorzieningen, die het dagforfait willen factureren, zijn verplicht de sociale akkoorden die zijn afgesloten in het Paritair Comité 330.01.20 (subsector ouderenzorg) of de protocollen die van toepassing zijn voor de openbare besturen toe te passen. De loon- en arbeidsvoorwaarden gelden bijgevolg voor de ganse private sector ongeacht het non- of for-profit karakter van de uitbater. Dit geldt minstens voor het zorgpersoneel (verpleegkundig en verzorgend personeel).

Ter illustratie geven wij de samenstelling van de bruto loonkost van een A2-verpleegkundige in de private sector met een gemiddelde anciënniteit weer, volgens de berekeningen van het RIZIV⁸⁹.

Voor elke kwalificatie komen dezelfde onderdelen aan bod, alleen de bedragen verschillen. De barema's waarmee het RIZIV de tussenkomst in de loonkost berekent zijn dus ramingen van de lonen in de private zorgsector. Hetzelfde resultaat wordt ook voor de publieke ouderenzorgsector toegepast. Ondanks de verschillen in de loonkostenstructuur maakt het RIZIV hier geen andere berekening.

We beschikken niet over dergelijke gegevens over de openbare sector.

⁸⁹ VVSG, 2012, geüpdatet naar 2012

Tabel 5.2 Berekening tussenkomst loonkost van het RIZIV voor een A2-verpleegkundige met 10 jaar anciënniteit

Onderdeel	In euro
Maandlijks geïndexeerd brutoloon x 12	32 113,11
Onregelmatige prestaties	4 412,34
Dubbel vakantiegeld 92% op bruto maandloon, inclusief de onregelmatige prestaties en de haard- en standplaatstoelage	2 814,79
Eindejaarspremie (vast bedrag + 2,5% op bruto maandloon, verhoogd met haard- en standplaatstoelage)	
Haard- en standplaatsvergoeding	1 129,62
Patronale lasten: 34,67% op alle looncomponenten	189,19
De jaarlijkse premies	13 388,45
De jaarlijkse attractiviteitspremie	189,08
Twee bijkomende dagen verlof	583,47
Wetsverzekering arbeidsongevallen 0,91% op bruto jaarsalaris	285,45
Een tussenkomst in de kost voor sociaal secretariaat	292,23
Interbedrijfsgeneeskundige dienst	227,66
Vervoerskosten	113,64
Beroepskledij	321,61
Totaal jaarlijkse gemiddelde loonkost A2-verpleegkundige	56 353,5

Bron VVSG, 2012, geüpdatet naar index 1 maart 2012

Uit de MARA-analyse van het boekjaar 2012 blijkt dat de personeelskost in de vzw-voorzieningen ongeveer 72,82% van de gecorrigeerde omzet⁹⁰ bedraagt (mediaan 2012). Uiteraard kunnen grote verschillen optreden bij meer of minder uitbestede diensten ('outsourcing').

Volgende deze studie gaat bijna 28% van de totale loonkost naar het verplegend personeel en 35% naar het verzorgend personeel. 69% van de loonkosten gaat naar het zorgpersoneel (paramedisch, verpleegkundig en verzorgend personeel). De overige 31% van de personeelskost gaat naar de ondersteunende diensten.

⁹⁰ De gecorrigeerde omzet wordt omschreven als de sommatie van de omzet (70), de subsidies in kapitaal en interesten (736), de werkingssubsidies (737), de werkingssubsidies en recuperatie personeelskosten (738) en de recuperatie loonkosten (747). Het corrigeert onder meer de 'vergoeding ten gunste van derden', zoals de aanrekening van medische kosten. Het betreft elke uitgave die de voorziening betaalt op naam van de bewoner en die door de bewoner wordt terugbetaald aan de voorziening.

Tabel 5.3 Verdeling van de totale personeelskost (62-rekening) naar functiecategorie (steekproef 144 vzw-zorgvoorzieningen, boekjaar 2012), in percentage (%)

	In %
Medische	0,06
Paramedisch	6,82
Verplegend	27,58
Verzorgend	34,70
Animatie	2,61
Administratie	6,33
Keuken	5,76
Onderhoud	9,17
Andere	6,97

* Niet alle voorzieningen konden deze informatie opleveren. Deze informatie werd verzameld via het sociaal secretariaat.

Bron MARA-studie 2013 over boekjaar 2012, een samenwerking tussen Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus.

De loonkost uitgedrukt per VTE over de verschillende personeelsgroepen wordt in onderstaande tabel samengevat. De kostprijs van het verplegend personeel ligt aan de hoge kant en dat is mede te wijten aan de vele onregelmatige uren die zij presteren.

Tabel 5.4 Kostprijs (incl. patronale lasten) per VTE over de verschillende personeelsgroepen, op jaarbasis (2012), steekproef van 144 vzw-voorzieningen

	In euro per VTE
Paramedisch	58 110
Verplegend	65 300
Verzorgend	48 580
Animatie	50 160
Administratie (incl. directie)	73 250
Keuken	41 610
Onderhoud	38 640

* Niet alle voorzieningen konden deze informatie opleveren. Deze informatie werd verzameld via het sociaal secretariaat.

Bron MARA-studie 2013 over boekjaar 2012, een samenwerking tussen Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus.

Hoofdstuk 6

Dagprijs in de residentiële ouderenzorg

6.1 De dagprijs

De bewoner betaalt per dag een door het woonzorgcentrum vastgelegde prijs voor zijn verblijf. De dagprijs dient om de zogenaamde hotelkosten in het woonzorgcentrum te betalen, zoals het verblijf in de kamer, de maaltijden, het onderhoud, de administratie, de animatie, etc.

In de praktijk wordt ook een deel van de zorg (bovennormpersoneel) gefinancierd via de dagprijs. Het woonzorgcentrum factureert het RIZIV-forfait aan het ziekenfonds dat als doorgeefluik fungeert tussen het RIZIV en het woonzorgcentrum. Hiermee komt het RIZIV de bewoner voor een stuk financieel tegemoet. Soms wordt geargumenteed dat zij de zorgkost zou moeten compenseren. In de praktijk is het zo dat de zorgforfaits die het RIZIV uitkeert, zelfs niet volstaan voor het woonzorgcentrum om voldoende verplegend en verzorgend personeel in dienst te nemen. Woonzorgcentra hebben doorgaans meer (zorg)personeel in dienst dan de norm hen oplegt. De loonlasten van de verpleegkundigen en verzorgenden die het woonzorgcentrum niet kan betalen met de toelage van het RIZIV, worden in de dagprijs verrekend. Ook dit onderdeel valt dus ten laste van de bewoners.

Samen met het RIZIV-forfait vormt de dagprijs een belangrijk deel van de inkomsten van de voorziening. De aangerekende dagprijs varieert niet naargelang de zorgbehoefte van de bewoner, maar varieert op criteria zoals comfort (één- of tweepersoonskamer of de oppervlakte van de kamer, het uitzicht, de accommodatie in de kamer, de oppervlakte aan gemeenschappelijke ruimtes), maar ook de regio van het woonzorgcentrum speelt een belangrijke rol. Hoe duurder de woonprijzen in de regio, hoe hoger de dagprijs (Pacolet & Cattaert, 2004; Pacolet et al., 2012). De dagprijs bevat bovendien geen armoedetoets of een correctie van de koopkracht van de gebruiker.

De inning gebeurt door de voorzieningen zelf, maar een woonzorgcentrum bepaalt zijn dagprijs⁹¹ niet volledig vrij. Er wordt een overheidscontrole uitgevoerd op de dagprijs (Vlaamse bevoegdheid). Daarenboven moet iedere prijsverhoging worden goedgekeurd door de FOD Economie⁹². De dagprijs kan echter wel op een eenvoudige manier geïndexeerd worden (artikel 5 van het MB van 1 september 2005⁹³). Er bestaat tevens een vereenvoudigde procedure voor de woonzorgcentra die hun prijzen enkel administratief aanpassen door de vroegere supplementen naar de dagprijs door te rekenen. Dit kan enkel als het niet om een prijsverhoging, maar om een prijsaanpassing gaat.

In het Vlaamse Gewest was in 2009 het gemiddelde RIZIV-forfait iets groter dan de gemiddelde dagprijs waardoor, althans voor deze regio, de tussenkomst via het RIZIV gemiddeld genomen groter is dan de persoonlijke bijdrage van de bewoners (FOD Economie, 2009).

⁹¹ In bijlage I van het Ministerieel Besluit van 14 februari 2007 wordt opgesomd wat in de dagprijs moet opgenomen worden en wat als extra vergoeding of als voorschot van derden geldt.

⁹² Ministerieel besluit houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor ouderenopvang, FOD Economie, K.M.O. Middenstand en Energie, 12 augustus 2005.

⁹³ Ministerieel besluit houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaardenopvang (1 september 2005)

6.2 Supplementen

Voor sommige diensten en leveringen wordt een extra vergoeding gevraagd. Sommige diensten en leveringen geven namelijk aanleiding tot een extra vergoeding.⁹⁴ Deze lijst met 'supplementen' wordt uitdrukkelijk bepaald door de Vlaamse overheid⁹⁵ en kan enkel worden aangerekend als het individuele en persoonlijke uitgaven betreft, zoals persoonlijke was, kapper, pedicure, medicatie, remgeld, etc. Heel wat verzorgingsmateriaal wordt bijvoorbeeld vergoed via het RIZIV-dagforfait en mag bijgevolg niet doorgerekend worden aan de bewoner.

De woonzorgcentra dienen, in navolging van het tweede protocolakkoord (2003), de meeste supplementen betreffende de woon-, zorg-, leef- en beleidsfunctie in de dagprijs op te nemen (FOD Economie, 2009). Over de supplementen die verplicht moeten worden opgenomen in de dagprijs, werd een lijst opgesteld dat in bijlage van het tweede Protocol⁹⁶ te vinden is. Kleine gewestelijke verschillen zijn daarbij mogelijk.

Onder 'een vergoeding ten gunste van derden' wordt elke uitgave verstaan die de voorziening betaalt op naam van de bewoner en die door de bewoner wordt terugbetaald aan de voorziening. Het is geen zuiver supplement, maar de bewoner dient deze uitgaven wel te betalen. Zo maken de kinesiotherapieverstrekkingen geen deel uit van de dagprijs. Woonzorgcentra zijn echter niet verplicht vergoedingen ten gunste van derden aan te rekenen. Mogelijk worden deze items ook in de dagprijs opgenomen.

6.3 Een evaluatie van de gebruikersbijdragen in de welzijnssectoren

Het Rekenhof (2013) onderzocht recent de gebruikersbijdrageregeling in verschillende welzijnssectoren, met name de sector voor personen met een handicap, bijzondere jeugdzorg, gezinsbeleid, het maatschappelijk welzijnsbeleid en de thuis- en gezondheidszorg, en de verschillen onderling. De residentiële ouderenzorg werd niet nader bekeken, gezien de bevoegdheid van de dagprijs toen nog op het federale niveau lag.

In de welzijnssector worden verschillende gebruikersbijdrageregelingen gehanteerd. Meerdere correctiemechanismen zijn daarbij mogelijk.

In de welzijnssector worden volgens het Rekenhof (2013) 5 soorten mechanismen gehanteerd die rekening houden met de draagkracht van de gebruiker:

- Een correctie op basis van de gezinssamenstelling;
- Een inkomensafhankelijke gebruikersbijdrage;
- Een correctie op basis van de zorgintensiteit van de gebruiker;
- Sociale tarieven;
- Een systeem van een gevrijwaard minimum inkomen.

94 Ministerieel Besluit van 9 december 2009 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de woonzorgcentra

95 Ministerieel besluit van 14 februari 2007 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de rusthuizen.

96 Bijlage bij het aanhangsel 5 bij het Protocol 2 van 1 januari 2003 inzake de prijzen die toegepast worden in de instellingen voor opvang of huisvesting van ouderen.

Zo wordt in de thuiszorg een gebruikersbijdrage aangerekend op basis van de gezinssamenstelling en gezinsinkomen. In de woonzorgcentra daarentegen wordt een dagprijs aangerekend dat geen verband houdt met het inkomen of zorgbehoefte van de bewoner, maar eerder afhankelijk is van de prijszetting van de voorziening, de grootte van de kamer, het comfort of luxe-element van de kamer, één- of tweepersoonskamer, regio, etc. Een correctie bijvoorbeeld op basis van de draagkracht van de gebruiker wordt in de residentiële ouderenzorg niet toegepast, wat wel frequent voorkomt in de andere welzijnsdomeinen. Een uniforme toepasbaarheid van een gebruikersbijdrageregeling is nog veraf, maar dient men echter wel in acht te nemen gezien de residentiële ouderenzorg in het kader van de 6^{de} staatshervorming onder de Vlaamse bevoegdheden wordt opgenomen. Men dient naar de toekomst toe deze subsidieregelingen te herbekijken en waar nodig te harmoniseren en op elkaar af te stemmen, zodat geen discriminatie optreedt naar de gebruikers toe (Rekenhof, 2013).

Het rapport klaagt tevens aan dat de regelgeving binnen de besproken welzijnssectoren onvoldoende formuleert wat inbegrepen zit in de gebruikersbijdrage en wat niet (cfr. supplementen). Het is daarnaast mogelijk dat gelijkaardige gebruikers voor een gelijkaardige dienstverlening verschillende bijdragen moeten betalen, wat tevens aan de kaak wordt gesteld door het Rekenhof. Ze pleiten voor het wegwerken van de inconsistenties in de welzijnssector (correctiemechanismen, hoogte van de bedragen, definitie gebruikersbijdrage en supplementen,...), wat betreft de toepassing van de gebruikersbijdrageregeling.

Tenslotte rapporteert het Rekenhof dat geen enkel welzijnsdomein beschikt over actuele en volledige gegevens over de geïnde gebruikersbijdragen of het aantal gebruikers. Dit gegeven trachten wij evenwel in dit rapport voor de residentiële ouderen in kaart te brengen, gezien de dagprijs een wezenlijk onderdeel is van de financiering van de voorzieningen.

In welke mate ligt de persoonlijke bijdrage in lijn met de andere gangbare bijdragen in de welzijnssectoren? Een belangrijke vraag luidt dan ook hoeveel procent van de totale kostprijs van de voorziening per dag wordt gedragen door de dagprijs? Hoeveel dient de bewoner met andere woorden op tafel te leggen, in verhouding met de tussenkomst van de overheden. In 2009 lag dit cijfer op ongeveer 40%. Is dit hoge percentage geëvolueerd ten voordele of ten nadeel van de bewoner? Dit trachten we in het analyseluik, gebruikmakend van onder meer recente data (2012) vanuit de FOD Economie, te achterhalen. Men dient verder in rekening te nemen dat de Vlaamse Zorgverzekering met een forfaitair bedrag van 130 euro per maand tegemoet komt in de niet-medische kosten van alle bewoners in een woonzorgcentrum. Dit compenseert een gedeelte van de lasten met betrekking tot de dagprijs en supplementen.

6.4 De hoogte van de dagprijs

De cijfers uit 2012 van de FOD Economie brengen de huidige dagprijzen naar initiatiefnemer in kaart en worden ingedeeld naar juridisch statuut van de initiatiefnemer. De indeling wijkt vervolgens af van datgene dat wij in dit rapport gebruiken (gebaseerd op het economisch statuut).

De dagprijs van de twee private spelers (non-profit en for-profit) is nagenoeg gelijk. In het verleden lag de gemiddelde dagprijs van de commerciële voorzieningen lager dan dat van de vzw's. Anno 2012 zijn de dagprijzen naar elkaar aan het toegroeien. De openbare voorzieningen afficheren een dagprijs die gemiddeld 3 euro lager ligt.

West-Vlaanderen is de goedkoopste regio voor de vzw's, waar in Limburg de laagste dagprijzen voor de openbare en de commerciële voorzieningen worden geregistreerd. De duurste regio is de provincie Antwerpen, gevolgd door Vlaams-Brabant. Let daarnaast op de grote spreiding. De hoogste dagprijzen liggen meer dan dubbel zo hoog als de goedkoopste aangeboden kamers.

Tabel 6.1 Dagprijzen (rekenkundig gemiddelde) van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2^{de} kwartaal van 2012, in euro per dag.

	OCMW		Vzw		Commercieel		Totaal	
Antwerpen	51,5	(N=52)	53,4	(N=106)	51,0	(N=43)	52,4	(N=201)
Limburg	43,7	(N=23)	49,1	(N=38)	46,1	(N=24)	46,8	(N=85)
Oost-Vlaanderen	44,9	(N=63)	48,4	(N=90)	47,2	(N=34)	47,0	(N=187)
Vlaams-Brabant	47,7	(N=10)	51,1	(N=27)	49,1	(N=19)	49,8	(N=56)
West-Vlaanderen	44,1	(N=59)	46,8	(N=79)	48,6	(N=18)	46,0	(N=156)
Vlaanderen – rekenkundig gemiddelde	46,5	(N=225)	49,9	(N=369)	48,5	(N=158)	48,6	(N=752)
Vlaanderen – gewogen gemiddelde	47,1		49,9		49,2		48,8	
Vlaanderen - min	30,5		30,7		33,8		30,5	
Vlaanderen - max	64,2		78,4		68,0		78,4	

* Op het niveau van het woonzorgcentrum werd het rekenkundig gemiddelde van een standaard eenpersoonskamer meegenomen. Op het niveau van Vlaanderen wordt de gemiddelde dagprijs gewogen op basis van het aantal woongelegenheden per woonzorgcentrum.

** Ook in 2001 (Pacolet et al, 2004) en 2010 (Pacolet et al., 2012) is die rangorde dezelfde. De vzw's zijn het duurste, gevolgd door de commerciële sector en dan de openbare voorzieningen.

Bron FOD Economie, prijzendienst, 2012

De dagprijs van de voorzieningen loopt sterk uiteen en hangt af van verschillende elementen, zoals de graad van zorgbehoevendheid, beheersinstantie, de concurrentie, nieuwbouw, de ligging, de regio, de kwaliteit,... zo bleek reeds uit een studie uit 1996 over de dagprijsverschillen in de sector (Bogaert & De Prins, 1996). Naast voorgenoemde elementen haalt de analyse van de 'feed-back' enquête Volksgezondheid in de rust- en verzorgingstehuizen (Pacolet & Cattaert, 2004, p. 36) aan dat de dagprijs ook gedetermineerd wordt door de volgende factoren: de grootte van de voorziening, de aangerekende supplementen, de personeelsomkadering, , etc.

Relatief gezien daalde afgelopen boekjaren het aandeel van de dagprijs in de omzet (FOD Economie, 2012). Dit werd veroorzaakt door de sterkere stijging van het RIZIV-dagforfait sinds 2008. Het aandeel van de dagprijs in de omzet lag in 2009 op 48,35% en zakte in 2011 tot 46,90%. De dagprijs, uitgedrukt ten opzichte van de totale werkingsopbrengsten, komt neer op 37,6%. Dit is het aandeel dat de gebruiker in 2012 betaalt in de totale kostprijs van de zorg binnen de residentiële setting, wat significant hoger ligt dan bijvoorbeeld in de thuiszorg. Alleen dat is al een indicator dat er onderfinanciering blijkt, zelf al beperkt men zich tot de zorgkost. Het spreekt voor zich dat de eigen bijdrage van de gebruikers, de dagprijs, een belangrijke factor is in de betaalbaarheid voor de gebruikers van de residentiële ouderenzorg. Wij gaan niet dieper in op dit probleem van betaalbaarheid, omdat wij het perspectief van de voorziening aannemen. Tussen beide is er uiteraard een wisselwerking. Als de ziekteverzekering bepaalde kosten onvoldoende ten laste neemt, riskeert de kost afgewenteld te worden op de gebruiker die dan zelf in problemen kan komen.

Hoofdstuk 7

Residentiële ouderenzorg versus de thuiszorg

In het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en zelfs in het kader van dit lange termijn onderzoek werd in 2013 een studie uitgevoerd over de financiering van de thuiszorgdiensten (Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013). Dit rapport sluit hierbij aan, wat een nauwe vergelijking tussen de verschillende sectoren mogelijk maakt. De twee studies brengen alvast heel wat tegenstrijdigheden naar voor. In het kader van de 6^{de} staatshervorming zal Vlaanderen geconfronteerd worden met de financiering van beide welzijnssectoren. De thuiszorg heeft Vlaanderen reeds in volle verantwoordelijkheid; de residentiële ouderenzorg binnenkort. Als beide sectoren, die overigens sterke overlappings hebben qua takenpakket, onder dezelfde bevoegdheid vallen, dienen de financieringssystemen grondig gerevalueerd en eventueel geharmoniseerd te worden. De overheidssubsidiëring dient immers identiek te zijn voor dezelfde zorgpakketten ongeacht de plaats (intra-, trans- of extramuraal) waar men wordt verzorgd. Een vergelijking met de financiering van de thuiszorgvoorzieningen laat een ander beeld zien. Dit spanningsveld trachten we in onderstaande tabel weer te geven.

De financiering van de residentiële ouderenzorg lijkt in eerste instantie verder te staan dan de thuiszorg, wat de dekking van bepaalde kosten betreft, maar vooral de modaliteiten zijn verschillend ten aanzien van de voorziening en de gebruiker.

Onderstaande tabel bevat enkele belangrijke verschillen tussen het financieringsmechanisme van toepassing voor de residentiële ouderenzorg enerzijds en de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg anderzijds.

Tabel 7.1 Een vergelijking tussen het financieringsmechanisme van de residentiële ouderenzorg en gezinszorg

Kenmerk	Residentiële ouderenzorg	Thuiszorg – luik gezinszorg
Indicatiestelling	KATZ-schaal	Bel-Score
Anciënniteit personeel	Compensatie via 7 schalen	Geen compensatie. Gemiddeld forfait voor de hele sector voorzien.
VAP-dagen of ADV-dagen	Gecompenseerd via de eindeloopbaanmaatregel (RIZIV) – tussenkomst (= kostprijs vervanging). De kostprijs van de premie wordt via het dagforfait vergoed.	Geen transparante tussenkomst. Sociale Maribellers, gelijkgestelde uren binnen het urencontingent, toeslag. Ontoereikend? De kostprijs van de premie wordt niet echt opgevangen omdat per gepresteerd uur gesubsidieerd wordt.
Sociale Maribel	Bijkomende arbeidskrachten, zoals het ook werd beoogd. Ze mogen niet ingezet worden als vervangende werknemers omwille van de ADV-dagen.	Inzet arbeidskrachten Sociale Maribel om de VAP-dagen te compenseren, wat impliceert dat er geen bijkomende arbeidskrachten zijn.
Dagprijs/gebruikersbijdrage	Keuze wordt forfaitair vastgelegd door het woonzorgcentrum. Prijs niet afhankelijk van de zorgbehoefte, maar van de kenmerken van de kamer en regio.	Gebruikersbijdrage wordt gedifferentieerd naar inkomen en gezinssamenstelling. Bijdragen worden niet gesolidariseerd tussen de diensten.
Aandeel gebruikersbijdrage ten opzichte van de totale financiering	Ligt op ongeveer 40%.	Ligt ongeveer op 15% (luik gezinszorg) ⁹⁷ .
Berekening vergoede uren personeel	De jaarlijkse vakantie, feestdagen, dagen klein verlet, inhaalrustdagen en ziekteperiodes worden gedekt door een gewaarborgd loon en worden gelijkgesteld aan gepresteerde dagen. De uren van vrijstelling van arbeidsprestaties zijn inbegrepen in de berekening van een VTE.	Geplafonneerde opname van de VAP-dagen als gelijkgesteld (en dus gesubsidieerd) uur. De gelijkgestelde uren behoren tot het gesubsidieerd urencontingent dat geplafonneerd wordt. Meer gelijkgestelde uren betekent ook minder uren die kunnen gepresteerd worden bij de gebruiker. Ook de ziekteperiodes e.d. worden niet gedekt in het financieringsmechanisme.

Bron Wetgevend kader residentiële ouderenzorg en rapport over de financiering van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg (Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013)

Enkele kritische reflecties op het huidige financieringssysteem zijn:

1. Tot op heden bestaat nog steeds een ongelijke overheidssubsidiering voor identieke zorgvormen, waarvan de ROB/RVT discriminatie de belangrijkste is. Voor een C-zorgprofiel, gefinancierd op basis van een ROB-bed, ontvangt de voorziening nog steeds een lager forfait dan wanneer zij op basis

⁹⁷ De aanvullende thuiszorg kent een gebruikersbijdrage van ongeveer 20%. Deze cijfers gelden voor de private diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg. In de openbare sector ligt de gebruikersbijdrage nog lager, mede omdat de lokale besturen meer bijdragen. Cijfers 2012 uit Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013.

van een RVT-bed zou gefinancierd zijn (omwille van de lagere zorgomkadering). De reële zorgvraag van een C-zorgprofiel hangt echter niet af van de financiering op basis van een ROB of RVT-bed. Dient naar de toekomst toe het onderscheid tussen een ROB/RVT-bed niet herbekeken te worden? Is de graad van zorgbehoevendheid geen adequate factor voor de berekening van de kostprijs? Het bestaande onderscheid tussen ROB en RVT is voorbijgestreefd. Immers, de huidige woonzorgcentra zullen evolueren naar echte verzorgingscentra waarbij de focus vooral op de verzorging van de zwaar zorgbehoevenden zal komen te liggen. De overige (laag) zorgbehoevenden zullen namelijk bij voorkeur aan de hand van ambulante zorgvormen worden ondersteund. Zo luidt ook de boodschap in het Vlaams ouderenbeleidsplan 2010-2014 dat opgesteld werd binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

2. De onderfinanciering beperkt zich niet louter tot de B- en C-profielen (de zwaar zorgbehoevenden), gefinancierd op basis van een ROB-bed. We hebben reeds in een oefening geconstateerd (sectie 3.2.5) dat de grootste onderfinanciering zich bevindt bij de O- en A-zorgprofielen waarbij het RIZIV slechts een beperkt aantal voltijdsequivalenten financiert (0,25 en 2,25 VTE), maar Vlaanderen 5 VTE per 30 bewoners oplegt als erkenningsnorm. Indien verondersteld wordt dat de Vlaamse personeelsnormen de wenselijke zorgtijd is, dan kent de sector anno 2012 een onderfinanciering van 12% omwille van de onderfinanciering van O- en A-zorgprofielen. Dat is niet min. We dienen echter op te merken dat de Vlaamse personeelsnormen mogelijk overschat zijn. Het nodigt uit tot een herijking van de huidige personeelsnormen.
3. Uit punt 1 en 2 kan afgeleid worden dat niet alle zorgkosten gedekt worden. De dagforfaits van het RIZIV dekken niet de kostprijs van het zorgpersoneel, maar slechts van het zorgpersoneel dat binnen de personeelsnorm valt. Het (sterk aanwezige) bovennormpersoneel wordt slechts gedeeltelijk vergoed. De collectieve financiering zou minstens de zorgkost moeten dragen.
4. Indien naar de toekomst toe de optie persoonsvolgende financiering verder bekeken wordt ter vervanging van de huidige instellingsfinanciering, dient men de kostprijs per zorgbehoevendheidsgraad te kennen. Dit kan door een proefproject op te starten waarbij aan tijdsregistratie wordt gedaan van het zorgpersoneel. De tijdsregistratie laat toe na te gaan hoeveel en welke zorg er per zorgbehoevendheidsgraad werkelijk wordt toegediend en niet wat de personeelsnorm voorschrijft, want dat zou tot foute conclusies leiden. De personeelsnorm dekt immers de werkelijke zorgbehoeften niet. Bovenop de kostprijs van het zorgpersoneel wordt vervolgens een vaste component van de ondersteunende diensten toegevoegd, wat resulteert in de totale personeelskost per zorgbehoevendheidsgraad.
5. De overheidssubsidiëring dient identiek te zijn voor dezelfde zorgpakketten ongeacht de plaats (intra-, trans- of extramuraal) waar men wordt verzorgd. Een vergelijking met de financiering van de thuiszorgvoorzieningen laat een ander beeld zien. De 6^{de} Staatshervorming vormt een opportuniteit om de twee sectoren op elkaar af te stemmen.
6. De indicatiestelling tussen de verschillende welzijnssectoren wordt bepaald aan de hand van verschillende schalen. Zo gebruikt men in de residentiële ouderenzorg de KATZ-schaal, terwijl in de thuiszorg de Bel-score wordt toegepast. Dient men, in het kader van toekomstige intensievere samenwerkingsverbanden bij voorkeur niet met dezelfde vocabularia te spreken? Kan daarnaast de indeling in zorgprofielen de werkelijke zorggraad meten en de daaraan verbonden kostprijs van de bewoner? Bestaan er geen duidelijke verschillen binnen dezelfde zorgprofielen, naar zorgbehoefte toe? Dit staat reeds lang ter discussie (Boonen & Pacolet, 2001, p. 242). Zo blijkt ook

uit een praktijkonderzoek uit 2001 rond de zorgactiviteiten in woonzorgcentra. De KATZ-schaal blijkt een ruime indeling te zijn met heel wat variatie binnen één forfait. Met het onderscheid tussen een persoon met en zonder dementie in het RIZIV-forfait gaat het alvast de goede richting uit (cfr. nieuwe zorgcategorie D). Personen met dementie vereisen namelijk een aangepaste verzorging en begeleiding. We verwijzen hierbij naar de BelRAI-experimenten in opdracht van de FOD Volksgezondheid waar op zoek wordt gegaan naar een uniforme registratie van cliëntengegevens uit verschillende zorgsettings.⁹⁸

7. De hoogte van de dagprijs en het daaraan gekoppelde aandeel van de bewoner in de totale kostprijs van de verzorging dient tevens nader bekeken te worden, of althans onder controle gehouden te worden. Momenteel wordt in de residentiële setting ongeveer 40% van de kostprijs van de verzorging door de bewoner zelf gedragen (MARA-studie⁹⁹, 2012), in tegenstelling tot de persoonlijke bijdrage van gezinszorg dat slechts 15% van de totale kostprijs bedraagt (Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013). Het is een belangrijk aandachtspunt omdat het bovendien niet los staat van de overheidsfinanciering. Immers, een tekort aan financiële middelen wordt op de bewoner verhaald onder de vorm van hogere dagprijzen, die ze behoudens controle en regelgeving van de Prijzendienst (FOD Economie) vrij kunnen bepalen. Het moet vermeden worden dat de bewoner het gelag betaalt van de tekortkomingen op macro-niveau. Immers, de financiële draagkracht van de bewoner is verschillend en voor heel wat ouderen beperkt.

De cijfers dienen echter verder genuanceerd te worden. De componenten die de gebruikersbijdrage in de residentiële ouderenzorg zou moeten dekken zijn heel wat uitgebreider. In de thuiszorg is de gebruikersbijdrage eerder een bijdrage voor de zorgcomponent. Zorg is in de thuiszorg immers de enige dienstverlening. In de residentiële ouderenzorg bevat de dagprijs hoofdzakelijk een bijdrage voor de woon- en leefcomponenten inherent aan de dienstverlening, meer bepaald een vergoeding voor de huisvesting (de kamer en het onderhoud), voor de animatie, voor de voeding, de energiekosten, en andere. Om deze twee systemen op elkaar af te stemmen dient uiteraard rekening gehouden te worden met het aandeel woon- en leefkosten in de dagprijs van de woonzorgcentra. Maar ook daar is het niet eenduidig of de thuiszorg niet verder staat dan de residentiële zorg. Huishoudelijke hulp, warme maaltijden, tot en met de dienstencheque, zijn woon- en leefkosten die in de thuiszorg wel in aanmerking komen voor subsidie. In de residentiële zorg moet men die verhalen binnen de dagprijs. Ondanks de nieuwe benaming, en het accent dat in het WZC ook komt te liggen op de wooncomponent, is deze residentiële zorgsetting vooralsnog of zelfs minder een woonsetting. Het onderscheid leefkosten/zorgkosten mag echter geen alibi zijn om zich als overheid vrij te kopen in de financiering van de zorg. Financiering van de zorg gebeurt door de ziekteverzekering of hier de verzekering voor de langdurige zorg.

⁹⁸ BelRAI is een Belgisch pilootproject voor een uniforme en online registratie van cliëntgegevens in de thuiszorg, in de residentiële zorg en in de acute ziekenhuiszorg in een streven naar een betere informatiedoorstroming en zorgkwaliteit.

⁹⁹ Sectorstudie financiering van de residentiële ouderenzorg, een samenwerking tussen Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus

- DEEL 2 -
EMPIRISCH LUIK

Hoofdstuk 8

Dataverzameling

8.1 Doelstelling

In deze studie wordt op zoek gegaan naar de structuur van de resultatenrekening en de kostprijdsdeterminanten van een woonzorgcentrum, eerder dan de financieringsstromen naar subsidieverlener te kwantificeren. Voor dit laatste zijn er te weinig details beschikbaar.

De verschillen in kostprijs van een woonzorgcentrum kunnen verklaard worden door een aantal elementen. Determinanten zoals de grootte van de voorziening, de eigendomsstructuur, de zorgbehoevendheidsgraad van de bewoners, de personeelsomkadering en het financieringsmechanisme (ROB/RVT-bedden) worden onderzocht naar hun impact.

Het feitelijke onderzoek naar de kostprijdsdeterminanten vertrekt van individuele informatie per (groep van) woonzorgcentra die beschikbaar zijn in de boekhouding, en anderzijds van enkele administratieve bestanden. De administratieve gegevens bevatten vooral personeelsgegevens en gegevens over de zorgbehoevendheid van de bewoners.

Een eerste stap in de analyse is het verzamelen van relevante data. Dit hoofdstuk beschrijft deze zoektocht en de uiteindelijke constructie van een 'minimale dataset' met zijn sterktes en (boekhoudkundige) beperkingen.

8.2 Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

8.2.1 Toelichting beschikbare data binnen het Kenniscentrum WVG

Via CORVE, de Coördinatiecel Vlaams e-government, die de Vlaamse overheidsdiensten en lokale besturen bij het realiseren van e-governmentprojecten ondersteunt, heeft het Kenniscentrum WVG verschillende jaarrekeningen van de zorgaanbieders verzameld (balans, resultatenrekening, sociale balans). CORVE haalt op zijn beurt de gegevens op via de Balanscentrale van de Nationale Bank van België en de Kruispuntbank.

Tot op heden betreft het de verzameling van de jaarrekeningen van alle private zorgvoorzieningen die Vlaamse subsidies ontvangen, weliswaar op koepelniveau (ondernemingsnummer), van de periode 2009 tot en met 2012. Commerciële uitbaters vallen in het overzicht van het Kenniscentrum WVG doorgaans uit de boot, omdat zij niet in aanmerking komen voor de Vlaamse subsidies (animatie- en investeringssubsidies). Via het KBO-nummer van de voorzieningen, kunnen echter via CORVE *alle* financiële jaarrekeningen van de private zorgaanbieders bijkomend opgevraagd worden, zo ook voor de commerciële spelers in de residentiële ouderenzorg. Dat heeft men dan ook gedaan op onze vraag.

Het kenniscentrum WVG heeft, als intern beheersinstrument, aan deze boekhoudkundige informatie reeds verschillende kerngetallen gekoppeld, zoals de solvabiliteit, rentabiliteit, etc. Het systeem zit nog in een beginfase van ontwerp, ook wat betreft het gebruik op het beleidsniveau. De data staan echter wel ter beschikking. De gegevens worden tot nu toe vooral op individueel niveau gerapporteerd en geconsulteerd, maar nog niet verwerkt op sectorniveau, wat we in dit rapport wel beogen. Men heeft

vanuit het Kenniscentrum WVG ook toegang tot de gegevens van andere Vlaamse administraties, zoals het VIPA, meer bepaald de subsidietoelagen per regio, per voorziening, per activiteit (DVC, woonzorgcentrum, etc.), alsook kent men de animatiesubsidies die vanuit het Agentschap Zorg en Gezondheid worden toegekend aan de woonzorgcentra. Op termijn kan bijkomende informatie, zoals deze van het RIZIV en het VIPA aan deze financiële informatie gekoppeld worden. Tot op heden wordt dit nog niet uitgevoerd. De koppeling tussen de verschillende werkbladen hebben we bijgevolg zelf moeten maken. Het team datawarehouse beschikt over gelijkaardige toegang tot de administratieve data (subdiestromen, etc.) van het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap (VAPH) en Kind en Gezin.

We beschikken via dit kanaal echter niet over gedetailleerde boekhoudkundige informatie van de verschillende activiteitencentra (lees: vestigingen) binnen de koepelorganisaties (Armonea, Senior Living Group, Zorgbedrijf Antwerpen,...), wat belangrijk is in de analyse als we tot het niveau van de voorziening willen gaan. Dergelijke informatie behoren immers tot de interne documenten van een voorziening en worden niet publiek gemaakt.

Toelichting activiteitencentrum

Een activiteitencentrum is een entiteit binnen de organisatie die instaat voor een groep van afzonderlijke taken of activiteiten. Dit impliceert dat er per activiteitencentrum een afzonderlijke boekhouding moet opgesteld worden. Dit is evenwel niet verplicht en behoort tot de analytische boekhouding. Zo zou idealiter een vzw die meerdere woonzorgcentra en andere zorgvoorzieningen beheert, een aparte boekhouding moeten bijhouden van elke voorziening of werksoort. Dit geldt tevens voor commerciële groepen en Zorgbedrijf Antwerpen.

Een tweede beperking van de gepubliceerde jaarrekening is dat we het aggregaat van de werksoorten (woonzorgcentrum, dagverzorgingscentra, assistentiewoningen, etc.) niet meer van elkaar kunnen loskoppelen. Het detail van de resultatenrekening voor deze werksoorten is niet beschikbaar via de wettelijk gepubliceerde jaarrekeningen. We dienen hiermee rekening te houden in de analyse. Het is immers niet ondenkbaar dat het woonzorgcentrum andere activiteiten beheert die nauw gerelateerd zijn aan hun kernactiviteit.

De jaarrekeningen van de openbare woonzorgcentra zijn als dusdanig niet opgenomen in de Balanscentrale van de Nationale Bank. Deze informatie wordt verzameld door het Vlaams Agentschap Binnenlands Bestuur (zie infra).

8.2.2 Weerhouden ondernemingen in de steekproef

De 523 private woonzorgcentra, actief in Vlaanderen, worden beheerd door 402 ondernemingen, waarvan 302 behoren tot de non-profit en 100 tot de commerciële sector (juridisch statuut). De non-profitsector vertegenwoordigt 399 woonzorgcentra en de vennootschappen beheren 124 voorzieningen. Deze cijfers illustreren overigens een grotere groepsvorming binnen de private non-profit sector dan binnen de commerciële sector.

We beslisten om diverse redenen om bepaalde ondernemingen niet mee te nemen in de analyse. Het gebrek aan financiële informatie bij de private voorzieningen is daar een belangrijke reden van. In totaal werd geen boekhoudkundige informatie gevonden van 25 ondernemingen:

- 9 jaarrekeningen zijn niet beschikbaar binnen de Balanscentrale van de Nationale Bank van België;
- 7 jaarrekeningen zijn wel neergelegd bij de Nationale Bank, maar kunnen niet online opgeladen worden via een XBRL-code¹⁰⁰;
- 4 ondernemingen hebben geen ondernemingsgegevens (onbekend KBO-nummer) in de Balanscentrale;
- 2 ondernemingen hebben een neergelegde, maar geen aanvaarde jaarrekening;
- 3 voorzieningen zijn opgestart door een OCMW, waardoor zij een openbaar karakter krijgen. Wij hebben ze toegevoegd aan de publieke sector.

Dat brengt ons op 377 jaarrekeningen van private ondernemingen die minstens één woonzorgcentrum onder hun hoede hebben:

- 43 private ondernemingen kenden inkomsten (70/74 rekening) die heel wat lager of hoger dan gebruikelijk liggen. Als criterium hanteren we minder dan 50 euro inkomsten per dag per bed en hoger dan 200 euro per dag per bed. Deze uitschieters werden verwijderd uit de analyse omdat wij vrezen dat andere activiteiten de rekening vertroebelen;
- 46 private ondernemingen kennen twijfelachtige cijfers. De inkomsten situeren zich tussen 150 en 180 euro per dag per bed, wat aan de hoge kant ligt. Vermoedelijk hebben zij nog andere inkomsten dan de inkomsten vanuit het woonzorgcentrum. We denken daarbij vooral aan de activiteiten vanuit assistentiewoningen, wat de inkomsten- en kostenzijde doet stijgen. Dit kan echter niet geverifieerd worden. Deze twijfelgevallen worden bijgevolg niet uit de analyse geweerd.

Finaal werden voor het analyseluik 334 ondernemingen weerhouden, ofwel 83,5% van het aantal private ondernemingen, actief in de residentiële ouderenzorg. De dataset van de private ondernemingen bevat 220 vzw's en 114 commerciële spelers (economisch statuut, zie infra) en vertegenwoordigen respectievelijk 88,4% en 88,5% van het aantal erkende woongelegenheden binnen de private non- en for-profitsector van de residentiële ouderenzorg. Zij vertegenwoordigen samen 86,6% van het totaal aantal erkende woongelegenheden van de private woonzorgcentra.

8.3 Agentschap Binnenlands Bestuur

8.3.1 De beschikbaarheid van de resultatenrekening van de activiteiten binnen het OCMW

De publieke rapportage van de financiële rekeningen van de OCMW's in Vlaanderen is beperkt tot de geglobaliseerde jaarrekening van alle activiteiten binnen het OCMW. Dat kunnen heel wat activiteiten zijn. De opbouw van het rekeningstelsel van de OCMW's laat echter toe om dit ook naar de verschillende werksoorten of activiteiten(-centra) te bekijken. Voor dit onderzoek gingen we dan ook op zoek naar dit detail, meer bepaald naar de financiële gegevens van individuele openbare woonzorgcentra.

Het bestaan van de opdeling van de OCMW-rekeningen naar activiteitencentra (lees: woonzorgcentrum) werd gevonden in de context van een studie in opdracht van het VIPA¹⁰¹ die de ruwe

¹⁰⁰ Op basis van deze code kan een jaarrekening elektronisch en in een werkbare vorm opgeladen worden en niet alleen in PDF.

¹⁰¹ Rapport Pacolet et al., 2012

cijfers van het Agentschap Binnenlands Bestuur reeds enkele jaren in het kader van een analyse van de investeringen binnen de residentiële ouderenzorg bestudeert. De financieel analist¹⁰² achter deze analyse heeft in het verleden een programma ontwikkeld dat deze ruwe text-bestanden automatisch omzet naar bruikbare boekhoudkundige overzichten. Deze weg hebben wij voor dit onderzoek opnieuw bewandeld.

Officieel worden dit de NOB-gegevens (Nieuwe OCMW-Beleidsinstrumenten) genoemd. De NGB-gegevens (Nieuwe Gemeentelijke Boekhouding) bestaan ook en bevatten de jaarrekeningen op het niveau van de gemeentes. Deze twee aparte registratievormen zijn vanaf 1 januari 2014 officieel overgegaan naar de BBC, ofwel de Beheers- en beleidscyclus¹⁰³. Binnen het nieuwe BBC wordt de registratie van boekhoudkundige gegevens niet meer op het niveau van de activiteitencentra gelegd (zoals momenteel wel nog het geval is binnen de NOB-gegevens), maar op het niveau van 'beleidsvelden'. De onderverdeling in beleidsvelden in de beleids- en beheerscyclus is niet hetzelfde als de opdeling in activiteitencentra binnen de NOB-gegevens. Er bestaat een lijst van de beleidsvelden zoals vastgesteld in het ministerieel besluit van 1 oktober 2010. Een beleidsveld zou bijvoorbeeld 'ouderen', of zelfs meer gespecificeerd 'rusthuizen' kunnen zijn. Dit betekent dat de boekhouding niet meer naar werksoort op het vestigingsniveau wordt geregistreerd, waardoor in het kader van de invoering van de BBC heel wat informatie naar de toekomst toe verloren zal gaan.

Verskil opdeling naar activiteitencentra ten opzichte van beleidsvelden¹⁰⁴: uiteenzetting door het Agentschap Binnenlands Bestuur

Beleidsvelden zijn een verzameling van producten, activiteiten en middelen die zowel vanuit politiek als maatschappelijk oogpunt een herkenbaar en samenhangend geheel vormen. Een beleidsveld is dus een functionele indeling van alle activiteiten die in een bestuur plaatsvinden. Dit kan dus volledig los staan van de organisatie van het bestuur. Ze worden gebruikt bij de registratie van de budgettaire verrichtingen en niet noodzakelijk in de algemene boekhouding (cf. art. 105 en art. 112 BVR BBC). In de NOB zijn activiteitencentra eerder kostenplaatsen. Ze worden niet noodzakelijk gebruikt bij de registratie van de budgettaire verrichtingen, maar eerder in de algemene boekhouding.

Op het moment dat wij een gedetailleerde bron ontdekken voor de financiële analyse van de openbare rekeningen, dreigt deze op te drogen in meer algemene beleidsvelden. Wij hebben reeds gesteld dat deze informatiebron, als zij goed wordt gestuurd, ook voor andere domeinen kan worden gebruikt. Wij constateerden eerder voor een onderzoek naar de financiering van thuiszorgdiensten (Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013) dat de afbakening, rubricering en exhaustiviteit echter niet gegarandeerd was. Indien de richtlijnen hierover eenduidig zouden zijn, zou het een belangrijke reductie kunnen vormen van planlast en administratieve overhead. Nu riskeert men ad hoc registraties te moeten opzetten of elk zicht op de werkelijke performantie van dit soort van voorzieningen te verliezen. Wij veronderstellen dat op gemeentelijk niveau het detail wel zal behouden blijven. Het is dan ook onbegrijpelijk dat men dit niet centraal zou stroomlijnen en gebruiken, zonder veel extra 'planlast'.

Vanaf 2014 zou een reproductie van de studie die wij nu uitvoeren, die uiteindelijk rapporteert vanuit het perspectief van de voorzieningen, voor de openbare sector al niet meer herhaald kunnen worden,

¹⁰² Nico Vermeiren, werkzaam binnen het VIPA als financieel analist.

¹⁰³ Gilot & Leroy, 2010

¹⁰⁴ <http://binnenland.vlaanderen.be/faq/beleidsvelden#t538n2434>

tenzij het Agentschap Zorg en Gezondheid afspraken maakt met het Agentschap Binnenlands Bestuur rond het detail van de registratie van boekhoudkundige gegevens. Zo zou men kunnen opleggen de boekhouding tot op het niveau van de individuele woonzorgcentra te blijven registreren bij het Agentschap Binnenlands Bestuur. Deze beslissing ligt echter bij de betrokken Agentschappen.

Naar aanleiding van overleg over het toonaangevend MARA-rapport van Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus stellen wij niet alleen vast dat deze amper of niet de commerciële maar ook de openbare sector niet in beeld konden nemen, maar dat wat de laatste betrof het gebruik van de rekening van de openbare sector ook amper bekend was. Voor Vlaanderen werd er geen gebruik van gemaakt. Voor Wallonië zijn er blijkbaar meer mogelijkheden. In Wallonië beheert men de financiële gegevens van de OCMW's (CPAS), tot op het niveau van het individueel woonzorgcentrum. De rapporten beperken zich tot de gegevens uit de resultatenrekening. De 'SIC' bestanden¹⁰⁵ bestaan nog niet zo lang en de rapportering is dan ook nog in volle ontwikkeling. Er kan op dit moment echter al gewerkt worden met deze data.¹⁰⁶

Eind 2012 telt Vlaanderen 223 erkende openbare woonzorgcentra¹⁰⁷. Niet alle jaarrekeningen van deze openbare woonzorgcentra zijn voorhanden. Via de NOB-gegevens werden 188 resultatenrekeningen van woonzorgcentra gegenereerd. Het betreft boekhoudkundige gegevens op het niveau van de vestiging. 17 woonzorgcentra behoren tot het Zorgbedrijf Antwerpen, dat niet binnen de NOB of BBC regelgeving valt en bijgevolg ook niet via dit kanaal rapporteert. De stad Antwerpen wordt bijgevolg niet opgenomen in de analyse¹⁰⁸. De overige openbare woonzorgcentra rapporteren reeds via het nieuwe rapportagesysteem BBC, wat (nog) geen gedetailleerde boekhoudkundige data per voorziening oplevert, maar eerder per 'sector of beleidsveld'.

Van de 188 gekende jaar- of resultatenrekeningen van openbare woonzorgcentra vielen tijdens de 'data-cleaning' 10 woonzorgcentra af, onder meer omwille van stopzetting in 2012 (4) of een nieuwbouw/verhuis in 2012 (1) en werden 5 rekeningen geweerd wegens onrealistische bedragen. Dit levert finaal 178 woonzorgcentra op, ofwel een steekproef die 80% van het totaal aantal openbare woonzorgcentra bevat.

Wat betreft de 'vervuiling' van de resultatenrekening door andere activiteiten die toebehoren tot het woonzorgcentrum kan gesteld worden dat het risico laag wordt geschat. In de meeste OCMW-rekeningen werden andere geregistreerde activiteitencentra zoals dagverzorgingscentrum of serviceflats opgemerkt, wat doet vermoeden dat de meeste gemeenten dit onderscheid aanhouden in de boekhouding.

8.3.2 De bruikbaarheid van de NOB-gegevens

De OCMW's maken de resultatenrekeningen op per activiteitencentrum. De activiteitencentra krijgen een zelf gekozen naam en deze is niet gestandaardiseerd of gecodeerd, waardoor de selectie van de relevante rekeningen manueel verliep. Een naam zegt immers niet alles. Zo kwamen wij volgende namen van activiteitencentra tegen: bejaardentehuis, bejaardenzorg, woningen voor bejaarden, plaatsing voor

¹⁰⁵ Synthèse Information Comptable

¹⁰⁶ Toelichting van de studiedienst Belfius die reeds gebruik maakt van deze gegevens.

¹⁰⁷ Dat rapporteert het RIZIV op 4 januari 2013 via een Excel-document, te vinden op de website van het RIZIV. <http://www.riziv.be/care/nl/residential-care/index.htm>

¹⁰⁸ Het is onduidelijk in welke mate deze informatie door en voor de administraties zelf worden gehanteerd, of via Belfius of publiek toegankelijk is.

bejaarden, woonzorgcentrum, rustoord, bejaardenvoorziening, seniorenvoorzieningen, zorgcampus, bejaardenzorg, etc. wat kan wijzen op een woonzorgcentrum, maar geen zekerheid biedt. Daarnaast werd ook vaak alleen de naam van het woonzorgcentrum genoteerd, zodat ook hier heel wat manueel werk aan te pas kwam. ‘Het bloemenhof’ kan immers op een woonzorgcentrum duiden, maar ook op heel wat andere zaken. Overigens werd soms het onderscheid tussen twee woonzorgcentra binnen de gemeente aangeduid met ‘bejaardentehuis’ en ‘woonzorgcentrum’. In dat geval werd het oudste woonzorgcentrum verondersteld het ‘bejaardentehuis’ te zijn omwille van het gebruik van oude begrippen.

Vervolgens werd getracht deze boekhoudkundige informatie te koppelen aan de overige bestanden door middel van het RIZIV-nummer. Het opzoeken van het bijhorende RIZIV-nummer verliep opnieuw manueel, wat arbeidsintensief is. Aan elk woonzorgcentrum kon uiteindelijk na wat zoekingswerk (op basis van gemeente, OCMW, naam,...) een RIZIV-nummer gekoppeld worden. Het is opmerkelijk dat geen enkele betrokken administratie ons deze convergentietabel tussen het OCMW of het KBO-nummer en RIZIV-nummer kan bezorgen.

De problematiek met de interpretatie van de NOB-data kwam reeds aan bod in een recent onderzoek naar de financiële leefbaarheid van de thuiszorgdiensten, waar de financiële rekeningen van de openbare diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg nader bekeken werden (Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013). De begripsverwarring van de naam en de inhoud van het activiteitencentra kon sindsdien nog niet uitgeklaard worden.

Samengevat, worden de financiële gegevens van de OCMW-activiteiten tot voor kort met een groot detail opgeleverd aan het Agentschap Binnenlands Bestuur. De bestanden bevatten heel wat waardevolle informatie omdat tot op het voorzieningsniveau gerapporteerd wordt, wat zelfs de private sector niet hoeft te publiceren. Deze informatie is echter moeilijk toegankelijk omwille van de niet-gestandaardiseerde manier van rapporteren wat het gebruiksgemak sterk doet dalen en interpretatieproblemen doet rijzen.

De conclusie blijft dat wij hier een krachtig rapporteringsinstrument ontdekken maar dit wordt onbruikbaar als de rubricering niet meer gestandaardiseerd verloopt. In zijn verantwoordingsplicht hebben deze openbare besturen er alle belang bij dat dit meer zorgvuldig gebeurt, ook bij andere werksoorten. Wij pleiten daarom voor een standaardisatie van de rapportage. Deze opmerking is echter enkel toepasselijk als ook in het nieuwe systeem BBC het detail naar voorziening behouden blijft. Dit is anno 2014 nog niet uitgeklaard, waardoor al voor minstens één werkjaar de financiële rekeningen van de openbare woonzorgcentra verloren is gegaan. Vanuit het beleids- en onderzoeksperspectief dient bijgevolg in eerste instantie voor een opname van de financiële rekeningen tot op het niveau van de voorzieningen gepleit te worden.

8.4 RIZIV

Een belangrijke parameter in de analyse is de grootte van de voorziening, namelijk het aantal erkende woongelegenheden (ROB-, RVT-, coma- en kortverblijf-bedden). Op de website van het RIZIV wordt een (adressen)lijst bijgehouden van de erkende woonzorgcentra in België, samen met het statuut van de voorziening en het aantal erkende woongelegenheden op een bepaalde datum. We beschikken over deze lijst getrokken op 19 januari 2012 en 4 januari 2013. Dit stelt ons in staat enige veranderingen in de activiteiten op te merken voor het jaar 2012 waarop de boekhouding betrekking heeft en er bijgevolg

door beïnvloed wordt. Veranderingen in RIZIV-nummer wijzen op een overname of een verhuis naar een nieuwbouw. Mogelijk onderging de voorziening ook een uitbreiding of een verandering van zorggraad (bv. reconversie van ROB naar RVT-bedden). Met deze veranderingen wordt in dit onderzoek rekening gehouden.

Algemeen genomen werd in eerste instantie het gemiddeld aantal woongelegenheden (bedden) tussen begin 2012 en begin 2013 berekend en weerhouden in de analyse. Een vergelijking tussen de beddensamenstelling begin 2012 en begin 2013 (adressenlijst RIZIV) bracht deze dynamiek in kaart. In totaal werden 161 wijzigingen geregistreerd. Zij hebben betrekking op 21% van het aantal woonzorgcentra in Vlaanderen. De meeste woonzorgcentra kenden evenwel een ongewijzigde beddensamenstelling:

- 16 woonzorgcentra ondergingen een daling van het aantal erkende woongelegenheden, waarvan de daling bij 7 woonzorgcentra groter was dan 20 woongelegenheden. We veronderstellen dat deze woonzorgcentra zich in een voorbereidende fase van een renovatie of een verhuis naar een nieuwbouw bevinden, waarbij in fasen afdelingen worden gesloten en nieuwe worden geopend;
- 92 woonzorgcentra kenden een stijging van het aantal erkende woongelegenheden, waarvan de meerderheid (60) in de loop van 2012 minder dan 10 bijkomende erkende woongelegenheden uitbaatten. 9 woonzorgcentra breidden uit met de 11 tot 20 woongelegenheden en de overige 23 woonzorgcentra groeiden met meer dan 20 woongelegenheden. Deze laatste woonzorgcentra openden vermoedelijk een nieuwbouw of een nieuwe afdeling/vleugel;
- In 53 voorzieningen werd een reconversie van ROB naar RVT-bedden toegestaan. Dit heeft een impact op de subsidiestromen, maar niet op de totale capaciteit van de voorziening.

Doorgaans bevat de analyse het gemiddeld aantal erkende woongelegenheden in 2012. Voor 6 woonzorgcentra werd een bijkomende correctie doorgevoerd door de datum van de opening van een nieuwe vleugel (consultatie website of krantenartikel) te integreren in de berekening. Voorbeeld: de opening van een nieuwe vleugel van 30 bedden vond plaats op 1 maart 2012. In dit geval werd het 'gemiddeld' aantal woongelegenheden in 2012 berekend door 2/12^{de} van het aantal woongelegenheden begin 2012 op te tellen met 10/12^{de} van het aantal erkende woongelegenheden begin 2013.

In totaal gaat het om een netto uitbreiding van bijna 1 000 woongelegenheden in Vlaanderen in 2012. De bruto uitbreiding komt neer op bijna 1 500 woongelegenheden. 1/3^{de} van de woongelegenheden is met andere woorden 'vernieuwd'.

Het RIZIV beschikt daarnaast, hoofdzakelijk in het kader van zijn hierboven beschreven financiering, over een resem aan informatie over de individuele erkende woonzorgcentra (RIZIV-nummer). Het betreft zowel tewerkstellingsgegevens als financiële gegevens, beschrijvende elementen over de voorziening, personeelsgegevens en gegevens van de bewoners. Deze data zijn belangrijk in het kader van dit onderzoek, gezien deze variabelen een rechtstreekse of onrechtstreekse impact hebben op het financiële plaatje van de voorziening. Daarom was de koppeling tussen RIZIV-nummer en KBO-nummer zo essentieel.

Enkele voorbeelden¹⁰⁹:

- Aantal bewoners per zorgcategorie;
- Aantal bewoners met zorgprofiel A en een dementie;
- Aantal gepresteerde uren;
- Aantal gelijkgestelde uren;
- Aantal niet-gelijkgestelde uren;
- Statuut personeel (loontrekkend, statutair, interim, zelfstandige, vervanger, directeur);
- Aantal VTE per statuut;
- Aantal koppen per statuut;
- Baremieke anciënniteit;
- Alle gegevens om de eindloopbaanmaatregel te berekenen;
- Contractuele arbeidsduur per leeftijd, per statuut, per functie;
- Keuze tussen premie of arbeidsduurvermindering (voor de oudere werknemers);
- Beroepskwalificatie;
- Aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de rechthebbenden;
- Aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de niet-rechthebbenden;
- ...

Voor dit onderzoek hebben wij van het RIZIV gegevens over het aanwezig en gefinancierd zorgpersoneel (in VTE en per kwalificatieniveau¹¹⁰), waaruit we het bovennormpersoneel¹¹¹ kunnen berekenen, alsook gegevens over de zorgbehoevendheid van de bewoners (gefactureerde dagen per type zorgprofiel en opgedeeld naar RVT/ROB-financiering) op erkenningsniveau ontvangen¹¹². Overige informatie werd niet verworven.

Voor de update van de gegevens over de zorgbehoevendheid van de bewoners in 2013 (zie hoofdstuk 12), werd hetzelfde excel-bestand¹¹³ van het RIZIV verkregen via het Kabinet van Minister Jo Vandeuren.

¹⁰⁹ Bron: Handboek residentiële ouderenzorg, uitgegeven door de VVSG (2012)

¹¹⁰ Verpleegkundige A1, A2, verzorgenden, personeel voor reactivering, KEL(kinesithérapie, ergotherapie en logopedie).

¹¹¹ We hebben daarvoor de variabelen 'Aantal VTE aanwezig voor forfait' en 'Aantal VTE gefinancierd voor forfait' gehanteerd in de analyse om uiteindelijk het bovennormpersoneel in percentage te berekenen.

¹¹² Excel-document genaamd 'DerdeLuikEindAfrekening Globaal FTE Gefinancierde Dagen 2011-2012 Fondsen' ontvangen van de heer Daniel Crabbe van het RIZIV.

¹¹³ Genaamd '37me volet et forfait 2014_PRD v0.7'

8.5 FOD Economie

De prijzendienst binnen de FOD Economie beschikt, omwille van zijn controlefunctie op de prijzen, over de geafficheerde dagprijzen van de erkende woonzorgcentra in België. De prijzendienst van de FOD Economie verzamelt de bestaande dagprijsgegevens sinds 2001¹¹⁴. Wij konden voor dit onderzoek beschikken over deze databank.

Uit het document blijkt dat de woonzorgcentra op basis van verschillende criteria (kunnen) differentiëren in hun dagprijs (binnen het eigen woonzorgcentrum). Doorgaans wordt een andere dagrijspolitiek gehanteerd naargelang het comfort van de kamer, meer bepaald:

- Eén of meerpersoonskamer;
- Grootte van de kamer;
- Het al dan niet beschikken over een apart toilet in de kamer;
- Het al dan niet beschikken over een aparte badkamer in de kamer;
- Het al dan niet beschikken over een terras;
- In een nieuwbouw ligt de dagprijs hoger dan bv. in een oudere vleugel.

Maar ook andere criteria worden gehanteerd:

- Inwoner/niet-inwoner van de gemeente waartoe het woonzorgcentrum behoort. Dit criterium wordt vaak gehanteerd door openbare woonzorgcentra, maar af en toe ook door vzw-voorzieningen. Vermoedelijk worden deze laatste bijkomend gesubsidieerd door de gemeente als inwoners van de gemeente hun intrek nemen in het woonzorgcentrum, veelal omdat deze gemeentes niet in een eigen aanbod voorzien. Dit werd alvast enkele keren geconstateerd bij het raadplegen van de website van een vzw voorziening.;
- Het onderscheid tussen ROB/RVT-bewoners werd een beperkt aantal keren opgemerkt;
- Er werd zelfs genoteerd dat een andere dagprijs werd aangerekend naargelang de bewoner in een afdeling voor personen met dementie verblijft of niet.

De beschikbare dataset bevat echter geen informatie over het aantal aangeboden kamers per opgegeven dagprijs. De 'gemiddelde' dagprijs per woonzorgcentra die door de FOD Economie berekend wordt, is louter het rekenkundig gemiddelde van de verschillende gehanteerde dagprijzen per voorziening. Het is echter aangewezen een gewogen gemiddelde te berekenen teneinde de nauwkeurigheid van de inkomsten vanuit de dagprijs te verhogen, maar deze benadering is met deze dataset niet mogelijk. De FOD Economie beschikt overigens niet over de oppervlakte van de kamer of het aantal een- of tweepersoonskamers, wat tevens relevante informatie zou zijn voor dit onderzoek.

Deze onnauwkeurigheid brengt vermoedelijk eerder een overschatting dan een onderschatting van de dagprijzen met zich mee. De meeste woonzorgcentra hanteren een standaard dagprijs voor een standaard kamer. Daarbovenop worden mogelijk enkele 'comfort kamers' aangeboden aan hogere dagprijzen, waarbij meer luxe of een grotere oppervlakte een rol speelt in de hogere dagprijs. Deze twee type prijzen beschouwen als evenveel voorkomend (cfr. rekenkundig gemiddelde), is een foute veronderstelling en brengt een overschatting van de dagprijs met zich mee.

¹¹⁴ Met dank aan Frederic Boileau en Jamila Elboussamaki, Prijzendienst van de FOD Economie.

Omgekeerd scenario kan echter ook voorkomen bij de oudere woonzorgcentra waar vermoedelijk ook meer- of tweepersoonskamers of kamers zonder sanitaire voorzieningen (lagere dagprijzen) worden aangeboden. Deze kamers met weinig comfort doven uit en zijn bijna verdwenen bij de recent gebouwde voorzieningen (omwille van de bouwvoorschriften binnen de VIPA-wetgeving). Deze kamers met een beperkt comfort worden aan lagere dagprijzen aangeboden, wat het rekenkundig gemiddelde van het woonzorgcentra zou drukken. Mogelijk heffen beide effecten elkaar gedeeltelijk op. We beschikken echter niet over de nodige gegevens om deze vermoedens te staven.

Voor deze studie werd de dagprijs van een 'standaard' (indien beschikbaar) eenpersoonskamer in het laatste kwartaal van 2012 meegenomen in de analyse. In geval de 'standaard' eenpersoonskamer niet gekend is, of niet duidelijk wordt onderscheiden in de databank van de FOD Economie, berekenden wij het rekenkundig gemiddelde van de dagprijs van de opgelijste kamertypes waarvan vermoed wordt dat het eerder standaard eenpersoonskamers zijn. Uitschieters in dagprijzen (voor bv. flats) werden bijgevolg niet meegenomen in het berekenen van dit gemiddelde.

Naast de beperkingen van de prijsvariabele zelf, zijn ook de analysemogelijkheden van deze databank eerder beperkt. Het bestand bevat eerder een opsomming van de verschillende gehanteerde dagprijzen per voorziening (op naam) waarbij af en toe wordt gedifferentieerd naar type kamer. Een gemiddelde dagprijs van een eenpersoonskamer berekenen per type beheersinstantie of per provincie is niet mogelijk.

De dagprijzen zijn bovendien niet gekoppeld aan RIZIV- of KBO (ondernemings-)nummers van de voorziening of onderneming, zodat ook hier de koppeling met andere databanken (RIZIV-data, boekhouding, etc.) manueel dient te verlopen op basis van een naam en adres van het woonzorgcentrum, wat opnieuw een tijdsintensief proces impliceerde.

Onbekend maakt ongebruikt. Zo waren wij verbaasd met de vaststelling dat zelfs bij de FOD Economie de data werden verzameld zonder KBO-nummer, terwijl dit juist de analysemogelijkheden zou vergemakkelijken. Op voorwaarde uiteraard dat nog meer gedetailleerde informatie over de capaciteit en de tarieven zou geregistreerd worden. De overdracht van deze bevoegdheid in de 6^{de} Staatshervorming vormt een opportuniteit om dit verder te verfijnen.

Er werden nog andere onduidelijkheden en tekortkomingen opgemerkt die verdere aandacht vereisen:

- De databank van de FOD Economie bevat meer woonzorgcentra dan er erkend zijn. Verschillende woonzorgcentra werden doorheen de tijd vervangen door nieuwbouw, zijn grondig gerenoveerd, zijn gefusioneerd of in vereffening gegaan. Vermoedelijk is de FOD Economie niet altijd op de hoogte van deze verschuivingen en wordt in dergelijke gevallen een nieuw woonzorgcentrum geregistreerd, waarbij het 'oude' woonzorgcentrum vaak nog steeds een plaats inneemt in de databank. Dit zorgt voor heel wat onnauwkeurigheden, want als in het kwartaal geen prijsdossier (uitgebreid of indexering) wordt ingediend, worden de laatste gekende dagprijzen doorgetrokken naar het volgende kwartaal. Er wordt in dat geval verondersteld dat, als er geen dossiers binnenkomen, de dagprijzen onveranderd blijven. Gefusioneerde, gerenoveerde, vervangen woonzorgcentra kunnen op die manier nog steeds onder hun oude benaming dagprijzen kennen anno 2012. Soms werd het einde van het beheer aangegeven in de dataset, zoals het zou moeten zijn, maar vaak werd dit niet geregistreerd. De onnauwkeurigheid wordt zichtbaar als de dagprijs reeds enkele jaren niet meer werd aangepast of geen indexatie heeft gekend, maar kwartaal na kwartaal nog steeds geregistreerd blijven. Zo kon bijvoorbeeld een woonzorgcentrum worden opgemerkt dat reeds enkele jaren geleden een

grondige renovatie heeft ondergaan, waarbij alle tweepersoonskamers werden omgevormd naar eenpersoonskamers. In de databank van de FOD Economie werd de dagprijs van een eenpersoonskamer aangepast naar de reële prijzen. De dagprijs van een tweepersoonskamer werd echter niet geschrapt in de databank, zoals zou moeten, maar na de renovatie kwartaal na kwartaal doorgetrokken, alsof er nog steeds tweepersoonskamers worden aangeboden.

Rekening houdend met bovenstaande opmerkingen is de berekening van de FOD Economie van de 'gemiddelde' dagprijs niet accuraat, gezien ook gedateerde dagprijzen van reeds stopgezette activiteiten af en toe werden meegenomen in de telling (zie Sectorstudie van de rusthuizen, geschreven door de FOD Economie uit 2009)¹¹⁵. Een koppeling van de databank met een recente lijst van bestaande RIZIV-nummers kan deze problemen voorkomen;

- De indeling naar type kamer bleek niet altijd beschreven te zijn, althans niet uniform en transparant. Dagprijzen worden ingedeeld naar kamernummer of naar de benamingen 'type 1', 'type 2',... waardoor een gemiddelde dagprijs voor een eenpersoonskamer ontbreekt. Indien de beschrijving niet duidelijk was, werd een rekenkundig gemiddelde genomen van de genoteerde dagprijzen;
- De woonzorgcentra worden ingedeeld naar juridisch statuut, met name vzw, onderneming en openbare voorziening. Ook wat betreft deze indeling worden verschillen opgemerkt met de categorisatie van het RIZIV en zelfs met het juridisch statuut. Vermoedelijk worden overnames door andere spelers met een andere beheersvorm niet aangepast in de databank;
- De databank was bijna compleet, uitgezonderd een tiental woonzorgcentra. In dat geval werd gezocht naar de geafficheerde prijzen op de website van het desbetreffende woonzorgcentrum, ter aanvulling van de ontvangen databank. Dit maakt onze databank, althans wat betreft de dagprijzen, compleet.

Deze aanbevelingen zijn niet zozeer gericht aan de FOD Economie omdat deze bevoegdheid in het kader van de zesde staatshervorming in 2014 naar Vlaanderen wordt overgeheveld. Deze nieuwe bevoegdheidsregeling is een uitermate geschikte opportuniteit om de aanpak van de registratie van dergelijke gegevens te optimaliseren, zodat ook op beleidsniveau gewerkt kan worden met betrouwbare, eenduidige en accurate data. Een eerste stap daarin is een zeker gestandaardiseerd format te volgen waarbij de registratie per RIZIV-nummer (of een ander type nummer) verloopt, zodat naar de toekomst toe deze gegevens geïntegreerd kunnen worden met andere relevante databanken.

8.6 Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Het Agentschap Zorg en Gezondheid beschikt over alle gegevens wat betreft de animatiesubsidies die zij toekennen aan erkende woonzorgcentra. De animatiesubsidies zijn gereserveerd voor de non-profit en de openbare woonzorgcentra. Als criterium geldt het juridisch statuut van de koepelvoorziening (vzw en openbaar statuut komen in aanmerking) en niet het economisch statuut. Eigenlijke commerciële spelers die het beheer van een woonzorgcentrum in een vzw onderbrengen, ontvangen evenals animatiesubsidies van de Vlaamse overheid. Dit laatste geldt niet voor de investeringssubsidies, verleend vanuit het VIPA. Daar gaat men uit van het economisch statuut, waardoor alleen zuivere vzw's en openbare woonzorgcentra voor bouwsubsidies in aanmerking komen.

¹¹⁵ http://economie.fgov.be/nl/binaries/studie_rusthuissector_tcm325-96287.pdf

8.7 VIPA

Het Agentschap Zorg en Gezondheid beschikt over alle gegevens wat betreft de investeringssubsidies dat het VIPA toekent aan de private non-profit en de openbare woonzorgcentra. De investeringssubsidies zijn niet beschikbaar voor woonzorgcentra met een commercieel economisch statuut, waardoor alleen zuivere vzw's in aanmerking komen binnen de private sector. In 2012 betaalde het VIPA bijna 55 miljoen euro uit aan 119 woonzorgcentra. Dit pakket werd verdeeld aan bestaande woonzorgcentra (72%), maar ook aan toekomstige woonzorgcentra die toen nog in opbouw waren.

8.8 De opdeling naar beheersstatuut

In het analyseluik van dit onderzoek wordt veelal gekeken naar verschillen tussen de drie beheersinstanties (openbaar, private non-profit en private for-profit). Deze indeling kan bekeken worden vanuit het juridisch statuut (vzw, bvba, nv,...) ofwel vanuit het 'economisch doel' dat zij beogen. De Vlaamse overheid deelt de sector in naar juridisch statuut. Het RIZIV benadert de sector eerder vanuit het economisch oogmerk. In dit onderzoek wordt geopteerd voor de tweede insteek waarbij we de economische realiteit zo goed mogelijk proberen te benaderen, zoals ook het RIZIV nastreeft. Hebben wij het in dit onderzoek over een 'vzw' dan wordt een zuivere vzw bedoeld. Een 'schijn-vzw' kent immers als economisch doel winst maken en behoort volgens deze redenering tot de commerciële sector. Een 'schijn-vzw' wordt door commerciële spelers opgericht omwille van verscheidene redenen. Eén daarvan is het recht op animatiesubsidies die voorbehouden wordt voor de non-profit sector. Een tweede reden is de negatieve connotatie dat vaak aan een 'commerciële' zorgvoorziening verbonden is. Op die manier kan het commercieel karakter van de feitelijke beheerders verhuld worden.

Dat het juridisch en het economisch statuut van een voorziening of een onderneming vaak een complex kluwen is staat buiten kijf. Allerlei juridische constructies worden in deze sector opgebouwd, waardoor groeppvorming vaak moeilijk te identificeren valt. Doorgaans worden de banden duidelijk via de leden van de Raad van Bestuur dat beschreven staat in de neergelegde gepubliceerde jaarrekening van de onderneming. Andere commerciële beheerders van woonzorgcentra zijn over hun eigenlijke statuut openlijk (bv. Senior Living Group), maar kiezen er toch voor de woonzorgcentra als vzw op te richten.

Commerciële spelers (onder meer patrimoniumvennootschappen, maar ook commerciële uitbaters) kunnen vzw-ondernemingen oprichten die overigens autonoom zijn (eigen ondernemingsnummer) maar die nog steeds beheerd worden door de commerciële groep. Senior Living Group NV en Soprimat NV zijn daar voorbeelden van. Zij zijn exploitant van tientallen woonzorgcentra maar de woonzorgcentra zijn, juridisch gezien, doorgaans autonome vzw's. De (vzw) ondernemingen bestaan uit één of meerdere woonzorgcentra. De commerciële speler achter deze autonome vzw's zetelt in de Raad van Bestuur. In dit onderzoek worden deze woonzorgcentra als 'commerciële spelers' gecatalogeerd, althans indien gekend.

Het alternatief is dat groepen van woonzorgcentra werken onder een vzw, maar commerciële banden hebben met een patrimoniumvennootschap, waarbij het commercieel karakter duidelijk wordt via de 'huurgelden' die worden doorgestort aan de patrimoniumvennootschap. De exploitatie van het woonzorgcentrum wordt in een vzw ondergebracht. De patrimoniumvennootschap beheert slechts het gebouw en deze transactie kent een commercieel karakter. Via de gevraagde huurgelden kan immers de winst van het woonzorgcentrum doorgestort worden naar de vennootschappen. De commerciële band kan ook verder vastgelegd worden via een deelname aan de Raad van Bestuur.

De patrimoniumvennootschap kan ook los gezien worden van de beheerder of uitbater van het woonzorgcentrum, zoals bijvoorbeeld het geval is bij Senior Living Group die de uitbating voor zich neemt en waarbij het vastgoedbedrijf Aedifica op basis van een erfpachtovereenkomst van 27 jaar het gebouw aankoopt. Ook deze woonzorgcentra worden in dit onderzoek als 'commerciële spelers' geïdentificeerd. Uiteraard kunnen ook zuivere vzw's een gebouw huren van een patrimoniumvennootschap. Deze laatste worden niet als commercieel aanzien.

Het RIZIV deelt de sector in naar economisch statuut. We namen deze indeling niet helemaal over gezien de indeling niet altijd bleek te kloppen met aanvullende individuele informatie. 82 voorzieningen werden nader bekeken en kregen voor dit onderzoek een ander statuut dan dat zij juridisch gezien hebben of door het RIZIV wordt herkend. Na signalisatie van een aantal twijfelgevallen aan het RIZIV hebben zij hun classificatie gecontroleerd en ons meegedeeld dat een aantal correcties die wij suggereerden terecht waren.

Onderstaande tabellen zet de situaties op een rij waarbij het juridisch statuut of het statuut volgens het RIZIV 'herdoopt' werd tot het feitelijke economisch statuut, gehanteerd in het analyseluik van dit onderzoek. Gezien de complexiteit van de groepsstructuren, wordt echter niet gegarandeerd dat alle 'commerciële' spelers geïdentificeerd zijn.¹¹⁶

¹¹⁶ Ook Zorgnet Vlaanderen kan ons geen duidelijke lijst bezorgen van eigenlijke vzw's en schijn-vzw's.

Tabel 8.1 Discrepanties tussen het juridisch statuut van woonzorgcentra, het statuut volgens het RIZIV en de beheersstructuur die de onderzoekers toekennen.

	Aantal voorzieningen	Juridisch statuut	Economisch statuut volgens RIZIV	Economisch statuut gebruikt in dit onderzoek
Vzw-onderneming (juridisch statuut) is via Raad van Bestuur verbonden aan een (grotere) commerciële speler. De VZW heeft een eigen KBO-nummer en is autonoom. Het zijn echter 'schijn-vzw's'. (bv. woonzorgcentra beheerd door Senior Living Group)	29	Vzw	Commercieel of vzw	Commercieel
Een vestiging behoort tot een (grotere) commerciële groep (juridisch statuut), maar wordt door het RIZIV herkend als een vzw.	1	Vzw	Vzw	Commercieel
Een vestiging behoort tot een grotere vzw-groep (juridisch statuut) met een commercieel karakter (bv. banden met een commerciële speler via Raad van Bestuur), maar het RIZIV herkent dit als een vzw. Het zijn echter 'schijn-vzw's'.	4	Vzw	Vzw	Commercieel
Een vestiging behoort tot een grotere vzw-groep met een commercieel karakter (bv. banden met een commerciële speler via Raad van Bestuur), en ook het RIZIV herkent dit commercieel karakter.	6	Vzw	Commercieel	Commercieel
Een commerciële onderneming die volgens het RIZIV een vzw is.	2	Commercieel	Vzw	Commercieel
Een vestiging die, volgens het RIZIV commercieel is, maar duidelijk behoort tot de 'congregatie', ofwel een non-profit organisatie. De onderneming valt onder het vzw-statuuut en wordt ook zo door ons bekeken.	3	Vzw	Commercieel	vzw
Een vestiging met als juridisch statuut 'vzw' die door het RIZIV gecatalogeerd wordt als een commerciële speler. De reden hiervan is niet duidelijk. De vzw wordt beheerd door particulieren en heeft geen duidelijke juridische banden met commerciële spelers. We behouden het vzw-statuuut.	7	Vzw	Commercieel	Vzw
Een vzw-onderneming die banden heeft met een commerciële speler via Raad van Bestuur,... Het RIZIV herkent dit commercieel karakter echter niet. Dit is een 'schijn-vzw'.	18	Vzw	Vzw	Commercieel
Een woonzorgcentrum van het OCMW dat binnen een vzw georganiseerd wordt. Het RIZIV herkent dit ook als een vzw. Zij krijgen in dit onderzoek een openbaar karakter.	2	Vzw	vzw	Openbaar
Een woonzorgcentrum van het OCMW dat binnen een vzw georganiseerd wordt. Het RIZIV herkent dit als een openbare voorziening. ¹¹⁷	3	Vzw	Openbaar	Openbaar
Totaal aantal woonzorgcentra in Vlaanderen	748			
- Openbaar		226	223	227
- Non-profit		400	366	344
- Commercieel		122	159	177

Bron Eigen verwerking

¹¹⁷ Ter illustratie: De exploitant van het woonzorgcentrum Gerkenberg in Bree is de vzw Welzijnscampus Gerkenberg. Deze vzw werd opgericht in 2004 op initiatief van de stad en het OCMW Bree om tegemoet te komen aan de groeiende noden aan kwaliteitsvolle huisvesting voor ouderen in Bree en omgeving.

Onderstaande tabel geeft het belang weer van de verschillende spelers in de residentiële ouderenzorg in Vlaanderen. 47% van het aantal erkende woongelegenheden in woonzorgcentra in Vlaanderen wordt beheerd door een 'zuivere vzw'. 35% wordt uitgebaat door het openbaar initiatief en de overige 18% is in handen van commerciële spelers. We beschikken over de jaarrekening van bijna 84% van het totaal aantal erkende woongelegenheden in Vlaanderen.

Tabel 8.2 Aantal woongelegenheden naar economisch statuut van het woonzorgcentrum in Vlaanderen, totaal en weerhouden in de analyse (2012).

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totaal
Aantal woongelegenheden per type speler	24 276	33 006	12 421	69 703
Aantal woongelegenheden in %	34,8%	47,4%	17,8%	100%
In aantal voorzieningen	227	344	177	748
Weerhouden woongelegenheden in de analyse	18 747	28 521	10 993	58 261
In % van het totaal aantal woongelegenheden per type speler	77,2%	86,4%	88,5%	83,6%
In % van de sector	26,9%	40,9%	15,8%	83,6%
In aantal voorzieningen	178	258	148	584
In aantal ondernemingen	178	220	114	512
Woongelegenheden binnen ondernemingen met volledig schema, weerhouden in de analyse	18 747	25 385	6 506	50 638
In % van het aantal woongelegenheden per type speler	77,2%	76,9%	52,4%	72,6%
In % van de totale sector	26,9%	36,4%	9,3%	72,6%
In aantal voorzieningen	178	237	79	494
In aantal ondernemingen	178	171	49	398

Bron Eigen verwerking

Niet elke jaarrekening bevat echter voldoende details voor een analyse. Het verkort boekhoudkundig schema laat niet toe grondige financiële analyses uit te voeren, waardoor een significant onderdeel van de private sector niet in beeld zal kunnen gebracht worden. Vooral de private for-profit voorzieningen zijn met 52% ondervertegenwoordigd in de uiteindelijke analyse. De openbare en private non-profit zijn in gelijke mate vertegenwoordigd en werden voor 77% van het totaal aantal woongelegenheden opgenomen in de analyse.

Dit beeld zou al aanzienlijk kunnen uitgebreid worden door het gebruik van de verkorte jaarrekening voor publicatie in te perken. Bij een verkorte jaarrekening worden de omzetcijfers en enkele kostenrekeningen vervangen door de 'brutomarge' ofwel het verschil tussen beide. De noodzaak dringt zich op om een specifiek rekeningstelsel voor de sector te creëren dat door ieder woonzorgcentrum uniform gehanteerd wordt, wil men in de toekomst werken met gedetailleerde financiële gegevens van ouderenzorgvoorzieningen. Dat geldt niet alleen voor de private voorzieningen maar ook voor het openbaar initiatief.

Het is mogelijk dat in de toekomst een apart boekhoudkundig schema zou worden opgelegd. Dit is evenwel in tegenstrijd met administratieve vereenvoudiging en transparantie. Want wat met de toekomstige 'ontkokering' waarbij diverse sectoren meer naar elkaar zullen toegroeien, 'multiproduct' voorzieningen zullen worden of onderling vergelijkbaar moeten blijven. Recente ervaring met inbegrip van ons eigen onderzoek toont aan dat de verplichting van het uitgebreid boekhoudkundig stelsel, en het stroomlijnen met de boekhoudkundige principes in de openbare sector de vergelijkbaarheid doenbaar maakt. Ook de recente studies met betrekking tot de welzijnssectoren op basis van de jaarrekening binnen de Vlaamse overheid (uitgevoerd door Marcel Lauwers van het departement Welzijn en Samenleving) illustreren de waarde van deze informatie. De recente beslissing om het uitgebreid rekeningstelsel te verplichten voor de private sector is dan ook een stap in de goede richting¹¹⁸. De veralgemening naar de commerciële voorzieningen is hopelijk een van de eerste beslissingen als de volledige bevoegdheid voor de WZC naar Vlaanderen komt. Maar hopelijk wordt zij voor gans België genomen.

Door optimaal gebruik te maken van gepubliceerde gegevens is uiteindelijk een aanzienlijk ruimer deel van de sector in beeld gebracht in vergelijking met de MARA-studie die zich beperkt tot (een deel van de) private non-profit. Dit helaas zonder het detail te kunnen bieden van deze voorbeeldige studies. Een betere toegankelijkheid van de RIZIV-informatie die wordt gebruikt om het dagforfait te berekenen zou de informatie aanzienlijk kunnen verbreden.

8.9 Andere beperkingen

- De gepubliceerde jaarrekening van de private voorzieningen bevat de resultatenrekening van de woonzorgcentra, maar vaak ook dat van de dagverzorgingscentra, kortverblijf en eventueel serviceflats die verbonden zijn aan het woonzorgcentrum. Zorgnet Vlaanderen werkt jaarlijks mee aan de MARA-analyse¹¹⁹ die beheerd wordt door Belfius bank. Zij zijn zich bewust van deze beperkingen, maar geven aan dat de impact van de aanwezigheid van andere activiteiten beperkt is. Bij wijze van oefeningen hebben zij de financiële rekeningen van de gemengde zorgvormen vergeleken met de zuivere woonzorgcentra en zagen weinig verschillen. Het uitdrukken van de financiële rekeningen per verblijfsdag zorgt er enerzijds voor dat de verblijfsdagen bij gemengde zorgvormen toenemen, maar dat ook de kosten en opbrengsten toenemen. De twee effecten vlakken elkaar uit, althans wat betreft de verhoudingen. De volumes van de gemengde zorgvoorzieningen zijn bovendien beperkt. De kerntaak ligt nog steeds bij het woonzorgcentrum zelf. We houden voor dit onderzoek dan ook geen rekening met deze onzuiverheden.

In de openbare sector is dit probleem niet aan de orde omdat zij verschillende activiteitencentra gebruiken voor het woonzorgcentrum enerzijds en dagverzorgingscentra of serviceflats anderzijds.

In de commerciële sector stelt dit probleem zich minder omdat activiteiten zoals serviceflats doorgaans apart worden beheerd, bijvoorbeeld in patrimoniumvennootschappen. Vastgoed en

¹¹⁸ Boekhoudbesluit van 13 januari 2006 voor de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Voor de erkende en gesubsidieerde welzijns- en gezondheidsvoorzieningen geldt vanaf 1 januari 2014 de verplichting om alle codes in het verkort model in te vullen. Bij de Nationale Bank zijn de codes 70/74, 70, 73 en 60/61 facultatieve codes die niet verplicht moeten ingevuld worden. De verplichting geldt reeds voor de jaarrekening 2013.

¹¹⁹ Sectoranalyse van de woonzorgcentra uitgevoerd door Zorgnet Vlaanderen, Belfius en Corilius.

zorg worden immers steeds vaker boekhoudkundig gescheiden en al dan niet bij andere vennootschappen onder gebracht, dat is althans het geval bij de grotere commerciële groepen;

- De gepubliceerde jaarrekening wordt op het niveau van de koepelorganisatie (groepsniveau) als onderneming gerapporteerd, en niet op voorzieningenniveau;
- Een opsplitsing naar type kost of de structuur van de opbrengsten zal niet gereconstrueerd kunnen worden. De jaarrekeningen in zijn wettelijke vorm geven te weinig detail om een analyse uit te voeren waarbij de kosten opgesplitst kunnen worden naar zorg-, woon- en leefkosten. Het detail van de subsidiestromen vanuit het RIZIV en andere federale kanalen ontbreken eveneens. De animatiesubsidies en investeringssubsidies vanuit de Vlaamse overheid zijn wel gekend, maar maken slechts een zeer beperkt onderdeel uit van alle inkomsten, waar niet verder wordt op ingegaan;
- In een vroegere studie constateerden wij een verschil in boekhoudkundige verwerking tussen de verschillende spelers binnen de residentiële ouderenzorg (Pacolet et al, 2012). De VIPA-subsidie kan bijvoorbeeld op diverse manieren ingeboekt worden.¹²⁰ Ofwel kunnen VIPA-subsidies geplaatst worden op de passief-zijde van de balans, onder het eigen vermogen (15-rekening). ofwel verschijnen ze niet op de balans, maar enkel in de resultatenrekening (736-rekening). Dat zijn althans de twee mogelijkheden voor de private non-profit. In de openbare sector wordt de 73-rekening echter voorbehouden voor de interne facturatie. De subsidiestromen (uitgezonderd het dagforfait) worden doorgaans op de 74-rekening 'overige bedrijfsopbrengsten' geboekt (bv. recuperatie personeelskosten zoals sociale Maribel en GESCO's, VIPA-subsidies, animatiesubsidies, eindeloopbaanmaatregel en derde luik). Deze subsidiestromen worden in de private sector op een 73-rekening geboekt. Deze uiteenlopende standpunten over de boekhoudkundige verwerking en harmonisering zouden best verder uitgeklaard worden, wat evenwel een aangelegenheid is van verder boekhoudkundige normering.

¹²⁰ www.vipa.be, sectie "boekhoudkundige verwerking gebruikstoelage". Toelichting Nico Vermeiren, VIPA

Hoofdstuk 9

De analyse van de kosten en opbrengsten van de sector

9.1 Inleiding

De *resultatenrekening* is een onderdeel van de *jaarrekening* en bevat alle kosten- en opbrengstenstromen binnen de entiteit (lees: voorziening of koepelorganisatie) gedurende een boekjaar. Het verschil tussen de kosten- en opbrengstenstromen is het gerealiseerde resultaat (de winst of verlies). Een *balans* behoort tevens tot de jaarrekening en bevat, in tegenstelling tot de resultatenrekening een overzicht van de bezittingen, schulden en het eigen vermogen van de entiteit. Het is een momentopname en wordt meestal op het einde van het jaar opgemaakt. De resultatenrekening zegt eerder iets over de financiële leefbaarheid van de entiteit in een bepaald jaar.

In dit hoofdstuk wordt de resultatenrekening van de sector onder de loep genomen. Daarbij worden de inkomstenstromen en het kostenverloop in de residentiële ouderenzorg en de determinanten ervan nader bekeken. We gaan vervolgens na wat de invloed is van de eigendomsstructuur, de grootte van de voorziening; de zorgbehoevendheid van de bewoners, alsook het aandeel RVT-financiering. In een volgend hoofdstuk komt de impact van de personeelsomkadering aan bod. Ten slotte wordt een analyse gemaakt van de dagprijsdeterminanten.

De meerderheid van de ondernemingen dient de jaarrekening op te maken volgens het volledig schema. Kleine vennootschappen mogen echter het verkort schema toepassen. In het verkort schema gaan heel wat gegevens verloren gezien het wat betreft de opbrengsten in principe volstaat uitsluitend de brutomarge op te geven. De brutomarge is het verschil tussen de omzet (70-rekening) en de kosten van de producten, diensten en diverse goederen (60 en 61-rekening). Een uitgebreide opdeling naar kosten en opbrengsten wordt niet meer gemaakt. Deze 'details' worden immers samengevat in de brutomarge. We geven ter informatie een inleidende tabel mee van de ondernemingen met een verkort schema, maar wegens het gebrek aan detail en vergelijkbaarheid zal hier niet verder op ingegaan worden. 29% van de private non-profit en maar liefst 57% van de commerciële spelers rapporteerde in 2012 met een verkort schema, waardoor, althans wat het commerciële segment van de sector betreft, met een nog veel kleinere steekproef gewerkt zal worden.

Voor de private sector betekent een analyse van de resultatenrekening een analyse op ondernemingsniveau (groepsniveau). De boekhouding van de openbare sector laat wel een analyse op het niveau van de voorziening toe.

Enkele boekhoudkundige begrippen

De **omzet** (70-rekening) bevat zowel de dagprijs, de supplementen als een groot deel van de RIZIV-subsidies (dagforfait) en weegt zwaar door op de opbrengstzijde van de resultatenrekening. De **73-rekening** bevat binnen de boekhouding van de private sector hoofdzakelijk de subsidies in kapitaal en interesten, waaronder de bouwsubsidies van het VIPA vallen, maar ook de recuperatie van een aantal personeelskosten. Dat laatste ontvangen de woonzorgcentra ter compensatie van de inzet van GESCO-werknemers, Sociale Maribellers, en andere werknemers uit werkgelegenheidsprogramma's. Ook de RIZIV-tussenkost voor de eindeloopbaan en het derde luik komen onder deze opbrengstenpost terecht. De animatiesubsidies van de Vlaamse overheid eveneens. Binnen de openbare sector wordt de 73-rekening echter voorbehouden voor interne facturatie. Zij boeken de bouw- en animatiesubsidies, de subsidies van het derde luik en de eindeloopbaanmaatregel, alsook de recuperatie van personeelskosten op de **74-rekening**.

Een opsplitsing naar type opbrengst van de 70- of de 73-rekening is echter niet vervat in het wettelijk schema van de jaarrekening.

Het **bedrijfs- of werkingsresultaat** is het verschil tussen de **bedrijfsopbrengsten** en de **bedrijfskosten**. Naast de bedrijfskosten en opbrengsten zijn er nog financiële en uitzonderlijke kosten en opbrengsten. Het financiële en uitzonderlijk resultaat, in rekening genomen met het bedrijfsresultaat, is het uiteindelijke **winst- of verliescijfer** van dat jaar van de onderneming.

9.2 Regressieanalyse

In dit hoofdstuk wordt vervolgens getracht een verklaring te vinden voor de kosten en opbrengsten van de voorziening in functie van het zorgprofiel van de bewoners, de grootte van de voorziening, de eigendomsstructuur, etc. Om het effect van meerdere variabelen op één afhankelijke variabele na te gaan, is de meervoudige regressieanalyse de meest aangewezen techniek. Een regressieanalyse is een statistische techniek voor het analyseren van gegevens waarin (mogelijk) sprake is van een specifieke samenhang. Een regressievergelijking levert een vergelijking op waarmee de afhankelijke variabele kan voorspeld worden op basis van de onafhankelijke variabelen. De meervoudige (lineaire) regressieanalyse wordt voor dit onderzoek gehanteerd om te toetsen of meerdere onafhankelijke variabelen (eigendomsstructuur, grootte van de voorziening, zorgbehoevendheidsmix,...) een invloed hebben op een afhankelijke variabele (bv. het financieel resultaat van de onderneming) en of samenhang positief of negatief is (teken van de regressiecoëfficiënt).

Een belangrijke coëfficiënt in de regressieanalyse is de determinantiecoëfficiënt ofwel de R^2 van het model. Het geeft aan welk deel van de variantie van de afhankelijke variabele wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen. Hoe hoger de determinantiecoëfficiënt, hoe hoger de voorspellende kracht van het model. Het significantieniveau wordt op 0,05 gelegd waardoor met 95% zekerheid gesteld kan worden dat de regressieparameter een significant causaal verband heeft met de afhankelijke variabele.

9.3 De gemiddelde resultatenrekening naar beheersstatuut

Een eerste inleidende tabel bevat het beeld van de resultatenrekening van een gemiddeld woonzorgcentrum in Vlaanderen, alsook de opdeling van het sectorgemiddelde naar eigendomsstructuur. De tabel wordt uitgedrukt in euro per dag per woongelegenheden en beschrijft het verschil in rentabiliteit naar beheersinstantie, eerder dan de eigendomsstructuur als verklarende variabele aan te halen.

Tabel 9.1 Resultatenrekening (volledig schema) naar beheersstatuut, gemiddelde per dag per erkende woongelegenheden (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totaal
Aantal jaarrekeningen/entiteiten		178	171	49	398
Aandeel van de sector in aantal woongelegenheden		26,9%	36,4%	9,3%	72,6%
Aantal woongelegenheden		18 747	25 385	6 506	50 638
Bedrijfskosten:	60/64	135,8	131,0	123,8	131,8
- Handelsgoederen, grond- en hulpstoffen	60	8,2	9,6	9,7	9,1
- Diensten en diverse goederen	61	27,5	15,8	35,6	22,7
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	91,3	94,7	73,7	90,7
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	8,6	10,1	4,1	8,8
- Andere bedrijfskosten	64	0,2	0,6	0,6	0,5
Bedrijfsopbrengsten:	70/74	122,5	137,1	126,1	130,3
- Omzet	70	101,7	110,4	110,2	107,1
- Lidgeld, schenkingen, legaten en subsidies	73	3,3	21,2	5,1	12,5
- Andere bedrijfsopbrengsten	74	17,7	5,4	10,5	10,6
Bedrijfsresultaat	70/64	-13,3	5,4	1,9	-2,0
- Financiële opbrengsten	75	3,9	1,4	0,9	2,3
- Financiële kosten	65	3,3	2,7	1,7	2,8
- Uitzonderlijke opbrengsten	76	0,1	1,5	1,1	0,9
- Uitzonderlijke kosten	66	0,2	1,0	1,2	0,7
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		-12,9	4,6	0,9	-2,4
(Winst)marge op de bedrijfsopbrengsten		-12,69%	4,14%	0,78%	-2,2%
Aantal verlieslatende ondernemingen		154	37	15	206
Aantal winstgevende ondernemingen		24	134	34	192
% verlieslatende ondernemingen		87%	22%	31%	52%
% ondernemingen met verlieslatend bedrijfsresultaat		91%	15%	31%	55%

Bron Eigen verwerking

Over de totale sector heen blijkt iets meer dan de helft van de ondernemingen/voorzieningen verlieslatend te zijn. Het gemiddeld bedrijfsresultaat ligt op 2 euro verlies per dag per woongelegenheden en het uiteindelijke verliescijfer ligt op 2,4 euro per dag per woongelegenheden. Een bewoner brengt voor de voorziening een (werkings-) kost van gemiddeld 131,8 euro per dag met zich mee. Daar staat een opbrengst van gemiddeld 130,3 euro over. Het lijkt initieel alsof deze sector sterk verlieslatende is. Uit onderstaande tabel blijkt dat het verlies hoofdzakelijk gesitueerd kan worden bij de openbare voorzieningen; 154 van de 206 verlieslatende ondernemingen behoort immers tot het publieke aanbod. De private sector wordt minder gekenmerkt door verlieslatende activiteiten. Een vijfde van de private non-profit en een derde van de for-profit was in 2012 verlieslatend. Blijkbaar is ook de for-profit sector voor een groot deel verlieslatend, zelfs meer dan de private non-profit.

Een volgende tabel bevat de geglobaliseerde resultatenrekening van de woonzorgcentra op macro-niveau. De beschikbare geaggregeerde cijfers (72,6% van het aantal woongelegenheden in de sector) werden geëxtrapoleerd op basis van het totaal aantal woongelegenheden zodat we een raming krijgen van de budgetten op sectorniveau.

Tabel 9.2 Resultatenrekening van de sector (macro-budget) naar beheersstatuut, een extrapolatie op basis van het aantal woongelegenheden (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totaal
Aantal woongelegenheden (sector)		24 276	33 006	12 421	69 703
Bedrijfskosten:	60/64	1 203 940 219	1 577 840 889	560 831 803	3 342 612 912
- Handelsgoederen, grond- en hulpstoffen	60	72 870 047	115 922 289	44 152 128	232 944 464
- Diensten en diverse goederen	61	243 638 709	190 864 477	161 209 708	595 712 895
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	809 306 664	1 140 818 685	333 808 473	2 283 933 822
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	76 154 563	121 539 585	18 396 927	216 091 076
- Andere bedrijfskosten	64	1 989 392	7 172 385	2 593 651	11 755 428
Bedrijfsopbrengsten:	70/74	1 085 707 707	1 651 556 597	571 232 658	3 308 496 962
- Omzet	70	901 095 591	1 329 983 997	499 552 893	2 730 632 481
- Lidgeld, schenkingen, legaten en subsidies	73	29 883 190	317 381 771	30 119 177	377 384 138
- Andere bedrijfsopbrengsten	74	156 565 109	65 364 524	47 452 506	269 382 138
Bedrijfsresultaat	70/64	-118 232 511	65 044 260	8 714 803	-44 473 447
- Financiële opbrengsten	75	34 524 743	17 007 540	4 267 073	55 799 355
- Financiële kosten	65	29 318 980	32 609 283	7 786 401	69 714 664
- Uitzonderlijke opbrengsten	76	746 755	17 857 427	5 173 635	23 777 817
- Uitzonderlijke kosten	66	2 095 250	12 278 863	5 330 635	19 704 749
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		-114 375 242	55 021 075	3 881 055	-55 473 111

Bron Eigen verwerking

Voor de volledigheid geven wij een overzicht van de ondernemingen die met een verkort boekhoudkundig schema rapporteren. De criteria zijn minder dan 50 personeelsleden in dienst hebben,

een omzet halen van minder dan 7,3 miljoen euro of een balanstotaal kennen van minder dan 3,65 miljoen euro. Opmerkelijk is de hoogte van de totale kosten en opbrengsten per woongelegenhed die heel wat lager liggen dan de voorzieningen die een uitgebreid boekhoudkundig schema hanteren. Gemiddeld realiseren de private non-profit voorzieningen een iets kleinere winst, de for-profit voorzieningen een iets grotere winst. Opvallend is ten slotte het hoger percentage verlieslatende ondernemingen, zowel in de non-profit als het for-profit segment. Dit zou kunnen wijzen op schaalnadelen en de moeilijkheden die daarmee gepaard gaan om met deze kleinere schaal te blijven overleven.

Tabel 9.3 Resultatenrekening (verkort schema) naar beheersstatuut, gemiddelde per dag per erkende woongelegenhed (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	Private non-profit	Private for-profit
Aantal jaarrekeningen/entiteiten		49	65
Aandeel in aantal woongelegenheden binnen het economisch statuut		10%	36%
Bedrijfskosten:	60/64	87,8	72,9
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	81,9	68,4
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	5,5	4,2
- Andere bedrijfskosten	64	0,4	0,3
Brutomarge	70-60-61	90,7	76,4
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		2,1	2,1
Aantal verlieslatende ondernemingen		16	26
Aantal winstgevende ondernemingen		33	39
% verlieslatende ondernemingen		32,6%	40%

Bron Eigen verwerking

Het verkort schema biedt geen zicht op de totale exploitatiekosten, onder meer op de personeelskosten die via uitbesteding georganiseerd wordt. Indien het vergelijkbaar is met de grotere ondernemingen zou zo de lage personeelskosten bij de private for-profit verklaard kunnen worden door meer aankopen van externe diensten. De hier gerapporteerde personeelskosten zijn in alle geval lager. De afschrijvingen zijn ook lager bij de private non-profit met verkort schema ten opzichte van de private non-profit ondernemingen die rapporteren onder het uitgebreid schema.

9.3.1 De bedrijfskosten

Wat de bedrijfskosten betreft, kent de openbare sector de hoogste waarden en de private for-profit spelers de laagste. De commerciële sector tekent vooral lage personeelskosten op (62-rek.). Het verschil is opvallend en bedraagt 17,4 euro en 21 euro per dag per woongelegenhed ten opzichte van de openbare, respectievelijk private non-profit spelers. Dit kan mogelijk verklaard worden aan de hand van de hoogte van de 61-rekening 'diensten en diverse goederen'.

Personeelskosten worden immers enkel in de 62-rekening opgenomen als het personeel in dienstverband werkt binnen de organisatie. Personeelskosten worden op de 61-rekening geplaatst als het personeel uitbesteed wordt (bv. schoonmaakdienst, keukenpersoneel). De bedragen van de 61-rekening, ofwel de 'diensten en diverse goederen', liggen in de private for-profit dan ook heel wat hoger

dan in de private non-profit. Het verschil van 21 euro wordt zo bijna te niet gedaan. Mogelijk maakt de commerciële sector meer gebruik van dergelijke diensten voor de inschakeling van het ondersteunend personeel. De hoogte van de 61-rekening bij de commerciële spelers kan echter ook verklaard worden door de 'huurcomponent' die mogelijk vervat zit in deze rekening. Het is gekend dat heel wat commerciële spelers de uitbating van het woonzorgcentrum scheiden van het patrimonium. In dat geval wordt huur betaald voor het gebouw, wat de hoogte van de 61-rekening kan verklaren. We kunnen beide elementen echter niet verifiëren vanwege het gebrek aan detail.

De personeelskosten (62-rekening) van de openbare sector liggen iets lager dan dat van de private non-profit, maar er wordt beduidend meer uitgegeven binnen de kostenpost 'diensten en diverse goederen'. De openbare sector registreert meer uitgaven op de 61- en 62-rekening, meer bepaald 8,3 en 9,5 euro meer per dag per woongelegenheden, dan blijkt uit de boekhouding van de de private non-profit, respectievelijk de commerciële spelers. Dit kan het verschil in rentabiliteit gedeeltelijk verklaren. Wanneer met beduidend minder personeelskosten een zekere outsourcing kan verwacht worden, is het verwonderlijk dit op te merken in de openbare sector die reeds hogere personeelskosten vertonen.

Een tweede reden om het verschil in personeelskost te verklaren zou het verschil in omkadering van het (zorg)personeel kunnen zijn. Of de omkadering van zorgpersoneel zich anders verhoudt tussen de drie spelers wordt in een volgend hoofdstuk nagegaan. Een derde reden voor het verschil in personeelskosten is de inzet van lager of hoger gekwalificeerd personeel. In volgend hoofdstuk wordt duidelijk dat de commerciële spelers beduidend lager (en minder) gekwalificeerd bovennormpersoneel inzetten. Ten slotte kan ook het statuut van het personeel de bedrijfskosten beïnvloeden (contractueel/statutair). Deze gegevens zijn echter niet beschikbaar voor dit onderzoek.

Een regressie-analyse kan gedeeltelijk de determinanten van de bedrijfskosten (rekening 60/64) bepalen. Het model komt op het einde van dit hoofdstuk uitvoerig aan bod.

9.3.2 De bedrijfsopbrengsten

Wat betreft de opbrengstenzijde tekent de openbare sector de laagste cijfers op. Het verschil zit hoofdzakelijk in het omzetcijfer (70-rekening), wat 10 euro per dag per woongelegenheden lager ligt dan de private spelers inboeken. Zowel de dagprijs als het dagforfait van het RIZIV komt op deze rekening terecht. Een drie-tal euro van het verschil kan toegeschreven worden aan de lager geafficheerde dagprijs van de openbare voorzieningen. Dit wordt in hoofdstuk 11 over de dagprijs geschat.

Daarnaast vertonen ook de 73- en 74-rekeningen een aantal verschillen tussen de drie beheersinstanties. De private non-profit noteert vooral meer inkomsten op de 73-rekening, meer bepaald 21,2 euro per dag ten opzichte van amper 3,3 euro en 5,1 euro voor respectievelijk de openbare en commerciële spelers. De private spelers boeken namelijk de tussenkomsten voor de inzet van personeel in het kader van tewerkstellingsprogramma's, als een deel van de RIZIV-tussenkomst (derde luik en eindeloopbaanmaatregel), alsook de investerings- en animatiesubsidies op de 73-rekening. De openbare sector boekt deze inkomsten op de 74-rekening. Zij hanteren immers andere boekhoudprincipes. De 73-rekening van de commerciële spelers ligt voor een deel lager omdat zij niet (altijd) in aanmerking komen voor de animatie- en investeringssubsidies. Een andere verklaring voor de rest van het verschil werd niet gevonden.

Merk in onderstaande tabel de verschillen in animatie- en investeringssubsidie op tussen de drie uitbaters¹²¹. Niet alleen de for-profit tekent lagere cijfers op, maar ook de non-profit spelers kennen onderlinge verschillen. De openbare sector kon in 2012 van 60% meer investeringssubsidies genieten dan de private non-profit. Illustreert dit een inhaalbeweging van de openbare sector in infrastructuurwerken?

Tabel 9.4 Animatie- en investeringssubsidies aan de woonzorgcentra in Vlaanderen, in euro per dag per bed

	Animatiesubsidies	Investeringsubsidies (VIPA)
Openbare voorzieningen	1,57	3,40
Private non-profit	1,63	2,14
Private for-profit	0,70	0,00

* De vzw-voorzieningen met een commercieel economisch statuut ontvangen ook animatiesubsidies vanuit de Vlaamse overheid. Ze komen niet in aanmerking voor de infrastructuursubsidies.

Bron Datawarehouse WVG

Vanuit het beleidsniveau (Vlaamse overheid) werd geopperd dat het negatief resultaat van de openbare voorzieningen wel eens te wijten zou kunnen zijn aan andere boekhoudprincipes. Er werd gesteld dat de openbare voorzieningen de loonkosten voor werknemers in het kader van de sociale Maribel en de GESCO's werkzaam in het woonzorgcentrum correct in de boekhouding van het woonzorgcentrum opnemen, maar dat de inkomsten bij de gemeente of het OCMW ingeboekt worden. Als deze stelling klopt, dan kan dat inderdaad een deel van de verlieslatendheid van de openbare voorzieningen verklaren. Uit een screening van de gedetailleerde, maar complexe boekhouding van de openbare besturen bleek wel degelijk dat alle kosten, maar ook alle inkomsten met betrekking tot de tewerkstellingsprogramma's correct op het niveau van de activiteitencentra geboekt worden (voorzieningsniveau) en niet, zoals gesteld, in de algemene boekhouding van de lokale besturen. Bij deze kunnen we deze hypothese weerleggen.

Anno 2012, hebben 142 OCMW-voorzieningen GESCO's in dienst, wat neerkomt op een subsidie van 1,16 euro per verblijfsdag. 128 van de 178 voorzieningen kunnen rekenen op bijkomende arbeidskrachten in het kader van de sociale Maribel. De tussenkomst ligt gemiddeld op 1,05 euro per verblijfsdag.

Volgens de MARA-analyse (2012) kunnen vzw-voorzieningen rekenen op 0,33 euro voor de inzet van GESCO's en 4,18 euro per verblijfsdag vanuit het Fonds sociale Maribel. Dat laatst ligt vier maal hoger dan in de openbare sector. Deze tewerkstellingsprogramma's financieren een deel van het bovennormpersoneel. Dergelijke cijfers konden niet gereconstrueerd worden voor de commerciële spelers.

¹²¹ Wij hebben in het analyseluik van dit project bij benadering 2 600 000 euro aan toegekende animatiesubsidies (werkjaar 2012) geïdentificeerd bij 34 'commerciële spelers' met een vzw-statuuut. Dit bedrag gaat minimaal naar de commerciële sector gezien mogelijk niet alle commerciële spelers met een vzw-statuuut geïdentificeerd konden worden.

9.3.3 Het resultaat

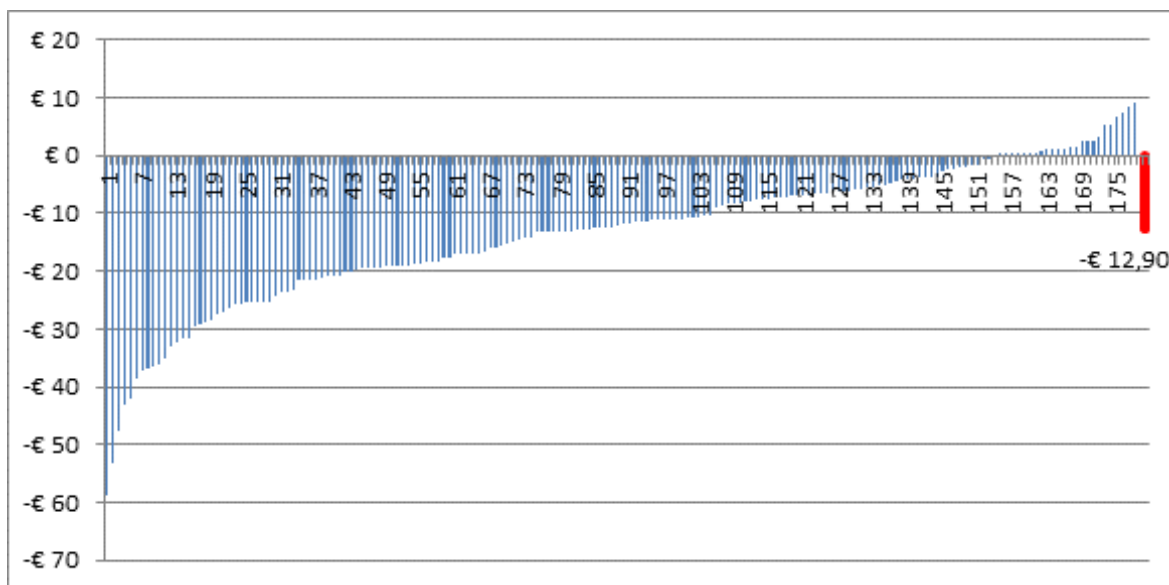
Dit alles resulteert in een groot verlies voor de openbare sector (13,3 euro per dag per woongelegenheden), ofwel een totaal verlies van 88 297 687 euro voor de openbare diensten in de analyse. Geëxtrapoleerd op basis van het aantal woongelegenheden zou de openbare sector in 2012 een totaal verlies van meer dan 114 miljoen euro kunnen lijden. Dit bedrag werd in 2012 geheel gedragen door de gemeenten via de boekhoudkundige aanzuivering aan de hand van de 794-rekening 'Onttrekking aan de gemeentelijke bijdrage'.

De private non-profit genereerde in 2012, geëxtrapoleerd op basis van het aantal woongelegenheden, een winstcijfer van 51 686 813 euro ofwel 4,6 euro per dag per woongelegenheden. De commerciële spelers waren goed voor een netto geëxtrapoleerd winstcijfer van 6 176 242 euro ofwel 0,9 euro per dag per woongelegenheden. Vermoedelijk wordt naast het officiële belastbare winstcijfer van deze laatste voorzieningen ook opbrengsten via huurgelden aan patrimoniumvennootschappen, rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden aan de voorziening, doorgestort naar andere vennootschappen. Dat valt echter niet te verifiëren uit onze databank.

Op basis van deze cijfers lijkt het dat de private non-profit het best presteert in de sector, althans financieel gezien. Met een winstmarge op de bedrijfsopbrengsten van 4,14% laten zij de openbare en commerciële sector (ver) achter zich waar een winstmarge van respectievelijk -12,7% en amper 0,78% wordt gegenereerd. De private non-profit kent ook het laagst aantal verlieslatende voorzieningen.

Het verschil in resultaat tussen de twee groepen private spelers bedraagt gemiddeld 3,7 euro per dag per woongelegenheden. De private for-profit komt echter niet in aanmerking voor investerings- en animatiesubsidies van de Vlaamse overheid. Dit komt neer op 3,1 euro per dag per woongelegenheden minder inkomsten, wat het overgrote deel van het verschil in resultaat verklaart. De rest van het verschil in rentabiliteit kan gevonden worden in de vennootschapsbelasting die van toepassing is voor alle vennootschappen. Bovendien kunnen de commerciële spelers niet rekenen op bijkomende arbeidskrachten en inkomsten in het kader van Vlaamse of federale tewerkstellingsmaatregelen (GESCO's, WEP+, ACTIVA,...), uitgezonderd de sociale Maribel.

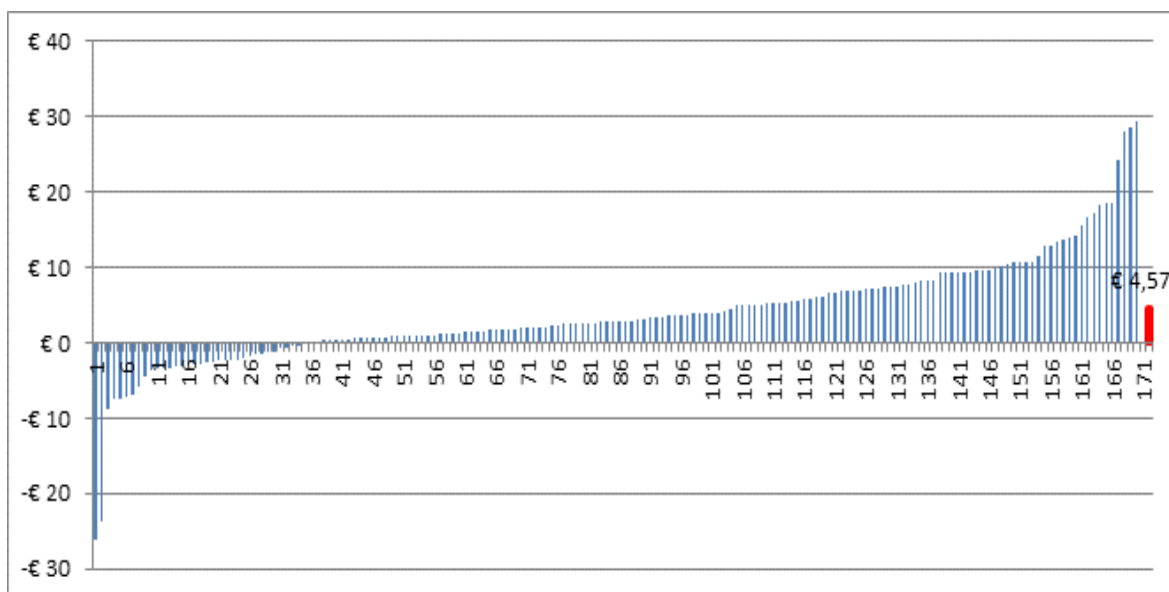
Onderstaande grafieken stellen de spreiding in rentabiliteit voor tussen de voorzieningen, uitgedrukt per dag per woongelegenheden. Hieruit blijkt nog maar eens duidelijk dat er amper openbare woonzorgcentra actief zijn die een positief resultaat kunnen voorleggen.



Bron Eigen verwerking

Figuur 9.1 Het winst- of verliescijfer van de openbare woonzorgcentra, per voorziening, uitgedrukt per dag per wooneenheid (Vlaanderen, 2012)

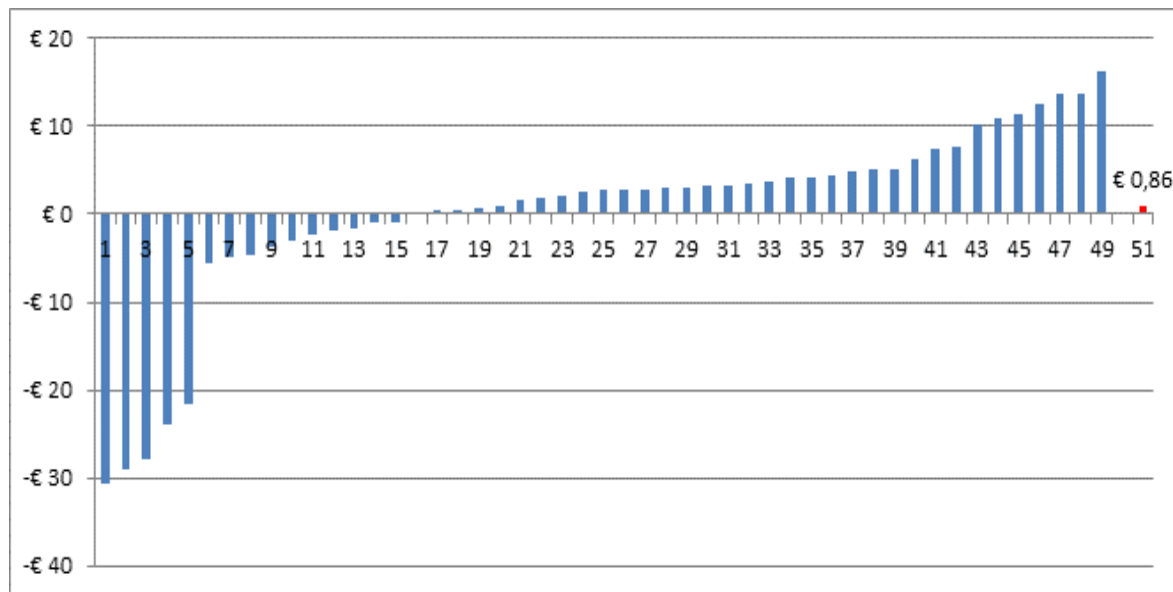
Zowel de hoogte van het gemiddeld ‘verlies’ (of bij te passen deel door de lokale overheid) als de nog hogere tekorten per dag (tussen de 20 tot zelfs 40 euro per dag) vallen op en roepen twijfels op over de houdbaarheid op langere termijn. Omgekeerd slagen een aantal private non-profit voorzieningen zelfs een marge tussen de 10 en 20 euro per dag te realiseren.



Bron Eigen verwerking

Figuur 9.2 Het winst- of verliescijfer van de private non-profit woonzorgcentra, per onderneming, uitgedrukt per dag per wooneenheid (Vlaanderen, 2012)

De grootste verlieslatende commerciële woonzorgcentra zijn autonome vennootschappen, zowel bvba's als naamloze vennootschappen. Het zijn niet de grote groepen die verlies maken.



Bron Eigen verwerking

Figuur 9.3 Het winst- of verliescijfer van de private for-profit woonzorgcentra, per onderneming, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)

9.4 De gemiddelde resultatenrekening naar grootte van de voorziening

Het is denkbaar dat schaafeffecten een impact hebben op de rentabiliteit van een voorziening. De schaal wordt voor deze analyse gedefinieerd als het aantal erkende woongelegenheden van de voorziening, ofwel de sommatie van het aantal erkende ROB, RVT, coma en kortverblijfbetten. Wat betreft de 'schaal' of de grootte van de voorziening wordt gekeken naar het gemiddelde aantal woongelegenheden van de voorziening in het jaar 2012. Wijzigingen in capaciteit kunnen namelijk optreden doorheen het jaar. Ondernemingen met meerdere vestigingen (N=42) worden naar hun gemiddelde grootte ingedeeld en niet naar het totaal aantal woongelegenheden dat de koepel of groep beheert. De analyse is beperkt tot de ondernemingen en voorziening die rapporteren op basis van een volledig schema (N=398).

Onderstaande tabel zet de gemiddelde kost, opbrengst en rentabiliteit van een voorziening naar grootte van de voorziening op een rij. Dit werpt een eerste blik op de mogelijke impact van de schaal op de rentabiliteit van een voorziening. We spreken momenteel nog over 'mogelijke' impact, gezien ook andere effecten op de achtergrond kunnen meespelen. Grotere voorzieningen worden bijvoorbeeld eerder gevonden bij openbare voorzieningen en de kleinere bij de commerciële spelers. De beheersinstantie kan bijgevolg ook een onderliggende factor zijn en meespelen in dit verhaal. Onderstaande tabel beschrijft met andere woorden eerder het verschil in rentabiliteit naar grootte van de voorziening, dan dit als verklarende variabele aan te halen.

Hoe groter de voorziening, hoe hoger de opbrengsten liggen, maar ook hoe hoger de kosten. De uitzondering op de trend is de grootste categorie (>125 woongelegenheden), waarbij een kleine daling in vooral de opbrengstenzijde wordt opgemerkt. De andere voorzieningen met meer dan 50 woongelegenheden vertonen een gelijkaardige kostenstructuur, maar kennen meer opbrengsten naarmate de voorziening groter wordt. Schaalvoordelen doen zich echter doorgaans voor aan de kostenzijde en niet aan de opbrengstenzijde, waardoor we op basis van deze tabel niet kunnen spreken over werkelijke schaalvoordelen.

De kleinste voorzieningen (<50 woonegelegenheden) noteren heel wat lagere opbrengsten, maar ook lagere kosten. Opvallend is dat vooral de personeelskosten lager liggen, vermoedelijk omwille van een lagere zorgbehoevendheid van de bewoners en de lagere personeelsnormen die worden opgelegd (zie infra). Voor het overige wordt weinig verschil in personeelskost gevonden overheen de verschillende categorieën.

Of de factor 'grootte van de voorziening' werkelijk een impact heeft op de kosten of opbrengstenstructuur van de voorziening, en geen andere onderliggende factor, zal pas uit de regressieanalyse duidelijk worden.

Tabel 9.5 Resultatenrekening (volledig schema) naar gemiddelde grootte van de voorziening, gemiddelde per dag per woonegelegenheden (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	< 50 woon-gelegen-heden	50-74 woon-gelegen-heden	75-99 woon-gelegen-heden	100-125 woon-gelegen-heden	> 125 woon-gelegen-heden	Totaal
Aantal jaarrekeningen/entiteiten		28	68	117	92	93	398
Bedrijfskosten:	60/ 64	120,2	131,9	132,3	132,6	131,8	131,8
- Handelsgoederen, grond- en hulpstoffen	60	9,0	9,4	9,2	9,0	9,1	9,1
- Diensten en diverse goederen	61	33,1	26,2	21,2	21,6	22,8	22,7
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	71,4	89,1	91,5	92,7	90,6	90,7
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	4,9	6,6	9,6	8,5	9,3	8,8
- Andere bedrijfskosten	64	1,8	0,6	0,4	0,5	0,3	0,5
Bedrijfsopbrengsten:	70/ 74	117,8	127,1	131,1	133,9	128,2	130,3
- Omzet	70	101,8	104,5	108,2	110,2	104,8	107,1
- Lidgeld, schenkingen, legaten en subsidies	73	6,4	8,9	13,7	13,8	12,0	12,5
- Andere bedrijfsopbrengsten	74	9,0	13,4	9,2	9,9	11,5	10,6
Bedrijfsresultaat	70/ 64	-4,5	-5,7	-2,1	1,2	-3,4	-2,0
- Financiële opbrengsten	75	1,9	1,9	2,4	2,7	2,4	2,3
- Financiële kosten	65	1,5	2,3	3,6	2,4	2,8	2,8
- Uitzonderlijke opbrengsten	76	0,4	1,2	0,4	1,7	0,5	0,9
- Uitzonderlijke kosten	66	0,2	0,4	0,5	1,3	0,6	0,7
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		-4,5	-5,4	-3,4	1,4	-3,9	-2,4
Winstmarge		-4,4%	-5,1%	-3,1%	1,2%	-3,8%	-2,2%
Aantal verlieslatende ondernemingen		14	42	64	37	49	206
Aantal winstgevende ondernemingen		14	26	53	55	44	192
% verlieslatende ondernemingen		50%	62%	55%	40%	53%	52%

Bron Eigen verwerking

Het is reeds duidelijk dat de verlieslatende openbare voorzieningen de bovenhand nemen in de rentabiliteit van het geheel van de sector. Hun verlies maakt alle winst, gemaakt in de private sector, te

niet. Dat komt duidelijk in vorige sectie naar voor, waar de kosten- en opbrengstenstructuur naar beheersstatuut worden opgedeeld. We vermoeden dat de twee vorige tabellen ook verband houden. We trachten deze twee aparte effecten te illustreren in onderstaande tabel waar zowel de rentabiliteit naar grootte van de voorziening als het economisch statuut wordt beschreven.

Door binnen het beheersstatuut te kijken naar de kosten, opbrengsten en het resultaat naar grootte van de voorziening wordt het effect van het beheersstatuut onderzocht, alsook het gewicht van de aantallen geëlimineerd.

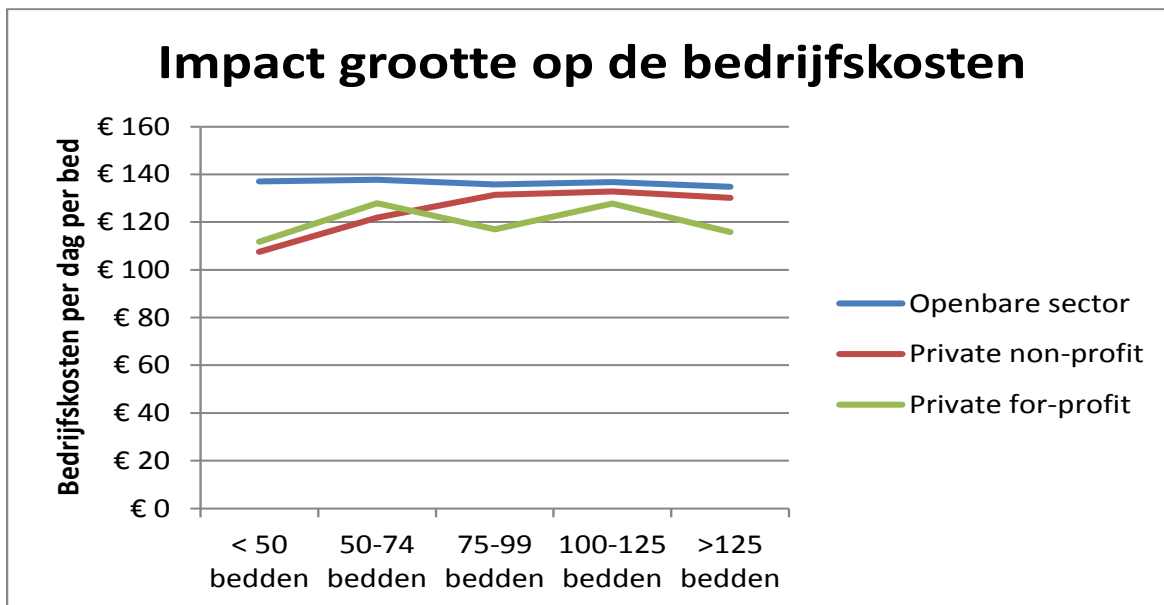
Zowel in de openbare als private sector wordt weinig tot geen variatie opgemerkt naar grootte van de voorziening. In dit schema wordt echter nog geen rekening gehouden met de mogelijke impact van de zorgbehoevendheid en personeelsomkadering, wat ook het een en ander zou kunnen verklaren. De gezamenlijke effecten worden op het einde van dit hoofdstuk onderzocht aan de hand van een meervoudige regressieanalyse.

Tabel 9.6 De structuur van de jaarrekening, naar grootte en economisch statuut van de onderneming (Vlaanderen, 2012).

	< 50 woongelegen -heden	50-74 woongelegen -heden	75-99 woongelegen -heden	100-125 woongelegen -heden	> 125 woongelegen -heden	Totaal
60/64 – bedrijfskosten						131,8
Openbaar	137,0	137,7	135,8	136,8	134,8	
VZW	107,5	121,9	131,4	132,8	130,2	
Commercieel	111,7	127,9	116,9	127,8	115,9	
70-74 - bedrijfs- opbrengsten						130,3
Openbaar	120,7	121,4	123,2	122,8	122,4	
VZW	136,8	127,5	138,4	139,0	135,1	
Commercieel	112,7	133,2	118,6	130,8	115,7	
Winst of verlies na belastingen						-2,4
Openbaar	-15,6	-15,3	-12,1	-14,0	-12,1	
VZW	7,7	5,0	2,6	6,9	3,5	
Commercieel	0,5	3,2	0,4	1,0	-0,5	
Aantal ondernemingen						398
Openbaar	10	40	54	27	47	
VZW	3	36	54	55	41	
Commercieel	15	10	9	10	5	

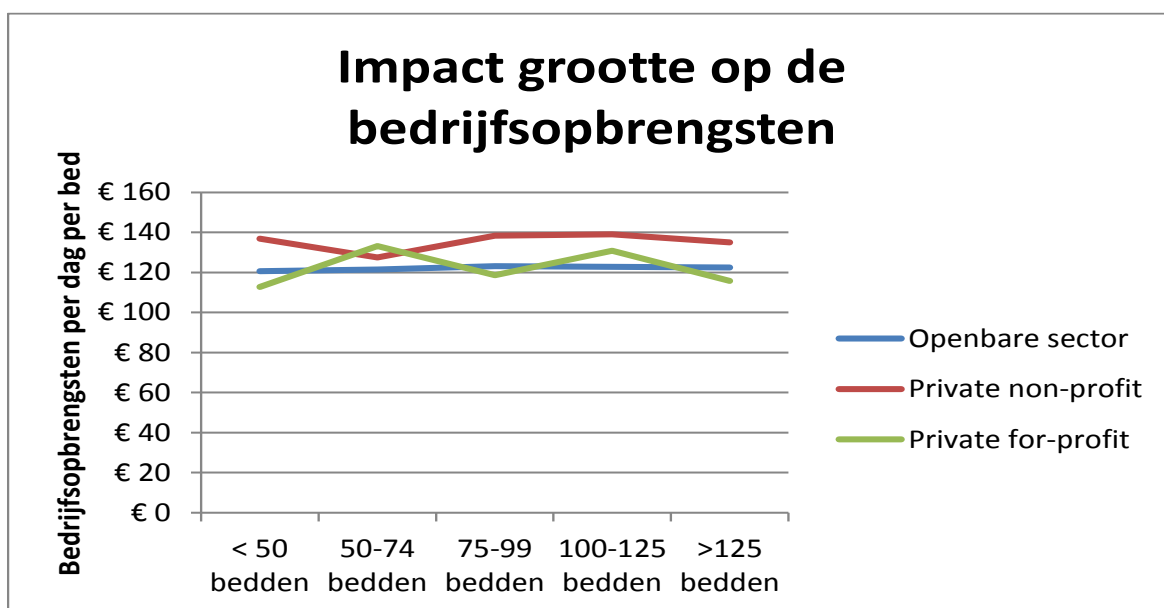
Bron Eigen verwerking

Bovenstaande tabel wordt hierna visueel voorgesteld. Om de privacy van de voorzieningen te vrijwaren worden de cijfers beperkt tot de groepsgemiddelden. Het is duidelijk dat de grootte van de voorziening geen impact heeft op de bedrijfskosten en opbrengsten.



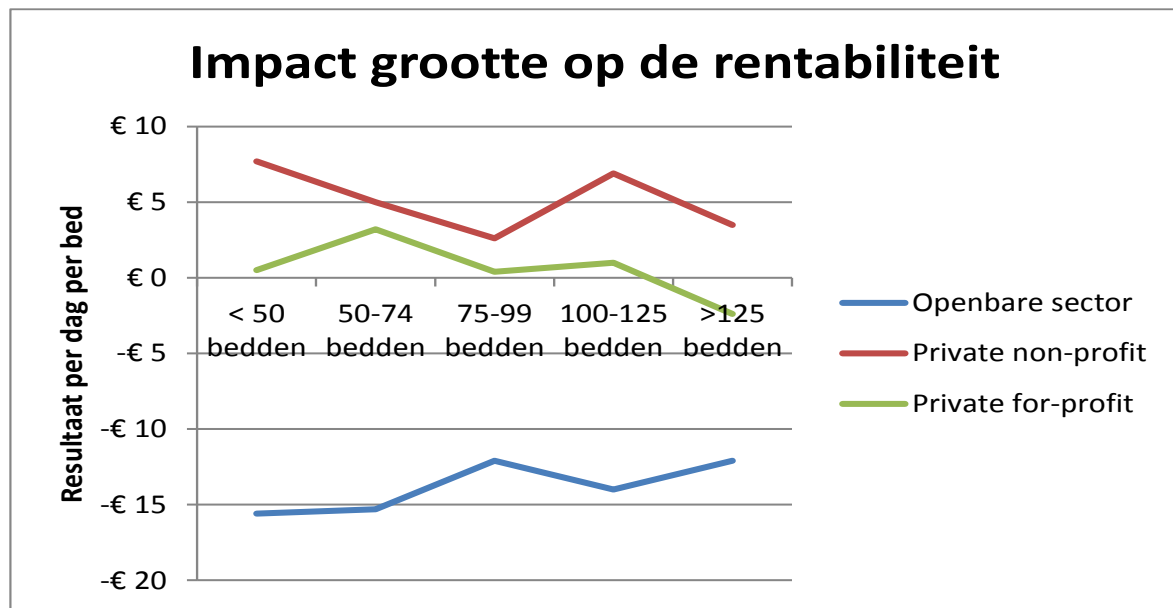
Bron Eigen verwerking

Figuur 9.4 Impact grootte van de voorziening op de bedrijfskosten, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012



Bron Eigen verwerking

Figuur 9.5 Impact grootte van de voorziening op de bedrijfsopbrengsten, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012



Figuur 9.6 Impact gemiddelde grootte van de voorziening op het resultaat van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012

9.5 De graad van zorgbehoevendheid

9.5.1 De gefinancierde en de werkelijke zorgbehoevendheid

De graad van zorgbehoevendheid kan op basis van twee parameters berekend worden. De “werkelijke graad van zorgbehoevendheid” wordt in de analyse geïllustreerd aan de hand van de verhouding B- en C-zorgprofielen, ofwel het aandeel zwaar zorgbehoevend, op het totaal van de gefactureerde RIZIV-dagen.

De Zorginspectie¹²² hanteert in hun verslagen het aandeel RVT-bedden als indicatie van de graad van zorgbehoevendheid. Voor een RVT-bed wordt door de overheid namelijk een hoger zorgforfait toegekend voor de opvang van zwaar zorgafhankelijke bewoners. Dat betekent dat het woonzorgcentrum voor deze woongelegenheden meer personeel kan inzetten voor de verzorging en de verpleging. Deze parameter heeft eerder met de financiering te maken dan met de werkelijke zorgbehoevendheid. In dit rapport worden beide parameters gehanteerd als voorspellende factor van de financiële resultaten.

We constateren twee vormen van onderfinanciering. Tabel 3.3 bracht reeds de huidige financieringsnorm (RIZIV) naar zorgprofiel en naar type bed in beeld. Daarbij dient vooral het verschil in financiering tussen een B- en een C-zorgprofiel opgenomen in een ROB- of een RVT-bed opgemerkt te worden. Het vermoedelijk personeel dat ook bij O- en A-zorgprofielen wordt ingezet, wordt bovendien amper gefinancierd op basis van de financieringsnorm. Het normpersoneel dat Vlaanderen (5 VTE per 30 bewoners met O- of A-zorgprofiel) oplegt ligt immers hoger dan de financieringsnorm die het RIZIV hanteert.

¹²² Inspectieverslagen te vinden via www.standaard.be/rusthuizen

Minder zichtbaar (alhoewel, de laagte van de omkadering voor O- en A-zorgprofielen is even opvallend) is de verhouding tussen de werkelijke inzet van het personeel voor deze lage zorgforfaits en de RIZIV-financiering (lees: het bovennormpersoneel). Dit volgt overigens reeds uit het feit dat de erkenningsnormen voor alle bewoners een minimale personeelsomkadering vragen (zie Boonen & Pacolet, 2001), terwijl het RIZIV dit niet financiert. Zelfs als wij ons zouden beperken tot het 'zorgpersoneel' blijkt in een vroegere studie dat zowel bij lage hulpbehoevendheid (veel O en A-zorgprofielen) als ook bij hoge hulpbehoevendheid de RIZIV-financiering onvoldoende was. Naarmate meer woongelegenheden een RVT-erkenning krijgen wordt dit probleem aan de bovenkant opgelost. Aan de onderkant blijft het financieringsprobleem aan de orde, wat de voorzieningen duwen in de richting van meer B- en C-zorgprofielen, wat overigens een beleidsdoelstelling kan zijn als men er naar streeft de O- en A-zorgprofielen ofwel thuis ofwel in een assistentiewoning te laten verzorgen. Zie een verdere bespreking hiervan ook in Breda, Pacolet, Hedeboom & Vogels (2010).

Zwaar zorgafhankelijke bewoners zouden in principe op basis van een RVT-erkenning moeten gefinancierd worden zodat voldoende personeel kan worden ingezet. Heeft men meer zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen) opgenomen dan RVT-erkenningen in portefeuille, dan worden de resterende zwaar zorgbehoevende bewoners gefinancierd op basis van een ROB-bed, en dat is heel wat minder gunstig. B- en C-bewoners hebben ondanks dezelfde zorgbehoeften een andere RIZIV-tegemoetkoming naargelang de ROB- of RVT-erkenning, en dat is discriminatie. Hoe groter het verschil of de discrepantie tussen het aandeel B- en C-zorgprofielen en RVT-erkenningen, hoe groter de onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden, wat uiteraard de financiële leefbaarheid van de voorziening kan beïnvloeden.

Het is denkbaar dat deze twee zaken soms moeilijk op elkaar kunnen afgestemd worden. Een woonzorgcentrum kan er bijvoorbeeld bewust voor kiezen prioriteit te geven aan bewoners waar de nood het hoogst is, dus waar de situatie noopt tot een dringende opname in een woonzorgcentrum, ook al staat hier geen RVT-bed tegenover. Daarnaast kunnen bewoners het woonzorgcentrum binnentreden als beperkt zorgbehoevend persoon (O- en A-zorgprofielen), maar gedurende hun verblijf afhankelijker worden. De zorgzwaarte van het woonzorgcentrum hangt enigszins af van het opnamebeleid van het woonzorgcentrum, maar wordt uiteraard ook gestuurd door het aantal RVT-bedden dat zij toegekend krijgen van de overheid.

Ondergefinancierde plaatsen kunnen het intern beleid van de voorzieningen op twee manieren sturen. Men kan opteren te voorzien in voldoende zorg en personeel, maar dan komt de rentabiliteit in het gedrang tenzij men de dagprijs dusdanig opdrijft. Of men verlaagt de zorgintensiteit door minder personeel in te zetten dan de zorgbehoevendheid werkelijk vereist. In het eerste geval komt de continuïteit van het woonzorgcentrum in het gedrag; in het laatste de kwaliteit van de zorg. Ondanks de verschillende 'reconversie-golven' vanuit het verleden, blijven in de praktijk nog zo'n 9,5% van de zorgforfaits bij zwaar zorgbehoevenden ondergefinancierd (tabel 9.7), wat een tekort van 3,3% aan gefinancierd personeel betekent (zie tabel 3.4).

Tabel 9.7 Verdeling van het aantal zorgforfaits (gefactureerde dagen gedeeld door 365), naar ROB/RVT, zorgcategorie en beheersinstantie, Vlaams Gewest, situatie van 1 juli 2011 tot 30 juni 2012 (volledige sector).

	Openbare sector		Private non-profit		Private for-profit		Totaal aantal zorgforfaits	
O-zorgprofiel - ROB	3 101	14,1%	2 149	9,7%	3 123	14,3%	8 372	12,7%
A- zorgprofiel - ROB	3 278	14,9%	2 728	12,3%	3 379	15,4%	9 384	14,2%
<u>B- zorgprofiel - ROB</u>	<u>628</u>	<u>2,9%</u>	<u>817</u>	<u>3,7%</u>	<u>1 393</u>	<u>6,4%</u>	<u>2 839</u>	<u>4,3%</u>
<u>C- zorgprofiel - ROB</u>	<u>398</u>	<u>1,8%</u>	<u>420</u>	<u>1,9%</u>	<u>516</u>	<u>2,4%</u>	<u>1 334</u>	<u>2,0%</u>
<u>Cd- zorgprofiel - ROB</u>	<u>912</u>	<u>4,1%</u>	<u>710</u>	<u>3,2%</u>	<u>1 166</u>	<u>5,3%</u>	<u>2 787</u>	<u>4,2%</u>
B- zorgprofiel - RVT	5 089	23,1%	4 762	21,5%	5 492	25,1%	15 342	23,2%
C- zorgprofiel - RVT	2 594	11,8%	2 775	12,5%	1 740	8,0%	7 109	10,8%
Cd- zorgprofiel - RVT	5 991	27,2%	7 752	35,1%	5 074	23,2%	18 817	28,5%
Cc- zorgprofiel - RVT	2	0%	45	0,1%	0	0%	47	0,1%
Totaal ROB	8 317	37,8%	6 824	30,9%	9 577	43,8%	24 717	37,4%
Totaal RVT	13 674	62,2%	15 289	69,1%	12 306	56,2%	41 314	62,6%

* De opdeling naar beheersstatuut is op basis van het juridisch statuut van de voorziening gemaakt. In de analysefase wordt doorgaans opgedeeld naar economisch statuut.

Bron RIZIV, via het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid; 2012

Merk op dat wij reeds gesimuleerd hebben wat de onderfinanciering bij de O- en A-zorgprofielen zou kunnen zijn (sectie 3.2.5, tekort van gemiddeld 12% aan gefinancierd personeel), en dat blijkt meer door te wegen dan de onderfinanciering bij de B- en C-zorgprofielen (3,3%). Het is slechts een simulatie omdat we rekening houden met de huidige Vlaamse personeelsnormen. Mogelijk dienen deze normen herbekeken te worden. Deze vorm van onderfinanciering laten we in onderstaande analyse even buiten beschouwing, maar schuilt in principe achter de parameter 'aandeel B- en C-zorgprofielen'.

9.5.2 De graad van zorgbehoevendheid naar eigendomsstructuur

In welke mate varieert de zorgbehoevendheid naar eigendomsstructuur van de voorzieningen? De zorgbehoevendheid van de bewoners vormt namelijk de grootste kostendrijver van de voorzieningen en kan de reeds geobserveerde verschillen tussen de drie uitbaters mogelijk verklaren. We bekijken de financiering bij de zwaar zorgbehoevenden nader, vervolgens komen de licht afhankelijken (O- en A-zorgprofielen) aan bod.

Met 77% B- en C-zorgprofielen tekenen de private non-profit voorzieningen de hoogste gemiddelde zorgbehoevendheidsgraad op. 65% van deze B- en C-zorgprofielen worden op basis van een RVT-erkenning gefinancierd, en dus naar behoren gesubsidieerd. De bewoners van openbare voorzieningen worden met 69% B- en C-zorgprofielen gekenmerkt door de laagste gemiddelde zorgbehoevendheid, maar hebben met 60% RVT-erkenningen de meest sluitende financiering van deze zware zorgprofielen. Het verschil tussen het aandeel B- en C-zorgprofielen enerzijds en het aandeel RVT-erkenningen anderzijds is namelijk het kleinst bij de openbare woonzorgcentra (9%). Private woonzorgcentra zouden,

althans volgens de auteurs van een handboek van de VVSG¹²³ gericht aan de beleidsmakers van openbare woonzorgcentra, vaker de keuze nemen om de O- en A-zorgprofiel (de laagste zorgbehoevendheidsgraden) niet prioritair op te nemen. Dit blijkt ook uit de cijfers van het RIZIV, hoewel het verschil met de commerciële sector minimaal is. Bewoners met een O- en A-zorgprofiel zouden, volgens de VVSG, immers financieel het minst belangrijk zijn voor een woonzorgcentrum. Ook in deze analyses hebben we een sterke indicatie dat zwaardere zorgprofielen meer opleveren (oefening 3.2.5).

Met 71% zwaar zorgbehoevenden (B en C) bevinden de commerciële woonzorgcentra zich tussen de twee non-profit spelers wat de zorgbehoevendheidsgraad betreft. De discrepantie tussen de werkelijke zorgbehoevendheid en de 'gefinancierde' (lees: dekkende financiering omwille van RVT-erkenning) zorgbehoevendheid is in de commerciële sector echter het grootst. 17% van hun zwaar zorgbehoevende bewoners worden niet naar behoren gefinancierd voor de zorg die zij vereisen. Het zijn namelijk vooral de commerciële spelers die nieuwe woonzorgcentra bijbouwen en bijgevolg vaak nog geen of amper RVT-erkenningen bezitten. Bovendien is de openbare sector een stagnerende sector, wat het beperkter tekort aan RVT-erkenningen kan verklaren. Heel wat openbare woonzorgcentra hebben immers doorheen de tijd en omwille van de reconversiegolven reeds het maximum aantal RVT-erkenningen ontvangen.

In dat opzicht staan de openbare voorzieningen er, wat betreft de dekking van de verzorging van zwaar zorgbehoevenden, financieel het beste voor; de commerciële spelers het slechtst. In tegenstelling tot wat men zou verwachten, lijken de commerciële spelers het minst hun opnamebeleid aan te passen aan een sluitende financiering, althans toch voorlopig, tot nieuwe RVT-erkenningen worden verdeeld.

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de zorgbehoevendheidsgraad van de uitbaters en de RVT-erkenningen die daar tegenover staan. De cijfers beperken zich tot de weerhouden steekproef.

Tabel 9.8 Graad van zorgbehoevendheid naar eigendomsstructuur, steekproef (2012), Vlaanderen

	Aandeel RVT-bedden	Aandeel B- en C-zorgprofielen	Discrepantie
Openbare sector	60%	69%	9%
Private non-profit	65%	77%	12%
Private for-profit	54%	71%	17%
Totaal sector	62%	72%	11%

Bron RIZIV, 2012

Aan de andere kant is de onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen aan de orde. De for-profit voorzieningen nemen blijkbaar toch nog evenveel O- en A-zorgprofielen op als de openbare spelers (beide ongeveer 30%), tegenover 24% bij de private non-profit. Deze laatste groep heeft ook meer RVT-erkenningen en dus ook meer mogelijkheden om B- en C-bewoners op te nemen.

Uit een eerdere simulatie (sectie 3.2.5) blijkt dat de commerciële en openbare voorzieningen het grootste tekort aan gefinancierd personeel optekenen, te wijten aan de onderfinanciering van O- en A-zorgprofielen. De openbare voorzieningen hebben dan weer minder onderfinanciering bij de B- en C-zorgprofielen zodat de totale onderfinanciering het grootst is bij de commerciële spelers. De private non-profit heeft de meest sluitende financiering.

¹²³ De VVSG: Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten. Handboek Residentiële ouderenzorg. Beheer en Beleid (2012). Politeia.

Bij wijze van verificatie zetten we alle gegevens op een rij in onderstaande tabel. Er worden nagenoeg geen verschillen opgemerkt met de steekproef, wat de representativiteit van de staal voorzieningen onderbouwt. De tabel is aangevuld met de gegevens over de onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen enerzijds en de B- en C-zorgprofielen anderzijds (uit tabel 3.5).

Tabel 9.9 Graad van zorgbehoevendheid en onderfinanciering naar eigendomsstructuur, alle voorzieningen in de sector, Vlaanderen (2012)

	Aandeel RVT-bedden	Aandeel B- en C-zorgprofielen	Discrepancie (= onderfinanciering zware zorgprofielen)	Aandeel O- en A-zorgprofielen	Tekort aan gefinancierd zorgpersoneel in % van het totaal omwille van onderfinanciering B- en C-zorgprofielen (tabel 3.8)	Tekort aan gefinancierd zorgpersoneel in % van het totaal omwille van onderfinanciering O- en A-zorgprofielen (tabel 3.8)
Openbaar	60%	70%	10%	30%	2,8%	13,1%
Non-profit	64%	76%	12%	24%	2,8%	8,9%
For-profit	54%	70%	16%	30%	5,0%	13,9%
Totaal sector	61%	73%	12%	27%	3,3%	12%

Bron RIZIV, 2012

9.5.3 De graad van zorgbehoevendheid naar grootte van de voorziening

Naar grootte van de voorziening wordt geen verschil in zorgbehoevendheid opgetekend, en ligt gemiddeld op 72% B- en C-zorgprofielen. De tabel illustreert evenzeer dat het aandeel RVT-bedden lijkt te groeien naarmate de voorziening een grotere capaciteit heeft, waarbij de kleinere voorzieningen procentueel gezien het laagst aantal RVT-erkenningen hebben. Bekijken we echter de correlatie tussen het aandeel RVT-bedden en de grootte van de voorziening, dan wordt een heel beperkt verband gevonden. Deze indeling berust met andere woorden eerder op toeval.

Tabel 9.10 De graad van zorgbehoevendheid naar grootte van de voorziening, 2012

	Gemiddeld % RVT-bedden	Gemiddeld % B- en C-zorgprofielen
<50 woongelegenheden	47%	73%
50-74 woongelegenheden	57%	72%
75-99 woongelegenheden	63%	74%
100-125 woongelegenheden	63%	72%
> 125 woongelegenheden	70%	71%
Totaal sector	62%	72%

Bron RIZIV, 2012

9.5.4 De resultatenrekening naar aandeel RVT-bedden

De parameter zorgbehoevendheid zit sterk verweven in het financieringsmechanisme van het RIZIV. Het valt bijgevolg niet te verwonderen dat de manier waarop zorgbehoevendheid in het financieringsmechanisme wordt meegenomen een grote impact heeft op de uiteindelijke rentabiliteit

van de voorziening. In deze sectie trachten we dit aan te tonen op basis van de resultatenrekening, opgedeeld naar RVT-aandeel van de voorziening (tabel 9.11). In onderstaande tabel worden vijf categorieën van RVT-financiering onderscheiden.

De gemiddelde werkingsopbrengsten en -kosten per dag per woongelegenheden zijn significant positief gecorreleerd met het aandeel RVT-erkenningen. Hoe hoger het aandeel RVT-erkenningen, hoe hoger de gemiddelde zorgbehoevendheid van de bewoners, en zoals verwacht, hoe hoger de bedrijfskosten en bedrijfsopbrengsten liggen. Het bedrijfsresultaat per categorie volgt hetzelfde beloop en stijgt naarmate het aandeel RVT-erkenningen toeneemt, met als uitzondering het resultaat van de ondernemingen met meer dan 80% RVT-bedden. Deze categorie telt echter weinig voorzieningen (4% ofwel 24 ondernemingen), en bevat eveneens één grote uitschieter met bijna 60 euro per dag per woongelegenheden verlies in 2012, waardoor één resultatenrekening het verschil betekent tussen verlies (-1,1 euro per dag per woongelegenheden) en winst van de groep (0,8 euro per dag per woongelegenheden).

We zien de winstgevendheid alsook het aantal winstgevendende voorzieningen stijgen naarmate het aandeel RVT-bedden toeneemt. Het is nogmaals een indicatie dat de O- en A-zorgprofielen (ROB-bedden) ondergefinancierd zijn, zoals reeds gesimuleerd in een oefening in sectie 3.2.5. We kennen echter de opbrengsten van het RIZIV niet, zodat we dit sterk vermoeden niet op basis van RIZIV-data kunnen verifiëren. Data over het gemiddeld zorgforfait per voorziening laat toe na te gaan in welke mate dat de loonkosten van het zorgpersoneel en de totale zorgkosten aansluiten bij de opbrengsten van het RIZIV. Een nieuwe tijdsregistratie over de werkelijke zorgtijden bij O- en A-zorgprofielen zou tevens dit vermoeden kunnen staven.

De positieve relatie tussen de winstgevendheid van de voorziening en het aandeel RVT-bedden kan tevens duiden op de tweede vorm van onderfinanciering. Daarom werd een bijkomende parameter toegevoegd aan de tabel, waarbij het verschil tussen de werkelijke (% B & C-zorgprofielen) en de gefinancierde zorgbehoevendheid (% RVT-erkenningen) (lees: onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden) duidelijkheid brengt.

Tabel 9.11 Resultatenrekening (volledig schema) naar aandeel RVT-bedden, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	<50% RVT	50-59% RVT	60-69% RVT	70-79% RVT	≥ 80% RVT	Totaal
Aantal jaarrekeningen/entiteiten		61	94	147	72	24	398
In % van het totaal aantal woongelegenheden in de analyse		12%	26%	39%	18%	4%	100%
% O- en A-zorgprofielen		44%	32%	24%	16%	8%	27%
Discrepanctie tussen % B- en C-bewoners en % RVT-bedden		19,6%	11,8%	10,1%	8,9%	7,5%	11,4%
Bedrijfskosten:	60/64	114,5	127,0	134,6	140,2	148,7	131,8
- Handelsgoederen, grond- en hulpstoffen	60	7,8	8,8	9,5	9,7	9,1	9,1
- Diensten en diverse goederen	61	25,1	26,8	20,6	18,9	26,5	22,7
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	74,4	83,4	94,8	100,5	102,4	90,7
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	6,7	7,7	9,1	10,5	10,1	8,8
- Andere bedrijfskosten	64	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Bedrijfsopbrengsten:	70/74	108,2	123,8	134,4	141,0	147,8	130,3
- Omzet	70	91,5	103,7	109,4	113,5	124,2	107,1
- Lidgeld, schenkingen, legaten en subsidies	73	7,6	6,1	15,1	18,4	16,1	12,5
- Andere bedrijfsopbrengsten	74	9,0	13,9	10,0	9,0	7,5	10,6
Bedrijfsresultaat	70/64	-7,0	-4,6	-0,2	0,1	-1,8	-2,0
- Financiële opbrengsten	75	1,8	2,6	2,4	1,8	1,9	2,3
- Financiële kosten	65	2,6	3,0	3,0	2,6	1,4	2,8
- Uitzonderlijke opbrengsten	76	1,0	0,4	1,6	0,2	0,5	0,9
- Uitzonderlijke kosten	66	0,6	0,9	1,0	0,3	0,3	0,7
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		-7,3	-3,8	-0,2	-0,9	-1,1	-2,4
Aantal verlieslatende ondernemingen		41	60	67	31	7	206
Aantal winstgevende ondernemingen		20	34	80	41	17	192
% verlieslatende ondernemingen		67%	64%	46%	43%	29%	52%

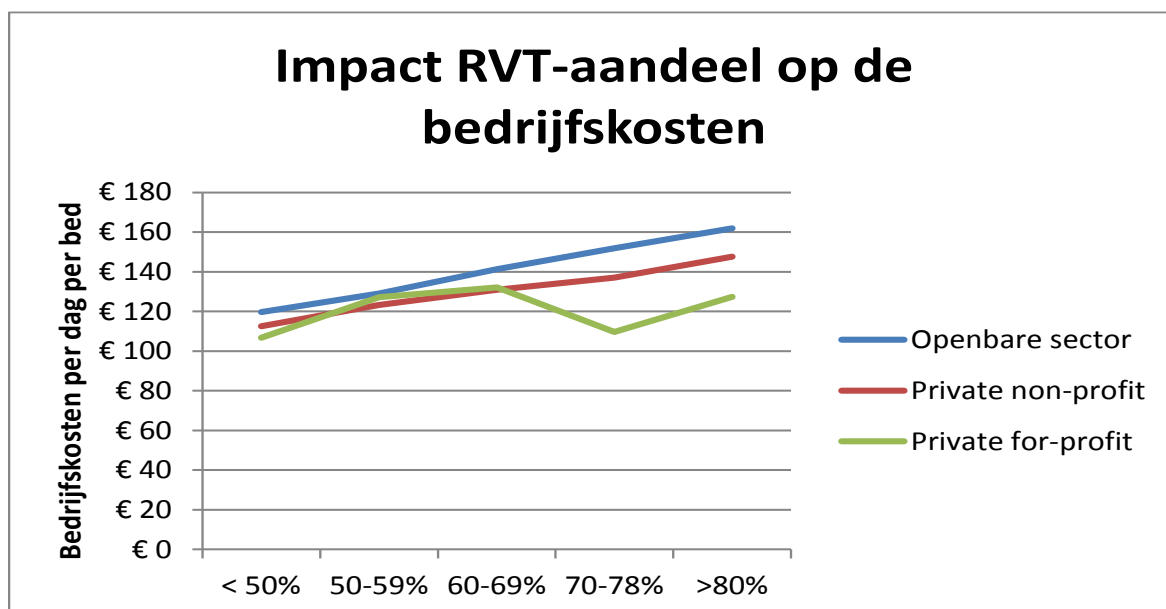
Bron Jaarrekening van de woonzorgcentra; RIZIV (aandeel RVT-erkenningen), 2012

Een opdeling van voorgaande tabel naar de eigendomsstructuur elimineert de impact van de eigendomsstructuur die het zou kunnen hebben op de bevindingen. De opdeling van enkele kerngetallen levert onderstaande tabel en figuren op. Doorgaans stijgen, binnen elke eigendomsstructuur, de bedrijfskosten en bedrijfsopbrengsten naarmate het RVT-aandeel stijgt. Alleen binnen de private for-profit wordt een knik opgemerkt en is te wijten aan het beperkt aantal observaties (ondernemingen- in de categorie 70-79% RVT-erkenningen (slechts 2). Wat betreft het financieel

resultaat kan binnen de eigendomsstructuren geen verband tussen het aandeel RVT-bedden gevonden worden.

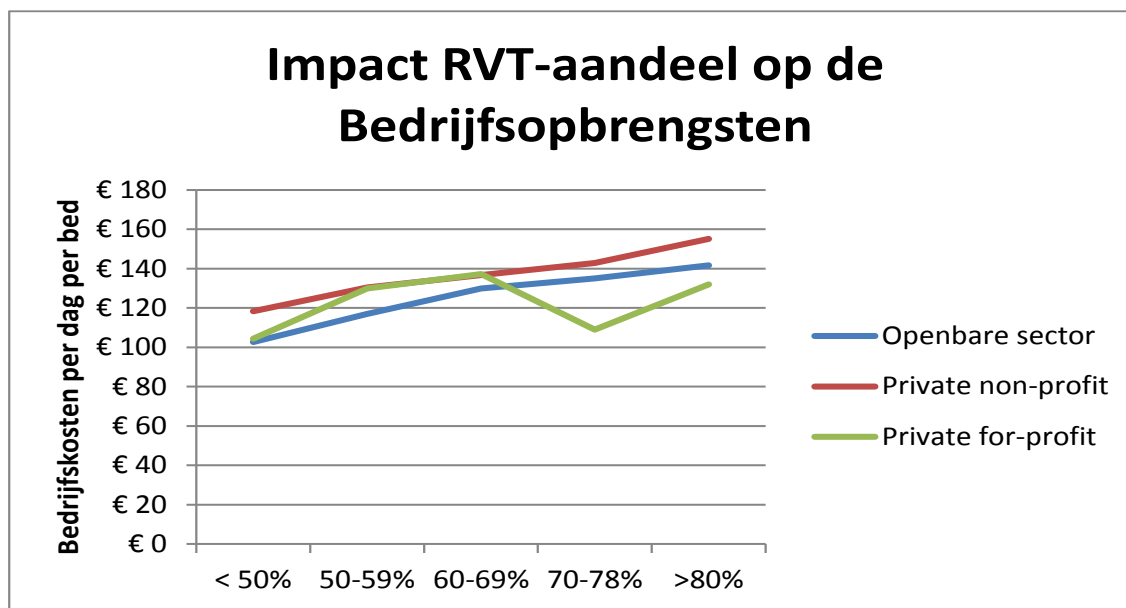
Tabel 9.12 De structuur van de jaarrekening, naar aandeel RVT-bedden en economisch statuut van de onderneming (Vlaanderen, 2012).

	< 50% RVT	50-59% RVT	60-69% RVT	70-79% RVT	> 80% RVT	Totaal
60/64 – bedrijfskosten						131,8
Openbaar	119,7	129,0	141,4	151,9	161,9	
VZW	112,6	123,2	130,9	137,1	147,6	
Commercieel	106,8	127,2	132,1	109,7	127,3	
70-74 - bedrijfs-opbrengsten						130,3
Openbaar	102,7	117,0	130,0	135,0	141,7	
VZW	118,3	130,5	136,7	142,9	155,1	
Commercieel	104,4	130,0	137,3	108,9	132,0	
Winst of verlies na belastingen						-2,4
Openbaar	-17,9	-11,5	-10,9	-15,6	-18,1	
VZW	2,7	4,0	5,6	3,5	5,7	
Commercieel	-0,6	-0,1	3,8	-10,4	5,7	
Aantal ondernemingen						398
Openbaar	30	55	66	19	8	
VZW	15	26	69	51	10	
Commercieel	16	13	12	2	6	



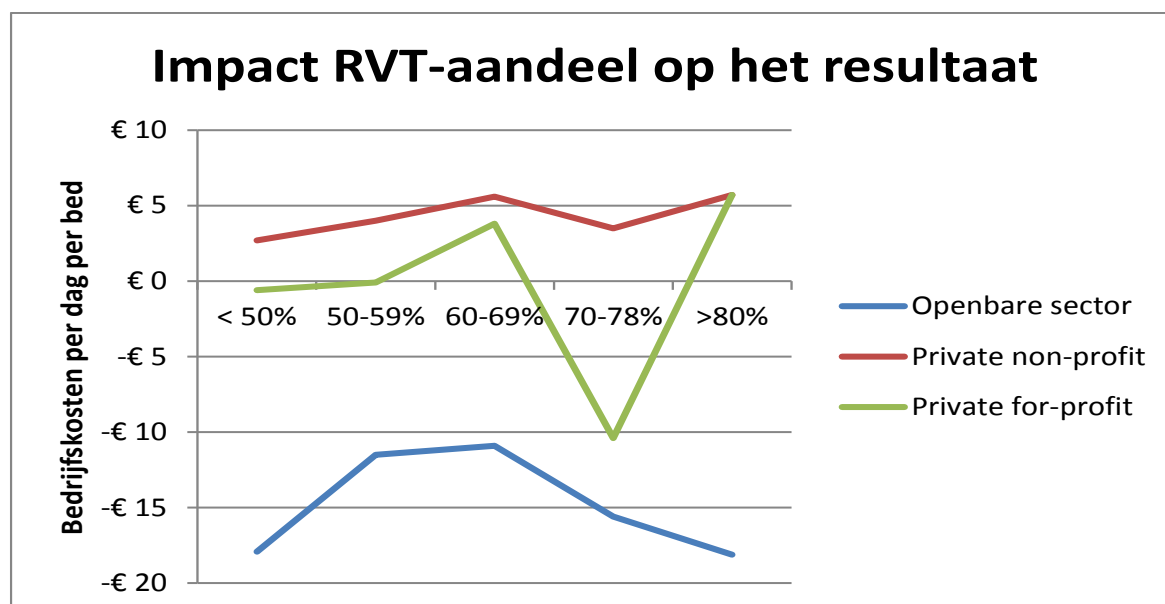
Bron Eigen verwerking

Figuur 9.7 Impact RVT-aandeel van de voorziening op de bedrijfskosten van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012



Bron Eigen verwerking

Figuur 9.8 Impact RVT-aandeel van de voorziening op de bedrijfsopbrengsten van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012



Bron Eigen verwerking

Figuur 9.9 Impact RVT-aandeel van de voorziening op het resultaat van de entiteit, opgedeeld naar eigendomsstructuur (N =398), Vlaanderen, 2012

9.5.5 De resultatenrekening naar zorgprofiel

Bovenstaande oefening wordt doorgetrokken voor de werkelijke zorgbehoevendheid, berekend op basis van het aandeel B- en C-zorgprofielen.

De resultatenrekening maakt heel wat sprongen naarmate de gemiddelde zorgbehoevendheid van het cliënteel toeneemt. Een stijgende zorggraad doet de kosten stijgen, meer bepaald de personeelskosten, omwille van de hogere zorgnood. Voorzieningen met meer dan 80% B- en C-zorgprofielen, hebben 29% meer personeelskosten dan de voorzieningen met minder dan 60% zwaar zorgafhankelijke bewoners.

Voor de totale bedrijfskosten ligt het verschil tussen deze twee uitersten op 18%. Maar ook de verschillen in opbrengsten zijn navenant. Het verschil in bedrijfsopbrengsten tussen de hoogste (>80% B- en C-zorgprofielen) en de laagste zorgbehoevendheidscategorie (<60% B en C-zorgprofielen) bedraagt 27%. De omzetcijfers liggen 18% uiteen, waar ook het zorgforfait onder geboekt wordt. Het financieel resultaat wordt minder negatief naarmate het cliënteel uit zwaarder zorgbehoevenden bestaat. Men zou uiteraard ook kunnen stellen dat de O- en A-zorgprofielen minder opbrengen, of meer verlies met zich meebrengen.

Tabel 9.13 Resultatenrekening (volledig schema) naar aandeel B- en C-zorgprofielen, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	<60%	60-69%	70-79%	≥ 80%	Totaal
Aantal jaarrekeningen/entiteiten		45	82	134	133	398
In % van het totaal aantal woongelegenheden in de analyse		9,3%	23,2%	35,7%	30,8%	99% (*)
Discrepanctie tussen % B- en C-bewoners en % RVT-bedden		11,5%	11,2%	11,5%	13,7%	11,4%
Bedrijfskosten:	60/64	113,4	126,8	133,8	138,6	131,8
- Handelsgoederen, grond- en hulpstoffen	60	7,5	8,0	9,4	10,2	9,1
- Diensten en diverse goederen	61	22,2	29,6	20,7	19,8	22,7
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	76,3	81,5	93,8	98,1	90,7
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	6,8	7,4	9,2	9,8	8,8
- Andere bedrijfskosten	64	0,7	0,3	0,4	0,5	0,5
Bedrijfsopbrengsten:	70/74	109,8	121,2	133,3	139,5	130,3
- Omzet	70	92,2	102,4	108,7	113,2	107,1
- Lidgeld, schenkingen, legaten en subsidies	73	8,5	5,0	14,3	17,4	12,5
- Andere bedrijfsopbrengsten	74	8,9	13,8	10,3	8,9	10,6
Bedrijfsresultaat	70/64	-4,5	-6,0	-0,6	0,4	-2,0
- Financiële opbrengsten	75	1,8	2,8	2,4	1,8	2,3
- Financiële kosten	65	2,6	2,8	2,6	3,0	2,8
- Uitzonderlijke opbrengsten	76	0,4	1,6	0,9	0,6	0,9
- Uitzonderlijke kosten	66	0,7	0,8	1,2	0,3	0,7
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		-5,5	-5,2	-1,1	-0,5	-2,4
Aantal verlieslatende ondernemingen		29	56	60	58	206
Aantal winstgevende ondernemingen		16	26	74	75	192
% verlieslatende ondernemingen		64%	68%	45%	44%	52%

* Gegevens over de zorgbehoevendheid van 4 ondernemingen ontbreken in de gegevens van het RIZIV.

Bron Jaarrekening van de woonzorgcentra; RIZIV (zorggraad), 2012

Per zorgcategorie berekenen we vervolgens de discrepantie tussen de werkelijke zorgbehoevendheid (aandeel B- en C-zorgprofielen) en het aandeel RVT-bedden. Hoe groter het verschil tussen beide parameters, hoe groter de onderfinanciering van de zwaardere zorgprofielen. Is dit de verklaring van de

verbeterde winstgevendheid naarmate men meer B- en C-zorgprofielen opneemt in bovenstaande tabel?

In vorige sectie werd duidelijk dat de onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden afneemt naarmate het aandeel RVT-bedden aandikt. Er wordt echter geen grotere onderfinanciering geobserveerd naarmate de werkelijke zorgbehoevendheid (aandeel B- en C-profielen) toeneemt. Dat wijst ook de correlatiecoëfficiënt¹²⁴ uit die de (hier onbestaande) samenhang tussen de twee parameters meet (-0,01). De onderfinanciering ligt voor alle zorggraden nagenoeg op hetzelfde niveau, waarbij alleen de hoogste zorggraad (>80%) een iets grotere discrepantie kent, en waarbij we zelfs een lager winstcijfer zouden verwachten ten opzichte van de andere zorgcategorieën.

De geobserveerde stijgende rentabiliteit naarmate de werkelijke zorggraad toeneemt, is bijgevolg niet te wijten aan een veranderende onderfinanciering van de B- en C-zorgprofielen, maar is vermoedelijk toe te schrijven aan de financieringsmodaliteiten inherent aan de zorgprofielen. Hoe zwaarder de zorgbehoefte van het cliënteel, hoe beter de financiering is uitgebouwd en hoe groter de rentabiliteit, of omgekeerd, naarmate men meer O- en A-zorgprofielen heeft, des te nijpender het tekort wordt en het risico van verlieslatendheid toeneemt. Dit wordt bevestigd door de resultaten van de openbare en commerciële sector die procentueel gezien meer O- en A-bewoners hebben en ook meer verlies maken.

In een ideaal scenario hebben voorzieningen evenveel RVT-erkenningen als B- en C-zorgprofielen. We hebben reeds aangetoond dat dit in realiteit niet zo is, waardoor een zekere graad van onderfinanciering van toepassing is. De vergelijking tussen de twee voorgaande tabellen (9.11 en 9.13) toont aan dat voorzieningen enigszins hun beleid en zorgintensiteit aanpassen in functie van de (onder)financiering. De voorzieningen met meer dan 80% RVT-erkenningen hebben meer inkomsten dan de voorzieningen met meer dan 80% B- en C-zorgprofielen, wat vanzelfsprekend is, maar ze maken ook meer kosten. Bij een gelijke behandeling van B- en C-zorgprofielen, ongeacht of zij gefinancierd zijn aan de hand van een RVT of een ROB-erkenning, zouden de gemaakte kosten dezelfde moeten zijn. Dit is niet het geval. Er worden meer kosten gemaakt als de financiering ook naar behoren is (RVT-erkenning). De observatie geldt niet alleen voor de +80%, maar kan doorgetrokken worden naar de andere categorieën.

9.5.6 De resultatenrekening naar graad van onderfinanciering van de zwaardere zorgprofielen (B- en C)

Zoals reeds veelvuldig gesteld kunnen meerdere vormen van onderfinanciering aanwezig zijn, zowel bij de lage als bij de hoge zorgprofielen. Zie Pacolet en Cattaert, 2004 en de simulatie in sectie 3.2.5.

Onderstaande tabel bevat de rentabiliteit opgedeeld naar graad van onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden, zijnde het verschil tussen het aandeel B- en C-zorgbehoevenden en het aandeel RVT-erkenningen. Hoe groter de kloof, hoe meer verlieslatend de voorziening, zou men veronderstellen. Er wordt echter geen verband gevonden tussen het resultaat van de voorziening en de onderfinanciering van de zorgbehoevendheid, zowel visueel als aan de hand van de correlatiecoëfficiënt (-0,001). De winst of verliescijfer van een voorziening is echter een gevoelig element en is onderworpen aan heel wat krachten (samenstelling kosten en opbrengsten, uitzonderlijke kosten en opbrengsten, etc.). Dat proberen wij te vatten in volgende statistische analyse.

¹²⁴ Hoe dichter de correlatiecoëfficiënt aanleunt tegen de 1, hoe sterker het verband. Een correlatiecoëfficiënt van 0 wijst daarentegen op een onbestaand verband tussen de twee variabelen.

Tabel 9.14 Resultatenrekening (volledig schema) naar graad van onderfinanciering, gemiddelde per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012).

	Rek. Nr.	<5%	5-9%	10-14%	15-20%	>20%	Totaal
Aantal jaarrekeningen/entiteiten		30	113	137	67	45	398
In % van het totaal aantal woongelegenheden in de analyse		5,1%	29,1%	41,5%	14,5%	8,2%	98% (*)
Bedrijfskosten:	60/64	137,4	132,7	133,9	128,9	119,2	131,8
- Handelsgoederen, grond- en hulpstoffen	60	8,4	8,4	9,4	10,0	9,1	9,1
- Diensten en diverse goederen	61	28,7	23,2	21,3	21,5	26,4	22,7
- Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	62	93,0	91,6	93,4	87,9	76,7	90,7
- Afschrijvingen, waardeverminderingen en voorzieningen voor risico's en kosten	63	6,8	9,1	9,0	9,3	6,1	8,8
- Andere bedrijfskosten	64	0,4	0,4	0,5	0,4	0,7	0,5
Bedrijfsopbrengsten:	70/74	130,1	129,8	133,9	129,2	114,3	130,3
- Omzet	70	101,5	109,1	108,9	105,5	96,9	107,1
- Lidgeld, schenkingen, legaten en subsidies	73	8,0	10,6	15,2	14,0	6,4	12,5
- Andere bedrijfsopbrengsten	74	20,7	10,1	9,9	9,6	10,8	10,6
Bedrijfsresultaat	70/64	-7,3	-3,1	-0,3	-0,6	-5,5	-2,0
- Financiële opbrengsten	75	2,3	2,7	2,0	1,7	2,6	2,3
- Financiële kosten	65	2,2	2,2	2,7	3,4	4,0	2,8
- Uitzonderlijke opbrengsten	76	0,3	1,7	0,5	0,7	1,2	0,9
- Uitzonderlijke kosten	66	0,6	1,1	0,6	0,6	0,3	0,7
Winst/verlies van het boekjaar na belastingen		-7,9	-2,1	-1,2	-0,6	-5,9	-2,4
Aantal verlieslatende ondernemingen		20	55	64	36	28	203
Aantal winstgevende ondernemingen		10	58	73	31	17	189
% verlieslatende ondernemingen		67%	49%	47%	54%	62%	52%

Bron Eigen verwerking

9.6 Determinanten van de rentabiliteit

In wat volgt gaan we op zoek naar de determinanten van de rentabiliteit van de onderneming. Een aantal mogelijke determinanten werden reeds aangekaart. Hun impact wordt in deze sectie becijferd aan de hand van een meervoudig regressiemodel. De afhankelijke variabele is in dit model de rentabiliteit van de onderneming in 2012, uitgedrukt in euro per dag per woongelegenheden. De onafhankelijke variabelen

zijn het beheersstatuut (uitgedrukt in twee zogenaamde ‘dummy-variabelen’)¹²⁵, de hoogte van de dagprijs, de gemiddelde grootte van de onderneming op het niveau van de vestigingen, de zorgbehoefendheid uitgedrukt als het aandeel B- en C-zorgprofielen en ten slotte het aandeel RVT-erkenningen.

De factoren die opgesomd zijn verklaren niet veel bijkomend. De eigendomsstructuur lijkt in dit model de enige factor te zijn met een significante impact (significant verband gemeten als $< 0,05$) op het financieel resultaat van de onderneming. Het regressiemodel met onderstaande variabelen verklaart slechts 38,3% ($=R^2$) van de totale variantie en is significant ($\text{Prob}>F=0,000$, $F=40,00$). Er zijn bijgevolg nog andere, niet opgenomen, factoren aanwezig die de rentabiliteit kunnen verklaren.

Dit verbaast ons uiteraard wel, want in de volgende regressies wordt vaak wel een verband opgemerkt met de kosten of de opbrengstenzijde. Het resultaat van een voorziening of onderneming is een complex gegeven. Het wordt samengesteld vanuit de kosten enerzijds en opbrengsten anderzijds. Gezien de kleine marges kan een klein verschil in kosten of opbrengsten een grote impact hebben op het resultaat waardoor de voorziening net wel of net niet rendabel kan worden. Het resultaat wordt bovendien beïnvloed door financiële of uitzonderlijke kosten en opbrengsten die niet noodzakelijk gerelateerd zijn aan de kernactiviteiten, met name de zorgverlening. Dat zijn vaak eenmalige elementen die de resultaten ook dusdanig kunnen sturen. Daarnaast is het financieel resultaat vaak een resultante van het beleid van meerdere voorzieningen samen, aangezien het resultaat soms op groepsniveau wordt gerapporteerd, wat de koppeling met andere parameters (gerelateerd aan de specifieke voorziening) moeilijk maakt. Het valt bijgevolg niet te verwonderen dat de meeste onderzochte variabelen geen samenhang vertonen met het resultaat.

Tabel 9.15 Meervoudig regressiemodel op de rentabiliteit van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	-27,70	0,000 (***)
Effect statuut private non-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele) (*)	16,79	0,000 (***)
Effect statuut for-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	13,60	0,000 (***)
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	0,18	0,10
Grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	0,01	0,47
Aandeel B- en C-zorgprofielen	2,84	0,70
Aandeel RVT-bedden	5,28	0,37

* Dummyvariabele die de waarde 0 aanneemt wanneer de beheersinstantie een openbare voorziening is en 1 indien het gaat om een private non-profit voorziening.

Bron Eigen verwerking

¹²⁵ In de regressieanalyse wordt doorgaans alleen gebruik gemaakt van variabelen op continue, interval of ratio niveau. Het kan echter voorkomen dat er een nominale variabele in het analysemodel moet worden opgenomen die op nominaal niveau is gemeten (bv. man/vrouw). In dit geval wordt de variabele ‘beheersinstantie’ op drie niveaus gemeten. Voor elk van de categorieën wordt een dummy variabele aangemaakt, waarvan er twee in de regressie kunnen opgenomen worden. De derde is de referentiecategorie. Een dummy-variabele kent de waarde 0 of 1. De waarde 0 betekent niet aanwezig of niet van toepassing en de waarde 1 juist wel van toepassing of aanwezig.

In welk opzicht zou de eigendomsstructuur de resultaten kunnen beïnvloeden? Naast de verschillen in personeelskosten (loon- en arbeidsvoorwaarden publiek versus privaat) en de subsidiestromen (subsidies Vlaamse overheid voor non-profit versus for-profit) kan ook het beheer en beleid binnen de onderneming een rol spelen. Het is niet ondenkbaar dat men naargelang het economisch statuut andere doelstellingen voorop stelt of dat men zich anders zal gedragen. Bepaalt de eigendomsstructuur van de voorziening (private non-profit, publieke non-profit, for profit) een verschil in effectiviteit en efficiëntie?

De uitbaters van een vzw of OCMW-woonzorgcentrum kennen geen persoonlijk financieel risico aangezien zij geen kapitaal in de zaak inbrengen, maar daartegenover staat in de non-profit het incentief van 'corporate governance' om spaarzaam om te springen met de middelen. Voor kleinere commerciële voorzieningen geldt wel een persoonlijk financieel risico. Elke kost of besparing voelt men dan ook in de eigen portemonnee. Grotere commerciële ondernemingen met meerdere woonzorgcentra in portfolio hebben ook deze prikkel om een zo hoog mogelijke rentabiliteit na te streven. Zij trachten immers een zo hoog mogelijk dividend en rendement op de investering van de aandeelhouders te behalen.

Ouderenzorgvoorzieningen van het OCMW hebben, vooral in het verleden, minder beweegredenen gekend om kostenbewust te handelen, want toekomstige verliezen worden niet door de voorziening, maar doorgaans door de gemeente gedragen. Dat wordt anno 2012 nog steeds veelvuldig in de boekhouding geobserveerd. Momenteel kan dit bijpassen echter ook niet meer als een vast gegeven gesteld worden vanwege juist de budgettaire discipline die zich overal stelt, en zich ook laat voelen bij de lagere overheden. Zo zijn tekorten ook expliciet uitgesloten volgens de nieuwe Beleids- en beheerscyclusregelgeving (BBC)¹²⁶, waar alle steden en gemeenten vanaf 2014 aan onderworpen zijn. Ten eerste dient een structureel evenwicht bereikt te worden in het laatste financiële boekjaar van het meerjarenplan. Ten tweede dient de autofinancieringsmarge voor de OCMW's op het einde van de planningsperiode minimaal nul te zijn, maar mag het cumulatief niet negatief zijn. De reglementering was anno 2012 echter nog niet van toepassing. Het tekort van de OCMW-ouderenzorgvoorzieningen situeert zich overigens eerder bij de kosten van het personeel.

De non-profit kent wel een zeker incentief om een overschot te boeken, aangezien zij het met de eigen middelen moeten stellen. Ze stellen geen hoge doelstellingen voorop om een zekere winstmarge te behalen ten gunste van aandeelhouders of mede-eigenaars, maar voldoende reserves om in de toekomst de werking te verzekeren. Winst is voor een (zuivere) vzw immers geen ultieme doelstelling, maar een manier om de toekomstige werking te garanderen aan de hand van opgebouwde reserves. Goed management tracht hier immers naar te streven.

In een volgend hoofdstuk wordt de personeelsomkadering als bijkomende verklarende factor meegenomen in het regressiemodel en geldt als uitbreiding op dit voorlopige model.

¹²⁶ http://binnenland.vlaanderen.be/sites/default/files/BBC-LR_4.pdf

9.7 Determinanten van de bedrijfskosten, uitgedrukt per dag per woongelegenhed

Onderstaande tabel beschrijft het effect van de variabelen eigendomsstructuur, grootte van de voorziening, de zorgbehoevendheid, en de graad van RIZIV-financiering op de bedrijfskosten. Daarbij is alleen de impact van de grootte van de voorziening niet significant. Schaalvoor- of nadelen zijn bijgevolg niet aanwezig. We dienen hier wel mee te geven dat de schaal 'herschaald' is door de gemiddelde grootte op vestigingsniveau mee te nemen en niet de absolute grootte op groepsniveau.

De betacoëfficiënt van de twee variabelen met betrekking tot de eigendomsstructuur is significant en negatief omdat zowel de non-profit als de for-profit spelers lagere bedrijfskosten kennen dan de openbare sector. De openbare sector is namelijk het referentiepunt in deze dummy-variabele. De eigendomsstructuur heeft met andere woorden een significante impact op de bedrijfskosten.

Ook de parameters zorgbehoevendheidsgraad (B- en C-zorgprofielen) en het aandeel RVT-erkenningen duiden op verschillende kostenpatronen. Het verband zegt dat woonzorgcentra met een hoger zorgprofiel ook hogere kosten hebben. De werkelijke zorgbehoevendheid stuurt echter meer de bedrijfskosten dan de mate van RIZIV-financiering, wat kan afgeleid worden uit de hoogte van de regressiecoëfficiënt. De parameters worden immers beide in percentage uitgedrukt en zijn bij deze gestandaardiseerd en vergelijkbaar. Dit pleit voor de voorzieningen die kennelijk hun beleid meer laten sturen op basis van kwaliteit (werkelijke zorg) dan louter de financiering die ze ontvangen (RVT-erkenningen).

Het verband tussen de dagprijs en de bedrijfskosten is tevens significant. Het lijkt niet onlogisch dat vooral hogere dagprijzen worden gehanteerd naarmate de bedrijfskosten oplopen.

Het model kent een verklarende variantie van 42% (R^2). Dat wil zeggen dat 42% van de hoogte van de bedrijfskosten verklaard wordt door de factoren die worden meegenomen in het model.

Tabel 9.16 Meervoudig regressiemodel op de bedrijfskosten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenhed (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	37,44	0,000 (***)
Effect statuut private non-profit ten opzichte van de publieke sector	-13,92	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	-25,07	0,000 (***)
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	1,01	0,000 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden (*)	-0,02	0,37
Aandeel B- en C-zorgprofielen	49,17	0,000 (***)
Aandeel RVT-bedden	33,09	0,000 (***)

* De gemiddelde grootte werd berekend over het aantal vestigingen heen, en reflecteert niet het totaal aantal woongelegenheden op groepsniveau.

Bron Eigen verwerking

In een volgend hoofdstuk gaan we op zoek naar de impact van de personeelsomkadering op de kosten en opbrengsten van de onderneming. Daar zal ook blijken dat de personeelsinzet een sterk effect heeft op de hoogte van de bedrijfskosten. Het regressiemodel zal tevens over een hogere voorspellende kracht beschikken.

9.8 Determinanten van de personeelskost, uitgedrukt per dag per woongelegenheid

In deze sectie wordt dieper ingegaan op het onderdeel ‘personeelskosten’ binnen de bedrijfskosten. Het betreft de bezoldigingen en andere personeelskosten gerelateerd aan personeel tewerkgesteld in loonverband. In de vorige oefening werd duidelijk dat de bedrijfskosten van de private sector lager liggen dan dat van de openbare sector. Het effect was sterk aanwezig, ondanks de correctie voor de zorgbehoevendheidsgraad. Wat betreft de personeelskosten lijkt deze observatie niet op te gaan, althans binnen dit (beperkt) regressiemodel.

Er wordt aan de hand van onderstaand regressiemodel een verschil in de personeelskost gevonden tussen de commerciële spelers en de rest van de sector, maar niet tussen de private non-profit en de openbare sector onderling. Deze bevinding is gecorrigeerd voor zorgbehoevendheid. De boekhouding laat echter niet toe de personeelskosten die via “uitbesteding” (outsourcing) worden georganiseerd in rekening te nemen, gezien zij boekhoudkundig op een andere rekening worden verwerkt (61-rekening “diensten en diverse goederen” en niet de 62-rekening “personeelskosten”). Mogelijk is dit de verklaring waarom de personeelskosten van de private for-profit sector lager liggen dan dat van de overige spelers en tussen de twee non-profit spelers onderling niet afwijken. De loon- en arbeidsvoorwaarden zijn immers verbonden aan het paritair comité 330.01.20 van de subsector ouderenzorg waartoe de twee private spelers behoren. Maar het aantal personeelsleden bepaalt uiteraard ook de totale personeelskost.

Zoals verwacht worden ook de personeelskosten beïnvloed door de mate van zorgbehoevendheid van de onderneming. Naarmate de zorgnoden stijgen, dient immers meer personeel te worden ingezet.

Tabel 9.17 Meervoudig regressiemodel op de personeelskosten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheid (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	39,67	0,000 (***)
Effect statuut private non-profit ten opzichte van de publieke sector	-2,21	0,23
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	-22,69	0,000 (***)
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	0,38	0,011 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	-0,02	0,28
Aandeel B- en C-zorgprofielen	28,54	0,008 (***)
Aandeel RVT-bedden	28,29	0,000 (***)

Bron Eigen verwerking

9.9 Determinanten van de bedrijfsopbrengsten, uitgedrukt per dag per woongelegenhed

Welke factoren kunnen de verschillen in bedrijfsopbrengsten (per dag per woongelegenhed) verklaren? We starten met de gebruikelijke factoren op te nemen in het regressiemodel. Het model kan reeds 52% van de variantie verklaren.

De variabelen eigendomsstructuur, dagprijs en zorgbehoevendheid en mate van RIZIV-financiering (% RVT) zijn sterk significant. De grootte van de voorziening levert daarentegen geen bijdrage tot de verklaring van de verschillen in bedrijfsopbrengst.

Een opvallend gegeven is de regressiecoëfficiënt van de twee variabelen met betrekking tot de eigendomsstructuur. De eerste regressiecoëfficiënt is positief wat aantoont dat de bedrijfsopbrengsten van de non-profit sector hoger liggen dan de opbrengsten gegenereerd door de publieke sector en dat het verschil toegeschreven kan worden aan het economisch statuut. Het regressiemodel corrigeert immers voor de andere opgenomen variabelen, met name de invloed van de dagprijs en de zorgbehoevendheid van de bewoners op de inkomsten van de onderneming. De tweede regressiecoëfficiënt is daarentegen negatief, wat betekent dat de commerciële spelers lagere opbrengsten optekenen dan de publieke sector en dus ook lager dan de private non-profit. Ook dit valt binnen de verwachtingen omdat zij niet altijd in aanmerking komen voor (Vlaamse) subsidie (cfr. investerings- en animatiesubsidie). De private non-profit kent met andere woorden de hoogste bedrijfsopbrengsten per dag per woongelegenhed, gevolgd door de openbare en commerciële sector. De verklaring van de grote verlieslatendheid van de openbare sector moet bijgevolg gezocht worden aan de kostenzijde. In een volgend hoofdstuk wordt nagegaan of dezelfde verbanden nog gelden nadat rekening wordt gehouden met de personeelsinzet.

Tabel 9.18 Meervoudig regressiemodel op de bedrijfsopbrengsten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenhed (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	15,68	0,000 (***)
Effect private non-profit ten opzichte van de publieke sector	6,14	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	-9,31	0,000 (***)
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	1,09	0,000 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	-0,02	0,34
Aandeel B- en C-zorgprofielen	53,70	0,000 (***)
Aandeel RVT-bedden	34,17	0,000 (***)

Bron Eigen verwerking

Hoofdstuk 10

Analyse van de personeelsomkadering

In dit hoofdstuk worden verschillen in personeelsomkadering getoetst aan mogelijke verklarende variabelen zoals de eigendomsstructuur van de voorziening, de zorgbehoevendheid van de bewoners en de mate van RIZIV-financiering. Daarna wordt deze parameter opgenomen als uitbreiding van het initiële regressiemodel.

We baseren ons voor deze bijkomende oefening op RIZIV-data met betrekking tot het voltijdsequivalent (VTE) personeel en aantal bewoners in ROB/RVT/CDV/KVB geregistreerd in de periode 1 juli 2011 tot 30 juni 2012. Een overzicht van het personeel ingezet in het jaar 2012 is namelijk niet beschikbaar, bijgevolg is een kleine foutenmarge mogelijk. Overigens wordt alleen het zorgpersoneel opgenomen in de analyse. Gegevens over het administratief-, technisch- en onderhoudspersoneel, of het zogenaamde buitennormpersoneel, zijn niet volledig¹²⁷ aangeleverd en worden bijgevolg buiten beschouwing gelaten.

10.1 De inzet van personeel

Onderstaande tabel bevat absolute cijfers over de personeelsinzet, ingedeeld naar kwalificatieniveau en naar eigendomsstructuur van de werkgever. Zowel het aanwezig zorgpersoneel als het gesubsidieerd zorgpersoneel worden daarbij onderscheiden. Het verschil tussen beide wordt het bovennormpersoneel genoemd.

De impact van de factor eigendomsstructuur komt in onderstaande tabel duidelijk tot uiting. De publieke sector zet met 12,02 VTE per 30 bewoners het meeste zorgpersoneel in. De non-profit volgt met een gemiddeld verschil van 0,9 VTE per 30 bewoners. De commerciële spelers zetten met 9,28 VTE per 30 bewoners het minst zorgpersoneel in. Om uitspraken te doen over de verschillen in inzet van personeel, specifiek te wijten aan het beleid van de exploitant, dient de personeelsinzet echter gecorrigeerd te worden voor zorgbehoevendheid en eventueel andere elementen. Absolute cijfers over de personeelsinzet vertellen immers weinig over het niveau van de zorgprestaties gezien dit sterk samenhangt met de zorgbehoevendheid van de bewoners.

¹²⁷ Het buitennormpersoneel, tewerkgesteld in de openbare sector, wordt niet correct gemeten en dus ook niet geregistreerd binnen het RIZIV. Dit komt omdat de OCMW's of gemeenten het technisch, keuken, onderhoudspersoneel dat zij inzetten in woonzorgcentra qua arbeidsvolume niet altijd goed kunnen toewijzen aan het woonzorgcentra, mede omdat zij vaak worden ingezet voor meerdere type dienstverleningen. We laten dit bijgevolg buiten beschouwing.

Tabel 10.1 Aanwezig en gefinancierd personeel (in VTE, 2012) binnen de Vlaamse woonzorgcentra

	Openbare sector	Non-profit sector	For-profit sector	Totaal weerhouden in de analyse – volledig schema	Totaal sector Vlaanderen
Aanwezig VTE – A1 verpleegkundige	792	1 312	246	2 350	3 387
Gefinancierd VTE – A1 verpleegkundige	622	1 152	229	2 003	2 879
Bovennormpersoneel in VTE	169	160	17	346	509
Bovennormpersoneel in %	27%	14%	8%	17%	18%
Aanwezig VTE – A2 verpleegkundige	1 859	2 186	306	4 351	5 881
Gefinancierd VTE – A2 verpleegkundige	1 511	2 036	298	3 845	5 254
Bovennormpersoneel in VTE	349	150	9	508	627
Bovennormpersoneel in %	23%	7%	3%	13%	12%
Aanwezig VTE – Zorgkundigen	4 086	4 916	796	9 798	13 748
Gefinancierd VTE – Zorgkundigen	2 578	3 979	652	7 209	10 101
Bovennormpersoneel in VTE	1 508	937	144	2 589	3 647
Bovennormpersoneel in %	58%	24%	22%	36%	36%
Aanwezig VTE – Reactivering	201	201	22	424	581
Gefinancierd VTE – Reactivering	166	182	21	369	501
Bovennormpersoneel in VTE	35	19	2	56	80
Bovennormpersoneel in %	21%	10%	8%	15%	16%
Aanwezig VTE – Kine-ergo-logo	487	789	132	1 408	1 995
Gefinancierd VTE – KEL	410	711	119	1 240	1 746
Bovennormpersoneel in VTE	78	78	13	169	249
Bovennormpersoneel in %	19%	11%	11%	14%	14%
Totaal bovennormpersoneel in %	40,4%	16,7%	14,0%	25%	25%
Aanwezig zorgpersoneel per 30 bewoners (in VTE)	12,02	11,14	9,28	10,7	11,0

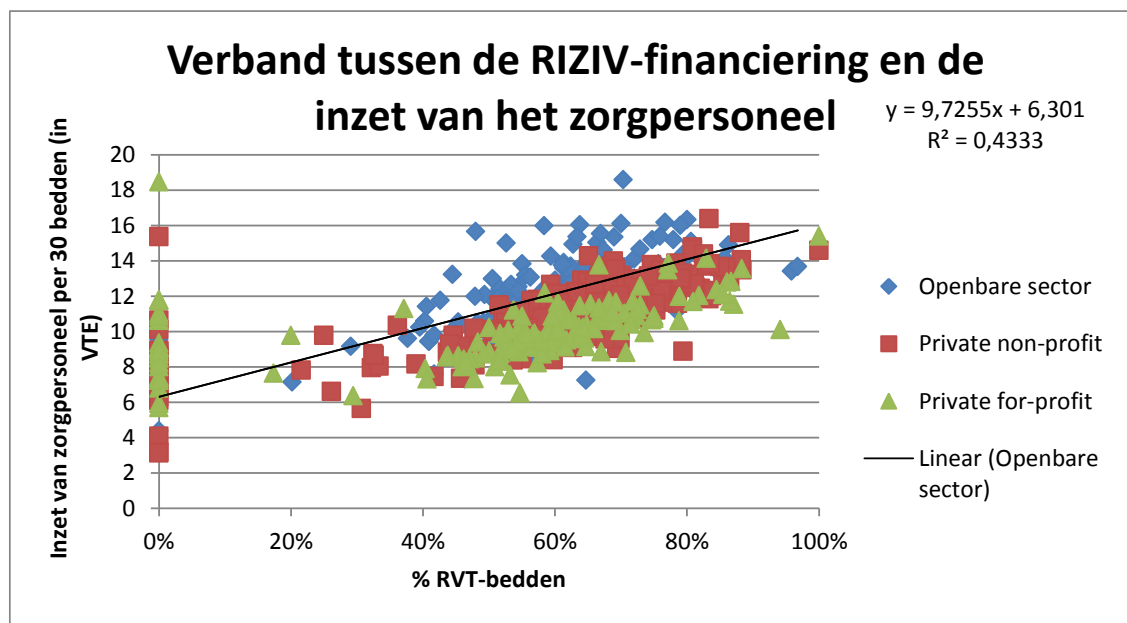
Bron RIZIV, 2012

De regressieanalyse van de elementen eigendomsstructuur, zorgbehoevendheid en bovennormpersoneel brengt de verbanden met de personeelsinzet naar boven. Het model verklaart 69% (R^2) van de variantie in personeelsomkadering, wat hoog is omdat een perfect lineair verband, onder meer tussen de personeelsinzet en het aandeel RVT-bewoners, niet mogelijk is. Bewoners, gefinancierd op basis van ROB-bedden, vereisen immers ook zorg van personeel, maar daarmee wordt in de parameter geen rekening gehouden.

Het regressiemodel geeft aan dat factor zorgbehoevendheid (aandeel B- en C-zorgprofielen) een hoge en positieve betacoëfficiënt (lees: samenhang) kent. Ook het aandeel RVT-bedden speelt een significante rol voor de inzet van het personeel. Immers, naarmate de werkelijke zorgbehoevendheid en de RIZIV-financiering toeneemt, dient en kan meer personeel worden ingezet.

Het positieve verband tussen het aandeel RVT-erkenningen en de personeelsinzet wordt in onderstaande spreidingsdiagram geïllustreerd. Let vooral op het aantal observaties met 0% RVT-bedden

dat zich overigens amper bij de openbare spelers, maar vooral bij de private spelers situeert. De figuur toont echter duidelijk aan dat de 'wolk' van observaties in een stijgende lijn liggen. De punten op de Y-as drukken echter de correlatiecoëfficiënt.



Bron Eigen verwerking

Figuur 10.1 Het verband tussen het aandeel RVT-bedden en de inzet van zorgpersoneel, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners, Vlaanderen (2012)

Het effect van de eigendomsstructuur van de voorziening komt ook in deze tabel tot uiting. De publieke sector zet, gecorrigeerd voor zorgbehoevendheid, effectief meer personeel in. De non-profit volgt en de for-profit sluit het rijtje af met de laagste inzet van (zorg)personeel per 30 bewoners.

Tabel 10.2 Meervoudig regressiemodel op de inzet van zorgpersoneel van woonzorgcentra, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	4,33	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	-1,35	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	-2,13	0,000 (***)
Grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	0,00	0,128
Aandeel RVT-bedden (%)	3,63	0,000 (***)
Aandeel bovennormpersoneel	1,85	0,000 (***)
Aandeel B- en C-zorgprofielen (%)	10,29	0,000 (***)

Bron Eigen verwerking

We zien op basis van de hoogte van de regressiecoëfficiënt¹²⁸ dat de factor zorgbehoevendheid (aandeel B- en C-zorgprofielen) primeert in het model en meer doorweegt op de inzet van personeel dan de graad van RIZIV-financiering (aandeel RVT-bedden). Dit pleit voor de voorzieningen. Dit toont

¹²⁸ De variabelen zijn immers al gestandaardiseerd omdat ze beide worden uitgedrukt als een percentage.

aan dat, wat betreft het inzetten van zorgpersoneel, men meer wordt gedreven vanuit de kwaliteit dan vanuit de financiering die eraan gekoppeld wordt.

Onderstaande afgeslankte regressieanalyses, met als verklarende factoren de werkelijke (% B- en C) en gefinancierde zorgbehoevendheid (% RVT) en als te verklaren factor de inzet van personeel per 30 bewoners, illustreren dat de werkelijke zorgbehoevendheid primeert binnen de drie eigendomsstructuren. Het is opvallend dat de commerciële spelers de laagste regressiecoëfficiënt voor de impact van de RIZIV-financiering (aandeel RVT-bedden) op de personeelsinzet kennen, wat indruist tegen de verwachtingen. We zouden eerder verwachten dat de commerciële spelers zich meer zouden laten leiden door financiële beweegredenen, met name de mate van RIZIV-financiering, en dat ze minder in functie van de werkelijke zorgbehoevendheid handelen.

Tabel 10.3 Meervoudig regressiemodel op de inzet van zorgpersoneel van woonzorgcentra, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners (Vlaanderen, 2012)

	Intercept	Regressiecoëfficiënt van de variabele 'aandeel B- en C-zorgprofielen'	Regressiecoëfficiënt van de variabele 'aandeel RVT-bedden'	R ² van het model
Openbare sector	4,33	7,32 (***)	4,28 (***)	0,51
Non-profit	3,55	5,79 (***)	4,83 (***)	0,63
For-profit	4,28	5,46 (***)	2,20 (***)	0,41

* Bovenstaande resultaten zijn afkomstig van een meervoudige regressie. Uit twee enkelvoudige regressies met de twee variabelen kunnen dezelfde conclusies getrokken worden. Multicollineariteit heeft geen effect op deze resultaten.

Bron Eigen verwerking

Het is niet ondenkbaar dat er een sterk verband bestaat tussen de personeelsomkadering en de zorgafhankelijkheid van de bewoners of het aandeel RVT-bedden dat daar tegenover staat. Dit bleek ook uit bovenstaande tabellen. Het is echter ook interessant de analyse te benaderen vanuit de inzet van bovennormpersoneel. Hoe varieert dit naar eigendomsstructuur en naar zorgbehoevendheidsgraad? Hoe beïnvloedt het bovennormpersoneel de rentabiliteit van de voorziening?

10.2 Bovennormpersoneel

Het bovennormpersoneel wordt gedefinieerd als het verschil tussen het aanwezig zorgpersoneel en het zorgpersoneel dat gefinancierd wordt op basis van de personeelsnorm gedefinieerd door het RIZIV. De personeelsnorm is afhankelijk van de zorgbehoevendheid van de bewoners en het type erkenning (ROB of RVT) waarnaar ze gefinancierd worden. De Vlaamse personeelsnorm, als norm voor de erkenning, ligt echter vaak hoger. De sector zet dan ook meer personeel in dan de RIZIV-norm voorschrijft om de nodige kwaliteit en veiligheid te kunnen garanderen. Dat geldt voor de drie eigendomsstructuren. Net dat bijkomend ingezet personeel wordt in deze sectie geanalyseerd.

Er werd reeds geconstateerd dat het verschil tussen het aantal B- en C-zorgprofielen en het aantal RVT-bedden het grootst is bij de commerciële spelers (17%). De private non-profit volgt met een kloof van 12%, waarna de openbare sector slechts 9% onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden optekent. Een groeiende kloof betekent dat de reële zorggraad groter en groter wordt ten aanzien van de geldende personeelsnorm. Naarmate de kloof groter is, verwachten we bijgevolg een grotere inzet van bovennormpersoneel om de werkelijke zorgnoden te kunnen dekken. Minder RVT-erkenningen zou

immers meer bovennormpersoneel moeten geven. In onderstaande tabel wordt echter het omgekeerde geobserveerd als we de indeling naar eigendomsstructuur nader bekijken.

Tabel 10.4 Het bovennormpersoneel van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012

	Openbare sector		Non-profit sector		For-profit sector		Totaal weerhouden in de analyse
	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	
A1 verpleegkundige	27,2%	27,2%	14,9%	13,9%	9,8%	7,6%	17%
A2 verpleegkundige	23,1%	23,1%	7,2%	7,4%	3,8%	2,9%	13%
Zorgkundigen	58,5%	58,5%	24,5%	23,5%	22,1%	21,1%	36%
Reactivering	21,1%	21,1%	11,5%	10,3%	13,5%	8,4%	15%
Kine-ergo-logo (KEL)	19,0%	19,0%	12,5%	11,0%	13,1%	10,6%	14%
Totaal	40,4%	40,4%	17,3%	16,7%	15,8%	14,0%	25%
% van de voorzieningen met minder dan 12,49% bovennormpersoneel		2,9%		31,2%		53,1%	

* De tabel bevat louter de prestaties van zorgpersoneel in loondienst. Prestaties van de kinesitherapeut binnen de ROB-financiering worden via de nomenclatuur vergoed en vallen bijgevolg buiten het personeel dat tewerkgesteld wordt vanuit de voorziening.

Bron RIZIV, 2012

Ondanks de grootste onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (verschil tussen werkelijke en gefinancierde zorgbehoevendheid) tekenen de commerciële spelers met 14% het laagste percentage bovennormpersoneel op (cijfers steekproef). De private non-profit volgt kort op met bijna 17% bovennormpersoneel; de openbare sector is koploper met maar liefst 40% zorgpersoneel bovenop de norm. Om de zorgkwaliteit te kunnen garanderen wordt eerder het omgekeerde verband verwacht.¹²⁹

De grootste verschillen tussen de commerciële sector en de private non-profit situeren zich hoofdzakelijk bij de hoogste kwalificatieniveaus, met name de verpleegkundigen. De commerciële spelers zetten gevoelig minder bovennorm verpleegkundig personeel in ten aanzien van de non-profit sector. Dit zou mede de verklaring kunnen zijn van de lagere personeelskosten die de commerciële spelers optekenen, aangezien een doorsnee A2-verpleegkundige gemiddeld genomen ongeveer 5 400 euro per jaar minder kost dan een A1-verpleegkundige (barema's in de private sector, zie tabel 3.4). Het verschil in bovennorm zorgkundigen tussen de twee private spelers is eerder beperkt te noemen. De commerciële spelers zetten zelfs meer bovennorm paramedici in dan de private non-profit. Het bovennormpersoneel van de openbare sector situeert zich hoofdzakelijk bij de zorgkundigen, ofwel het laagst gekwalificeerd zorgpersoneel.

We vergelijken de cijfers bij voorkeur niet onderling, maar met de onderfinanciering (in % van het totaal VTE aan zorgpersoneel) die de drie spelers volgens de financierings- en personeelsnormen lijden. Zoals reeds gesteld en uit onderstaande tabel kan afgeleid worden, is de commerciële sector onderworpen aan de grootste onderfinanciering, maar zetten zij het minst bovennormpersoneel in, minder dan ze in principe zouden moeten inzetten volgens de hoogste (wenselijke) personeelsnormen. Kan hen dit ten

¹²⁹ Op sectorniveau (alle voorzieningen in Vlaanderen) blijkt het verschil in bovennormpersoneel van de twee private spelers nog beperkt te zijn tot 1,5%. We gebruiken echter de kleinere dataset met de weerhouden voorzieningen om in een volgende stap de koppeling met de weerhouden jaarrekeningen te kunnen maken.

laste gelegd worden, want zij worden immers het slechtst gefinancierd. Het is bijgevolg ook niet verwonderlijk dat de extra inspanningen niet altijd geleverd (kunnen) worden. Ze voldoen bovendien aan de wettelijke normeringen van het federaal en Vlaams niveau. Schort er iets aan de kwaliteit of met de geleverde zorginspanningen, dan dient de overheid in eerste instantie de personeels- en financieringsnormen te herevalueren en eventueel verder op punt te stellen.

De non-profit zet iets meer personeel in dan wenselijk volgens de normen (17,3% > 11,7%). De openbare aanbieders zetten beduidend meer personeel in dan vereist volgens de Vlaamse personeelsnormen en federale financieringsnormen (40,4% > 15,9%). De for-profit sector zet 15,8% bovennormpersoneel in maar zou 18,9% bovennormpersoneel moeten inzetten om de wenselijke norm te bereiken.

In het verleden werd reeds de impact van de personeelskost op de rendabiliteit van de openbare rusthuizen onderzocht (Probis, 2002). Deze studie kon in een steekproef van 41 openbare rusthuizen geen significante bevestiging vinden van de bewering dat de personeelskost (en aantal personeelsleden) hoger zou liggen naarmate er meer statutairen in dienst zouden zijn, m.n. omdat zij in de loonkost verschijnen bij arbeidsongeschiktheid (Probis, 2002, p. 56). Wel bleek een ander fenomeen, m.n. dat er tussen de werkelijke gepresteerde uren (in VTE) en de ingeschreven VTE een aanzienlijke kloof ligt van 22%, een kloof die nog eens aanzienlijk verschilt van voorziening tot voorziening (van minimaal tot meer dan 40%, Probis, 2002, p. 58). Ten slotte bleek toen reeds dat deze steekproef van openbare woonzorgcentra met een gemiddelde werkingskost van 82,7 euro per dag, een werkingsverlies had van 11,95 euro per dag (Ibidem, p. 28-29). Verlies dat moest bijgesteld worden door de lokale overheid.

Tabel 10.5 Het bovennormpersoneel en de onderfinanciering van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012

	Openbare sector		Non-profit sector		For-profit sector		Totaal sector	
	Totaal sector	Voorzoningen weehouden in de analyse	Totaal sector	Voorzoningen weehouden in de analyse	Totaal sector	Voorzoningen weehouden in de analyse	Totaal sector	Voorzoningen weehouden in de analyse
Bovennormpersoneel	40,4%	40,4%	17,3%	16,7%	15,8%	14,0%	25%	25%
% O en A-profielen		31%		23%		29%		27%
% RVT-bedden		60%		65%		54%		62%
% B en C-profielen zonder RVT-financiering		9%		12%		17%		11%
Raming onderfinanciering bij lichte en zwaar zorgbehoevenden (zie sectie 3.2.5)	15,9%		11,7%		18,9%			15,3%

Bron RIZIV, 2012

Een deel van het bovennormpersoneel wordt door het RIZIV gefinancierd, met name via onderdeel A2 van het dagforfait. Het is in zekere zin een 'correctie' op de tekortkomingen in de basisfinanciering (onderdeel A1). Wij stellen ons hierbij de vraag waarom men met correcties werkt in plaats van het basisbedrag aan te passen.

Het financieel economisch optimum van het bovennormpersoneel wordt bereikt als de kostprijs van het bovennormpersoneel gelijk is aan 12,49% van de kostprijs van het reeds gefinancierd personeel (of het

normpersoneel). Tot dat punt wordt het bovennormpersoneel immers gefinancierd (zie sectie 4.2.3.2 voor meer uitleg). In dit onderzoek beschikken wij enkel over het percentage voltijdsequivalent bovenop het normpersoneel, en niet over het bovennormpersoneel uitgedrukt als kostprijs. Wij hanteren het percentage bovennormpersoneel in VTE echter als benadering van het financieel optimum. Amper 2,9% van de openbare voorzieningen zet minder bovennormpersoneel in dan het optimum (12,49%, tabel 10.4). In de private non-profit sector laat 31% van de voorzieningen op dit onderdeel financiering liggen. In de private for-profit sector zitten zelfs 53% van de voorzieningen onder het financieel optimum, wat verwonderlijk is. Voor gans Vlaanderen geldt dat 25% van de voorzieningen via onderdeel A2 van het dagforfait financiering laat liggen voor het bovennormpersoneel. Voorzieningen zijn er echter bij gebaat te streven naar dit cijfer, althans vanuit een financieel oogpunt. Zelfs al zou men tot 80% van de kost van bovennormpersoneel kunnen recupereren laat men die mogelijkheid liggen omwille van de resterende 20%, die men misschien zelfs op de bewoner zou kunnen recupereren.

De regressieanalyse ($R^2=0,39$) bevestigt dat de eigendomsstructuur een significante rol speelt naar de inzet van bovennormpersoneel toe. Daarnaast speelt ook de zorgbehoevendheid een grote rol. Hoe hoger de zorgbehoevendheid, hoe minder bovennormpersoneel men inzet. Dit onderbouwt wat door de sector steeds wordt geconstateerd; de zwaarder zorgbehoevenden kennen een betere RIZIV-omkadering dan de minder zwaar zorgbehoevenden (O- en A-zorgprofielen), waardoor minder bovennormpersoneel dient ingezet te worden. Uit tabel 9.14 bleek immers dat de onderfinanciering (kloof tussen B- en C-zorgprofielen en het aantal RVT-bedden) niet toeneemt naargelang de werkelijke zorgbehoevendheid binnen de voorziening toeneemt, wat bijgevolg de achterliggende factor niet kan zijn van deze observatie.

Tabel 10.6 Meervoudig regressiemodel op de inzet van bovennormpersoneel van woonzorgcentra, uitgedrukt in VTE per 30 bewoners (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significante
Intercept	1,91	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	-0,09	0,013 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	-0,21	0,000 (***)
Grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	-0,00	0,000 (***)
Aandeel B- en C-zorgprofielen	-1,75	0,000 (***)
Aandeel RVT-bedden	-0,12	0,525

Bron Eigen verwerking

Op welke manier kan de eigendomsstructuur een rol spelen bij de inzet van bovennormpersoneel? Commerciële voorzieningen zetten namelijk minder bovennormpersoneel in dan de voorzieningen die opereren zonder winstoogmerk. Dat was visueel reeds merkbaar in voorgaande tabellen en wordt tevens bevestigd in de regressieanalyse. Het verschil met de private non-profit is echter klein te noemen. Het is een evenwichtsoefening die binnen het beleid van de voorziening gemaakt dient te worden. Kan een voorziening het zich financieel permitteren om te kiezen voor kwaliteit (lees: voldoende personeelsomkadering) als de inzet van voldoende personeel niet gecompenseerd wordt en dus gedragen dient te worden door de voorziening of de bewoner via de dagprijs? De private voorzieningen hebben in principe weinig marge omdat dit de continuïteit in het gedrang brengt, althans zonder de bewoners op grotere kosten te jagen. We vermoeden dat de inzet van gemiddeld 17%

bovennormpersoneel binnen de private non-profit dan ook een soort van maximum zal zijn dat men kan verhalen op de gebruiker. De openbare sector kan hierin verder gaan, mits de gemeente instaat voor het verlies dat uit deze dienstverlening voortkomt, wat ook systematisch geobserveerd wordt in de jaarrekeningen.

Daarnaast is het niet ondenkbaar dat de verschillen in personeelsinzet tussen de private en publieke sector gedeeltelijk te wijten zijn aan de 'beschikbaarheid van het personeel'. Een verschillend arbeidsregime of ziekteverzuim (vakantiedagen, meer afwezigheid, kortere werkweken) kan resulteren in een hogere omkadering per ligdag waar blijkbaar geen hogere dienstverlening tegenover staat. Dit werd in eerdere studies onderzocht (Probis, 2002), maar of dit nog steeds geldt, kan op basis van deze dataset niet geverifieerd worden.

Desalniettemin wordt het bovennormpersoneel op een redelijk niveau ingezet, ongeacht de eigendomsstructuur, waardoor de geldende (lage) personeelsnorm die het RIZIV financiert in het algemeen in vraag dient gesteld te worden. De hoge inzet van bovennormpersoneel in de openbare sector duidt er tevens op dat de reële nood aan personeelsomkadering vermoedelijk heel wat hoger ligt dan de geldende minimale personeelsnorm. We beschouwen het bovennormpersoneel in de private sector daarbij als absoluut minimum.

10.3 Uitbreiding meervoudige regressiemodel met als afhankelijke variabele 'het financieel resultaat'

De variabele 'percentage bovennormpersoneel' wordt in deze sectie toegevoegd aan het meervoudig regressiemodel met als verklarende variabele de rentabiliteit van de voorziening uit hoofdstuk 9. De verklaarde variantie (R^2) wordt 41% in plaats van 38%. De toegevoegde variabele wordt daarenboven significant gevonden. De betacoëfficiënt ligt op -7,244 en kent een negatief verband. Hoe hoger het bovennormpersoneel, hoe lager de rentabiliteitscijfers.

De inzet van bovennormpersoneel is in eerste instantie een teken aan de wand dat de voorziening ondergefinancierd wordt. Eveneens geldt dat bovennormpersoneel amper gefinancierd wordt, en meer bovennormpersoneel brengt meer personeelskosten met zich mee zonder dat er inkomsten tegenover staan. Dit kent uiteraard een impact op de rentabiliteit van de voorziening. De elementen onderfinanciering en bovennormpersoneel gaan hand in hand met de rentabiliteit en versterken bovendien elkaar.

Tabel 10.7 Meervoudig regressiemodel op de rentabiliteit van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	-13,23	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	14,71	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector (dummy-variabele)	9,90	0,000 (***)
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	0,20	0,053 (**)
Grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	-0,00	0,96
Aandeel B- en C-zorgprofielen	0,47	0,96
Aandeel RVT-bedden	7,90	0,19
Percentage bovennormpersoneel	-5,42	0,003 (***)

Bron Eigen verwerking

10.4 Uitbreiding meervoudige regressiemodel met als afhankelijke variabele 'de bedrijfskosten'

42% van de bedrijfskosten kon reeds verklaard worden door de variabelen eigendomsstructuur en zorgbehoevendheid, uitgedrukt als aandeel RVT-bedden en aandeel B- en C-zorgprofielen (zie hoofdstuk 9). De grootte van de voorziening kent geen impact op de bedrijfskosten.

De variabele 'bovennormpersoneel' toevoegen aan het model levert een significant resultaat op en brengt de verklarende kracht van het model op 43% (R^2).

In een volgende stap wordt de personeelsomkadering, uitgedrukt als VTE per 30 bewoners, bijkomend opgenomen in het model. We verwachten een positief en significant effect. Die verwachting wordt bij deze ingelost. De verklaarde variantie van het regressiemodel stijgt tot 49%. Het valt daarnaast op dat de variabele met betrekking tot het bovennormpersoneel, alsook het aandeel B- en C-zorgprofielen niet meer significant wordt bevonden. De variabele 'personeelsinzet' is bijgevolg een betere verklarende factor dan de twee voorgenoemde variabelen. De bedrijfskosten hangen veeleer samen met de gefinancierde zorgbehoevendheid (RVT-bedden) en de personeelsinzet die eraan gekoppeld wordt, dan de werkelijke zorgbehoevendheid (aandeel B- en C-zorgprofielen). De personeelsinzet is echter ook een afgeleide van de zorgbehoevendheid.

Tabel 10.8 Meervoudig regressiemodel op de bedrijfskosten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	21,22	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector	-6,87	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	-13,60	0,000 (***)
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	0,94	0,000 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	-0,02	0,396
Aandeel B- en C-zorgprofielen	12,17	0,347
Aandeel RVT-bedden	17,47	0,037 (***)
% bovennormpersoneel	-2,19	0,399
Personeelsinzet (zorgpersoneel) per 30 bewoners, in VTE	4,60	0,000 (***)

Bron Eigen verwerking

10.5 Uitbreiding meervoudige regressiemodel met als afhankelijke variabele 'de bedrijfsopbrengsten'

In vorig hoofdstuk kon het model reeds 52% van de variantie in bedrijfsopbrengsten binnen de ondernemingen verklaren. Vooral de impact van de eigendomsstructuur kwam enerzijds verrassend maar ook bevestigend uit de hoek. De non-profit sector bleek meer inkomsten te genereren dan de openbare sector, en de openbare sector kon op zijn beurt op meer inkomsten rekenen dan de private for-profit sector. In dit regressiemodel werd reeds rekening gehouden met de impact van de dagprijs, het aantal RVT-erkenningen en de werkelijke graad van zorgbehoevendheid die overigens een significante impact kennen. In wat volgt wordt ook de personeelsomkadering opgenomen in het model.

Het bovennormpersoneel kent als uitbreiding van het regressiemodel in vorig hoofdstuk een negatieve impact op de bedrijfsopbrengsten. Hoe hoger het bovennormpersoneel, hoe groter de onderfinanciering, en dus hoe lager de inkomsten.

De parameter 'personeelsinzet per 30 bewoners' heeft een positief en significant verband met de bedrijfsopbrengsten. Hoe hoger de personeelsinzet, hoe meer opbrengsten men genereert. Dat komt omdat men meestal meer subsidies ontvangt als meer personeel wordt ingezet. Meer personeel wordt gevraagd bij een hogere zorgbehoevendheid van het cliënteel. En de meeste kosten verbonden aan een hogere zorgbehoevendheid worden vergoed door het RIZIV (uitgezonderd een gedeelte van het bovennormpersoneel). De integratie van de factor 'personeelsinzet' laat de verklarende kracht van het model stijgen tot 57%.

De toevoeging van de twee variabelen aan het model resulteert in een bijkomende verschuiving. Het verschil in bedrijfsopbrengsten tussen de for-profit en de publieke sector wordt herleid tot een niet-significante p-waarde. Deze twee spelers kennen in dit uitgebreidere model geen verschil in totale opbrengsten, rekening houdend met de reeds opgesomde factoren. Het verschil tussen de private non-profit en de rest van de sector blijft echter gelden. De non-profit genereert de meeste inkomsten,

rekening houdend met de geafficheerde dagprijs, de zorgbehoevendheid van de bewoners en de personeelsinzet.

Tabel 10.9 Meervoudig regressiemodel op de bedrijfsopbrengsten van woonzorgcentra, uitgedrukt per dag per woongelegenheden (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	11,73	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector	11,90	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	-0,25	0,93
Hoogte dagprijs eenpersoonskamer	1,04	0,000 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	-0,03	0,15
Aandeel B- en C-zorgprofielen	10,79	0,36
Aandeel RVT-bedden	19,53	0,258
% bovennormpersoneel	-7,62	0,01 (***)
Personeelsinzet (zorgpersoneel) per 30 bewoners, uitgedrukt in VTE	4,11	0,000 (***)

Bron Eigen verwerking

10.6 Bemerkingen

Het model verklaart vaak de helft van de variantie binnen de afhankelijke variabele. Er zijn bijgevolg nog een aantal andere factoren die niet in het model werden opgenomen, maar die toch de verschillen in opbrengsten, kosten en resultaat kunnen verklaren. Het model is soms stabiel, soms ook volatiel, zodat uitspraken over causaliteit met de nodige voorzichtigheid moeten benaderd worden.

Een verklaring vinden voor het financieel resultaat van de voorziening is tevens een moeilijke oefening. De bedrijfskosten bijvoorbeeld, bevatten heel wat elementen, niet alleen de personeelskosten maar ook de afschrijvingen, aangelegde voorzieningen, etc. Dat kan ervoor zorgen dat bepaalde parameters geen significant verband vertonen omdat het resultaat ook gevormd wordt door kosten en opbrengsten die niet gerelateerd zijn aan de kernactiviteiten, met name de zorgondersteuning.

De parameter 'zorgbehoevendheid' is bovendien een moeilijk uit te drukken variabele. Een sterk lineair verband tussen de afhankelijke variabele en het aandeel RVT-bedden kan bijvoorbeeld nooit gemeten worden. Er dient immers ook rekening gehouden te worden met de ROB-bedden, wat deze variabele niet doet. ROB-bedden genereren tevens inkomsten, gaan tevens gepaard met een zekere graad van zorgbehoevendheid, etc. maar dat meet de parameter 'aandeel RVT-bedden' niet. Hetzelfde geldt voor de O- en A-zorgprofielen. Een betere proxy voor de mate van zorgbehoevendheid werd echter niet gevonden.

De omvang van de RIZIV- en andere subsidiestromen, alsook zijn impact op de rentabiliteit, kon niet worden becijferd wegens gebrek aan data. Dit had echter een toegevoegde waarde kunnen zijn.

Hoofdstuk 11

Analyse van de dagprijs

In dit hoofdstuk wordt getracht een verklaring te vinden voor de verschillende dagprijzen die aangerekend worden binnen de sector.

De analyse van de dagprijs bevat 590 woonzorgcentra en vertegenwoordigt 80% van alle woonzorgcentra actief in Vlaanderen. De analyse wordt uitgevoerd op het voorzieningenniveau en niet zoals in vorige hoofdstukken op koepelniveau.

De indeling naar eigendomsstructuur is gebaseerd op het economisch statuut van de voorziening en niet op het juridisch statuut zodat eerder berekende cijfers over de dagprijs niet altijd vergelijkbaar zullen zijn (zie sectorstudies van de FOD Economie, het VIPA-rapport Pacolet et al, 2012 en cijfers in hoofdstuk 6 van dit rapport).

Tabel 11.1 Gemiddelde dagprijs voor een eenpersoonskamer in een woonzorgcentrum, Vlaanderen, 2012

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Sectorniveau
Dagprijs voorzieningen in de analyse	46,0	49,2	49,3	48,3
Aantal voorzieningen (N)	169	279	142	590
Dagprijs alle voorzieningen in Vlaanderen	46,5	49,6	48,9	48,5
Aantal voorzieningen (N)	227	343	177	747

Bron FOD Economie

In bovenstaande tabel komt duidelijk de lagere dagprijs van de publieke sector (46 euro per dag) naar voor. Hun dagprijs ligt ruim 3 euro per dag lager dan dat van de private tegenhangers. Tussen de twee private spelers wordt geen verschil opgemerkt, wat ook bevestigd wordt door de t-toets¹³⁰. De dagprijs is echter niet gecorrigeerd voor elementen van comfort of regio, wat een hogere of lagere dagprijs zou kunnen verantwoorden.

De grote verlieslatendheid van de openbare voorzieningen kwam reeds tot uiting in vorige hoofdstukken. De lagere dagprijzen verantwoorden slechts een gedeelte van het verlies dat binnen de sector oploopt tot gemiddeld 12,9 euro per dag per woongelegenheden. Opdat de openbare sector, gemiddeld gezien, break-even kan draaien, zou de gemiddelde dagprijs van de sector met 12,9 euro moeten stijgen. En dat is een onhaalbare kaart. In principe zouden de openbare voorzieningen volgens de nieuwe BBC reglementering vanaf 2014 geen verlies meer mogen lijden. Wat de effecten van deze reglementering zullen zijn op de werking, het beleid, het financieel resultaat en de dagprijs van de voorziening zal pas ten vroegste in 2015 tot uiting komen.

In 2012 maakt de persoonlijke bijdrage van de bewoner zo'n 37,2% van de totale bedrijfsopbrengsten uit (zie boven). De cijfers variëren van 37,9% bij de publieke voorzieningen, 35,8% bij de private non-profit tot 41,3% bij de commerciële spelers. Het aandeel gebruikersbijdrage ligt hoog ten opzichte van

¹³⁰ Een t-toets is een [parametrische statistische toets](#) die onder andere gebruikt kan worden om na te gaan of er al dan niet een verschil is tussen de gemiddelden van twee groepen.

andere welzijnssectoren. In de thuiszorg bijvoorbeeld ligt het gebruikersaandeel op slechts 15% (Pacolet, De Coninck & De Wispelaere, 2013).

Gezien de forfaitaire dagprijs van de voorziening niet afhangt van de zorgbehoevendheid van de bewoners, zal het aandeel van de dagprijs in de totale inkomsten of kosten van de voorziening sterk verschillen. Voorzieningen met een hoge zorgafhankelijkheidsgraad zullen immers meer kosten en opbrengsten kennen, maar daarom geen hogere of lagere dagprijs hanteren. Het percentage is een gemiddelde met een grote spreiding tussen de voorzieningen. Bij meer O- en A-zorgprofielen is het aandeel van de RIZIV-financiering kleiner en bijgevolg is de dagprijs het gros van de financiering. Bij een tekort riskeert een van de twee groepen (O en A versus B en C) meer of minder zorg te krijgen of de andere te subsidiëren.

We hebben reeds geconstateerd dat de dagprijs verschilt naargelang de eigendomsstructuur. Heeft daarnaast de grootte van de voorziening, de RIZIV-financiering (aandeel RVT-bedden), de zorgafhankelijkheid (aandeel B- en C-zorgprofielen), de personeelsomkadering of de inzet van bovennormpersoneel een invloed op de geafficheerde dagprijs van het woonzorgcentra? Dat zijn elementen die met de verzamelde data kunnen onderzocht worden. We gaan dit opnieuw na aan de hand van een meervoudige regressieanalyse.

Het model verklaart echter amper de verschillen in dagprijs. Dat uit zich in de determinatiecoëfficiënt (R^2) die slechts op 0,09 ligt. Dit wil zeggen dat slechts 9% van de variantie in de dagprijs verklaard wordt door voorgaande onafhankelijke variabelen.

Het effect van de eigendomsstructuur wordt door de regressieanalyse bevestigd. De grootte van de voorziening heeft een positieve impact op de dagprijs, maar die impact is zeer beperkt te noemen. De zorgbehoevendheid kent een negatieve impact op de dagprijs. Hoe hoger de zorgbehoevendheid, hoe lager de dagprijs. Het verschil tussen de RIZIV-tussenkost en de zorgkost neemt vermoedelijk af naarmate de zorgbehoevendheid van de bewoners stijgt, wat nogmaals wijst op een betere financiering van de hogere zorgprofielen, waardoor men het tekort minder moet doorrekenen in de dagprijs.

Het zijn echter vaststellingen waaruit amper besluiten getrokken kunnen worden vanwege de geringe R^2 van dit model. Gezien de beperkte verklarende variantie zijn er immers nog heel wat andere factoren die de hoogte van de dagprijs kunnen bepalen. De regressieanalyse kan maar weinig antwoorden bieden op de vraagstelling met betrekking tot de dagprijs.

Tabel 11.2 Meervoudig regressiemodel op de geafficheerde dagprijs van eenpersoonskamers in de woonzorgcentra (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressiecoëfficiënt	Significantie
Intercept	49,17	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector	3,94	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	4,29	0,000 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	0,01	0,050 (**)
Aandeel B- en C-zorgprofielen	-11,17	0,004 (***)
Aandeel RVT-bedden	1,06	0,611
% bovennormpersoneel	-1,02	0,678
Inzet van zorgpersoneel, in VTE per 30 bewoners	0,28	0,289

Bron Eigen verwerking

Factoren zoals ligging (grondprijs gemeente), comfort (grootte van de kamer, nieuwbouw, etc.), hoogte van de supplementen en dergelijke meer zullen vermoedelijk een veel grotere impact hebben op de dagprijs. Deze elementen kunnen echter niet meegenomen worden in de analyse wegens gebrek aan dergelijke informatie.

In het rapport van Pacolet et al. (2012) werd dergelijke regressieanalyse op de ligdagprijzen reeds uitgevoerd, rekening houdend met andere factoren zoals de prijs van de bouwgrond, het inkomen van de gemeente en de woondichtheid van de gemeente. De analyse verklaart 21% van de variantie in de dagprijzen. Dat is eerder weinig, maar meer dan de 9% die wij in ons model konden verklaren. De variabelen 'prijs van de bouwgrond van de gemeente' en 'de woondichtheid van de gemeente' bleken een significante rol te spelen in de verklaring van de variantie in ligdagprijzen.

Hoofdstuk 12

Een update voor de situatie in 2013: toenemende hulpbehoefendheid van de bewoners en toch dalende onderfinanciering

12.1 Verschuiving in de hulpbehoefendheid

Inmiddels is een update van het aantal gefactureerde dagen, opgedeeld naar zorgprofiel (en overigens ook van het personeel) van de woonzorgcentra, beschikbaar bij het RIZIV, weliswaar nog maar voor het jaar 2013¹³¹. De gegevens zijn gemeten van 1 juli 2012 tot 30 juni 2013, waardoor de nieuwe regeling voor het D-forfait slechts een half jaar van toepassing was.

Voor de steekproef die wij in bovenstaande analyses gebruikten, en waar wij een herclassificatie hadden gedaan van het eigendomsstatuut van sommige van deze voorzieningen, hebben wij de theoretische analyse van de onderfinanciering over gedaan. Het betreft hier in totaal 491 voorzieningen en 49 141 bedden. De in tabel 2.2 reeds beschreven evolutie is nog verder gezet, met name het relatief aandeel RVT-bedden is nog verder gestegen met 1,5 procentpunt tot 64,1%, maar ook de pas ingevoerde D-categorie ROB (waarvan de personeelsomkadering ongeveer equivalent is met de B-categorie) is reeds zichtbaar met 1% van het totaal aantal bedden (tabel 12.2). Het aandeel ROB-bedden is gedaald tot 35,9%. Ten opzichte van 2012 is het aandeel O- en A-voorfaits, waarvan wij de onderfinanciering manifest hierboven aantoonde, gedaald van 26,9% in 2012 naar 24,3% in 2013.

Wat is daarvan de impact op de totale onderfinanciering? De cijfers tussen 2012 en 2013 zijn niet helemaal vergelijkbaar omdat in 2012 494 voorzieningen waren opgenomen, en in 2013 kunnen wij er maar 491 terug vinden. Ook het totaal aantal bedden/voorfaits is iets lager, illustrerend dat bedden van deze 3 voorzieningen niet meer zijn opgenomen. Wij hebben wel de definitie van de eigendomsstructuur constant gehouden, met name onze eigen striktere indeling waarbij zogenaamde 'commerciële' vzw's ondergebracht zijn bij de 'for-profit' sector.

¹³¹ Gegevens bekomen van het RIZIV via Bernadette Van Den Heuvel, Kabinet van Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De gegevens hebben betrekking van 1 juli 2012 tot 30 juni 2013. Een kleine afwijking met de cijfers van de MARA (onder meer voor de D-zorgcategorie) is bijgevolg aan de orde.

Tabel 12.1 Zorgprofiel (N=491 voorzieningen) van de Vlaamse woonzorgcentra, aantal zorgforfaits/bedden, 2013

	Openbaar (N=176)	Vzw (N=236)	Commercieel (N=79)	Totaal (N=491)
ROB - O	2 259	2 256	830	5 346
ROB - A	2 537	3 024	979	6 540
ROB - B	476	1 093	369	1 939
ROB - C	311	550	157	1 018
ROB - Cd	996	994	354	2 344
ROB - D	156	214	108	479
RVT - B	4 610	5 746	1 823	12 179
RVT - C	2 009	2 931	507	5 448
RVT - Cd	4 464	7 955	1 407	13 825
RVT - Cc	1	23	0	24
Totaal	17 820	24 786	6 536	49 141
Totaal ROB	6 736	8 131	2 799	17 666
Totaal RVT	11 084	16 654	3 738	31 476
Aandeel van het totaal aantal bedden	36,3%	50,4%	13,3%	100,0%
Aandeel van het totaal aantal ROB bedden	38,1%	46,0%	15,8%	100,0%
Aandeel van het totaal aantal RVT bedden	35,2%	52,9%	11,9%	100,0%

* Aantal zorgforfaits/bedden is aantal gefactureerde dagen op jaarbasis gedeeld oor 365, periode tussen 1 juli 2012 en 30 juni 2013

Bron Eigen berekeningen op basis van recente gegevens bekomen van het RIZIV (2013)

Tabel 12.2 Zorgprofiel (steekproef, N=491 voorzieningen) van de Vlaamse woonzorgcentra, in % van het totaal aantal zorgforfaits/bedden, 2013

	Openbaar (N=176)	Vzw (N=236)	Commercieel (N=79)	Totaal (N=491)
ROB - O	12,7%	9,1%	12,7%	10,9%
ROB - A	14,2%	12,2%	15,0%	13,3%
ROB - B	2,7%	4,4%	5,7%	3,9%
ROB - C	1,7%	2,2%	2,4%	2,1%
ROB - Cd	5,6%	4,0%	5,4%	4,8%
ROB - D	0,9%	0,9%	1,7%	1,0%
RVT - B	25,9%	23,2%	27,9%	24,8%
RVT - C	11,3%	11,8%	7,8%	11,1%
RVT - Cd	25,0%	32,1%	21,5%	28,1%
RVT - Cc	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Totaal ROB	37,8%	32,8%	42,8%	35,9%
Totaal RVT	62,2%	67,2%	57,2%	64,1%

Bron Eigen berekeningen op basis van recente gegevens bekomen van het RIZIV (2013)

12.2 Implicaties voor de onderfinanciering

In tabel 12.3 brengen wij de waargenomen verschuivingen in beeld tussen onze eerdere berekeningen voor 2012 tot 2013 (in tabel 3.8 en de actualisatie voor 2013 in tabel 12.2), zowel in het profiel van de steekproef als de onderfinanciering. In tabel 12.4 berekenen wij deze onderfinanciering nog eens voor de totale sector. De graad van onderfinanciering wordt iets groter omdat in de totale populatie de for-profit sector een groter gewicht heeft dan waargenomen in de steekproef.

Wat zijn nu de constataties? De hulpbehoevendheidsgraad is toegenomen. De O- en A-forfaits zijn gedaald, onder meer ook via de invoering van een nieuwe zorgcategorie D sinds 1 januari 2013. Het aandeel B- en C-forfaits is ook toegenomen. Ondanks de stijging van de zorgzwaarte is de onderfinanciering afgenomen. Naarmate O- en A-forfaits vervangen worden door B-, C- en D-ROB of B- en C-RVT, stijgt de personeelsnorm en verbetert de financiering navenant. In onze berekeningen van de onderfinanciering hielden wij rekening met een nog betere personeelsomkadering. Een O-forfait waarvoor amper 0,25 VTE per 30 bewoners is voorzien dat omgevormd wordt tot een D-forfait ROB kan tot 7,85 VTE per 30 plaatsen gefinancierd krijgen. De ogenschijnlijk geringe verschuiving op één jaar tijd, heeft al een merkbare invloed op de berekende totale onderfinanciering. Voor de gehele steekproef daalt dit percentage op een jaar tijd van 15,3 % naar 13,4%. Hiervan is 10,3 procentpunt toe te schrijven aan de onderfinanciering van O- en A-profielen, en 3,13 procentpunt voor de B- en C-zorgprofielen. De verbetering is dus vooral gesitueerd bij deze O- en A-forfaits, waar het probleem van onderfinanciering het grootst was.

Een 'marginale' verschuiving van 2,6 procentpunt in de zorgprofielen (minder O- en A) kan het verschil maken tussen winstgevend worden of verlieslatend blijven. De onderfinanciering daalt vooral voor de openbare sector en voor de commerciële sector die nog relatief meer bewoners hadden met een O- en A-forfait. In de mate dat zij voor deze bewoners die nu een zwaarder zorgprofiel hebben, reeds meer personeel beschikbaar hadden dat nu beter gefinancierd wordt, kan het zelfs zijn dat het bovennormpersoneel afneemt, en dat de financiële situatie van de voorziening verbetert. Hierbij moet bovendien de belangrijke bemerking toegevoegd blijven dat tot 80% van maximaal 12,49% of 9,74% extra gefinancierd wordt door het RIZIV in het kader van Deel A2 van het zorgforfait. De evidentie voor 2013, met anderzijds de invoering van forfait D en anderzijds de mechanische werking van het financieringsstelsel, illustreert opnieuw dat het RIZIV voor een steeds betere financiering van de sector heeft gezorgd, maar dat de boven gemaakte bedenkingen van mogelijke blijvende onderfinanciering blijven bestaan. Dit alles wordt nu de verantwoordelijkheid van de Vlaamse financiering voor de sector.

In tabel 12.4 worden dezelfde berekeningen geëxtrapoleerd tot de totale sector in Vlaanderen. De situatie is daar in zijn totaliteit minder gunstig, en ook naar deelsectoren zijn de gegevens minder gunstig, wat blijktbaar er op wijst dat voor de voorzieningen waarvoor wij volledige boekhoudkundige gegevens konden gebruiken, de situatie gunstiger is dan in de totale sector. Deze vaststellingen bevestigen alvast de bruikbaarheid van het analyseschema, de gevoeligheid voor wijzigingen, en ook de noodzaak om voor de totale sector alle informatie ter beschikking te hebben.

Ook de MARA-analyse¹³² van 2014 over het boekjaar 2014 van de non-profit woonzorgcentra wijst een betere financiering aan sinds 2012. Ook in dit rapport valt op dat men de voorbije jaren toch ook een aanzienlijke verbetering heeft gekend van de RIZIV-financiering. De totale werkingskosten zijn op 1 jaar

¹³² https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MARA_2010-2013.pdf

tijd met 4,55% gestegen, waar de werkingsopbrengsten met 4,62% zijn gegroeid, wat duidt op een betere financiële leefbaarheid van de voorzieningen. Het forfait D is ondertussen al redelijk belangrijk (2,19%) geworden, wat misschien zelfs het gebrek aan nieuwe RVT-erkenningen compenseert. De analyse ligt alvast mooi in lijn met onze cijfers.

Tabel 12.3 Zorgprofielgegevens en mate van onderfinanciering van de Vlaamse woonzorgcentra, een opdeling naar beheersstatuut, 2013, steekproef (N=396 ondernemingen en 491 voorzieningen). (*)

	Aandeel RVT-bedden		Aandeel B- en C-zorgprofielen		Discrepantie (= onderfinanciering zware zorgprofielen)		Aandeel O- en A-zorgprofielen		Tekort aan gefinancierd zorgpersoneel in % van het totaal omwille van onderfinanciering B- en C-zorgprofielen		Tekort aan gefinancierd zorgpersoneel in % van het totaal omwille van onderfinanciering O- en A-zorgprofielen		Totaal onderfinanciering	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Openbare sector	60,0%	62,2%	70,0%	73,1%	10,0%	10,9%	30,0%	26,9%	2,80%	2,87%	13,10%	11,89%	15,90%	14,76%
Non-profit	64,0%	67,2%	76,0%	78,7%	12,0%	11,5%	24,0%	21,3%	2,80%	3,24%	8,90%	8,58%	11,70%	11,82%
For-profit	54,0%	57,2%	70,0%	72,3%	16,0%	15,1%	30,0%	27,7%	5,00%	4,67%	13,90%	12,93%	18,90%	17,60%
Totaal sector	61,0%	64,5%	73,0%	75,6%	12,0%	11,1%	27,0%	24,3%	3,30%	3,13%	12,0%	10,3%	15,3%	13,43%

* Update van tabel 3.8

Bron Eigen berekeningen op basis van recente gegevens bekomen van het RIZIV (2013)

Tabel 12.4 Zorgprofielgegevens en mate van onderfinanciering van de Vlaamse woonzorgcentra, een opdeling naar beheersstatuut, 2013, alle voorzieningen (N=767). (*)

	Aandeel RVT-bedden	Aandeel B- en C-zorgprofielen	Discrepantie (= onderfinanciering zware zorgprofielen)	Aandeel O- en A-zorgprofielen	Tekort aan gefinancierd zorgpersoneel in % van het totaal omwille van onderfinanciering B- en C-zorgprofielen	Tekort aan gefinancierd zorgpersoneel in % van het totaal omwille van onderfinanciering O- en A-zorgprofielen	Totaal onderfinanciering
Openbare sector	61,6%	72,2%	10,6%	27,8%	2,70%	12,60%	15,30%
Non-profit	65,5%	78,1%	12,6%	21,9%	3,64%	8,97%	12,61%
For-profit	54,5%	71,7%	17,2%	28,3%	5,60%	12,92%	18,52%
Totaal sector	62,1%	74,9%	12,8%	25,1%	3,70%	10,9%	14,60%

* Update van tabel 3.8

Bron Eigen berekeningen op basis van recente gegevens bekomen van het RIZIV (2013)

Hoofdstuk 13

Samenvatting en conclusies

13.1 Financieringsstructuur

In deze studie werd de financiering van de intramurale zorg in de ouderenzorgsector in Vlaanderen geanalyseerd. Dit wil zeggen dat de zorg zich binnen de muren van een zorgvoorziening situeert. De woonzorgcentra zijn slechts een – weliswaar belangrijk – onderdeel van de intramurale zorg, waar ook de dagverzorgingscentra, centra voor kortverblijf en de serviceflats (assistentiewoningen) toe worden gerekend.

Zowel op het federaal, Vlaams als het lokaal niveau wordt het aanbod van residentiële ouderenzorg gesubsidieerd, en niet de gebruiker. Er werd gekozen voor een financiering ‘in kind’, eerder dan een financiering ‘in cash’.

De sector kent zowel openbare, private non-profit als private for-profit spelers. Anno 2013 worden door het RIZIV 399 openbare voorzieningen, 511 private non-profit en 630 commerciële woonzorgcentra geregistreerd¹³³. Deze omvatten, uitgedrukt in aantal woongelegenheden, respectievelijk 30,5%, 36,8% en 32,7% van de markt in België. In Vlaanderen zijn de commerciële spelers minder actief en nemen 15,2% van de markt voor zich. De private non-profit overheerst in Vlaanderen met een marktaandeel van 51,1%, gevolgd door de openbare sector (33,7%). De twee laatste genoemde spelers, worden de ‘social profit’ genoemd. Ze investeren namelijk de gerealiseerde winsten in de voorziening zelf. De for-profitsector is er op gericht winst uit te keren aan externe investeerders. Voornamelijk deze laatste worden gekenmerkt door ‘groepsvorming’, maar ook in de private non-profit komt dit meer en meer voor.

De *zorgkosten of de verzorgingsfunctie* binnen residentiële ouderenzorgvoorzieningen (hoofdzakelijk personeelskosten) worden doorgaans door de federale overheid (RIZIV) vergoed. De tegemoetkoming, het zogenaamde zorgforfait, wordt via de mutualiteit uitbetaald. Loonkosten van het zorgpersoneel die niet via het zorgforfait worden vergoed (een deel van het bovennormpersoneel), worden via de dagprijs verrekend.

De *werkingskosten* (animatie en de algemene werking) worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (deels) gedekt. Woonzorgcentra en centra voor kortverblijf binnen de social-profit komen in aanmerking voor de Vlaamse animatiesubsidie. Dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf komen in aanmerking voor een werkingssubsidie vanuit de Vlaamse overheid en kunnen daarbovenop gefinancierd worden door het RIZIV voor personeel en werking.

De *woonkosten, met name de infrastructuur*, van de non-profit sector worden gedeeltelijk (maximum 60%) opgevangen door de Vlaamse overheid, namelijk via het VIPA. Zowel woonzorgcentra, dagverzorgingscentra als centra voor kortverblijf komen in aanmerking. Deze subsidie is echter tijdelijk on hold gezet voor nieuwe woonzorgcentra. De resterende kostprijs van de infrastructuur wordt via de dagprijs gevorderd. De dagprijs dient immers om de kosten van de woongelegenheden, de verwarming, de voeding, het verwijderen van huisvuil, de administratie, de animatie, etc. te betalen.

¹³³ Bron: http://www.riziv.be/care/nl/residential-care/xls/rob2013_08.xls (situatie 8 augustus 2013)

De federale overheid draagt bovendien, via een aantal tewerkstellingsmaatregelen en bovenop de RIZIV-financiering, bij tot de inkomstzijde van de ouderenzorgvoorzieningen. De sociale Maribel is daarbij de belangrijkste, maar ook GESCO, PWA, WEB+, het generatiepact, etc. is voor deze sector een belangrijke aanvullende inkomstenbron.

Ongeveer 40% van de inkomsten wordt geïnd via de dagprijs en is bijgevolg afkomstig van de gebruiker. 40% komt van het federale niveau, meer bepaald uit de RIZIV-begroting. De laatste 20% betreft enkele kleinere inkomstenbronnen. Dit was alvast de situatie voor de 6^{de} Staatshervorming.

13.2 De financiële leefbaarheid van de voorzieningen

Het feitelijke onderzoek naar de kostprijsdeterminanten van de zorg vertrekt van individuele financiële informatie per (groep van) woonzorgcentrum die beschikbaar zijn in de gepubliceerde jaarrekeningen, en anderzijds van een aantal administratieve bestanden. De administratieve gegevens bevatten vooral personeelsgegevens en gegevens over de zorgbehoefte van de bewoners, verkregen van het RIZIV en het VAZG.

De uiteindelijke analyse bevat 398 ondernemingen (met één of meerdere woonzorgcentra) ofwel 72,6% van het aantal woongelegenheden in Vlaanderen.

Een bewoner brengt voor de voorziening een (werkings-)kost van gemiddeld 131,8 euro per dag met zich mee. Daar staat een opbrengst van gemiddeld 130,3 euro tegenover. Op het eerste zicht lijkt het alsof deze sector sterk verlieslatende is. Het gemiddeld resultaat ligt immers op 2,4 euro verlies per dag per woongelegenheden. Het verlies is echter hoofdzakelijk gesitueerd bij de openbare voorzieningen; 154 van de 206 geobserveerde verlieslatende ondernemingen hebben immers een openbaar karakter. De private sector wordt minder gekenmerkt door verlieslatende activiteiten. Een vijfde van de non-profit en een derde van de for-profit was in 2012 verlieslatend.

Tabel 13.1 Samenvatting van de resultatenrekening naar beheersstatuut, gemiddeld per dag per woongelegenheden (boekjaar 2012)

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totale sector
Bedrijfskosten	135,8	131,0	123,8	131,8
Waarvan personeelskosten	91,3	94,7	73,7	90,7
Bedrijfsopbrengsten	122,5	137,1	126,1	130,3
Bedrijfsresultaat	-13,3	5,4	1,9	-2,0
Winst/verlies van het boekjaar	-12,9	4,6	0,9	-2,4
Aantal woongelegenheden	18 747	25 385	6 506	50 638 (of 72,6% van de sector)
Aantal voorzieningen	178	237	79	494
Aantal ondernemingen	178	171	49	398

Bron Eigen verwerking

Tabel 13.2 Samenvatting van de resultatenrekening naar beheersstatuut, het macro-budget, geëxtrapoleerd op basis van het aantal bedden (boekjaar 2012)

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Totale sector
Bedrijfskosten	1 203 940 219	1 577 840 889	560 831 803	3 342 612 912
Waarvan personeelskosten	809 306 664	1 140 818 685	333 808 473	2 283 933 822
Bedrijfsopbrengsten	1 085 707 707	1 651 556 597	571 232 658	3 308 496 962
Bedrijfsresultaat	-118 232 511	65 044 260	8 714 803	-44 473 447
Winst/verlies van het boekjaar	-114 375 242	55 021 075	3 881 055	-55 473 111
Aantal woongelegenheden	24 276	33 006	12 421	69 703
Aantal voorzieningen	227	344	177	748

Bron Eigen verwerking

De bedrijfskosten liggen het hoogst in de openbare sector en het laagst in de private for-profit sector. Het verschil in bedrijfskosten, uitgedrukt per dag en woongelegenheden, tussen de openbare sector en de private non-profit is beperkt. De commerciële sector tekent vooral lage personeelskosten op. Het verschil is ontegensprekelijk en bedraagt 17,4 euro en 21 euro per dag per woongelegenheden ten opzichte van de openbare, respectievelijk private non-profit sector. Dit kan deels verklaard worden door het gebruik van externe dienstverlening voor de niet-zorggerelateerde activiteiten zoals het onderhoud, technische ondersteuning en de maaltijdbereiding. Deze kosten worden immers als 'dienstverlening' gezien en worden in de boekhouding niet onder de 'personeelskosten' geboekt.

Aan de opbrengstenzijde tekent de openbare sector de laagste cijfers op. Het opmerkelijk verschil zit hoofdzakelijk in het omzetcijfer, wat 10 euro per dag per woongelegenheden lager ligt dan wat de private spelers inboeken. Zowel de dagprijs als het dagforfait van het RIZIV komt op deze rekening terecht. Een drie-tal euro van het verschil kan toegeschreven worden aan de lager geafficheerde dagprijs van de openbare voorzieningen. We dienen echter rekening te houden met het gegeven dat de gerealiseerde kosten en opbrengsten sterk bepaald worden door de zorgbehoefendheid van het cliënteel. De openbare sector kent het laagst aantal zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen), de non-profit de hoogste, waardoor we de hoogste inkomsten en uitgaven verwachten bij de non-profit voorzieningen.

Uit de geaggregeerde resultatenrekening van de private non-profit, ofwel de zuivere vzw's, blijkt dat zij het best presteren in de sector, althans financieel gezien. Met een winstmarge van 4,14% laten zij de openbare en zelfs de commerciële sector (ver) achter zich waar respectievelijk een winstmarge van -12,7% en amper 0,78% wordt gegenereerd. De private non-profit kent bovendien het laagst aantal verlieslatende voorzieningen. Het verschil in financieel resultaat tussen de twee private spelers bedraagt gemiddeld 3,7 euro per dag per woongelegenheden, in het voordeel van de non-profit sector. De private for-profit komt echter niet in aanmerking voor investerings- en animatiesubsidies van de Vlaamse overheid, wat neer komt op 3,1 euro per dag per woongelegenheden minder inkomsten en het overgrote deel van het verschil in resultaat verklaart. De rest van het verschil in rentabiliteit kan gevonden worden in de vennootschapsbelastingen die van toepassing zijn voor alle commerciële spelers (juridisch statuut).

De analyse resulteert in een opmerkelijk verlies voor de openbare sector van 13,3 euro per dag per woongelegenheden, ofwel een totaal verlies van 88 297 687 euro voor de openbare diensten opgenomen in de analyse. Geëxtrapoleerd op basis van het aantal woongelegenheden zou de openbare sector in

2012 een totaal verlies van meer dan 114 miljoen euro kunnen lijden. Dit bedrag werd in 2012 geheel gedragen door de gemeenten.

De private non-profit genereerde in 2012, geëxtrapoleerd op basis van het aantal woongelegenheden, een winstcijfer van 55 miljoen euro ofwel 4,6 euro per dag per woongelegenheden. De commerciële spelers waren goed voor een netto geëxtrapoleerd winstcijfer van bijna 4 miljoen euro ofwel 0,9 euro per dag per woongelegenheden.

13.3 De structurele onderfinanciering

13.3.1 De onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen

Het verschil tussen de personeelsnormen opgelegd door Vlaanderen en de financieringsnormen van het RIZIV is pertinent. Volgens de Vlaamse personeelsnormen dient per 30 bewoners met een O- of een A-zorgprofiel minimaal 5 VTE ingezet te worden. Het RIZIV financiert voor de O-zorgprofielen slechts 0,25 VTE per 30 bewoners en 2,5 VTE voor de A-zorgprofielen, wat ver onder de minimale erkenningsnormen van Vlaanderen ligt. Daarin schuilt een eerste en belangrijkste vorm van onderfinanciering, waarbij we de Vlaamse personeelsnormen als referentie nemen. Deze onderfinanciering kan en zal uiteraard de winstgevendheid van de woonzorgcentra sturen.

Het zijn sterke indicaties, maar we konden dit niet staven op basis van concrete cijfers. In welke mate de ROB- of de RVT-financiering voor respectievelijk de lichte zorgbehoevenden (O- en A-zorgprofielen) en de zware zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen) meer of minder sluitend is en de zorgkost voldoende dekken, kon uit dit rapport niet worden afgeleid gezien de becijferde subsidiestromen vanuit het RIZIV niet beschikbaar waren. Het zorgforfait per woonzorgcentrum theoretisch berekenen, zelfs bij benadering, is een huzarenstukje, gezien de complexiteit van de formule. Het zorgforfait houdt namelijk met zeer veel parameters rekening.

Wij berekenden echter in een oefening dat, rekening houdend met de huidige zorgbehoevendheidsmix en het verschil tussen de Vlaamse personeelsnorm en de federale financieringsnorm, een gemiddeld woonzorgcentrum een tekort heeft van 1,28 VTE gefinancierd zorgpersoneel per 30 woongelegenheden, ofwel een onderfinanciering van 15,3%. Daarvan zou 12% te wijten zijn aan de onderfinanciering bij de O- en A-zorgprofielen.

De private non-profit kent een tekort van 11,7% aan gefinancierd personeel, waarvan 'slechts' 8,9% gerelateerd is aan de O- en A-zorgprofielen. De private non-profit is bijgevolg beter gefinancierd dan de openbare sector die kampt met een onderfinanciering van 15,9% en dat is hoofdzakelijk te wijten aan het opnamebeleid van de openbare sector. Zij nemen gemiddeld meer O- en A-zorgprofielen aan dan andere woonzorgcentra. De private for-profit hebben dan weer een tekort van 18,9%, waarvan 13,9% afkomstig van de O- en A-zorgprofielen. De onderfinanciering is bij hen het grootst, zowel bij de zware als de minder zwaar zorgbehoevenden. Zij wachten vooral op de toekenning van nieuwe RVT-erkenningen.

Er dient echter op te merken dat het RIZIV een deel van de onderfinanciering, ofwel de inzet van bovennormpersoneel, vergoedt, meer bepaald via onderdeel A2 van het zorgforfait. Ofwel wordt 78% van de kostprijs van het bovennormpersoneel vergoed, ofwel 9,74% van het reeds gefinancierd personeel (normpersoneel). Het laagste bedrag van de twee wordt uitgekeerd. Een deel van de onderfinanciering wordt dan toch al gesubsidieerd. Men kan zich de vraag stellen waarom deze

bijkomende financiering niet verankerd wordt in de basisfinanciering, meer bepaald in onderdeel A1 van het dagforfait.

Tabel 13.3 Onderfinanciering van de lichte en zwaardere zorgprofielen, een raming, cijfers 2012

	Onderfinanciering O- en A-zorgprofielen (in % van het gefinancierd personeel)	Onderfinanciering B- en C-zorgprofielen (in % van het gefinancierd personeel)	Gemiddelde onderfinanciering in VTE per 30 bewoners
Openbare sector	13,1%	2,8%	1,3 VTE
Private non-profit sector	8,9%	2,8%	1,1 VTE
Private for-profit sector	13,9%	5,0%	1,5 VTE
Totaal	12,0%	3,3%	1,28 VTE

Bron Eigen verwerking

Bovenstaande onderfinanciering is een weerspiegeling van de Vlaamse personeelsnorm. Wij dienen ons de vraag te stellen of de Vlaamse personeelsnorm geen overschatting is van de werkelijke zorgnoden? Want wie zijn de O- en A-zorgprofielen en hoeveel zorg hebben zij echt nodig? Dat is tot op heden een grote onbekende. De enige evidentie van de werkelijke zorgtijd die men minimaal moet spenderen aan deze zorgprofielen komt uit een rapport van P. Cokelaere uit 1997 (en beschreven in Breda, Pacolet, Hedebouw & Vogels, 2010).

De tijdsregistratie van P. Cokelaere legt de werkelijke zorg per 30 O-forfaits op 3,20 VTE verplegend en verzorgend personeel, wat heel wat hoger ligt dan de voorgeschreven RIZIV-norm (0,25 VTE verplegend personeel). Per 30 A-forfaits wordt de werkelijke zorg op 4,55 VTE verplegend en verzorgend personeel geschat, wat eveneens de RIZIV-norm overstijgt (2,25 VTE verzorgend en verplegend personeel), maar lager liggen dan de Vlaamse personeelsnormen.

Vullen we deze zorgtijden in als nieuwe norm voor de financiering van de O- en A-zorgprofielen, dan bedraagt de onderfinanciering anno 2012 nog 'slechts' 11,7%. Deze oefening kan beschouwd worden als een sensitiviteitsanalyse. Het illustreert dat een nieuwe personeelsnorm, andere resultaten kan opleveren. Het nodigt uit tot een herijking van de huidige personeelsnormen op basis van een nieuw onderzoek naar de werkelijk benodigde tijd van de verzorging van de verschillende zorgprofielen aanwezig in een woonzorgcentrum.

Daarnaast wijzen ook onze regressieanalyses uit dat de rentabiliteit van de voorziening mede gestuurd wordt door de onderfinanciering van de O- en A-zorgprofielen, alsook dat het meer doorweegt op de rentabiliteit van de voorziening dan de onderfinanciering die we vinden bij de B- en C-zorgprofielen. Dat is een tweede geobserveerde vorm van onderfinanciering.

13.3.2 De onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen).

Zwaar zorgafhankelijke bewoners zouden op basis van een RVT-bed moeten gefinancierd zijn zodat voldoende personeel kan worden ingezet. Heeft men meer zwaar zorgbehoevenden (B- en C-zorgprofielen) opgenomen dan RVT-bedden in portefeuille, dan worden zwaar zorgbehoevende bewoners gefinancierd op basis van een ROB-bed, en dat is heel wat minder gunstig (lees: onderfinanciering). Sommige B- en C-bewoners hebben ondanks dezelfde zorgbehoeften een andere RIZIV-tegemoetkoming naargelang de ROB- of RVT-erkenning.

De onderfinanciering bij zwaar zorgbehoevenden, ofwel het verschil tussen het aandeel B- en C-zorgprofielen en RVT-bedden, is bij de openbare sector bij voorsprong het kleinst, waarbij het verschil

zelfs beperkt is tot bijna de helft van dat van de private for-profit (tabel 12.4). De private non-profit volgt en de private for-profit wordt geconfronteerd met de grootste onderfinanciering van zwaar zorgbehoevenden. De commerciële spelers nemen heel wat meer zwaar zorgbehoevende bewoners op dan ze over RVT-erkenningen beschikken. Het zijn immers vooral de commerciële spelers die nieuwe woonzorgcentra bouwen en bijgevolg vaak over geen of amper RVT-erkenningen beschikken. Bovendien is de openbare sector een stagnerende sector, wat de beperktere onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (slechts 9%, tabel 12.4) kan verklaren. Heel wat openbare woonzorgcentra hebben immers doorheen de tijd en de reconversiegolven reeds het maximum aantal RVT-erkenningen ontvangen. Dit impliceert echter ook dat vooral de commerciële sector nieuwe RVT-erkenningen zullen verwachten.

Deze ongelijkheden tussen voorzieningen impliceert een discriminatie van de bewoners van deze voorzieningen. De verschillende reconversiegolven hebben het percentage B- en C-zorgprofielen gefinancierd op basis van ROB-bedden reeds flink doen slinken (met 50% sinds 2001). Er blijft echter nog een aandeel over die voor sommige voorzieningen al heel wat hoger ligt dan voor andere. Deze discriminatie tussen hoge en lage zorgcategorieën, omwille van het feit dat men al dan niet heeft kunnen genieten van een reconversiegolf of later in de sector is gekomen, is niet verantwoord en zal verdwijnen naarmate het onderscheid tussen ROB en RVT verdwenen is.

Hebben de B- en de C-zorgprofielen niet het recht op een gelijke tussenkomst ongeacht het in bezit hebben van een ROB- of RVT-erkenning? Is het onderscheid tussen het statuut ROB en RVT niet voorbijgestreefd? Is een opdeling naar zorgbehoevendheid niet voldoende in de financiering? In 2001 stelden wij dit reeds op het VVI-congres Vlaams Zilver (Pacolet et al., 2001). Bovenop blijft zich de vraag stellen of de RIZIV-financiering (weldra de financiering door de Vlaamse overheid) adequaat is. In de context van budgetneutraliteit is dit voor de overheid echter niet vanzelfsprekend maar het verdwijnen van de RVT- en ROB-financiering kan het systeem sterk vereenvoudigen en de discriminatie tussen bewoners en voorzieningen doen verdwijnen. De reconversie van de ROB- naar RVT-bedden is het jongste decennium gestaag verder gezet. Het is tijd om het volledig af te ronden. Een knelpunt daarbij kan de vergoeding voor kinesithérapie zijn. Kinesithérapie wordt namelijk binnen de ROB-financiering via de zelfstandige nomenclatuur geregeld. Binnen de RVT-financiering wordt de financiering van de kinesithérapie binnen de instellingsfinanciering van het RIZIV georganiseerd. De kinesitherapeut is in het laatste geval een loontrekkende binnen het woonzorgcentrum en binnen de ROB betreft het een zelfstandige prestatie. Een verandering in de subsidiëring kan het statuut en het vergoedingssysteem van de kinesitherapeut grondig doen veranderen. Hiermee dient men alvast rekening te houden.

13.4 Bovennormpersoneel

Het verschil tussen het aanwezig en het gesubsidieerd zorgpersoneel wordt het bovennormpersoneel genoemd. Alle woonzorgcentra zetten bovennormpersoneel in omdat de Vlaamse personeelsnormen strenger zijn geformuleerd. Het bovennormpersoneel is een belangrijke factor om de financiële leefbaarheid van de sector te evalueren. Het onderscheid tussen de drie spelers is daarbij treffend.

Ondanks de grootste onderfinanciering van de zwaar zorgbehoevenden (verschil tussen werkelijke en gefinancierde zorgbehoevendheid) tekenen de commerciële spelers met 15,8% het laagste percentage bovennormpersoneel op. De private non-profit volgt kort op met 17,3% bovennormpersoneel. De openbare sector is koploper met maar liefst 40% personeel bovenop de norm. Om de zorgkwaliteit te kunnen garanderen wordt eerder het omgekeerde verband verwacht.

De commerciële spelers zetten gevoelig minder bovennorm verpleegkundig personeel (lees: hoger gekwalificeerd en dus duurder personeel) in ten aanzien van de non-profit sector, waardoor zij betere financiële resultaten kunnen voorleggen. Dit zou mede de verklaring kunnen zijn van de lagere personeelskosten die de commerciële spelers optekenen, aangezien een doorsnee A2-verpleegkundige gemiddeld genomen ongeveer 5 400 euro per jaar minder kost dan een A1-verpleegkundige. Het verschil in bovennorm zorgkundigen tussen de twee private spelers is eerder beperkt. De commerciële spelers zetten zelfs meer bovennorm paramedici in dan de private non-profit. Het bovennormpersoneel van de openbare sector situeert zich hoofdzakelijk bij de zorgkundigen, ofwel het laagst gekwalificeerd zorgpersoneel.

De verschillen tussen de private non-profit en for-profit spelers naar zorgbehoevendheid, naar rentabiliteit en naar personeelsomkadering zijn aanwezig maar werden veel meer uitgesproken verwacht. Het bovennormpersoneel van de private non-profit en de private for-profit leunt eerder dicht bij elkaar aan. De verschillen met de openbare sector zijn echter opmerkelijk. Is de openbare sector dan 'superieur' van kwaliteit omwille van hun beleid om beduidend meer personeel in te zetten bovenop de norm? Kan de inzet van bovennormpersoneel van de openbare woonzorgcentra immers verantwoord worden doordat zij meer O- en A-zorgprofielen opnemen die ondergefinancierd zijn? De aanzienlijke verschillen dienen nog verder onderzocht te worden.

Tabel 13.4 Het bovennormpersoneel en de onderfinanciering van de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2012

	Openbare sector		Non-profit sector		For-profit sector		Totaal
	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	Totaal sector	Voorzieningen weerhouden in de analyse	
A1 verpleegkundige	27,2%	27,2%	14,9%	13,9%	9,8%	7,6%	18%
A2 verpleegkundige	23,1%	23,1%	7,2%	7,4%	3,8%	2,9%	12%
Zorgkundigen	58,5%	58,5%	24,5%	23,5%	22,1%	21,1%	36%
Reactivering	21,1%	21,1%	11,5%	10,3%	13,5%	8,4%	16%
Kine-ergo-logo (KEL)	19,0%	19,0%	12,5%	11,0%	13,1%	10,6%	14%
Totaal	40,4%	40,4%	17,3%	16,7%	15,8%	14,0%	25%
% O en A-profielen		31%		23%		29%	27%
% B en C-profielen zonder RVT-financiering		9%		12%		17%	11%
Raming onderfinanciering bij lichte en zwaar zorgbehoevenden (zie sectie 3.2.5)	15,9%		11,7%		18,9%		15,3%

Bron RIZIV, 2012

We vergelijken de cijfers over de inzet van bovennormpersoneel tussen de drie spelers bij voorkeur ook niet onderling (tenzij men zou standaardiseren voor profiel), maar met de onderfinanciering (in percentage van het totaal aantal VTE aan zorgpersoneel) die de drie spelers volgens de normen lijden. Zoals reeds gesteld en uit de tabel kan afgeleid worden, ondervindt de commerciële sector de grootste

onderfinanciering, maar zetten zij het minst bovennormpersoneel in, minder dan ze in principe zouden moeten inzetten volgens de hoogste (wenselijke) personeelsnormen. Kan hen dit ten laste gelegd worden? Zij worden immers het slechtst gefinancierd en moeten bijgevolg de meeste inspanningen leveren om zorgkwaliteit te kunnen garanderen. Het is bijgevolg ook niet verwonderlijk dat de extra inspanningen niet altijd geleverd (kunnen) worden. Ze voldoen bovendien aan de wettelijke normeringen van het federaal en Vlaams niveau. Schort er iets aan de kwaliteit of met de geleverde zorginspanningen, dan dient ook de overheid de personeels- en financieringsnormen te herijken.

De non-profit zet iets meer personeel in dan wenselijk volgens de normen (17,3% > 11,7%). De non-profit zet beduidend meer personeel in dan vereist volgens de Vlaamse personeelsnormen en federale financieringsnormen (40,4% > 15,9%), wat onmiddellijk een verklaring biedt voor hun verlieslatende cijfers. Het bovennormpersoneel in de openbare sector (40%) lijkt in eerste instantie niet verantwoord te zijn doordat zij meer O- en A-zorgprofielen opnemen die ondergefinancierd zijn.

Desalniettemin wordt het bovennormpersoneel op een redelijk niveau ingezet, ongeacht de eigendomsstructuur, waardoor de geldende (lage) personeelsnorm die het RIZIV financiert in het algemeen in vraag dient gesteld te worden. De reële nood aan personeelsomkadering ligt vermoedelijk (heel) wat hoger dan de geldende minimale financieringsnorm. Het bovennormpersoneel in de private sector kan hier als een soort minimum voor de huidige zorgpraktijk worden gezien. Maar dan wel een praktijk die ligt boven de huidige minimumnormen van het RIZIV-forfait. De extra financiering voor het bovennormpersoneel remedieert dit ten dele. De door ons berekende onderfinanciering berekent de afstand tussen de minimumnormen en de beste normen (de Vlaamse erkenningsnormen voor de O en A, de RVT-norm voor B en C). De afstand is $\pm 15\%$ voor de gehele sector. De extra financiering voor het bovennormpersoneel zou $\pm 9,74\%$ kunnen overbruggen. Deze is overigens niet door iedereen benut. Blijft nog een onderfinanciering van $\pm 5\%$ over ten opzichte van de beste norm. In werkelijkheid is er 25% bovennormpersoneel, vooral in de openbare sector gesitueerd. Het is een maatschappelijke keuze of deze ook volledig binnen de publieke financiering van het zorgpersoneel valt, of ten laste moet komen/blijven van de dagprijs. Dat geldt ook voor de overige kosten van personeel, werking en infrastructuur die nu veelal gedragen worden in de dagprijs.

Een structurele onderfinanciering (door de Ziekteverzekering, nu regionaal) is duidelijk aan de orde (in de hypothese dat de Vlaamse overheid het zorgpersoneel volledig wenst te financieren). Het is een massieve uitdaging die de 6^{de} Staatshervorming voor de Vlaamse overheid in petto heeft. Blijft ten slotte de vraag of de resterende personeelsleden (voor huishoudelijke taken vooral) volledig ten laste moeten komen van de bewoner (via de dagprijs) of ook meer en meer moet vallen onder de sociale bescherming die nu moet verder uitgebouwd worden op Vlaams niveau. Het onderzoek brengt nieuw evidentie aan om dit debat te voeren. In dezelfde lijn situeert zich overigens ook de discussie in welke mate de woonkost, zoals dit door het VIPA werd ondersteund, moet (ten dele?) gefinancierd worden via de sociale bescherming op Vlaams niveau.¹³⁴ Al deze elementen zijn ten slotte een variatie op het thema publieke financiering versus eigen bijdragen, waar omtrent wij reeds in het verleden herhaaldelijk hebben vastgesteld dat er een publieke onderfinanciering dreigt (te blijven bestaan).

¹³⁴ Zie onder meer de studie over het VIPA in Pacolet, De Troyer, Boeykens, De Coninck, Vastmans & Buyst (2012)

13.5 Conclusies op het vlak van beleidsinformatie

De dataverzameling van dit onderzoek bracht verschillende knelpunten naar boven die de analyses hebben bemoeilijkt. Deze knelpunten kunnen echter aangepakt worden zodat enerzijds, de analyse minstens herhaald kan worden, maar bij voorkeur uitgebreider kan aangepakt worden. Om dat te realiseren dient men volgende knelpunten in acht te nemen:

- nog te veel welzijnsvoorzieningen kunnen de publieke rapportage van hun boekhouding inperken tot het “verkort schema”. De vergelijkbaarheid met de voorzieningen die het volledig schema hanteren vervalst. Een sectoranalyse is bijgevolg niet mogelijk. Dit beeld zou al aanzienlijk kunnen uitgebreid worden door het uitgebreid schema van de jaarrekening voor publicatie aan alle ondernemingen in de sector op te leggen. Kortom, de noodzaak dringt zich op om een eigen gedetailleerd rekeningstelsel voor de sector voor te leggen dat door ieder woonzorgcentrum uniform gehanteerd wordt, wil men in de toekomst werken met gedetailleerde financiële gegevens van ouderenzorgvoorzieningen. Dat geldt niet alleen voor de private voorzieningen maar ook voor het openbaar initiatief. Een recente wijziging aan het boekhoudbesluit van 13 januari 2006 voor de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zou dit reeds hebben aangepakt voor de private sector. Deze maatregelen kunnen op korte termijn ingevoerd worden en de transparantie aanzienlijk verhogen tegen een geringe administratieve meerkost;
- vanaf 2014 zal, in het kader van BBC, de boekhoudkundige informatie van de openbare sector niet meer op het niveau van de voorziening beschikbaar zijn. De boekhoudkundige informatie tot op het niveau van het activiteitencentrum zal verloren gaan indien de Agentschappen (en wij denken hier zowel aan het VAZG als het ABB¹³⁵) geen bijkomende voorwaarden opleggen. Voor het boekjaar 2014 is deze informatie reeds verloren, maar een bilateraal overleg tussen deze administraties kan deze waardevolle informatie naar de toekomst toe terug vrijwaren;
- het detail van de boekhouding naar voorziening (op basis van analytische boekhouding) wordt niet door het Agentschap Zorg en Gezondheid opgevraagd, wat wel voor de andere welzijnssectoren geldt (VAPH, Kind en Gezin of afdeling Thuiszorg van het VAZG). Een volgende stap is deze informatie ook voor de residentiële ouderenzorg op niveau van het activiteitencentrum op te stellen;
- de koppeling tussen alle bestanden was vóór dit onderzoek nog nooit uitgevoerd (via KBO-nummer of RIZIV-nummer). Voorliggende rapport en de achterliggende databank heeft deze ambachtelijke koppeling uitgeklaard. Het kan de sleutel bieden voor een continueren van deze gekoppelde databanken;
- een belangrijke bestaande databank, met name alle parameters voor de rekenmodule van het RIZIV voor de instellingsfinanciering was niet beschikbaar voor dit onderzoek. Een koppeling van onze databank met de informatie van de instellingsfinanciering zou dan ook belangrijke nieuwe inzichten kunnen opleveren over datgene wat nu verborgen bleef;
- tenslotte nog dit: de analyse is geconcentreerd geweest op de woonzorgcentra. In werkelijkheid is de assistentiewoning een steeds grotere rol aan het verwerven in het (semi?) residentieel aanbod. De aanwezigheid van deze voorzieningen kan een deel van de resultaten hebben beïnvloed, alhoewel verwaarloosbaar. Naar de toekomst toe zal die sector echter ook

¹³⁵ Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid; Agentschap Binnenlands Bestuur.

nauwkeurig in beeld moeten worden gebracht, onverschillig of wij hem gaan kwalificeren als residentiële zorg of thuiszorg.

Bibliografie

Bogaert G., De Prins P., Hedebouw G. & Henderickx E. (1996) Dagprijsverschillen in de rustoordsector. Onderzoek naar de verklarende factoren en het effect van overheidssubsidiering in de prijsbepaling. Onderzoek naar de kwaliteit. HIVA-KU Leuven, Leuven.

Boonen C. & Pacolet J. (2001.) Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.

Breda, J. & Geerts, J. (2000) Aanvullende expertenstudie inzake de externe kostprijs van de implementatie van de Zorgverzekering, Antwerpen

Breda, J., Pacolet, J., Hedebouw, G. & Vogels, J. (2010) Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen. Leuven: HIVA.

Cokelaere, P. (1997) Activiteits- en kostenanalyses in functie van het zorgprofiel.

De Cuyper P., Jacobs L. & Van Opstal W. (2010), Evaluatie van het nieuwe werkervaringsprogramma. Een analyse van de organisatie en financiële positie van de leerwerkbedrijven, Leuven: HIVA.

Denktank Wonen-Welzijn (2003) Visienota over wonen en ouderen, Vlaams Parlement

FOD Economie (2009) Sectorstudie rusthuizen

Gilot B. & Leroy J. (2010) De beleids- en beheerscyclus van de gemeenten, de OCMW's en de provincies, de nieuwe regels toegelicht in 60 vragen en antwoorden. VVSG

MARA-analyse (2012) Sectorstudie Woonzorgcentra 2011, Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus

MARA-analyse (2013) Sectorstudie Woonzorgcentra 2012, Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus

MARA-analyse (2014) Sectorstudie Woonzorgcentra 2013, Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus.

Overzicht te vinden op: https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MARA_2010-2013.pdf

Pacolet J. (2001) Financiering van de rusthuissector: feiten en trends, in Boonen C., Pacolet J. (red.) Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.

Pacolet J. (2001a) Personeelsimplicaties van het woon- en zorgcentrum: feiten en trends, in Boonen C., Pacolet J. (red.) Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.

Pacolet, J. & Cattaert, G. (2004) Het silhouet van de bewoner achter de gevel van het woon- en zorgcentrum. HIVA-KU LEUVEN.

Pacolet, J., De Coninck, A., De Wispelaere, F. (2013). Financiering van de thuiszorg in Vlaanderen. Het perspectief van de voorzieningen, Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

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. Onderzoeksrapport, 1-142 pp: De Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Pacolet, J., De Wispelaere, F., De Coninck, A. (2011). De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg?, Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Pacolet, J., Merckx, S., Spruytte, N., Cabus, S. (2010). Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis. Leuven: HIVA-K.U.Leuven.

Pacolet, J., Vanormelingen, J., & De Coninck, A. (2014). Tempus Fugit. Een aggiornamento van toekomstverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Probis & Vandorpe (2002). Onderzoek naar de structurele kostprijselementen van openbare rusthuizen in Vlaanderen, Deelrapport 2: vergelijking van de kostenstructuur van openbare en VZW-rusthuizen, in opdracht van het Vlaamse Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden aangelegenheden en de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten.

Rekenhof (2013) Gebruikersbijdragen in de welzijnssector

RVA (2009) Opdrachten en financiering van het PWA-systeem, RVA-werkgroep

SAR WGG (2012) Advies – Aanbevelingen bij het debat over marktwerking en commercialisering in de woonzorg.

VVSG (2009) artikel 'assistentiewoningen: erkennen of niet?'

VVSG (2012) Handboek residentiële ouderenzorg. Beheer en beleid, Politea.

Verdonck I. & Put J. (2008) Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin.

Verniest R. & Peltier A. (2011) RIZIV-financiering residentiële ouderenzorg. CM-informatie nr 244.

VIPA (2012) Jaarverslag

Zorgnet Vlaanderen (2009) Zorg te koop? Standpunten van Zorgnet Vlaanderen over privatisering, commercialisering en marktwerking.

Zorginspectie (2012) Vlaamse Woonzorgcentra. Een stand van zaken na drie jaar inspectiewerk. Powerpointpresentatie gegeven op 24 oktober 2012

<http://www.riziv.be/care/nl/residential-care/index.htm>

<http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/information-topic/mrpa-mrs.htm>

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Cijfers-over-residenti%C3%able-ouderenzorg/>

www.werk.belgie.be (FOD WASO)

www.fe-bi.org/nl/ouderenzorg/werk/voorwaarden

www.rszppo.fgov.be

www.rva.be

www.socialeconomie.be/lokalediensteneconomie

www.aandeslag.be

www.west-vlaanderen.be

www.oost-vlaanderen.be

www.vlaamsbrabant.be

www.limburg.be

De Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. B053 – Schriftelijke vraag en antwoord nr: 0210

Persmededeling ‘Vlaanderen zet in op assistentiewoningen’ van 7 juni 2012, beschikbaar op de website van het VAZG.

Persmededeling van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ‘Extra ouderen kunnen genieten van dagverzorging’ (23 juni 2012)

Omzendbrief van 10 januari 2012 van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid aan de sector, betreffende de procedure voor het aanvragen en het verlenen van een voorafgaande vergunning als centrum voor herstelverblijf

Powerpointpresentatie VVSG ‘basis RIZIV financiering’, studiedag van 27 mei 2010

Nieuwsbrief nummer 85 van de VVSG (17 februari 2010)

- Nieuwsbrief VVSG van 18 september 2012

BIJLAGEN

Bijlage 1 - Contactpersonen

Eddy Mettepenningen, VAZG

Bernadette Van den Heuvel,

Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen

Tine Nottebaert, Kenniscentrum WVG

Nico Vermeiren, VIPA

Luc Moens, Kenniscentrum WVG

Koenraad Jacob, Kenniscentrum WVG

Katja Borré, Agentschap Binnenlands Bestuur

Mark Willems, RIZIV

Daniel Crabbe, RIZIV

Bijlage 2 - Katz-schaal

De Katz-schaal meet voornamelijk de fysieke zorgafhankelijkheid: afhankelijkheid op het gebied van wassen, kleden, eten, verplaatsen, toiletbezoek en incontinentie. Afhankelijk van de score op deze verschillende items bekomen we vier groepen van licht tot zwaar zorgafhankelijk: O, A, B en C. Naast deze vier categorieën onderscheiden we nog een categorie Cd waar de 'd' wijst op problemen inzake desoriëntatie in tijd en ruimte (of kortweg dementie).

Tabel b0.1 De Katz-schaal

Zorgcategorie	Beschrijving
Categorie O	De rechthebbenden die fysiek volledig onafhankelijk en niet dementerend zijn.
Categorie A	De rechthebbenden die: Ofwel fysiek afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden; Ofwel psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én zijn fysiek volledig onafhankelijk.
Categorie B	De rechthebbenden die: Ofwel fysiek afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan; Ofwel psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én zij zijn afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden.
Categorie C	De rechthebbenden die: Ofwel fysiek afhankelijk zijn: zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan, én zij zijn afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten; Ofwel psychisch afhankelijk zijn: zij zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en zij zijn afhankelijk wegens incontinentie, én zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan, en/of om te eten.
Categorie Cd	De 'd' wijst op problemen inzake desoriëntatie in tijd en ruimte (kortweg ook wel 'dementie' genoemd).

Bron Eigen verwerking