

PRIVATE ZORGVOORZIENINGEN VOOR RESIDENTIËLE OUDERENZORG IN EUROPEES PERSPECTIEF

Maarten JANSSENS,
Wetenschappelijk medewerker
Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin
& Instituut voor Sociaal Recht K.U.Leuven

&

prof. dr. Johan PUT,
Hoogleraar Instituut voor Sociaal Recht K.U.Leuven
Promotor Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin

INHOUD

Gebruikte afkortingen	538
I. Private zorgvoorzieningen voor residentiële ouderenzorg in Europees perspectief	539
A. Ouderenzorg: het veld en de spelers	540
1. Diversiteit in het zorgaanbod	542
2. Diversiteit aan zorgsystemen	548
2.1. Invloedrijke indelingen	548
a. Esping-Andersen	548
b. Anheier en Seibel	551
c. Gidron, Kramer en Salamon	552
2.2. Voorgestelde indeling	554
B. Residentiële ouderenzorg in Europa	560
1. Engeland	561
1.1. Basisregelgeving	562
1.2. Publiek gefinancierd stelsel	563
1.3. Positie op het voorgestelde schema	564
2. Duitsland	564
2.1. Basisregelgeving	566
2.2. Publiek gefinancierd stelsel	567
2.3. Positie op het voorgestelde schema	570
3. Nederland	570
3.1. Basisregelgeving	571
3.2. Publiek gefinancierd stelsel	572
3.3. Positie op het voorgestelde schema	577
4. Vlaanderen	578
4.1. Basisregelgeving	579
4.2. Publiek gefinancierd stelsel	581
4.3. Positie op het voorgestelde schema	583
5. Conclusie	583

Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CQC	Care Quality Commission
CZV	College van Zorgverzekeraars
HeimG	Heimgesetz
HSCA	Health and Social Care Act
NAA	National Assistance Act
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden Budget
PVB	Persoonsvolgend Budget
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
SGB	Sozialgesetzbuch
WBGV	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen

I. PRIVATE ZORGVOORZIENINGEN VOOR RESIDENTIËLE OUDERENZORG IN EUROPEES PERSPECTIEF (1)

1. Deze bijdrage wil een inzicht bieden in de diversiteit aan systemen van residentiële ouderenzorg die in Europa bestaan. De focus wordt daarbij gelegd op de ruimte die private zorgvoorzieningen in welvaartsstaten genieten om hun eigen beleid te voeren. Dit is een actueel thema omdat de laatste jaren de discussie oplaait enerzijds over de ideologische eigenheid van zorgvoorzieningen en de taak van algemeen belang die zij vervullen (2) en anderzijds over een tendens naar meer marktwerking, liberalisering en privatisering in de zorg (3). In deze discussies is telkens (minstens ten dele) impliciet de vraag aanwezig over welke beleidsruimte private zorgverleners beschikken. Of, om het naar grondrechten te vertalen: hoe kan het recht op zorg worden gecombineerd met de vrijheid van vereniging van de private zorgverleners en het verbod van discriminatie?

2. In het eerste deel van deze bijdrage worden op basis van gezaghebbende indelingen uit de sociologische literatuur enkele assen vooropgesteld om systemen van residentiële ouderenzorg van elkaar te onderscheiden in het licht van de onderzoeksvraag. Het tweede deel beschrijft vervolgens meer in detail de concrete werking van vier zorgsystemen, in hoofdzaak op basis van de wetgeving die er de basis van vormt. Deze zorgsystemen worden tot slot gepositioneerd op het ontwikkelde schema.

Met deze benadering bevinden we ons op het snijpunt van een sociologische en juridische benadering. Wij zijn ons bewust van het risico dat we daarmee lopen enerzijds als te (weinig) juridisch en anderzijds als te (weinig) sociologisch te worden beschouwd. Wij zijn echter overtuigd van de meerwaarde die deze benadering biedt. Ten eerste wordt de voorgestelde (sociologische) indeling gestoffeerd met een heel concrete beschrijving van enkele zorgsystemen. Ten tweede worden de concrete beschrijvingen van de zorgsystemen geplaatst binnen een ruimer kader dat de beleidsopties die achter deze systemen schuilgaan, verduidelijkt.

-
- (1) Deze bijdrage kwam tot stand in het kader van een onderzoeksproject over marktwerking en keuzevrijheid in de ouderenzorg dat wordt gevoerd binnen het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin (www.steunpuntwvg.be).
 - (2) B. HANSEN en H. NYS, "Is een ziekenhuis verplicht abortus te laten uitvoeren?", *De Morgen* 4 december 2009; E. VERMEERSCH, "Abortusweigering immoreel en onwettig", *De Morgen* 12 december 2009.
 - (3) I. VERDONCK en J. PUT, "Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht", 2008, www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Werknota%20marktwerking.pdf, 35 p.

A. OUDERENZORG: HET VELD EN DE SPELERS

3. Om de verschillende systemen van residentiële ouderenzorg op een relevante manier te kunnen indelen, moeten we deze zorgverlening eerst meer van op een afstand bekijken en plaatsen in de ruimere categorie van welzijnszorg. Welzijnszorg omvat een groot aantal handelingen, waaronder praktische en materiële hulpverlening, adviesverlening, bemiddeling, begeleiding, vorming, vaardigheidstraining en niet-medische therapeutische handelingen. Tot op zekere hoogte kunnen ook medische of verpleegkundige activiteiten deel uitmaken van deze categorie (4). Het weze duidelijk dat welzijnszorg een ruime en diverse categorie is en dat het bijgevolg moeilijk is deze af te bakenen. We definiëren haar als het geven van informele en professionele ondersteuning aan personen in hun totaliteit, die hulp nodig hebben in hun dagelijkse leven (5).

4. De focus op personen in hun totaliteit maakt het verschil duidelijk tussen welzijnszorg en gezondheidszorg. Gezondheidszorg wordt verleend wanneer de (fysieke of geestelijke) (6) "gezondheid van personen gestoord is of wanneer personen vermoeden dat deze gestoord wordt" (7). Zij is in de eerste plaats gericht op de gezondheid van de patiënt en heeft preventie of genezing als doel. Welzijnszorg heeft daarentegen een ruimer aandachtsveld en omvat de dagdagelijkse sociale, psychologische, emotionele en fysieke ondersteuning van mensen (8).

Zelfs dan blijft de aflijning tussen gezondheids- en welzijnszorg moeilijk, omdat er een zekere overlapping bestaat in de handelingen die onder deze noemers worden verricht. De verpleging in een ziekenhuis heeft bijvoorbeeld een ruimere doelstelling dan louter de genezing van de patiënt. Evenzo wordt in woonzorgcentra de gezondheid van de cliënten gemonitord en

(4) H. BAERT en L. VAEL, *De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap: Toekomstoriëntaties*, Deurne, Kluwer International, 1990, 193; J. SCHEPERS, *Inleiding tot het welzijnsrecht*, 1, Brugge, die Keure, 1996, 33.

(5) J. SIPILÄ, A. ANTONEN en J. BALDOCK, "The Importance of Social Care" in A. ANTONEN, J. BALDOCK en J. SIPILÄ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 7.

(6) We hanteren hier een relatief enge definitie van het begrip gezondheid. Dit in tegenstelling tot de preambule bij de "Constitution of the World Health Organization" waar gezondheid wordt gedefinieerd als een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet slechts als de afwezigheid van ziekte of verzwakking. Deze ruime definitie beslaat grote delen van wat algemeen als het speelveld van de welzijnssector wordt beschouwd. Zij is dan ook minder geschikt voor de beschrijving van het onderscheid tussen de welzijns- en de gezondheidszorg.

(7) J. SCHEPERS, *Inleiding tot het welzijnsrecht*, 1, Brugge, die Keure, 1996, 52-53.

(8) J. SIPILÄ, A. ANTONEN en J. BALDOCK, "The Importance of Social Care" in ANTONEN, BALDOCK en SIPILÄ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 7.

worden handelingen verricht die de genezing van de cliënt tot doel hebben. Het oordeel dat een bepaalde dienst behoort tot de gezondheidszorg, dan wel welzijnszorg, moet echter niet worden geveld per geïsoleerde handeling, maar per geheel van samenhangende handelingen. Geïsoleerde handelingen kunnen worden onderverdeeld in enerzijds medische handelingen en anderzijds sociale handelingen. De activiteiten die in KB nr. 78 (9) worden omschreven, zijn dan medische handelingen. Sociale handelingen zijn alle andere handelingen die in het kader van gezondheids- of welzijnszorg worden verricht. Wanneer in het geheel van samenhangende handelingen vooral de medische handelingen doorwegen, dan beschouwen we dit geheel als behorende tot de gezondheidszorg. Dit is bijvoorbeeld het geval voor ziekenhuizen. Bestaat het geheel echter voor het leeuwendeel uit sociale handelingen, dan spreken we over welzijnszorg. Zo behoren woonzorgcentra tot de welzijnszorg (10).

5. Welzijnszorg wordt verricht in een complexe relatie tussen de zorgbehoevende en de zorgverlener die heel diverse verschijningsvormen kent. Ze kan volgens KNIJN en KREMER worden verleend als betaalde of onbetaalde arbeid, op basis van een overeenkomst of vrijwillig, en professioneel of op basis van een morele verplichting (11). SIPILÄ, ANTTONEN en BALDOCK vatten dit meer compact samen als informele en professionele ondersteuning.

6. De plaats die welzijnszorg inneemt in de samenleving kan sterk verschillen tussen landen en binnen één land tussen bepaalde periodes in de geschiedenis. Een constante is echter dat zij steeds het product is van een veelheid aan actoren. Deze veelheid aan actoren wordt in het Engels aangeduid met termen als 'welfare pluralism' of 'mixed economies of welfare'. Beide begrippen zijn onderling inwisselbaar (12). De veelheid aan actoren in welfare pluralism heeft betrekking op twee aspecten van zorg, met name op de verlening en op de financiering. De combinatie van beide aspecten biedt een ruime waaier aan praktijkinvullingen van welfare pluralism, gaande van een centraal gestuurde welvaartsstaat tot een vrije zorgmarkt (13).

(9) KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, BS 14 november 1967.

(10) J. SCHEPERS, *Inleiding tot het welzijnsrecht*, 1, Brugge, die Keure, 1996, 59-61.

(11) T. KNIJN en M. KREMER, "Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship", *Social Politics* 1997, (328) 330.

(12) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 22-23.

(13) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 22-23; M. KNAPP, G. WISTOW, J. FORDER en B. HARDY, "Markets for social care: opportunities, barriers and implications" in W. BARTLETT, C. PROPPER, D. WILSON en J. LE GRAND (eds.), *Quasi-markets in the welfare state*, Bristol, SAUS Publications, 1994, (123) 124.

1. Diversiteit in het zorgaanbod

7. Aangezien de focus ligt op de private zorgvoorzieningen, vormt de pluraliteit van de zorgverleners een eerste interessante basis om de verschillende zorgsystemen van elkaar te onderscheiden. In de zorgverlening kunnen vier types van actoren meespelen. Zij worden onderverdeeld in de publieke sector, de commerciële sector, de informele sector en de non-profit-sector.

8. De publieke sector bestaat uit overheidsdiensten en organisaties die door de overheid worden gecontroleerd. In welvaartsstaten kan de overheid op drie manieren richting geven aan het zorgbeleid, met name door zelf zorg te verlenen, door zorgverlening te financieren en door het te reguleren (14). In elk van deze rollen kan haar aanwezigheid bovendien variëren van minimaal tot maximaal. Wanneer de overheid als zorgverlener optreedt, doet zij dit om op een directe manier het recht op zorg van de zorgbehovende te garanderen en/of omwille van de politieke en sociale doelstellingen die zij nastreeft (15).

Publieke zorgverleners worden in de positieve zin gezien als een betrouwbare uitvoerder van het zorgbeleid die sociale en geografische ongelijkheden kan uitvlakken. Zij staan voor een universele zorgverlening waarbij ook de meest zorgbehoevenden worden bediend (16). In de negatieve zin worden deze zorgverleners echter geassocieerd met logge structuren en met een inefficiënte werking. Zij hebben moeite om duidelijke doelstellingen te stellen. Omdat beslissingen vaak bij meerderheid worden genomen, worden zij ook gekenmerkt door een trage besluitvorming en kunnen zij onvoldoende snel inspelen op de wijzigende zorgvragen. Het moet echter worden opgemerkt dat hervormingen in de publieke sector vaak tot doel hebben komaf te maken met deze nadelen, door de zorgbehovende meer als klant te beschouwen en bepaalde elementen uit de commerciële sector in de publieke toe te passen (17).

9. De commerciële sector bestaat uit private zorgverleners die tot doel hebben een economische winst te realiseren bij de zorgverlening. Hoewel in

(14) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 88.

(15) J. SÍPILÄ, A. ANTONEN en J. BALDOCK, "The Importance of Social Care" in ANTONEN, BALDOCK en SÍPILÄ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 13-14.

(16) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 34-35.

(17) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 140-142; M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 34-35.

de literatuur onder deze benaming enkel aandacht wordt gegeven aan commerciële organisaties, zoals bedrijven, moeten onze inziens ook zelfstandige zorgverleners in deze categorie worden ondergebracht. Ook zij verlenen immers zorg om die economisch ten gelde te maken (18). Binnen de commerciële sector vormen zelfstandige zorgverleners wel een aparte categorie omdat het (investerings)kapitaal en de arbeid bij hen in dezelfde handen verenigd zijn.

De commerciële sector wordt gezien als een efficiënte sector, waarin marktstudies worden gedaan, concurrentie speelt en prestatie-indicatoren worden gehanteerd (19). Zorg wordt in deze sector beschouwd als een product dat zo goed mogelijk aan de vraag van de consument (de cliënt of een derde die de zorg voor de zorgcliënt inkoopt) moet voldoen. De consument staat centraal en geniet een grote keuzevrijheid, op voorwaarde dat hij in staat is te betalen voor de zorg (20). Sommigen maken echter een ethisch voorbehoud bij deze sector, omdat zorg er wordt beschouwd als een verhandelbaar product en los komt te staan van de sociale verantwoordelijkheden van de zorgverlener (21). Ook bestaat de vrees dat commerciële zorgverleners slechts interesse hebben voor het lucratieve gedeelte van de zorgmarkt. Zwaar zorgbehoevenden en zorgbehoevenden die financieel niet voor hun zorgvraag kunnen instaan, worden dan ook niet bediend (22).

10. De non-profitsector is een enigszins aparte en zeer divers samengestelde categorie van dienstverrichters. Heel beknopt gezegd gaat het over private organisaties die publieke (maatschappelijke) doelstellingen nastreven. Zij nemen vaak een dubbele rol op in het zorgbeleid, omdat zij vaak niet alleen actief zijn als dienstverrichter, maar ook als belangenverdediger

-
- (18) J. SÍPILÄ, A. ANTTONEN en J. BALDOCK, "The Importance of Social Care" in ANTTONEN, BALDOCK en SÍPILÄ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 13-14.
- (19) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 140-143; I. VERDONCK en J. PUT, "Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht", 2008, www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Werknota%20marktwerking.pdf, 14-15.
- (20) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 30-34; I. VERDONCK en J. PUT, "Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht", 2008, www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Werknota%20marktwerking.pdf, 15.
- (21) Zie hierover I. VERDONCK en J. PUT, "Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht", 2008, www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Werknota%20marktwerking.pdf, 16-17.
- (22) I. VERDONCK en J. PUT, "Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht", 2008, www.steunpuntwvg.be/swvg/docs/Publicaties/Werknota%20marktwerking.pdf, 18-19.

of lobbyist voor bepaalde groepen van zorgbehoevenden (23). Met deze maatschappelijke doelstellingen leunt de non-profitsector sterk aan bij wat in het Engels als 'the third sector' of 'the voluntary sector' wordt aangeduid. In tegenstelling tot deze sectoren wordt de non-profitsector echter gekenmerkt door een verbod van winstverdeling. Dergelijk verbod wordt in Europese welzijnsrechtelijke systemen vaak als onderscheidingscriterium gehanteerd. In het kader van deze bijdrage verkiezen we daarom de afbakening van de non-profitsector boven die van de 'third sector' of 'the voluntary sector'. We kunnen de sector best definiëren met een verwijzing naar de definitie van SALAMON en ANHEIER (24). Zij benoemen de onderscheidende kenmerken van deze divers samengestelde sector over de landsgrenzen heen, hetgeen in een internationale context bijzonder interessant is. Vijf elementen zijn kenmerkend voor organisaties in de non-profitsector.

- Organisaties: het moet gaan om organisaties. Een zekere vorm van institutionalisering is vereist om het onderscheid te maken met puur informele en occasionele bijeenkomsten van personen. Het aannemen van een eigen rechtspersoonlijkheid of het bestaan van een reglement van inwendige orde kan bijvoorbeeld wijzen op een institutionele structuur.
- Privaat: deze sector behelst slechts organisaties die organiek geen deel uitmaken van de overheid en die niet door de overheid worden bestuurd. Dit staat er echter niet aan in de weg dat organisaties die samenwerken met de overheid of die in aanzienlijke mate door de overheid worden gefinancierd, tot de non-profitsector worden gerekend.
- Verbod van winstdistributie: non-profitorganisaties kennen een verbod van winstdistributie. Zij kunnen winst genereren, maar deze kan niet worden uitgekeerd aan de aandeelhouders. Zij moet daarentegen worden gebruikt voor het realiseren van de organisatiedoelstellingen. De focus van de werking van de organisatie moet met andere woorden liggen op haar maatschappelijke doelstellingen.
- Onafhankelijk: organisaties in deze sector beslissen zelf over hun samenstelling, hun interne structuur en besluitvormingsprocedures, hun beleid en hun activiteiten. Zij worden niet gecontroleerd door andere entiteiten. Vaak echter liggen religieuze organisaties, vakbonden en andere

(23) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 31.

(24) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 146-147; L.M. SALAMON en H.K. ANHEIER, "Toward a common definition" in L.M. SALAMON en H.K. ANHEIER (eds.), *Defining the non-profit sector*, Manchester, Manchester University Press, 1997, (29) 33-39.

sociale of culturele bewegingen aan de basis van deze organisaties (25). Onafhankelijk wordt hier onzes inziens dan ook in de eerste plaats beschouwd als onafhankelijk tegenover entiteiten uit de andere sectoren, zoals de overheid en commerciële bedrijven.

- Vrijwillig: non-profitorganisaties worden volgens SALAMON en ANHEIER gekenmerkt door een belangrijk aandeel van vrijwilligerswerk, hetzij in de tenuitvoerlegging van hun activiteiten, hetzij in het bestuur van de organisatie. We kunnen vrijwilligerswerk omschrijven als activiteiten die door een natuurlijk persoon vrijwillig en onbezoldigd in een georganiseerd verband worden verricht ten behoeve van anderen of van de samenleving. Deze natuurlijke persoon staat daarbij hoogstens in een asymmetrische wederkerigheidsrelatie met zijn doelgroep (26). Historisch lijkt het ons een belangrijk criterium dat er een zekere onbaatzuchtigheid is in de activiteiten die de organisatie ontwikkelt. De vraag is echter of dit criterium vandaag nog even strikt moet worden gehanteerd. Door een toenemende (vraag naar) professionalisering (in de kwalitatieve zin van het woord), is het aandeel van vrijwilligerswerk in veel non-profitorganisaties teruggelopen. Dit verhindert weliswaar niet dat de zorgverlening in deze sector nog steeds in overwegende mate berust op liefdadigheid, maatschappelijk engagement, sociale normen of religieuze principes (27). We stellen daarom voor bij de afbakening wel oog te hebben voor deze achterliggende motieven, maar het vrijwillig engagement niet als doorslaggevend criterium te hanteren.

Voor de meeste van deze criteria kan niet binair worden vastgesteld of een organisatie eraan voldoet. Eerder gaat het om een glijdende schaal. Het spreekt ook voor zich dat niet elk van deze criteria voor elke organisatie in gelijke mate opgaat. De non-profitsector bestaat echter uit organisaties waarin elk van deze elementen in een redelijke mate aanwezig zijn (28).

De non-profitsector wordt gezien als een zorgverlener die de nadelige kenmerken van de publieke sector ontbeert, maar die wel dezelfde waarden in

(25) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 30-31.

(26) S. D'HONDT en B. VAN BUGGENHOUT, *Het statuut van de vrijwilliger, knelpunten en oplossingen*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1999, 24-41.

(27) J. SIPILÄ, A. ANTONONEN en J. BALDOCK, "The Importance of Social Care" in ANTONONEN, BALDOCK en SIPILÄ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 13.

(28) L.M. SALAMON en H.K. ANHEIER, "Toward a common definition" in SALAMON en ANHEIER (eds.), *Defining the non-profit sector*, Manchester, Manchester University Press, 1997, (29) 33-34.

zich draagt, dit laatste vooral in tegenstelling tot de commerciële sector (29). Deze sector wordt ook een groot innovatief vermogen toegeschreven. Hij staat symbool voor een sterke maatschappelijke verankering, alsook voor empowerment en deelname aan het sociale en politieke leven (30). In veel landen kadert de inschakeling van deze sector ten slotte in een streven naar subsidiariteit, dat in deze context wordt opgevat als het beginsel dat de publieke sector geen diensten verleent die de niet-publieke sector in dezelfde kwaliteit en kwantiteit kan leveren (31). De non-profitsector kent aan de andere kant ook enkele belangrijke nadelen. Een eerste betreft de sectorale en de geografische spreiding van het zorgaanbod. Het spontane initiatief dat de basis van deze sector vormt, houdt niet noodzakelijk een gelijke tred met de zorgnoden van de bevolking. Een overdreven inzetten op deze sector kan dus tot ongelijkheid leiden (32). Ook is het de vraag tot op welke hoogte deze sector haar waarden met de overheid deelt en moet delen. Zo kan worden gedacht aan de discussies die in België plaatsvonden over de toepassing van abortus in katholieke ziekenhuizen (33).

11. Tegenover deze drie sectoren, die als formeel worden beschouwd, staat de informele sector. Informele zorgverleners zijn personen uit de sociale omgeving van de zorgbehoevende, zoals familieleden, burens of vrienden (34). Kenmerkend voor deze zorgverlening is dat zij in hoofdzaak plaatsvindt op basis van een persoonlijke band tussen de zorgbehoevende en de zorgverlener. Het motief voor de zorgverlening ligt vaak in het affectieve karakter van deze band, maar vaak ook in traditie, religie, schuldgevoel of wederzijdse verwachtingen (35). De precieze grootte van de informele sector kan moeilijk worden bepaald, net omdat zij informeel is. Wel wordt vastgesteld dat deze sector het leeuwendeel van de zorgverlening op zich neemt, dat informele zorgverleners meestal een familiale band hebben

(29) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 30.

(30) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 32.

(31) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 49.

(32) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 31.

(33) B. HANSEN en H. NYS, "Is een ziekenhuis verplicht abortus te laten uitvoeren?", *De Morgen* 4 december 2009; E. VERMEERSCH, "Abortusweigering immoreel en onwettig", *De Morgen* 12 december 2009.

(34) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 200.

(35) J. SIPILÄ, A. ANTONEN en J. BALDOCK, "The Importance of Social Care" in ANTONEN, BALDOCK en SIPILÄ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 13-14.

met de zorgbehoevende en dat het grotendeels om vrouwen gaat (36). Specifiek in de zorg voor ouderen neemt de informele sector vaak de eerste lijnszorg voor zijn rekening en wordt hij flexibel ingezet bij een plotse wijziging in de zorgnoden (37).

De informele sector wordt gezien als een goedkoop alternatief voor de andere sectoren en dus als middel om de overheidsuitgaven in de zorgsector terug te dringen. Een groter beroep op deze sector doet de zorgkosten echter niet zozeer verdwijnen, maar eerder verschuiven naar de families en naar vrouwen in het bijzonder (38). Daarnaast kan men zich voorstellen dat zorg verleend door de informele sector mogelijk leidt tot een grotere tevredenheid bij de cliënt, omwille van de sociale nabijheid. In de negatieve zin wordt informele zorg geassocieerd met een grote fysieke, mentale of sociale stress voor de zorgverlener. Deze boet ook vaak in aan privacy en vrijheid. Sociale en demografische evoluties betekenen ten slotte dat de extra opnamecapaciteit van de sector beperkt is op een ogenblik dat het aantal zorgbehoevenden sterk toeneemt (39).

12. Zorgverleners kunnen vaak zonder veel moeite bij de ene of de andere sector worden ondergebracht. Toch moet erop worden gewezen dat deze indeling vooral theoretisch is en dat de grenzen tussen de verschillende sectoren in de realiteit soms minder duidelijk zijn. Zo treedt er een zekere vervaging van motief en sector op wanneer een vergoeding wordt betaald voor de zorgverlening door een familielid. In Nederland kan bijvoorbeeld het Persoonsgebonden Budget (hierna: PGB) op dergelijke manier worden aangewend (40). Het is dan niet meteen duidelijk of de zorgverlener als informeel of als commercieel moet worden aangemerkt. Het bestaan van de vergoeding lijkt afbreuk te doen aan het informele karakter van de band tussen de zorgverlener en de zorgbehoevende.

(36) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 200 en 255; M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 33.

(37) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 200-202 en 255; M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 33.

(38) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 255; M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 33-34.

(39) N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 255; M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 33-34.

(40) Art. 2.6.9 Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. ZVU-2635240 houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

Een andere grenssituatie zijn commerciële vennootschappen met een maatschappelijke doelstelling. Deze kunnen bijvoorbeeld de vorm aannemen van een vennootschap met sociaal oogmerk naar Belgisch recht of van een gemeinnützige GmbH naar Duits recht. Winstdistributie is in deze vennootschappen vaak aan bepaalde beperkingen onderworpen (41). Op basis van de bovenstaande afbakening zal deze zorgverlener als commerciële aanbieder worden aangemerkt, hoewel hij dicht in de buurt lijkt te komen van de non-profitsector. Ook binnen de voorgestelde sectoren kan er met andere woorden nog heel wat onderscheid worden gemaakt tussen de aanbieders.

2. Diversiteit aan zorgsystemen

2.1. Invloedrijke indelingen

13. In het verleden werden reeds verschillende indelingen gemaakt tussen landen op basis van het zorgbeleid dat zij voeren en waarin in mindere of meerdere mate rekening wordt gehouden met de aard van de zorgverlener. Hieronder worden drie toonaangevende indelingen kort besproken en wordt hun mogelijke waarde voor deze bijdrage geëvalueerd. Het moet worden opgemerkt dat alle types of modellen die in deze indelingen naar voren worden geschoven slechts 'zuivere' types zijn die zelden in een pure vorm zullen voorkomen. Wel geven zij telkens de hoeken aan van een veld waarop staten kunnen worden gepositioneerd.

A. *ESPING-ANDERSEN*

14. Een klassieke indeling is die van *ESPING-ANDERSEN*. Deze indeling betreft enkel welvaartsstaten. *ESPING-ANDERSEN* hanteert daarbij een concept van welvaartsstaat dat aanleunt bij dat van *T.H. MARSHALL* en dat gebaseerd is op een sociaal burgerschap. De toekenning van sociale rechten en sociale stratificatie spelen hierin een belangrijke rol. Om een volledig zicht te krijgen op wat de welvaartsstaat is en kan zijn, moet daarnaast ook worden gekeken naar hoe het overheidsoptreden zich verhoudt tot zorgverlening op de markt en in de familie (42). Op basis van de rol die de bestaanszekerheidsbiedende instellingen spelen, de manier waarop de sociale bescherming zich verhoudt tot de sociale stratificatie, het decommodificerend (43) en het de-

(41) Art. 661, 1°, 2° en 5° W.Venn.

(42) G. *ESPING-ANDERSEN*, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990, 15.

(43) *ESPING-ANDERSEN* omschrijft een decommodificerende welvaartsstaat in de enge zin als een welvaartsstaat waarin burgers vrij hun arbeid kunnen staken wanneer zij dat

familiariserend effect van die sociale bescherming, onderscheidt ESPING-ANDERSEN drie types van welvaartsstaten: de liberale, de conservatieve en de sociaaldemocratische (44). Slechts drie sectoren van zorgverleners benoemt hij expliciet: de publieke sector ('the state'), de commerciële sector ('the market') en een deel van de informele sector ('the family').

De liberale welvaartsstaat wordt gekenmerkt door een selectieve sociale bescherming. Het doel is een minimum aan sociale bescherming te garanderen, maar tegelijkertijd ook de vrije werking van de markten niet te hinderen en zelfs te stimuleren. De (publieke) sociale bescherming is selectief in een dubbel opzicht. Enerzijds is zij selectief naar de personen die er aanspraak op kunnen maken. Het publieke aanbod is gericht op de armen en de toegang is aan strikte voorwaarden onderworpen. Anderzijds is de bescherming selectief naar de gedekte risico's. Dit dubbel selectief minimumaanbod vormt geen concurrentie voor het private aanbod op de zorgmarkt en heeft dan ook slechts een beperkt verstoringseffect op de markt. Daarnaast wordt de private markt gestimuleerd met subsidies voor private systemen van sociale bescherming. ESPING-ANDERSEN noemt onder andere de Verenigde Staten als het typevoorbeeld van dit model.

De corporatistische of conservatieve welvaartsstaat, die in later werk het continentaal Europees model wordt genoemd (45), heeft tot doel de sociale bescherming te bieden zonder de bestaande maatschappelijke ordening aan te tasten. Ten eerste worden sociale rechten afhankelijk gemaakt van de klasse en de status van de sociaal beschermde. Ten tweede bevestigt dit model een klassieke gezinsordening. Enerzijds wordt de sociale bescherming afgestemd op het modelgezin met een mannelijke kostwinner. Anderzijds is de familie de eerste zorgverlener en komt de overheid slechts tussen wanneer de familiale zorgmogelijkheden uitgeput zijn. Sociale zorgverlening gebeurt in de corporatistische welvaartsstaat door of onder toezicht van de staat. De markt als organisatie van het zorgsysteem wordt daardoor

nodig achten, zonder daarbij het risico te lopen hun werk of hun inkomen te verliezen of hun algemeen welzijn te verminderen. Als voorbeeld geeft hij een ziekteverzekering die het inkomen garandeert in geval van ziekte en het recht in dat geval afwezig te zijn op het werk, zonder te worden ontslagen. G. ESPING-ANDERSEN, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990, 23.

- (44) G. ESPING-ANDERSEN, *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990, 26-29; G. ESPING-ANDERSEN, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford, Oxford University Press, 1999, 74-86; G. ESPING-ANDERSEN, "Towards the Good Society, Once Again?" in X (ed.), *Why we need a new welfare state*, Oxford, Oxford University Press, 2002, (1) 13-17. Zie ook: H. DELEECK, *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, Leuven, Acco, 2008, 78-83; M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 17-18.
- (45) G. ESPING-ANDERSEN, "Towards the Good Society, Once Again?" in X (ed.), *Why we need a new welfare state*, Oxford, Oxford University Press, 2002, (1) 16.

irrelevant. Duitsland en Frankrijk worden genoemd als voorbeelden van dit type.

Ten slotte is het doel van de sociaaldemocratische welvaartsstaat, later herdoopt tot het Scandinavische model, iedereen te voorzien van de capaciteiten die nodig zijn voor de ontplooiing van zijn/haar individuele onafhankelijkheid. Het is een universeel model waarin sociale rechten aan individuen worden toegekend op basis van burgerschap. De toegang tot publieke dienstverlening wordt niet afhankelijk gesteld van de uitputting van zorgmogelijkheden door andere actoren, zoals de markt in het liberale type en de familie in het corporatistische type. Het is een genereus model waarin een breed spectrum aan risico's wordt gedekt en waarin de publieke sociale dienstverlening van een hoog niveau is. De markt wordt daardoor verdrongen als zorgverlener. Het typevoorbeeld van dit model zijn de Scandinavische landen en in het bijzonder Zweden.

15. De indeling van ESPING-ANDERSEN is een klassieke indeling die veel wordt aangehaald in de literatuur over welvaartsstaten en sociale dienstverlening. Hoewel op deze structuur heel wat kritiek wordt gegeven, in het bijzonder dan op de eerste versie ervan (46), geeft zij onzes inziens een goed overzicht van de verschillende invullingen die kunnen worden gegeven aan de welvaartsstaat met betrekking tot het niveau van sociale bescherming, haar verhouding tot sociale stratificatie en het decommodificerend en defamiliariserend effect van deze sociale bescherming.

16. In het kader van deze bijdrage zijn er echter belangrijke nadelen verbonden aan deze structuur. Ten eerste is deze indeling te zeer ontworpen met een blik op de klassieke sociale zekerheid en kan zij niet zonder meer worden toegepast op de zorgsector (47). Ten tweede wordt slechts rekening gehouden met de staat, de markt en de familie als zorgverlener. De non-profitsector wordt niet vernoemd. Ten derde wordt er te weinig rekening gehouden met een mogelijke gedeelde publiek-private verantwoordelijkheid voor de zorgverlening. Er wordt namelijk geen expliciet onderscheid gemaakt tussen de financiering en de verlening van zorg, noch wordt er aandacht besteed aan de onderlinge relaties tussen zorgverleners. Het

(46) J. GEERTS, *Dynamieken en determinanten van long-term care gebruik. Een onderzoek naar de relatie tussen de formele en informele zorg vanuit een micro- en macrosociologisch perspectief*, onuitg. doctoraatsthesis Sociale Wetenschappen Universiteit Antwerpen, 2010, 25-27.

(47) J. GEERTS, *Dynamieken en determinanten van long-term care gebruik. Een onderzoek naar de relatie tussen de formele en informele zorg vanuit een micro- en macrosociologisch perspectief*, onuitg. doctoraatsthesis Sociale Wetenschappen Universiteit Antwerpen, 2010, 25-27; C. JENSEN, "World of Welfare Services and Transfers", *Journal of European Social Policy* 2008, (151) 152-154.

palet is onzes inziens dan ook te weinig fijnmazig om, in het licht van de onderzoeksvraag, de diversiteit aan zorgsystemen te vatten.

B. ANHEIER en SEIBEL

17. Een tweede indeling van landen op basis van hun zorgbeleid is die van ANHEIER en SEIBEL (48). In tegenstelling tot die van Esping-Andersen die enkel welvaartsstaten omvat, heeft deze indeling betrekking op alle landen. Zij houdt wel rekening met een gedeelde verantwoordelijkheid en is gebaseerd op de vraag wie de zorg reguleert, wie haar financiert en wie haar uiteindelijk verleent. Voor wat betreft het aspect van de zorgverlening worden slechts de formele sectoren in beschouwing genomen.

Aan het ene uiterste van deze indeling staat het staatsgerichte model. In dit model draagt de overheid de verantwoordelijkheid voor de zorgverlening en houdt zij de zorgverlening in handen. De publieke sector is in dit type de dominante zorgverlener. De socialistische regimes in Centraal- en Oost-Europa komen dicht in de buurt van dit model. Onzes inziens behoort ook het (klassieke) Zweedse systeem met zijn universele publieke zorgverlening hiertoe (49).

Een tweede type van staten hanteert een traditioneel pluralisme. De non-profitsector treedt op als zorgverlener naast de publieke sector. Non-profit-zorgverleners worden ook mee verantwoordelijk voor de zorgverlening. Zij krijgen inspraak in de ontwikkeling van regulering en brengen voor een deel private financiering binnen in het zorgsysteem. Niettemin blijven veel van deze zorgverleners sterk afhankelijk van overheidsmiddelen. In veel landen van dit type kadert deze samenwerking tussen de publieke en de non-profitsector in een streven naar subsidiariteit. Dit is/was bijvoorbeeld het geval in Nederland en Duitsland.

In de moderne pluralistische variant vervoegt de commerciële sector de publieke sector en de non-profitsector als zorgverlener. Dit type verschilt van het traditionele pluralistische type op twee punten. Ten eerste worden de rollen en verantwoordelijkheden van elke actor in het zorggebeuren niet expliciet vastgelegd. Er is met andere woorden minder een strikte regule-

(48) H.K. ANHEIER en W. SEIBEL, "The Nonprofit Sector and the Transformation of Societies: A Comparative Analysis of East Germany, Poland and Hungary" in W.W. POWELL en E.S. CLEMENS (eds.), *Private Action and the Public Good*, New Haven, Yale University Press, 1998, (177) 186; N. JOHNSON, *Mixed Economies of Welfare*, Hertfordshire, Prentice Hall Europe, 1999, 23-24.

(49) M.-B. SCHARTAU, *The Road to Welfare Pluralism*, Berlijn, Berliner Wissenschafts-Verlag, 2008, 40-43.

ring waardoor elke actor meer flexibel kan bepalen welke rol hij opneemt en welke niet. Ten tweede wordt de onderlinge verhouding tussen de zorgverleners eerder gedefinieerd als een concurrentiestrijd, dan als een samenwerking om een gemeenschappelijk doel te bereiken. Onder andere het Verenigd Koninkrijk wordt genoemd als een voorbeeld van dit model.

Kenmerkend voor het marktgerichte model ten slotte is de relatieve afwezigheid van de overheid in het zorggebeuren. Er geldt geen specifieke regelgeving voor zorgverlening, de overheid financiert die niet en treedt zelf ook niet op als zorgverlener. De andere sectoren (impliciet wordt vooral bedoeld op de commerciële sector) vervullen voor een deel de zorgnood. Zij doen dit, bij afwezigheid van overheidssturing, naar eigen goeddunken en naar eigen capaciteiten. In de literatuur wordt geen praktijkvoorbeeld gegeven van dit model. Bovendien wordt de realiteit ervan in twijfel getrokken, omdat zelfs de meest rechtse politieke krachten een dergelijk systeem niet voor ogen hebben.

18. De indeling van ANHEIER en SEIBEL is gebouwd op drie interessante assen: wie reguleert de zorg, wie financiert ze en wie verleent ze uiteindelijk. Achterliggend speelt de vraag wie de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt voor de zorgverlening. Deze structuur heeft als voordeel dat zij een diversiteit aan actoren weergeeft in de verschillende aspecten van het zorggebeuren en dat zij ook de onderlinge verhouding tussen deze actoren in rekening brengt.

19. Het nadeel van deze indeling is echter dat deze assen te veel aan elkaar worden gekoppeld in de verschillende standaardtypes. Hierdoor ontstaat een eendimensionale structuur die de diversiteit aan landen onvoldoende kan vatten. Bijvoorbeeld kan de vraag worden gesteld of het essentieel is om een traditioneel pluralistisch type te linken met striktere regelgeving dan in het moderne pluralistische type? De overheid kan er immers voor kiezen de gesubsidieerde non-profitsector een ruime discretionaire bevoegdheid te geven om een eigen zorgbeleid uit te stippelen. Omgekeerd is het niet denkbeeldig dat een overheid die haar zorgtaken via een openbare aanbesteding aan de commerciële sector uitbesteedt, in het contract zeer gedetailleerd het proces van zorgverlening beschrijft.

C. GIDRON, KRAMER en SALAMON

20. Een derde interessante structuur is die van GIDRON, KRAMER en SALAMON. Net zoals die van ANHEIER en SEIBEL geldt deze indeling voor alle landen. De eerste plaatst de overheid, met de nadruk op de publieke sector, tegenover de markt, met de nadruk op de commerciële sector. De non-profitsector krijgt een plaats tussen deze uitersten in. De indeling van GIDRON, KRAMER en

SALAMON echter plaatst de publieke sector tegenover de non-profitsector. De commerciële sector wordt buiten beschouwing gelaten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de rol die de publieke sector en de non-profitsector opnemen in enerzijds de financiering van zorg en anderzijds de verlening ervan (50).

In het dominante overheidmodel houdt de overheid alle touwtjes in handen. Zij is de voornaamste financier en de voornaamste verlener van zorg. Dit model lijkt overeen te komen met het staatsgerichte model van ANHEIER en SEIBEL. De Scandinavische landen en Zwitserland worden genoemd als voorbeelden van dit model.

Radicaal daartegenover staat het dominante non-profitmodel waarin overheidsinmenging in de zorg om ideologische redenen als ongewenst wordt beschouwd. De non-profitsector treedt hier op als de voornaamste financier en de voornaamste verlener van zorg. Als voorbeeld van dit model gelden de Verenigde Staten voor de New Deal uit de jaren 30 van de 20^{ste} eeuw.

Tussen deze twee uitersten bevinden zich twee types waarin zowel de overheid als de non-profitsector actief zijn in het zorggebeuren: het duale type en het samenwerkingsmodel.

In het duale model of het parallelle model houden zowel de overheid als de non-profitsector zich bezig met de financiering en de verlening van zorg. Zij opereren echter autonoom, onafhankelijk van elkaar. De non-profitsector kan op twee manieren een aanvulling vormen op de publieke sector. Ten eerste kan zij zich richten tot zorgbehoevenden die door de laatste niet worden bereikt. Ten tweede kan zij een zorgnood lenigen die door de publieke sector niet wordt gelenigd. Voor de hervorming van 1982 kende Frankrijk bijvoorbeeld een non-profitsector die zich vooral richtte op de tekorten in het overheidsaanbod.

Het samenwerkingsmodel daarentegen impliceert dat zowel de overheid als de non-profitsector actief zijn in het zorggebeuren en dat zij hierbij in grote mate samenwerken. *De facto* houdt dit in dat de overheid de middelen ter beschikking stelt en dat non-profitorganisaties de zorg verlenen. Binnen het samenwerkingsmodel kan nog een verder onderscheid worden gemaakt

(50) B. GIDRON, R.M. KRAMER en L.M. SALAMON, "Government and the Third Sector in Comparative Perspective: Allies or Adversaries" in B. GIDRON, R.M. KRAMER en L.M. SALAMON (eds.), *Government and the Third Sector*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1992, (1) 16-20; L.M. SALAMON en H.K. ANHEIER, "The Third Route: Government-Nonprofit Collaboration in Germany and the United States" in W.W. POWELL en E.S. CLEMENS (eds.), *Private Action and the Public Good*, New Haven, Yale University Press, 1998, (151) 152.

volgens de discretionaire ruimte waarover zorgverleners beschikken. Aan de ene zijde is er het samenwerkings-verkopersmodel waarin de overheid bepaalt welke zorg hoe wordt verleend en waarin non-profitorganisaties louter als zaakgelastigden het overheidsbeleid uitvoeren. Aan de andere zijde vinden we het samenwerkings-partnerschapsmodel. In dit model genieten non-profitorganisaties een behoorlijke discretionaire ruimte om hun eigen beleid uit te stippelen of kunnen zij door deelname aan het politieke proces het overheidsbeleid mee sturen. Als voorbeeld van het samenwerkingsmodel wordt Duitsland genoemd, met een verwijzing naar het subsidiariteitsbeginsel dat er aan de basis van het zorgsysteem ligt. Ook Frankrijk past in dit model sinds de inschakeling van non-profitorganisaties in het overheidsbeleid in 1982, evenals Nederland, waar de zorg vooral in handen is van private zorgverleners die een belangrijke invloed lijken uit te oefenen op het zorgbeleid. Het blijkt echter moeilijk de discretionaire ruimte van de zorgverleners in deze stelsels precies te bepalen. Daarvoor is een verdere studie noodzakelijk.

21. De indeling van GIDRON, KRAMER en SALAMON is grotendeels gebaseerd op dezelfde assen als die van ANHEIER en SEIBEL, maar laat die assen meer los van elkaar de structuur bepalen. We krijgen een meerdimensionale structuur, waarbij de positie van een land eerst wordt bepaald door de actoren die instaan voor de financiering en de verlening van zorg en vervolgens door de manier waarop deze actoren zich tot elkaar verhouden.

22. De belangrijkste tekortkoming van deze indeling is dat zij enkel rekening houdt met de overheid en de non-profitsector als actoren in het zorggebeuren. De positie van de commerciële sector wordt niet in de structuur betrokken, waardoor een onvolledig beeld ontstaat van de diversiteit aan zorgsystemen. Een ander nadeel is dat het onderscheid tussen het samenwerkings-verkopersmodel en het samenwerkings-partnerschapsmodel inspraak en discretionaire ruimte sterk met elkaar verweeft. Nochtans is het verschil tussen beide belangrijk. Discretionaire ruimte geeft immers meer ruimte aan de individuele zorgverleners. Inspraak laat de groep van zorgverleners daarentegen toe het beleid mee vorm te geven, maar het resultaat kan wel een zeer gedetailleerde regulering zijn die de beleidsruimte van individuele voorziening sterk beperkt.

2.2. Voorgestelde indeling

23. Zoals reeds aangehaald legt deze bijdrage de focus op de ruimte die private zorgvoorzieningen in de residentiële ouderenzorg in welvaartsstaten genieten om hun eigen beleid te voeren en met name op de mate waarin zij zelf hun doelstellingen en hun wijze van functioneren kunnen bepalen.

24. Het moet dus gaan om welvaartsstaten. Dit zijn staten waarin “een aantal grondrechten van de burger, met het oog op zijn materiële welvaart en de bevordering van zijn kansen tot ontplooiing, binnen een wettelijk raamwerk, effectief gewaarborgd worden” (51). De sociale grondrechten, waaronder het recht op zorg (52), worden in deze staten gewaarborgd door een systeem van wettelijke beschikkingen en materiële voorzieningen (53).

In deze welvaartsstaten wordt gefocust op voorzieningen in de residentiële ouderenzorg. Onder verwijzing naar de definitie van welzijnszorg (54) die we hanteren, beschouwen we ouderenzorg als informele en professionele ondersteuning aan personen in hun totaliteit, die ten gevolge van hun ouderdom hulp nodig hebben in hun dagelijkse leven. Zij moet het welzijn van de oudere verzekeren door, voor zover als mogelijk, zijn onafhankelijkheid te herstellen en zijn sociale uitsluiting te voorkomen (55). Residentiële ouderenzorg omvat daarnaast ook een permanente verblijfplaats voor de zorgbehoevende oudere.

In het kader van deze bijdrage worden welzijnsvoorzieningen beschouwd als organisaties waarin op een duurzame en professionele wijze welzijnszorg wordt verleend. Individuele zorgverleners behoren niet tot het voorwerp van deze bijdrage. Om het verschil te maken met puur informele en occasionele activiteiten in de welzijnszorg is een zekere institutionele structuur vereist. Die kan bijvoorbeeld de vorm aannemen van statuten of van een eigen rechtspersoonlijkheid.

Deze bijdrage spitst zich toe op private welzijnsvoorzieningen. Het publieke of private karakter van een voorziening wordt beoordeeld aan de hand van het oprichtingscriterium (56). Voorzieningen worden als publiek beschouwd

(51) J. SCHEPERS, *Inleiding tot het welzijnsrecht*, 1, Brugge, die Keure, 1996, 14-18.

(52) Zie bijvoorbeeld art. 14 en 23 Herzene Europees Sociaal Handvest.

(53) H. DELEECK, *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, Leuven, Acco, 2008, 27 en 32-34.

(54) J. SÍPILÁ, A. ANTTONEN en J. BALDOCK, “The Importance of Social Care” in ANTTONEN, BALDOCK en SÍPILÁ (eds.), *The Young, the Old and the State*, Cheltenham, Edward Elgar, 2003, (1) 7.

(55) COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX, *Charte sociale européenne (révisée) Conclusions 2005 Tome 1*, 2005, www.coe.int, 253; EUROPEAN SOCIAL NETWORK, *Report: Care across generations*, 2007, www.esn-eu.org, 26; EUROPEAN SOCIAL NETWORK, “Policy statement: People not patients, long term care in an ageing Europe”, 2007, www.esn-eu.org, 2; D. ROMAN, “Vieillesse et droits fondamentaux, l’apport de la construction européenne”, *Revue du droit de la sécurité sociale* 2008, (267) 270; A. ZAIDI, “Features and Challenges of Population Ageing: The European Perspective”, 2008, www.euro.centre.org, 9.

(56) F. VANDENDRIESSCHE, *Publieke en private rechtspersonen: naar een graduele, meerduidige en evolutieve benadering van het onderscheid in de wetgeving en de rechtspraak*, Brugge, Die Keure, 2004, 28-39.

wanneer zij door een overheid werden opgericht door of krachtens een wet, decreet of ordonnantie. Daarnaast kan ook een omvorming of een overheidsparticipatie als oprichting worden beschouwd (57). Zo zijn genationaliseerde voorzieningen publiek. Privaat daarentegen zijn alle voorzieningen die op basis van deze omschrijving niet als publiek kunnen worden beschouwd.

Private voorzieningen worden slechts in beschouwing genomen als zij in het kader van het welzijnsrecht worden gereguleerd. Welzijnsrecht is "het functioneel rechtsgebied dat de algemene beginselen en de bijzondere bepalingen omvat waarmee de overheid welzijnstekorten die eigen zijn aan bepaalde categorieën van personen of die verbonden zijn aan bepaalde maatschappelijke situaties, beoogt te voorkomen, te herstellen of op te vangen". Meer concreet gaat het om regelgeving die betrekking heeft op "het welzijnsbeleid, de organisatie en werking van welzijnsvoorzieningen, de hulpen dienstverlening binnen de welzijnszorg en de specifieke rechtsverhoudingen tussen cliënten, welzijnsvoorzieningen, individuele hulpverleners en overheid" (58).

25. We zijn dus op zoek naar een indeling die relevant is in het licht van gestelde vragen en met deze afbakening. Met het oog op de hoger besproken indelingen, kunnen we alvast enkele bemerkingen maken.

Ten eerste betreft het relevante stuk van elke indeling slechts de welvaartsstaten. Het moet gaan om staten waarin het recht op zorg wordt gewaarborgd door een systeem van wettelijke beschikkingen en materiële voorzieningen (59).

Ten tweede moet het een indeling zijn van welzijnsrechtelijke systemen met betrekking tot zorgvoorzieningen. Dit betekent dat voorzieningen die autonoom buiten het welzijnsrechtelijke systeem opereren, en dus buiten het welzijnsbeleid van de overheid, niet in deze indeling worden opgenomen. Indien het welzijnsrecht bijvoorbeeld exclusief bestaat uit subsidieregelingen, dan zullen voorzieningen die niet van deze subsidies gebruikmaken, buiten de indeling vallen.

(57) Algemeen wordt ook aangenomen dat een erkenning een vorm van oprichting kan zijn. Daarvoor moet de overheid de betreffende voorziening belasten met een taak van algemeen belang, moeten er afwijkingen worden bepaald op het privaatrechtelijk statuut en moet er een toezicht worden ingesteld. We volgen deze grens echter niet bij de afbakening van dit onderzoek. De erkenningsrelatie tussen de overheid en de voorziening, alsook de verhouding tussen de taak van algemeen belang en de doelstellingen van de voorziening, zijn immers enkele kernthema's in dit onderzoek.

(58) J. PUT en V. VERDEYEN, *Cursus Welzijnsrecht*, onuitg., 2007-08, 11.

(59) H. DELEECK, *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, Leuven, Acco, 2008, 27 en 32-34.

Ten derde ligt de focus op private zorgvoorzieningen. Vertaald naar de vier categorieën van actoren in de welzijnszorg, wil dit zeggen dat een relevante indeling minstens de commerciële sector en de non-profitsector moet omvatten. De publieke sector is niet relevant omdat hij niet privaat is en de informele sector bestaat niet uit voorzieningen.

26. In het licht van deze bemerkingen kampen de voorgaande indelingen elk met hun tekortkomingen. Dit heeft veel te maken met de ruimere context waarin deze indelingen zijn ontstaan. De eerste versie van de indeling van ESPING-ANDERSEN kadert bijvoorbeeld in een onderzoek dat sterk de nadruk legt op het decommodificerend effect dat een welvaartsstaat kan genereren. ANHEIER en SEIBEL willen van hun kant de diversiteit aan mogelijke ontwikkelingen schetsen die zich in Midden- en Oost-Europese landen voordoen na de val van het communisme. GIDRON, KRAMER en SALAMON ten slotte focussen op de onderlinge verhouding tussen de overheid en de non-profitsector in het zorgbeleid.

27. We moeten dus een eigen structuur ontwikkelen om de verschillende welzijnsrechtelijke systemen in de residentiële ouderenzorg in te delen waarin een beroep wordt gedaan op private zorgvoorzieningen. Een welzijnsrechtelijk systeem definiëren we onder verwijzing naar PUT en VERDEYEN als het geheel van rechtsregels die op een bepaald moment in de tijd op een bepaald grondgebied van toepassing zijn en die betrekking hebben op het welzijnsbeleid, de organisatie en werking van welzijnsvoorzieningen, de hulp- en dienstverlening binnen de welzijnszorg en de specifieke rechtsverhoudingen tussen cliënten, welzijnsvoorzieningen, individuele hulpverleners en overheid (60).

Voor deze eigen structuur kunnen we inspiratie putten uit de kwaliteiten van de hoger geschetste indelingen. We kiezen voor een meerdimensionaal model, waarin de verschillende assen van elkaar worden losgekoppeld en waarin elke combinatie van posities op deze assen (theoretisch gezien) mogelijk is. Twee assen uit de hoger geschetste structuren kunnen na een lichte aanpassing en/of herformulering worden gebruikt in deze eigen structuur.

28. De eerste as heeft betrekking op de aard van de zorgverleners die de overheid in het zorgbeleid betreft. Aan de ene kant vinden we hier de non-profitsector, aan de andere kant de commerciële sector. Afhankelijk van de mate waarin wordt ingezet op de ene of de andere sector, verschuift de balans tussen beide uitersten. De positie van een zorgsysteem op deze as wordt vooral op grond van het juridisch kader bepaald, zij het met oog voor de situaties die zich in de praktijk voordoen.

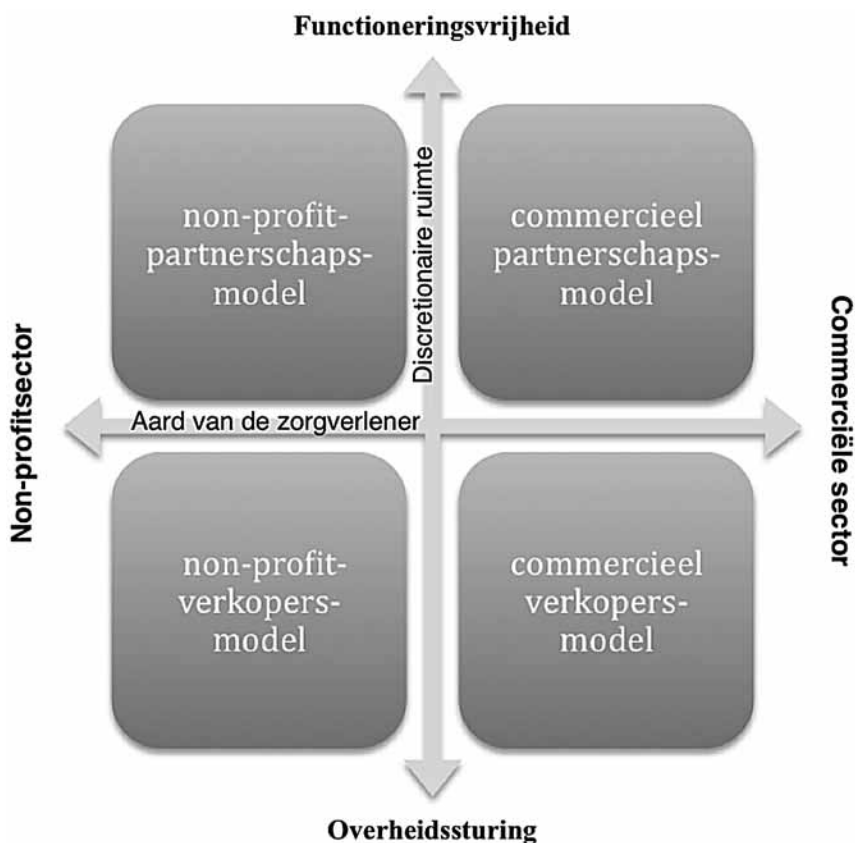
(60) J. PUT en V. VERDEYEN, *Cursus Welzijnsrecht*, onuitg., 2007-08, 11.

In veel zorgsystemen wordt een onderscheid gemaakt tussen commerciële zorgverleners en non-profitzorgverleners. De eersten kunnen bijvoorbeeld worden uitgesloten van bepaalde of zelfs van alle subsidies die de overheid ter beschikking stelt. Deze as is dan ook relevant omdat zij in verder onderzoek een antwoord kan bieden op de vraag of de verwezenlijking van het recht op zorg invloed ondervindt van de keuze voor non-profitzorgverleners, dan wel commerciële zorgverleners. Is dit niet het geval, dan kan een onderscheid dat de overheid maakt tussen commerciële zorgverleners en non-profitzorgverleners mogelijks een verboden discriminatie uitmaken.

29. Een tweede as betreft de discretionaire ruimte waarover zorgverleners beschikken. In het ene uiterste laat de overheid zorgverleners een ruime discretionaire bevoegdheid. Zij bepalen zelf hun doelstellingen en hun wijze van functioneren. Zij kiezen onder welke voorwaarden zij zorg verlenen en op welke manier zij dit doen. In het andere uiterste onderwerpt de overheid de zorgverleners aan strikte regels, die via regulering, subsidievoorwaarden of uitbestedingscontracten worden opgelegd. Zij treden dan louter op als uitvoerders van het overheidsbeleid. De positie van een land op deze as wordt voornamelijk bepaald door beleidsopties van de overheid, maar de onderhandelingsmacht van de zorgverleners speelt ongetwijfeld ook een rol.

Wij zijn ons bewust van het feit dat het uitdrukken van een complex begrip als discretionaire ruimte in een eendimensionale as een (te) sterke vereenvoudiging van de realiteit is. Zo is vrijheid in het bepalen van de doelstelling van de organisatie niet hetzelfde als vrijheid in het bepalen van de methode om een doelstelling te bereiken. Het terugbrengen van de verschillende aspecten tot één as doet het begrip discretionaire ruimte dan ook tekort. We kiezen er echter voor om dit toch te doen. Elke indeling is immers een vereenvoudiging van de realiteit. Een zekere vereenvoudiging is nodig om verschillende zorgsystemen met elkaar te kunnen vergelijken en om de diversiteit aan zorgsystemen te kunnen vatten. Daarnaast is een verdere uitsplitsing van het begrip discretionaire ruimte niet aangewezen in deze bijdrage. De plaatsing van zorgsystemen in een dergelijk uitgesplitst schema vraagt een diepgaande studie van deze zorgsystemen die niet past binnen het opzet ervan. Het begrip discretionaire ruimte wordt dan ook niet in al zijn aspecten ontrafeld, hoewel we ons van deze complexiteit bewust blijven.

De as met betrekking tot de discretionaire ruimte is relevant omdat een striktere overheidssturing mogelijks een inperking vormt van de vrijheid van vereniging. Zij is ook interessant in het licht van de vraag of een strikte overheidssturing nodig is om het recht op zorg te garanderen.



30. Wanneer we deze twee assen in een schema zetten, komen we tot vier zuivere modellen. Een eerste model is het non-profitpartnerschapsmodel. In dit model betreft de overheid enkel non-profitorganisaties in het zorgstelsel. Deze genieten een ruime discretionaire bevoegdheid om deze rol te vervullen. In het commercieel partnerschapsmodel is de relatie tussen de overheid en de zorgverlener dezelfde, maar doet de eerste enkel een beroep op de commerciële sector. Het commercieel verkopersmodel is vervolgens een model waarin de overheid enkel de commerciële sector betreft in de zorgverlening en waarin zij deze aan strikte voorwaarden onderwerpt. In het non-profitverkopersmodel doet de overheid slechts een beroep op de non-profitsector en onderwerpt zij deze eveneens aan strikte voorwaarden.

Net zoals in de hoger aangehaalde modellen betreft het hier slechts 'zuivere' modellen die zelden in een pure vorm zullen voorkomen. Hun waarde ligt vooral in het feit dat ze de hoeken aangeven van een veld waarop welzijnsrechtelijke systemen kunnen worden gepositioneerd.

31. Wij zijn er ons van bewust dat een indeling meestal wordt voorgesteld als het resultaat van een uitgebreid en diepgaand onderzoek waarin zij wordt getoetst aan de realiteit. Dat is bij deze indeling vanzelfsprekend niet het geval. Zij vertrekt vanuit bepaalde verwachtingen over hoe zorgsystemen van elkaar kunnen worden onderscheiden. Telkens wanneer zij gehanteerd wordt, moet zij dan ook in vraag worden gesteld en indien nodig bijgeschaafd.

B. RESIDENTIËLE OUDERENZORG IN EUROPA (61)

We hebben nu een structuur waarop we de verschillende zorgstelsels kunnen plaatsen. Vervolgens nemen we in deze bijdrage enkele zorgstelsels onder de loep en bepalen we hun positie in deze structuur. Bij de selectie van de stelsels speelden verscheidene factoren mee. Ten eerste moeten ze relevant zijn in het licht van de onderzoeksvraag. Dit maakt onder andere dat Zweden niet in beschouwing werd genomen, gelet op het overwicht van de publieke sector in de zorgverlening. Vervolgens gebeurde de selectie in hoofdzaak op basis van de vermeldingen in de sociologische literatuur. Zo werden Engeland en Duitsland vaak als het schoolvoorbeeld van het ene of het andere type opgevoerd. Daarnaast speelde ook de mogelijke invloed van het stelsel op het Belgische of het Vlaamse zorgbeleid een rol. We denken hierbij in de eerste plaats aan Nederland. Naast deze meer inhoudelijke factoren, moest ook worden gelet op de werkbaarheid van de selectie. Gezien het opzet van deze bijdrage kon slechts een beperkt aantal stelsels nader worden onderzocht. Ook moesten er voldoende bronnen beschikbaar en toegankelijk zijn – dit laatste ook qua taal.

Uiteindelijk werden vier stelsels geselecteerd voor nader onderzoek: het Engelse, het Duitse, het Nederlandse en het Vlaamse. Het Engelse stelsel is interessant, omdat tijdens het vooronderzoek reeds bleek dat de zorgverlening er voornamelijk het werk is van commerciële actoren. Zij is er het voorwerp van relatief korte en eenvoudige regelgeving, maar tegelijk ook van uitgebreide en gedetailleerde contracten tussen de overheid en de zorgverleners. Ook het Duitse stelsel wordt nader onderzocht. Dit zorgstelsel is historisch gebaseerd op een subsidiariteit van de overheid als zorgverlener ten aanzien van een bepaald type non-profitorganisaties, de Wohlfahrtsverbände. Dit principe werd voor bepaalde aspecten opengetrokken naar een subsidiariteit ten opzichte van alle private zorgverleners. Vervolgens is het Ne-

(61) Een bijzondere dank gaat uit naar dr. Albertjan Tollenaar (Rijksuniversiteit Groningen), dr. Bernd Schulte (Max Planck Institute for Foreign and International Social Law) en Martin Landauer (Max Planck Institute for Foreign and International Social Law) voor de aanvullende informatie die zij verstrekten en het mondelinge klankbord dat zij waren bij het inwerken in de besproken zorgsystemen.

derlandse zorgstelsel interessant in het kader van deze bijdrage. Oorspronkelijk was het zorgstelsel in Nederland een aanbodgestuurd systeem waarin de non-profitsector een belangrijke plaats innam. Enkele jaren geleden echter werd de omschakeling gemaakt naar een meer vraaggestuurd systeem waarbij de aanbodzijde van de zorgmarkt wordt opengegooid. Met zijn geschiedenis en zijn radicale ommezwaai positioneert Nederland zich als het ware tussen Engeland en Duitsland. Tot slot wordt ook het Vlaamse stelsel onderzocht. Dit stelsel is vooral interessant gezien de context waarin deze bijdrage wordt gepubliceerd. Het kwam echter niet naar voren in de hoger aangehaalde indelingen, noch kende het recent een belangrijke beleidswijziging. Wel wordt vanuit Vlaanderen met interesse gekeken naar de evoluties in andere landen.

1. Engeland

32. Zorg wordt in het Verenigd Koninkrijk op een subnationaal niveau georganiseerd. Het systeem dat we hier schetsen, heeft slechts betrekking op Engeland. Noord-Ierland, Schotland en Wales zijn onderworpen aan andere wetten.

33. Het Engelse systeem van ouderenzorg leunt aan bij de liberale welvaartsstaat zoals die door ESPING-ANDERSEN werd geschetst, waarin een sterk marktgerichte aanpak wordt gehanteerd.

Ten eerste is de zorg die door de overheid wordt georganiseerd of verleend slechts beschikbaar voor zorgbehoevenden die anders van de nodige zorg verstoken zouden blijven. Deze toegangsvoorwaarde is een feitenkwestie die voornamelijk financieel wordt ingevuld. Er spelen echter ook andere overwegingen mee, zoals de mentale capaciteiten van de zorgbehoevende en de eventuele hulp die hij ter beschikking heeft om het zorgaanbod te verkennen (62). Zorgbehoevenden die geacht worden zelf de nodige zorg te kunnen organiseren en deze te kunnen financieren, zijn aangewezen op de markt.

Ten tweede is het Engelse systeem marktgericht omdat de lokale overheden in het kader van hun zorgplicht vaak zelf zorg inkopen op de markt. Sinds enkele jaren wordt zelfs aanvaard dat zij geen eigen zorginfrastructuur meer hebben (63).

Ten derde genieten de zorgbehoevenden die in het overheidsaanbod terecht komen, een grote keuzevrijheid om te bepalen in welke voorziening zij

(62) M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 99-102.

(63) M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 89-90.

terecht komen. Zo kan de zorgbehoevende ook kiezen voor een duurdere voorziening, op voorwaarde dat hij of een derde bereid is de meerkost van die keuze te dragen (64).

Als gevolg van dit beleid is het leeuwendeel van de residentiële ouderenzorg in handen van private actoren, die al dan niet in opdracht van de staat opereren. Zo was in 2007 67,6 % van alle bedden beschikbaar in de commerciële sector, 18,6 % in de non-profitsector en slechts 13,8 % in de publieke sector, bij de lokale autoriteiten (65).

34. (Residentiële) ouderenzorg is in Engeland in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de lokale overheden. De centrale overheid bepaalt het kader waarin dit gebeurt. Deze regelgeving moet worden opgesplitst in enerzijds de regelgeving waar alle zorgverleners aan zijn onderworpen en anderzijds de regelgeving die het publiek gefinancierde stelsel vormgeeft. De Health and Social Care Act (66) (HSCA) van 2008 is de centrale wettekst voor het eerste luik. De National Assistance Act (67) (NAA) van 1948 installeert het publiek gefinancierde stelsel van zorgverlening.

1.1. Basisregelgeving

35. De HSCA omschrijft sociale zorg als iedere vorm van persoonlijke zorg en van andere praktische ondersteuning die wordt verleend aan personen die om redenen van ouderdom, ziekte, handicap, zwangerschap, geboorte, alcohol- of drugsverslaving, of elke andere gelijkaardige situatie nood hebben aan deze zorg of ondersteuning (68). Iedereen die sociale zorg verleent, is onderworpen aan registratie bij de Care Quality Commission (CQC) (69). Om een registratie te krijgen, moet men voldoen aan regulering die de bevoegde minister voor elk type zorgvoorziening heeft vastgelegd (70). In de residentiële ouderenzorg heeft deze regulering onder andere betrekking op de veiligheid en de hygiëne in de voorziening, op welke diensten moeten worden verleend, de kwalificaties van het personeel en het aantal personeelsleden (71). Deze regelgeving is over het algemeen niet

(64) DoH Circular LAC (2004)20, para 3.2; M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 94-97.

(65) LAING & BUISSON, *Care of elderly people, Market Survey 2007*, Londen, Laing & Buisson Ltd., 2007, 25.

(66) www.opsi.gov.uk/Acts/acts2001/ukpga_20010015_en_1.

(67) www.opsi.gov.uk/revisedstatutes/acts/ukpga/1948/cukpga_19480029_en_1.

(68) Section 9 (3), Health and Social Care Act 2008.

(69) Section 8 en 10, Health and Social Care Act 2008.

(70) Section 12, Health and Social Care Act 2008.

(71) Care Home Regulations 2001, www.cqc.org.uk/db/documents/Care_Homes_Regulations_2001_200911093722.pdf.

erg gedetailleerd en leest meer als een principiële verklaring dan als een set van afdwingbare regels. De CQC voert wel inspecties uit op de naleving van deze regels (72). Daarnaast zijn er ook 'national minimum standards' die, luidens de website van de CQC, niet juridisch afdwingbaar zijn, maar wel belangrijke richtlijnen inhouden voor zorgverleners, inspecteurs en zorggebruikers om de standaard van de dienstverlening te beoordelen (73).

36. Zorgbehoevenden voor wie de nodige zorg zonder de tussenkomst van de overheid geacht wordt beschikbaar te zijn, kopen die particulier op de markt. De zorgverleners zijn in het welzijnsrecht dan enkel aan dit pakket van basisregelgeving onderworpen.

Het is evident dat de zorgbehoevende die particulier zorg inkoopt zich in een minder sterke onderhandelingspositie bevindt dan de lokale overheden wanneer zij contracten sluiten. De voorwaarden in deze particuliere contracten zijn door de bank genomen dan ook minder gunstig voor de zorgbehoevende, hoewel de perceptie vaak anders is. Deze zijn vaak kort en bevatten niet veel meer dan de wederzijdse basisverplichtingen (74).

1.2. Publiek gefinancierd stelsel

37. Krachtens de NAA hebben lokale overheden de plicht te voorzien in residentiële ouderenzorg voor zorgbehoevende ouderen die anders geen toegang zouden krijgen tot de nodige zorg (75). Ter vervulling van deze zorgtaak kunnen zij voorzien in een eigen aanbod of kunnen zij zorg inkopen bij geregistreerde private zorgverleners (76). De overeenkomsten tussen lokale overheden en private zorgverleners bevatten naast de gebruikelijke bepalingen in commerciële contracten, ook uitgebreide bepalingen over de dienst die zal worden verricht. Lokale overheden gebruiken in deze contracten hun onderhandelingsmacht vaak om hogere kwaliteitsstandaarden af te dwingen, hetgeen resulteert in lange en erg gedetailleerde contracten (77).

De zorg die lokale overheden inkopen, stellen zij vervolgens ter beschikking van zorgbehoevenden die anders geen toegang tot zorg zouden hebben. Niets lijkt hen echter te verhinderen dit aanbod ook open te stellen voor

(72) Section 60, Health and Social Care Act 2008.

(73) www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/socialcare/careproviders/legislation.cfm#3.

(74) M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 105-108.

(75) Section 21, National Assistance Act 1948.

(76) Section 26, National Assistance Act 1948.

(77) M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 102-105.

andere zorgbehoevenden. Deze laatsten kunnen in dat geval vaak genieten van een hogere kwaliteit van dienstverlening tegen een lagere prijs (78). De zorgbehoevenden die van het door de overheid georganiseerde aanbod gebruikmaken, betalen aan de overheid (een deel van) de zorgkosten terug, in verhouding tot hun financiële mogelijkheden (79). Er is echter de mogelijkheid gelaten dat de zorgbehoevende zijn bijdrage rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt (80). Deze laatste blijft daardoor niet louter een derde in de overeenkomst tussen de lokale overheid en de zorgverlener (81).

1.3. Positie op het voorgestelde schema

38. Samenvattend kunnen we stellen dat het Engelse systeem van residentiële ouderenzorg op een marktgerichte manier sociale bescherming biedt aan ouderen. De commerciële sector en de non-profitsector zijn belangrijke actoren in het beleid, zeker gezien lokale overheden niet langer verplicht zijn in een publiek aanbod te voorzien. In het privaat gefinancierde systeem wordt zorg verleend op basis van een overeenkomst die de zorgverlener sluit met de zorgbehoevende. In het (deels) publiek gefinancierde systeem op basis van een overeenkomst die hij sluit met de lokale overheid, eventueel aangevuld met de zorgbehoevende als derde partij.

Hoewel juridisch geen onderscheid wordt gemaakt tussen commerciële en non-profitvoorzieningen, blijkt de commerciële sector in de feiten het leeuwendeel van het zorgaanbod voor zich te nemen. Het Engelse systeem neigt dan ook meer naar een commercieel model. De basisregelgeving in Engeland lijkt eerder beperkt te zijn. Voor de zorg die buiten het publiek gefinancierde stelsel wordt verleend, kunnen we dan ook eerder spreken van een partnerschapsmodel. Voor de publiek aangekochte zorg sluiten overheden daarentegen meestal lange, gedetailleerde overeenkomsten. Dit deel van het stelsel komt dan ook meer in de buurt van een verkopersmodel.

2. Duitsland

39. In Duitsland behoort residentiële ouderenzorg sinds 1995 tot de sociale zekerheid. De bescherming tegen zorgbehoevendheid is daarmee een vrij jonge tak in het socialezekerheidssysteem. Zij werd opgenomen in boek XI van het *Sozialgesetzbuch* (hierna: SGB XI).

(78) M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 105-106.

(79) Section 22, National Assistance Act 1948.

(80) Section 26 (3A), National Assistance Act 1948.

(81) M. RICHARDS, *Long-term care for older people*, Bristol, Jordans, 2001, 103-104.

40. Een basisprincipe in het Duitse stelsel van (residentiële) zorgverlening is een gemoderniseerde invulling van het subsidiariteitsbeginsel, volgens hetwelke private zorgverleners krachtens §§ 11, lid 2 en 72, lid 3 SGB XI de voorrang genieten op publieke zorgverleners. Dit beginsel geldt zowel ten opzichte van de non-profitsector als ten opzichte van de commerciële sector, dit in tegenstelling tot het traditionele subsidiariteitsbeginsel dat slechts geldt ten opzichte van de *Wohlfahrtsverbände* uit de non-profitsector (82). Het gevolg van dit beleid is dat het publiek gefinancierde stelsel in 2007 voor 55,1% bestond uit non-profitvoorzieningen (op hetzelfde niveau tegenover 2005), voor 39,2% uit commerciële voorzieningen (stijging van 1,1% tegenover 2005) en slechts voor 5,8% uit publieke voorzieningen (daling van 1,2% tegenover 2005). De publieke sector was bovendien de enige waarin de capaciteit gekrompen was tegenover 2005 (83).

Naast het subsidiariteitsbeginsel, maar hiermee nauw verbonden, schuiven §§ 11, lid 2 en 69 SGB XI ook het zelfstandigheidsprincipe naar voren. Volgens dit principe moet bij de tenuitvoerlegging van het systeem van de zorgverzekering de autonomie, de identiteit en de onafhankelijkheid van de zorgverleners worden bewaard en gerespecteerd. In het bijzonder moet rekening worden gehouden met de doelstellingen die non-profitvoorzieningen zich stellen in de verlening van zorg (84).

41. De zorgverlening aan zorgbehoevenden wordt in Duitsland beschouwd als een taak van de hele gemeenschap. Om deze zorgverlening te garanderen, werken de deelstaten, de gemeenten, de zorgverleners, de zorgkassen en de medische diensten nauw samen (85).

42. De regelgeving met betrekking tot zorg wordt opgesplitst in enerzijds de regelgeving waar alle dienstverrichters aan zijn onderworpen, het *Heimrecht*, en anderzijds de regelgeving die het publiek gefinancierde stelsel vormgeeft, waar het elfde boek van het *Sozialgesetzbuch* de centrale wettekst is.

(82) Zie § 5 SGB XII.

(83) STATISTISCHES BUNDESAMT, *Pflegestatistik 2005 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, 2007, www-ec.destatis.de, 19; STATISTISCHES BUNDESAMT, *Pflegestatistik 2007 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*, 2008, www-ec.destatis.de, 20.

(84) G. IGL, "Pflegeversicherung" in B. BARON VON MAYDELL, F. RULAND en U. BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 887-888.

(85) § 8, lid 1 SGB.

2.1. Basisregelgeving

43. Iedere vorm van residentiële zorgverlening is in de eerste plaats onderworpen aan het *Heimrecht*, dat het zorgaanbod reguleert. Het *Heimrecht* wordt in Duitsland niet gezien als deel van het *Sozialrecht*, omdat het geen sociale zorgverlening inhoudt. Eerder gaat het over bijzondere regelgeving die aanleunt bij het economisch recht en die tot doel heeft de gebruikers te beschermen en hun rechtspositie te verbeteren (86). Het *Heimgesetz* (hierna: HeimG) was tot 2006 de centrale wettekst op het bondsniveau. In dit kader werden onder andere normen vastgelegd voor de gebouwen waarin zorg wordt verleend en voor de geschiktheid van het personeel (87), alsook voor een zekere gebruikersinspraak (88). Daarnaast moest de voorziening ook bedrijfseconomisch voldoende garanties bieden om haar zorgtaak te kunnen waarmaken. Dit aspect was het voorwerp van specifieke controles (89).

Sinds de *Föderalismusreform* van 2006 is het *Heimrecht* echter de exclusieve bevoegdheid van de deelstaten (90). De bondsregeling blijft in elk van de deelstaten van kracht voor zover die niet werd vervangen of opgeheven door nieuwe deelstatelijke wetgeving (91).

In opvolging van de centrale doelstelling van het *Heimgesetz* werd in 2009 op het bondsstatelijke niveau ook het *Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz* (hierna: WBVG) aangenomen. Deze nieuwe wet richt zich niet meer op het zorgaanbod, maar probeert de belangen van de gebruikers te beschermen door de overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorggebruikers te reguleren. Zij omvat onder andere regels over de sluiting van de overeenkomst en de duur ervan (92), over de vorm en de bepalingen die minstens in het contract moeten staan (93), over de wederzijdse verplichtingen en de bere-

(86) O. DAHLEM, D. GIESE en G. IGL, *Heimrecht des Bundes und der Länder*, I, Keulen, Wolters Kluwer Deutschland GmbH, losbl., 3-4 en 5-6.

(87) § 3, lid 2 HeimG.

(88) § 10 HeimG.

(89) § 11, lid 2-4 en 12 HeimG.

(90) Art. 70 en 74, lid 1, 7) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland; art. 1, lid 7, dd) Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes, www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl106s2034.pdf.

(91) Volgens Wikipedia.de zouden intussen reeds negen van de zestien deelstaten een eigen Heimrecht hebben aangenomen. Het gaat om Baden-Württemberg, Beieren, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Noordrijn-Westfalen, Rijnland-Palts, Saarland en Sleeswijk-Holstein. X, *Heimgesetz*, de.wikipedia.org/wiki/Heimgesetz (consultatie 4 oktober 2010).

(92) § 4 WBVG.

(93) § 6 WBVG.

kening van een passende kostprijs (94) en over de aanpassing (95) of de beëindiging (96) van de overeenkomst.

2.2. Publiek gefinancierd stelsel

44. Vervolgens is er de regelgeving met betrekking tot de *Pflegeversicherung* die van toepassing is op zorgverleners die worden ingeschakeld in het zorgbeleid van de overheid. Het elfde boek van het *Sozialgesetzbuch*, SGB XI, legt de basisregels voor deze verplichte zorgverzekering neer. Deze regels hebben betrekking zowel op het verzekeringsaspect, als op de prestaties van deze verzekering, bijvoorbeeld onder de vorm van zorgverlening. Aangezien de meeste zorgverleners (deels) in het zorgverzekeringssysteem actief zijn, drukt deze regelgeving haar stempel op zo goed als heel de markt voor sociale zorg (97).

45. Een dermate ruime groep van mensen is onderworpen aan de verzekeringsplicht, dat de zorgverzekering als een volksverzekering kan worden beschouwd (98). Zij voorziet in prestaties ten aanzien van personen die als zorgbehoevend worden beschouwd. Dit is het geval wanneer zij wegens een lichamelijke, verstandelijke of psychische ziekte of beperking in aanmerkelijke mate hulp nodig hebben bij gewoonlijke en regelmatig wederkerende handelingen in het dagelijkse leven en wanneer deze hulpbehoevendheid naar verwachting minstens zes maanden zal aanhouden (99). Afhankelijk van de mate van zorgbehoevendheid worden deze personen ingedeeld in drie categorieën die elk recht geven op aangepaste prestaties (100). Prestaties met betrekking tot residentiële zorg gebeuren steeds in natura. Residentiële zorg is in principe slechts mogelijk wanneer andere, minder ingrijpende zorgverlening niet volstaat (101). De zorgbehoevende die niet voor residentiële zorg in aanmerking komt, kan hier echter toch voor kie-

(94) § 7 WBGV.

(95) § 8 WBGV.

(96) § 11-12 WBGV.

(97) G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 897.

(98) §§ 20-27 SGB XI; G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 888.

(99) § 14, lid 1 SGB XI.

(100) § 15 SGB XI.

(101) §§ 3, 4, lid 2 en 43, lid 1 SGB XI; G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 883-884.

zen. Hij krijgt een subsidie van de zorgkas waarvan de hoogte gebaseerd is op zijn mate van zorgbehoevendheid (102).

46. Voor de levering van prestaties kunnen zorgkassen slechts een beroep doen op toegelaten zorgverleners. Dit zijn zorgverleners waarmee het landsverbond van de zorgkassen op het deelstatelijke niveau een zorgovereenkomst heeft gesloten. Deze overeenkomsten moeten voldoen aan regelgeving van tweeërlei aard (103).

Ten eerste moeten deze contracten voldoen aan de wettelijke voorwaarden, die in hoofdzaak in SGB XI zijn neergelegd. Zij moeten de aard, de inhoud en de omvang van de zorgverlening in het algemeen vastleggen (104). Zorg moet onder andere geleverd worden onder de verantwoordelijkheid van personen die daartoe zijn opgeleid (105). Zorgorganisaties moeten garanties leveren voor een efficiënte en effectieve zorgverlening, waarbij het personeel een redelijk loon geniet (106). Zorgorganisaties zijn de belangrijkste verantwoordelijken voor een kwalitatieve zorgverlening. Hiertoe moeten zij een intern kwaliteitsmanagement voeren en hun beleid daarover blijvend ontwikkelen (107). Ook moeten zij de expertenstandaarden respecteren, die concretiseren wat kwaliteit precies betekent in deze zorgverlening (108).

Ten tweede worden op het deelstaatsniveau raamovereenkomsten gesloten tussen de landsverbonden van zorgkassen, de medische diensten van de ziekteverzekering, de verbonden van private ziekteverzekeraars actief in die deelstaat en de verenigingen van residentiële zorgverleners. Deze raamovereenkomsten gelden als aanvullende regelgeving ter garantie van een effectieve en efficiënte zorgverlening. Zij leggen onder andere aanvullende regels op over de inhoud van de zorgverlening, de berekening van de honoraria, de controlemechanismen op de noodzaak en de duur van de zorg, aanvullende personeelsnormen, etc. Deze raamovereenkomsten zijn onmiddellijk verbindend voor de landsverbonden van zorgkassen en de zorgverleners (109).

47. Voor de financiering van een verblijf in een residentiële zorgvoorziening wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten kosten: de lo-

(102) § 43, lid 4 SGB XI.

(103) G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 898.

(104) § 72 lid 1 SGB XI.

(105) § 71 SGB XI.

(106) § 72, lid 3 SGB XI.

(107) §§ 72, lid 3 en 112-113 SGB XI.

(108) §§ 72, lid 3 en 113a SGB XI.

(109) § 75 SGB XI.

pende kosten en de investeringskosten of daarmee gelijkgestelde kosten (110).

De lopende kosten betreffen de kosten verbonden met het unieke verblijf van de zorgbehoevende in de voorziening. Eventuele subsidies moeten van deze kosten worden afgetrokken. De lopende kosten omvatten de zorgkosten en de kosten voor de maaltijden en het verblijf. De zorgkosten worden in principe gedragen door de zorgkassen, binnen de beperkingen die SGB XI vooropstelt (111). De kosten voor de maaltijden en het verblijf zijn steeds voor rekening van de gebruiker (112). Indien deze niet in staat is deze kosten te betalen, kan hij eventueel een beroep doen op de *Sozialhilfe* uit SGB XII (113).

Investeringskosten of daarmee gelijkgestelde kosten moeten duidelijk worden onderscheiden van lopende kosten. Het betreft kosten die verband houden met de afschrijvingen op het verwerven en onderhouden van de gebouwen, met het verwerven van gronden, met het huren of pachten van gronden of gebouwen, etc. Deze kosten worden vaak (gedeeltelijk) gedekt door subsidies van deelstatelijke overheden. De zorgverlener kan de kosten die niet door subsidies gedekt worden slechts aanrekenen aan de zorgbehoevende na toestemming van de deelstatelijke autoriteiten. Wanneer de zorgvoorziening geen investeringssubsidies ontvangt, kan zij deze kosten aanrekenen op voorwaarde dat zij de berekening van deze kosten meedeelt aan de deelstatelijke autoriteiten (114).

48. De rol die deelstaten spelen in de investeringskost of daarmee gelijkgestelde kosten vloeit voort uit § 9 SGB XI. Deze paragraaf bepaalt dat zij verantwoordelijk zijn voor een effectief, toereikend en efficiënt zorgaanbod (115). Zij beschikken over de bevoegdheid het zorgaanbod te plannen en te subsidiëren. Dit laatste kunnen zij rechtstreeks doen, door investeringssubsidies ter beschikking te stellen, of onrechtstreeks door zorgbehoevenden te ondersteunen in de betaling van hun aandeel in de investeringsafschrijvingen (116). Het beleid dat de deelstaten op dat gebied voeren, moet wel concurrentieneutraal zijn. Wat wil zeggen dat het geen afbreuk

(110) G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 901-902.

(111) § 43, lid 2 SGB XI.

(112) § 82, lid 1 en lid 5 SGB XI.

(113) § 61-66 SGB XII; G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 894.

(114) § 82, lid 2-4 SGB XI.

(115) G. IGL, "Pflegeversicherung" in BARON VON MAYDELL, RULAND en BECKER (eds.), *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 2008, (876) 886-887.

(116) § 9 SGB XI.

mag doen aan het principe van concurrentie tussen de zorgverleners dat aan de basis ligt van SGB XI (117).

2.3. Positie op het voorgestelde schema

49. Het Duitse systeem van (residentiële) zorg is geënt op een zorgplicht voor de gehele gemeenschap. Dit laat zich voelen in een welzijnsrechtelijk systeem waarin de verschillende actoren op alle niveaus worden betrokken. Het resultaat is een complexe regelgeving, waarin telkens andere regelgevende instanties bevoegd zijn. Desalniettemin wordt vastgehouden aan de zelfstandigheid van de zorgvoorziening en wordt haar autonomie gerespecteerd, zoals in de ontwikkeling van een eigen kwaliteitsmanagementsysteem. Het systeem positioneert zich daarmee in het midden tussen het verkopersmodel en het partnerschapsmodel.

Daarnaast bestaat er in dit zorgsysteem een duidelijke voorkeur voor private zorgvoorzieningen, dit in tegenstelling tot de voorkeur die vroeger bestond voor bepaalde non-profitvoorzieningen. Binnen de groep van private zorgvoorzieningen neemt de non-profitsector dan ook historisch een groter marktaandeel in. De groei die de commerciële sector de laatste jaren doormaakt, laat echter vermoeden dat de balans tussen de non-profitsector en de commerciële sector verder naar het midden zal verschuiven of zelfs zal overslaan in het voordeel van deze laatste. Voorlopig neigt het Duitse systeem echter meer in de richting van een non-profitmodel.

3. Nederland

50. Nederland beschikte met de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) uit 1967 al vrij vroeg over een systeem dat het risico op zorgbehoefendheid moest aanpakken (118). Deze wet is nog steeds in voege, maar heeft sindsdien verschillende wijzigingen ondergaan onder invloed van sterk geëvolueerde beleidskeuzes.

51. Zorg wordt in Nederland steeds meer een product dat op een markt kan worden verkocht. Diverse hervormingen tijdens de afgelopen tien jaar

(117) BSG 28 juni 2001, B 3 P 9/00 R.

(118) De AWBZ vormt samen met de Zorgverzekeringswet de basis van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De zorgverzekeraars in beide onderdelen van het stelsel zijn dezelfde instellingen. Om als zorgverzekeraar in de AWBZ op te treden, is wel een bijkomende aanmelding vereist (art. 1b en 33 AWBZ). Waar de Zorgverzekeringswet echter de verzekering van kosten in de gezondheidszorg tot doel heeft, moet de AWBZ de verzekering van kosten in de welzijnszorg bewerkstelligen.

moesten de omslag maken van een aanbodgestuurd zorgstelsel naar een meer vraaggestuurd stelsel dat door het geven van de juiste prikkels zo veel als mogelijk zelfregulerend is. De overheid blijft in dit systeem wel verantwoordelijk voor een goede en kwaliteitsvolle zorg. Dit moet zij bereiken door een goed reglementerend kader te ontwerpen en door toezicht op de actoren en de evoluties die zich op de markt voordoen. Zorgverleners zouden een grotere beleids- en beslissingsruimte krijgen, maar zouden ook een grotere verantwoordelijkheid dragen en meer aan concurrentie worden onderworpen (119).

52. Zoals in de andere aangehaalde zorgstelsels moet de regelgeving met betrekking tot zorg worden opgesplitst in enerzijds de regelgeving waar alle dienstverrichters aan zijn onderworpen en anderzijds de regelgeving die het publiek gefinancierde stelsel vormgeeft.

3.1. Basisregelgeving

53. Alle zorgverleners zijn in Nederland onderworpen aan de Wet marktordening gezondheidsinstellingen. Deze wet moet de optimale werking van de zorgmarkt garanderen met het oog op een doelmatige en doeltreffende organisatie van zorg, een beheersing van de kostenontwikkeling en een bescherming en versterking van de positie van de zorgbehoevenden (120). De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de NZa) is in dit kader belast met het toezicht, de ontwikkeling en met prijs- en prestatieregulering op de zorgmarkt. In het kader van het markttoezicht waakt zij over de toepassing van de AWBZ-regelgeving en de regelgeving die krachtens de Wet marktordening gezondheidsinstellingen wordt opgelegd ter bescherming van de zorgbehoevende als consument. Deze laatste heeft onder andere betrekking op de informatie over de toegangsprocedures die zorgverleners hanteren, op de voorwaarden voor de prijsbepaling en op de informatieverplichtingen van de zorgverleners (121). Voor wat het toezicht op de marktontwikkeling betreft, kan de NZa zorgverleners die over een aanmerkelijke marktmacht beschikken, bepaalde verplichtingen opleggen. Deze verplichtingen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op hun toelatingsbeleid, op de combinatie van diensten in hun dienstenpakket of op de overeenkom-

(119) *Vraag aan bod*, brief van de minister en de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 6 juli 2001, 27-37.

(120) Preambule Wet van 7 juli 2006 houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg.

(121) Art. 28-31 en 34-45 Wet van 7 juli 2006 houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg.

sten die zij met zorgverzekeraars sluiten (122). In het kader van de prijs- en prestatieregulering ten slotte leggen zorgverzekeraars en zorgverleners de tarieven en prestaties die zij zijn overeengekomen voor aan de NZa. Deze kan haar toestemming verlenen, maar kan de overeenkomst ook weigeren of de bepalingen erin ambtshalve wijzigen (123).

54. Daarnaast zijn zorgverleners ook onderworpen aan de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook deze wet heeft als doel verantwoorde zorg te garanderen, dat wil zeggen kwalitatieve zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is (124). Wat dit precies betekent in de praktijk, hangt af van de invulling die de inspectie aan het begrip 'verantwoorde zorg' geeft. Om die verantwoorde zorg te bereiken, moeten zorgaanbieders onder andere een kwaliteitsbeleid voeren waarin zij rekening houden met de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties (125). Zij moeten de kwaliteit van de zorgverlening systematisch registreren om de effectiviteit van dit beleid te toetsen en moeten er jaarlijks verslag over uitbrengen (126).

3.2. Publiek gefinancierd stelsel

55. Zorgverleners die deel uitmaken van het door de overheid georganiseerde aanbod, zijn daarnaast aan bijzondere regelgeving onderworpen. De centrale wet in dit stelsel is de AWBZ. Nagenoeg alle inwoners van Nederland worden door deze wet gedekt tegen het risico van zorgbehoefendheid, alsook personen die in Nederland loonbelasting betalen omdat ze in dienstbetrekking arbeid verrichten (127).

Zorgbehoevenden hebben krachtens deze wet een recht op zorg en op maatschappelijke dienstverlening ter verbetering van hun levensomstandigheden (128). Het kan bijvoorbeeld gaan om de ondersteuning of de overname van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (129),

(122) Art. 47-49 Wet van 7 juli 2006 houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg.

(123) Art. 50-56 Wet van 7 juli 2006 houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg.

(124) Art. 2 Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen.

(125) Art. 3 Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen.

(126) Art. 4, 2 en 5 Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen.

(127) Art. 2 en 5, lid 1 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(128) Art. 6 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(129) Art. 4 Besluit van 25 oktober 2002 houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene

zoals het wassen en het kleden van de zorgbehoevende. Het kan ook de vorm aannemen van een verblijf in een voorziening "noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht" (130).

56. Om in het kader van de AWBZ aanspraak te maken op zorg, moet de zorgbehoevende vooreerst worden onderworpen aan een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling (131). De gemeenten voorzien in onafhankelijke indicatieorganen die oordelen over de zorgbehoevendheid (132). Zij werkten hiervoor samen en richtten ongeveer 80 regionale indicatieorganen of RIO's op. In 2005 werd de indicatiestelling verder gecentraliseerd, met het oog op het verbeteren enerzijds van de aansturing en de financiering en anderzijds van de rechtsgelijkheid en de uniformiteit (133). De gemeentes bleven bevoegd, maar duidden alle het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: het CIZ) aan als indicatieorgaan en het CIZ nam de werking van de RIO's over (134).

De indicatiebesluiten worden genomen op basis van een onderzoek naar de totaliteit van de situatie waarin de zorgvrager zich bevindt. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met diens algemene gezondheidstoestand, functiebeperkingen, diens psychisch en sociaal functioneren en de sociale toestand waarin hij zich bevindt (135). Het indicatiebesluit stelt de aard, de inhoud en de vorm vast van de zorg waarop de zorgvrager aanspraak maakt (136). Deze vaststelling creëert voor de zorgvrager een recht op zorg (137).

-
- Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee.
- (130) Art. 9, lid 1 Besluit van 25 oktober 2002 houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee.
- (131) *Plan van aanpak centraliseren indicatiestelling AWBZ*, brief staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 13 februari 2004, 2.
- (132) Art. 9a Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.
- (133) *Standpunt inzake advies College implementatie indicatiebeleid*, brief staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 7 november 2003, 2.
- (134) K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 36-38.
- (135) Art. 6 Besluit van 2 oktober 1997 houdende regels met betrekking tot het werkkerrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen.
- (136) Art. 9b Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten; art. 13 en 15 Besluit van 2 oktober 1997 houdende regels met betrekking tot het werkkerrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen.
- (137) K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 38-42.

57. De aangemelde zorgverzekeraars en het College van zorgverzekeraars (hierna: CZV) moeten ervoor zorgen dat die zorg ook effectief ter beschikking staat van zorgbehoevenden waarvan de aanspraken op zorg zijn komen vast te staan (138). De zorgbehoevende heeft hierbij de keuze tussen prestaties in natura of prestaties in geld.

58. Prestaties in natura behoren in de eerste plaats tot de verantwoordelijkheid van de aangemelde zorgverzekeraars (139). Voor de uitvoering van deze verantwoordelijkheden hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk zorgkantoren opgericht die per regio de zorgvraag en het zorgaanbod op elkaar afstemmen (140). Zij sluiten hiertoe overeenkomsten met zorgvoorzieningen. In principe moeten zorgkantoren een overeenkomst sluiten met elke voorziening die daarom verzoekt (141). Deze overeenkomsten mogen geen looptijd hebben langer dan vijf jaar (142) en moeten verplicht enkele punten behandelen, zoals de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid en de omvang van de te leveren zorg (143). De AWBZ zelf bevat geen extra kwaliteitseisen. Deze worden aan de voorzieningen opgelegd via de overeenkomsten met de zorgkantoren (144). Wel bepaalt een besluit bij de AWBZ dat zorgvoorzieningen in het kader van de kwaliteitswetgeving op regelmatige tijdstippen de zorgplannen bespreken met de cliënt (145).

Zorgvoorzieningen waarmee overeenkomsten worden gesloten zijn daarnaast ook onderworpen aan bijkomende regelgeving. Ten eerste moeten zij krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (hierna: WTZi) de toelating krijgen om zorg te verlenen (146). Daarbij wordt rekening gehouden met het feit of zij passen in het financiële kader van de AWBZ en worden eisen ge-

(138) Art. 4 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(139) Art. 6, 3 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(140) www.zn.nl/De_branche/Zorgkantoren/Werkzaamheden/index.asp.

(141) Art. 16b Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(142) Art. 15 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(143) Art. 16 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(144) K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 57-62.

(145) Besluit van 2 maart 2009 houdende verplichtstelling van een bespreking over het zorgplan bij verlening van zorg als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

(146) Art. 5 Wet van 20 oktober 2005 tot vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeyenis met het aanbod van zorginstellingen; art. 1.2, 17 Besluit van 3 november 2005 houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet Toelating Zorginstellingen.

steld met betrekking tot de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering van de voorziening (147). Commerciële voorzieningen kunnen geen toelating krijgen voor de verlening van residentiële zorg (148).

59. De zorgbehoevende heeft recht op de geïndiceerde zorg tegen aanvaardbare voorwaarden en bij een zelfgekozen voorziening waarmee het zorgkantoor een overeenkomst heeft gesloten (149). In uitzonderlijke gevallen kan hij zich met toestemming van het zorgkantoor richten tot een voorziening waarmee geen overeenkomst werd gesloten (150). Het recht zich te richten tot de voorziening van zijn keuze omvat echter niet het recht om te worden opgenomen door deze voorziening (151). Deze laatste heeft met andere woorden geen acceptatieplicht.

Zoals hoger reeds gesteld hebben de zorgkantoren een resultaatsverbintenis om de nodige zorgen onmiddellijk beschikbaar te stellen aan de zorgbehoevende die daar om vraagt (152). Op basis van een ministeriële regeling kunnen zorgvergoedingen worden toegekend aan zorgbehoevenden voor wie het zorgkantoor er niet in slaagt dit onder aanvaardbare voorwaarden te doen (153).

De zorgkosten worden in principe gedragen door het CVZ. Zorgbehoevenden dragen echter ook persoonlijk een deel bij (154). De hoogte van hun bijdrage is afhankelijk van hun inkomen (155).

(147) Art. 7 en 9 Wet van 20 oktober 2005 tot vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen.

(148) Art. 3.1 Besluit van 3 november 2005 houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet Toelating Zorginstellingen.

(149) Art. 10, 1 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten; K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 57.

(150) Art. 10, 2 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(151) K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 57.

(152) K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 42-56.

(153) Art. 12a Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(154) Art. 6, 4 Wet van 14 december 1967 houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten.

(155) Besluit van 26 september 1996 houdende regeling van de bijdragen in de kosten van zorg ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en in de kosten van verzorging door een verzorgingshuis als bedoeld in de Overgangswet verzorgingshuizen.

60. Zorgvoorzieningen worden gefinancierd door het CVZ. Zij kunnen aanspraak maken op instellingssubsidies en op projectsubsidies (156). De instellingssubsidies moeten (een deel van) de werking van de voorziening financieren. Projectsubsidies zijn daarentegen rechtstreeks verbonden met prestaties die de zorgvoorziening levert, zoals het verlenen van zorg aan geïndiceerde zorgbehoevenden. Deze projectsubsidies winnen aan belang door een meer algemene verschuiving naar wat men noemt persoonsvolgende budgetten (hierna: PVB's). Dat zijn subsidies waarbij niet zozeer het bestaan van het aanbod wordt gesubsidieerd, maar wel het voldoen aan een vraag. Ondanks deze algemene verschuiving naar PVB's blijven de instellingssubsidies belangrijk om de toegang tot zorg te garanderen voor zorgbehoevenden die minder mondig zijn (157).

61. Naast de prestatie in natura kan de zorgbehoevende ook kiezen voor prestaties in geld, zij het binnen de budgettaire limieten die voor deze prestatievorm zijn bepaald (158). Deze prestaties in geld nemen de vorm aan van een PGB. Het PGB kan niet worden gebruikt om het verblijf in een voorziening te betalen. Het kan echter wel worden gebruikt om het aspect persoonlijke verzorging te financieren (159). Men kan het PGB dus aanwenden om de persoonlijke verzorging te betalen die men ontvangt in een voorziening van residentiële ouderenzorg, wanneer men het verblijf in deze voorziening zelf betaalt. De zorgbehoevende kan geen PGB ontvangen wanneer hij al prestaties in natura ontvangt (160). De toekenning van het PGB kan bovendien ook aan voorwaarden worden onderworpen (161).

(156) Regeling van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. ZVU-2635240 houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

(157) *Nadere uitwerking toekomst van de AWBZ*, brief staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 12 juni 2009, 13-16.

(158) Art. 2.6.2 Regeling van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. ZVU-2635240 houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet; K. WEEVERS, *Het recht op zorg in de AWBZ: recht of zorg?*, Nieuwegein, Ivvu, 2006, 56.

(159) Art. 2.6.1 en 2.6.4, lid 1 Regeling van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. ZVU-2635240 houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

(160) Art. 2.6.4, 2, a Regeling van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. ZVU-2635240 houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

(161) Art. 2.6.4, 3 Regeling van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2005, nr. ZVU-2635240 houdende regels voor subsidies ten laste van de AWBZ en intrekking van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet.

Zorgbehoevenden met een PGB krijgen van het zorgkantoor een geldsom ter beschikking om aan zorg te besteden. Met het PGB kan de zorgbehoevende zorg inkopen bij private zorgverleners, maar evenzeer kan hij er een familielid mee betalen die de zorgtaak op zich neemt. De zorgverleners bij wie hij zijn zorg inkoopt, krijgen geen bijzondere regelgeving opgelegd die verbonden is met deze subsidiëring. De verantwoordelijkheid voor een kwalitatief zorgaanbod wordt daarmee verschoven van de overheid naar de zorgbehoevende.

PGB's moeten worden onderscheiden van de hoger vermelde PVB's. Deze laatste zijn budgetten die aan de zorgverlener worden uitgekeerd op basis van prestaties aan de zorgbehoevende. PGB's zijn echter subsidies die aan de zorgbehoevende worden uitgekeerd en waarover die zelf kan beschikken. Waar PGB's met andere woorden geldelijke prestaties zijn, behoren PVB's vanuit het oogpunt van de zorgbehoevende tot de prestaties in natura.

3.3. Positie op het voorgestelde schema

62. Samenvattend kunnen we stellen dat het Nederlandse zorgsysteem in belangrijke mate gebaseerd is op marktwerking. Tussen de verschillende zorgverleners wordt een concurrentie georganiseerd met als doel een doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorgmarkt te realiseren.

Voor de positie van het Nederlandse stelsel moet een onderscheid worden gemaakt tussen prestaties in natura en prestaties in geld. Aangezien we niet beschikken over statistische gegevens met betrekking tot de aanbodzijde van de markt, bepalen we deze positie louter op basis van de regelgeving. In de residentiële ouderenzorg kunnen prestaties in natura slechts door niet-commerciële voorzieningen worden verleend. Dit deel van het stelsel bevindt zich duidelijk aan de non-profitkant van de indeling. Prestaties in geld (PGB's) kunnen daarentegen wel worden aangewend om persoonlijke zorg bij commerciële voorzieningen in te kopen. Dit deel van het stelsel moet dan ook in het midden van het schema worden gepositioneerd.

De hervorming van het zorgstelsel had onder andere een grotere vrijheid voor de zorgaanbieders tot doel, gecombineerd met een grotere verantwoordelijkheid. In de regelgeving zien we dat er toezicht is op heel wat facetten in de werking van deze zorgvoorzieningen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat een groot stuk van deze regelgeving niet veel verder gaat dan het uiteenzetten van doelstellingen, zoals bijvoorbeeld 'het aanbieden van verantwoorde zorg' in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Binnen de marges die de minister en de inspectie laten, beschikken zorgvoorzieningen dus over een behoorlijke ruimte om een eigen beleid te ontwikkelen. Dit is

zeker het geval wanneer zij in het kader van de PGB's worden ingeschakeld en zij enkel aan deze basisregelgeving zijn onderworpen. Dit deel van het stelsel neigt naar het partnerschapsmodel. Zorgvoorzieningen waarop een beroep wordt gedaan om zorg in natura te leveren, worden slechts aan een klein beetje meer regelgeving onderworpen. Bovendien krijgen we slechts een beperkt zicht op de precieze inhoud van de contracten die zorgverzekeraars sluiten met zorgverleners. Onder voorbehoud plaatsen we dit deel van het zorgstelsel dan ook iets lager in het schema, in het midden tussen het verkopers- en het partnerschapsmodel.

4. Vlaanderen

63. Ouderenzorg is in België een gedeelde bevoegdheid tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Deze laatste hebben de exclusieve bevoegdheid voor persoonsgebonden aangelegenheden (162). Dit omvat onder andere het welzijnsbeleid met betrekking tot ouderen (163) en een deel van het gezondheidsbeleid (164). De residuaire bevoegdheid ligt bij de federale overheid (165). Deze is bevoegd voor bepaalde gezondheidsaspecten in het beleid betreffende residentiële ouderenzorg. In deze bijdrage focussen we op het residentiële ouderenzorgbeleid in Vlaanderen. Dat wordt voor het grootste deel, maar niet exclusief, gevoerd door de Vlaamse overheid.

64. Het Vlaamse systeem van ouderenzorg is een gemengd systeem, waarin alle formele acteren goed vertegenwoordigd zijn, maar waarin de nadruk ligt op de non-profitsector. Non-profitvoorzieningen maken 51,6% van de markt voor residentiële ouderenzorg uit, tegenover 36,2% voor de publieke en 12,2% voor de commerciële (166). Commerciële zorgverleners worden toegelaten tot de zorgmarkt en zijn aan dezelfde vergunnings- en erkenningsvoorwaarden onderworpen. Hun aandeel in het geheel van de zorgmarkt blijft echter relatief beperkt. Een van de mogelijke redenen hiervoor is dat zij uitgesloten zijn van een aantal financieringsstromen.

In tegenstelling tot de andere besproken stelsels, die gericht zijn op alle zorgbehoevenden, is het Vlaamse stelsel specifiek gericht op ouderen. Het is een stelsel voor "zorg die er specifiek op gericht is de levenskwaliteit van

(162) Art. 128, § 1 Gw.

(163) Art. 5, § 1, II, 4° Bijz. Wet Hervorming Instellingen.

(164) Art. 5, § 1, I Bijz. Wet Hervorming Instellingen.

(165) Art. 35 Gw.

(166) VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, *Aangroei van het bestaand rusthuisaanbod vanaf 1989 per provincie en beheersvorm*, www.zorg-en-gezondheid.be, consultatie op 8 oktober 2010.

gebruikers van 65 jaar of ouder te behouden, te herstellen of te ondersteunen in een thuisvervangend milieu” (167).

65. De wettelijke kern van het ouderenzorgbeleid wordt gevormd door het Woonzorgdecreet en de uitvoeringsbesluiten bij dit decreet. Deze wetgeving bepaalt aan welke voorwaarden een voorziening moet voldoen enerzijds om te worden geëxploiteerd en anderzijds om in aanmerking te komen voor subsidiëring. Daarnaast zijn ook de federale Ziekteverzekeringwet, de uitvoeringsbesluiten daarbij en de overeenkomst tussen de zorgvoorzieningen en de verzekeringsinstellingen (168) van belang. Die regelen de voorwaarden waaronder voorzieningen aanspraak kunnen maken op een vergoeding voor de zorgverlening.

4.1. Basisregelgeving

66. Voorzieningen die in een thuisvervangend milieu huisvesting en ouderenzorg bieden aan ouderen die er permanent verblijven, worden woonzorgcentra genoemd (169). Een toestemming van de overheid is vereist, zowel voor de vestiging van een woonzorgcentrum als voor de exploitatie ervan.

67. Voor de vestiging is een voorafgaande vergunning vereist (170). Deze vergunning wordt slechts verleend voor zover het initiatief past binnen de globale zorgstrategische visie van de overheid over woonzorg en binnen de programmatie. Deze laatste moet het zorgaanbod door planning in tijd en in ruimte zo goed als mogelijk afstemmen op de zorgbehoefte aan de hand van objectief meetbare criteria (171). De voorafgaande vergunning betekent dat de overheid een zeer strikt toezicht houdt op de ontwikkeling van het zorgaanbod.

68. Voor de exploitatie van woonzorgcentra is een erkenning door de Vlaamse overheid vereist. Zéér kleine voorzieningen zijn echter niet onderworpen aan deze erkenningsplicht; dit betreft voorzieningen die worden uitgbaat door een natuurlijk persoon en bestemd zijn om maximaal drie

(167) Art. 2, 4^o Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(168) Overeenkomst tussen de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de verzekeringsinstellingen, www.riziv.be/care/nl/residential-care/pdf/residentialcare057.pdf.

(169) Art. 37 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(170) Art. 59 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(171) Art. 58 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009; Art. 2-4 Bijlage XII bij het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009.

gebruikers te huisvesten (172). Het Woonzorgdecreet en de uitvoeringsbesluiten daarbij regelen de voorwaarden waaraan woonzorgcentra moeten voldoen om te worden erkend.

Vooreerst moeten voorzieningen een aantal werkingsprincipes in acht nemen (173). Deze principes hebben onder meer betrekking op het intakebeleid dat zij voeren, op de manier waarop zorg wordt verleend en op enkele fundamentele rechten die in de zorgverlening moeten worden gerespecteerd. De meeste van deze principes zijn eerder geformuleerd als een algemene doelstelling, dan als een concrete afdwingbare norm. De inhoud en geest ervan zijn wel aanwezig in de concrete erkenningsvoorwaarden (174). Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen commerciële en non-profitvoorzieningen.

De erkenningsvoorwaarden hebben onder meer betrekking op de hulp- en dienstverlening (de kwaliteit, het intakebeleid, de continuïteit, etc.), het personeelsbeleid (minimumaantal personeelsleden, hun kwalificaties, de opleidingsmogelijkheden, etc.), de infrastructuur (beschikbare oppervlakte per cliënt, brandveiligheidsnormen, etc.), de verhouding tussen het woonzorgcentrum en de gebruiker (de zorgovereenkomst, het prijsbeleid, etc.) en het inspraak- en klachtrecht van de gebruikers (175). Deze regelgeving raakt een heel aantal facetten van de werking van woonzorgcentra. Veel van deze normen lijken echter onontbeerlijk om zorg van een zekere kwaliteit te garanderen.

Daarnaast zijn woonzorgcentra ook onderworpen (176) aan het Kwaliteitsdecreet (177). Hierin wordt bepaald dat voorzieningen, naast de naleving van de erkenningsvoorwaarden, ook de plicht hebben een verantwoorde zorg te verlenen. Elk woonzorgcentrum moet zijn intenties inzake kwaliteit expliciteren, evenals de manier waarop het die wil realiseren. In overleg met de sector werd vastgelegd welke intenties minimaal aanwezig moeten zijn (178). De overheid voert een controle uit op het kwaliteitsbeleid van de

(172) Art. 53, § 1 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(173) Art. 4 en 39 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(174) B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009.

(175) Art. 48 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(176) Art. 6 B.VI.Reg. 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009.

(177) Decr. 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, *BS* 10 november 2003.

(178) MB 10 december 2001 inzake kwaliteitszorg in de rusthuizen, centra voor dagverzorging, centra voor kortverblijf, serviceflats en woningcomplexen met dienstverle-

voorziening en gaat ook na in hoeverre dit beleid overeenstemt met de realiteit.

4.2. Publiek gefinancierd stelsel

69. Voor de publieke financiering van dit stelsel maken we een onderscheid tussen financiering die rechtstreeks aan de aanbieder toekomt en financiële ondersteuning die ter beschikking staat van de zorgbehoevende.

70. De financiële middelen die rechtstreeks aan de zorgverlener worden betaald, moeten vervolgens worden onderverdeeld in enerzijds de infrastructuursubsidies en anderzijds de werkingsfinanciering.

Infrastructuursubsidies worden toegekend voor het (ver)bouwen, het uitbreiden en het inrichten van een woonzorgcentrum of als tegemoetkoming in de kosten van huur, huurkoop, leasing of lening voor het aankopen, het bouwen, het inrichten en het in gebruik nemen van een woonzorgcentrum. Voor de toekenning van deze subsidies wordt in de eerste plaats gekeken naar de infrastructuur, die aan een aantal bouwtechnische vereisten moet voldoen (179). Daarnaast moet worden opgemerkt dat zij slechts ter beschikking staan van niet-commerciële voorzieningen die passen in de programmatie (180).

Een eerste soort van werkingsfinanciering zijn de animatiesubsidies (181). Woonzorgcentra die voor deze subsidies in aanmerking willen komen, moeten een visie ontwikkelen over animatie in de voorziening en moeten hierover een jaarplan opstellen (182). Ook deze subsidies staan slechts ter beschikking van erkende, niet-commerciële voorzieningen (183).

ning, *BS* 28 maart 2002.

(179) B.VI.Reg. 8 juni 1999 tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor voorzieningen voor ouderen en voorzieningen in de thuiszorg, *BS* 31 augustus 1999.

(180) Art. 63 Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *BS* 14 mei 2009.

(181) Art. 49 Bijlage XII bij het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009.

(182) Art. 2 Bijlage XIV bij het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009.

(183) Art. 1 Bijlage XIV bij het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, *BS* 17 december 2009.

Een tweede soort van werkingsfinanciering kadert in de federale ziekteverzekering (184). Zorgverlening in woonzorgcentra wordt hier beschouwd als een vorm van geneeskundige verstrekking. De omvang van deze zorgvergoeding en de voorwaarden waarvan zij afhankelijk is, zijn het voorwerp van overeenkomsten die worden gesloten tussen de sector enerzijds en verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) anderzijds (185). Uit deze overeenkomsten blijkt dat de omvang van deze zorgvergoeding wordt bepaald door de zorgforfaits, die afhankelijk zijn van de zorgzwaarte van de gebruiker. Hoewel deze middelen toekomen aan de zorgvoorziening, is het immers de gebruiker die het recht op deze subsidie genereert (186). Om deze zorgvergoedingen te kunnen ontvangen, moeten woonzorgcentra voldoen aan enkele bijkomende voorwaarden die in hoofdzaak betrekking hebben op het personeel (187). Deze financiering staat ter beschikking van elk erkend woonzorgcentrum, ongeacht het feit of dit behoort tot de commerciële of de non-profitsector.

71. Tot slot kunnen de gebruikers in het kader van de zorgverzekering ook aanspraak maken op een financiering van hun zorgbehoefte. Het betreft forfaitaire vergoedingen voor niet-medische hulp- en dienstverlening (188). Deze vergoedingen zijn er echter niet op gericht de volledige zorgbehoefte of een substantieel deel ervan te financieren, zoals dit in Nederland het geval is. Eerder gaat het over een vergoeding die de persoonlijke bijdrage in de zorgkost moet verminderen. In het kader van deze financiering worden ook geen voorwaarden opgelegd die betrekking hebben op de zorgverlener. Zij heeft dan ook geen invloed op de beleidsruimte van de zorgverlener.

(184) Art. 34, 12° Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *BS* 27 augustus 1994.

(185) Art. 45 en 47, § 1 Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *BS* 27 augustus 1994.

(186) Art. 2, § 2 en art. 5 Overeenkomst tussen de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de verzekeringsinstellingen, www.riziv.be/care/nl/residential-care/pdf/residentialcare057.pdf.

(187) MB 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, *BS* 26 november 2003.

(188) Art. 3 Decr. 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, *BS* 28 mei 1999.

4.3. *Positie op het voorgestelde schema*

72. In het Vlaamse systeem van residentiële ouderenzorg zitten enkele vertakkingen, in die zin dat bepaalde financieringsmogelijkheden, zoals infrastructuursubsidies, slechts ter beschikking staan van niet-commerciële aanbieders. Desalniettemin positioneren we het slechts als één systeem op het assenstelsel. De vertakkingen zijn immers niet van die aard dat we hen als onderscheiden zorgsystemen kunnen beschouwen. Eerder gaat het over aanvullende financieringsmogelijkheden die in beperkte mate gepaard gaan met aanvullende regelgeving. Deze aanvullende regelgeving heeft natuurlijk wel een invloed op de kwalificatie van het geheel van het zorgsysteem.

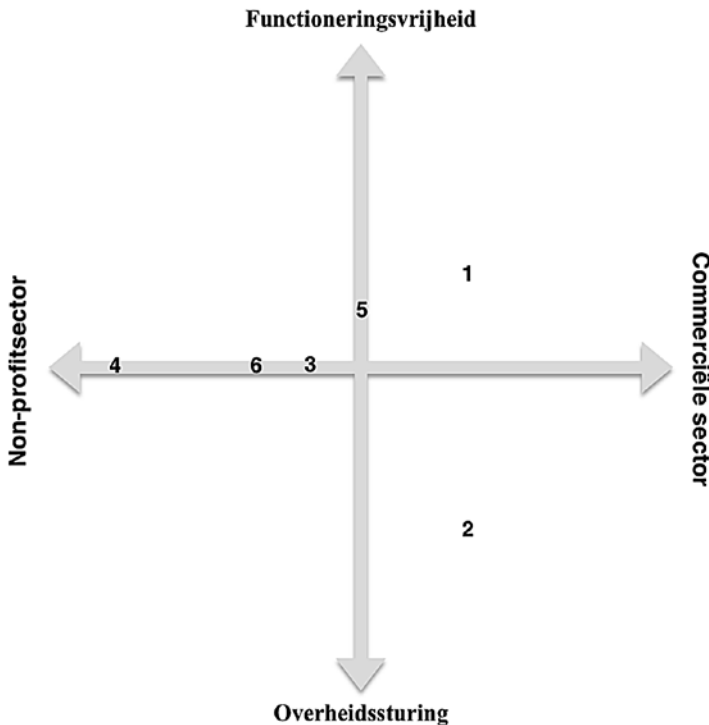
73. Uit het voorgaande blijkt dat het Vlaamse systeem van residentiële ouderenzorg een tussenpositie inneemt tussen sterke sturing en beleidsvrijheid, die in zekere zin vergelijkbaar is met die van het Duitse systeem. Er is een sterke sturing in die zin dat elke evolutie in het zorgaanbod strikt wordt opgevolgd door de overheid. Woonzorgcentra moeten bovendien voldoen aan een uitgebreide set van vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsnormen die zowat elk aspect van de werking van de organisatie dekken. Daartegenover staat ten eerste dat de erkenningsnormen vaak op een relatief laag niveau, een minimumniveau, zijn vastgelegd en dat de sector op een aantal punten inspraak krijgt in het bepalen van dat minimumniveau. Ten tweede wordt in de erkennings- en subsidiëeringsvoorwaarden aan voorzieningen vaak de plicht opgelegd zelf een beleid te ontwikkelen rond een bepaald aspect van de werking. Zij mogen dan, binnen bepaalde grenzen, zelf invullen hoe zij met dit thema omgaan. Onzes inziens neemt het Vlaamse zorgsysteem dan ook een tussenpositie in tussen het discretionair model en het partnerschapsmodel.

74. Wat betreft de voorkeur voor commerciële of non-profitvoorzieningen, trekt het Vlaamse subsidiëeringsbeleid vrij duidelijk de kaart van de laatste. Hoewel commerciële voorzieningen toegelaten worden tot het aanbod, kunnen zij geen aanspraak maken op een aantal subsidies. De grootste financieringsbron is echter de federale Ziekteverzekeringswet en deze maakt geen onderscheid tussen beide types van zorgverleners. We positioneren het stelsel dan ook gematigd links in het assenstelsel.

5. Conclusie

75. In dit tweede deel van de bijdrage hebben we de basis van vier ouderenzorgsystemen besproken en hebben we deze systemen, of delen ervan, een plaats proberen te geven in de indeling die we in het eerste deel hadden uitgewerkt. Het resultaat is het bijgevoegde schema met daarop het

niet publiek gefinancierde Engelse systeem (1), het publiek gefinancierde Engelse systeem (2), het Duitse systeem (3), het Nederlandse systeem van zorgverlening in natura (4), het Nederlandse systeem van zorgverlening in geld (5) en het Vlaamse systeem (6).



76. Wat kan deze praktijktoets ons leren over de voorgestelde indeling?

Ten eerste leert zij ons dat een welzijnsrechtelijk systeem zelden kan worden beschouwd als een monolithisch blok van regelgeving. Er bestaan vaak verschillende vertakkingen binnen één systeem en naargelang van de tak wordt de zorgverlening aan meer of minder strikte regels gebonden. We hebben deze vertakkingen dan ook een aparte plaats in de indeling gegeven.

Ten tweede kunnen we stellen dat de assen die in deze indeling worden gehanteerd inderdaad relevante assen zijn om in het licht van de gestelde vragen een onderscheid te maken tussen verschillende welzijnsrechtelijke systemen. We zien bijvoorbeeld dat in het Engelse publiek gefinancierde

systeem op een heel andere manier wordt omgegaan met de beleidsruimte van zorgvoorzieningen dan in het Duitse systeem. Ook zien we dat commerciële zorgverleners in het Nederlandse systeem worden uitgesloten van de zorgverlening in natura, waar in het Engelse systeem de commerciële voorzieningen *de facto* dominant zijn.

Ten derde zien we dat de positionering op de as tussen non-profit en commercieel vrij eenvoudig verloopt. In eerste instantie wordt hier gekeken naar de regelgeving, maar ook de realiteit wordt in beschouwing genomen. Voor dit laatste kan vaak een beroep worden gedaan op de statistische gegevens die verschillende diensten verzamelen over het uitzicht van het zorgaanbod.

De positionering op de as met betrekking tot de discretionaire ruimte verloopt daarentegen moeilijker. Zoals bij aanvang reeds werd aangehaald, is discretionaire ruimte een complex begrip met een kwalitatieve invulling dat tot een kwantitatieve positie op een eendimensionale as moet worden herleid. Deze vereenvoudiging maakt het enerzijds moeilijk de absolute positie van een systeem op deze as te bepalen. Anderzijds is het gevolg dat achter eenzelfde positie op deze as soms verschillende situaties schuil kunnen gaan. Het is met andere woorden ook moeilijk de relatieve positie van een systeem op deze as te bepalen, zeker ten opzichte van systemen die een verschillend reglementerend kader kennen. De grafische voorstelling op dergelijk schema zal daarom hoogstens een illustratieve waarde hebben en zal steeds een begeleidende tekst nodig hebben die de positie van elk systeem beargumenteert.