

**Denkoefening:**  
**Een vergelijking van de huidige verdeling van de  
financiering over de Katz-schaal met een verdeling  
volgens het case-mix index financieringsmodel,  
in het kader van de personele normen in woonzorgcentra<sup>1</sup>**

Veerle Van Loon  
Prof. dr. Koen Decancq  
Universiteit Antwerpen

In samenwerking met  
Eva Eggers & Anja Declercq (KU Leuven) en  
Yannai DeJonghe & Jeroen Trybou (UGent)

---

<sup>1</sup> Addendum bij het rapport "[Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups \(RUG\) categorisatiesysteem](#)" (Daems & Declercq, 2023)

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

**STEUNPUNT  
 WELZIJN  
 VOLKSGEZONDHEID &  
 GEZIN**

Addendum bij Rapport-nr. 22 (SWVG publicatie nr. 2023-12)

Titel addendum: Denkoefening: Een vergelijking van de huidige verdeling van de financiering over de Katz-schaal met een verdeling volgens het case-mix index financieringsmodel, in het kader van de personele normen

Promotor: Koen Decancq<sup>1</sup>  
 Onderzoekers: Veerle Van Loon<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universiteit Antwerpen

In samenwerking met Eva Eggers & Anja Declercq (KU Leuven) en Yannai DeJonghe & Jeroen Trybou (UGent)

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

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

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

**Het consortium SWVG**

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Koen Hermans
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Sociaal Werk	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
<b>Karel De Grote hogeschool</b>	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
<b>Hogeschool PXL</b>	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
<b>Odisee co-hogeschool</b>	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
<b>KeFor</b>	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

## Inhoud

1	Inleiding	5
2	De basistegemoetkoming zorg	6
	2.1 Delen A1, A2 en A3	7
	2.2 Overige delen	9
3	CMI-financieringsmodel	10
	3.1 Resource Utilization Group (RUG)	10
	3.2 Case-mix index (CMI)	11
4	Analyse	16
	4.1 Stap 1: Opdeling van de kosten	16
	4.2 Stap 2: Bepaling van het budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per RUG	16
	4.3 Stap 3: Samenhang tussen de RUGs en Katz-schaal	19
	4.4 Stap 4: Vergelijking van de huidige verdeling over de Katz-schaal met een verdeling op basis van het CMI-financieringsmodel	21
5	Besluit en aanbevelingen	22

## Lijst tabellen

Tabel 1	Delen van de basistegemoetkoming zorg	6
Tabel 2	Personeelsnormen per 30 bewoners (uitgedrukt als voltijdsequivalent)	7
Tabel 3	Tegemoetkoming van het deel A1, A2 en A3 per bewoner per dag	8
Tabel 4	RUG III plus classificatiesysteem	12
Tabel 5	Budget per dag voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten (Deel A1-A3 basistegemoetkoming zorg en de animatiecoëfficiënt)	17
Tabel 6	Budget per dag voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten (CMI-financieringsmodel)	21

## Lijst figuren

Figuur 1	Budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per RUG (1/2)	18
Figuur 2	Budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per RUG (2/2)	18
Figuur 3	Verdeling van het aantal bewoners over de RUGs per Katz-score	20
Figuur 4	Gemiddeld budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per Katz-score: huidige financiering versus het CMI-financieringsmodel	22
Figuur 5	Spreiding van het budget per Katz-score volgens het CMI-financieringsmodel	24

## **Voorwoord**

Dit addendum vloeit voort uit onderzoek naar nieuwe personele normen voor de woonzorgcentra (Eggers et al., 2024) en maakt gebruik van BelRAI data die in het rapport “Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups (RUG) categorisatiesysteem” (Daems & Declercq, 2023) worden beschreven.

Het betreft een denkoefening waarbij we de RUGs vergelijken met de Katz-schaal. Deze denkoefening betreft de mate waarin de RUGs de noden en behoeften van de bewoners weerspiegelen in vergelijking met de Katz-schaal en dus of ze handvatten kunnen bieden om de personele normen te herdefiniëren. Het betreft geen oefening over de financiering van de woonzorgcentra.

## 1 Inleiding

De huidige financiering van de residentiële ouderenzorg verloopt grotendeels via de basistegemoetkoming zorg en wordt onder meer bepaald door de zorgzwaarte van de bewoners (BVR van 30 november 2018). Deze wordt sinds 1991 gemeten aan de hand van de Katz-schaal, een evaluatie-schaal die bewoners indeelt in 6 verschillende categorieën (O, A, B, C, Cd en D) naargelang de hulp die ze nodig hebben bij activiteiten van het dagelijks leven (bv. zich wassen, zich kleden, zich verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie en eten) (Pacolet & De Coninck, 2015).

De overheid onderzoekt de mogelijkheden om in de toekomst over te schakelen naar een fijnmaziger inschalingsinstrument, meer bepaald het BelRAI Long-Term Care Facilities (BelRAI LTCF) instrument. Dit wetenschappelijk onderbouwd instrument is afgeleid van het internationale interRAI instrumentarium en heeft als doel om de kwaliteit en continuïteit van zorg te optimaliseren (Decreet van 18 mei 2018, artikel 2, 5°). Concreet betekent dit voor de financiering van de residentiële ouderenzorg dat een groot deel van de zorgkosten waarvoor een objectieve indicatiestelling de basis vormt, gelinkt zal zijn aan een case-mix index (CMI) financieringssysteem (Decreet van 18 mei 2018, artikel 63, §2). Hierbij worden bewoners met gelijkaardige zorgbehoeften gegroepeerd in een “Resource Utilization Group” (RUG). Elke van deze RUGs heeft een “case-mix index” score die de relatieve zorgzwaarte van de RUG weergeeft. Uiteindelijk zal de financiering van een woonzorgcentrum gedeeltelijk gekoppeld kunnen worden aan de CMI-scores van de bewoners (Moors et al., 2022).

Vooraleer de uitwerking van dit nieuwe financieringssysteem kan plaatsvinden is er nood aan wetenschappelijk onderzoek, testfases, en proefprojecten. Dit deel van het project vormt een eerste aanzet om tegemoet te komen aan deze behoeften door de implicaties van de overgang naar een CMI-financieringsmodel te bestuderen voor de personele normen. We maken een denkoefening waarbij we de RUGs vergelijken met de Katz-schaal. Deze denkoefening betreft de mate waarin de RUGs de noden en behoeften van de bewoners weerspiegelen in vergelijking met de Katz-schaal en dus of ze handvaten kunnen bieden om de personele normen te herdefiniëren. Het betreft geen oefening met tot doel een nieuw financieringssysteem voor de woonzorgcentra.

Meer bepaald, vergelijken we in dit hoofdstuk de huidige verdeling van de financiering over de Katz-schaal met het CMI-financieringsmodel. Hiervoor berekenen we eerst de financiering per RUG volgens het CMI-financieringsmodel. Daarna brengen we de samenhang tussen de RUGs en de Katz-schaal in Vlaanderen in kaart om ten slotte de financiering op basis van het CMI-financieringsmodel te verdelen over de Katz-schaal en te vergelijken met de huidige verdeling. Op deze manier trachten we de verschillen tussen de historisch gegroeide financiering op basis van de Katz-schaal en het CMI-financieringsmodel in kaart te brengen. Deze tekst heeft dus niet als doel om een CMI- financieringsmodel voor Vlaanderen te ontwikkelen, noch om het CMI- financieringsmodel te herleiden naar een financiering op basis van de Katz-schaal. Wel willen we een eerste denkoefening doen over of en hoe de bewoners anders verdeeld zouden worden over verschillende zorgzwaartecategorieën met het oog op personele normen.

De tekst is al volgt opgebouwd: In het eerste deel gaan we dieper in op de huidige financiering, meer bepaald op de verschillende delen van de basistegemoetkoming zorg. In het tweede deel beschrijven we de RUGs en bijhorende CMI-scores van het CMI-financieringsmodel. Het derde deel beschrijft de

methodiek en resultaten van onze analyse. In het laatste deel formuleren we enkele conclusies, beperkingen en aanbevelingen voor onderzoek en beleid.

## 2 De basistegemoetkoming zorg

Het grootste deel van de huidige financiering van zorgkosten gebeurt via de basistegemoetkoming zorg (vroeger het “instellingsforfait”). Woonzorgcentra kunnen tegemoetkomingen voor zorg maandelijks factureren aan de zorgkassen waarbij hun bewoners zijn aangesloten (BVR van 30 november 2018). De tegemoetkoming bestaat uit verschillende delen:

Tabel 1 Delen van de basistegemoetkoming zorg

Deel	Omschrijving
A1	Loonkost normpersoneel
A2	Bijkomende omkadering (boven norm)
A3	Loonharmonisering zorgkundigen
B1	Verzorgingsmiddelen
B2	Producten nosocomiale ziekten
C	Palliatieve functie
D	Administratiekost
E1	Functiecomplement hoofdverpleegkundige
E2	Functiecomplement diensthoofd
E3	Referentiepersoon dementie
E4	Beroepsbekwaamheid of beroepstitel
F	Coördinerend en raadgevend arts
G	Leegstand kortverblijf
H	Opleiding dementie
I	Werkingsmiddelen kortverblijf
K	Ondersteunend personeel

Bron: BVR van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming, artikel 473, §1

Op de delen tot en met H was tot oktober 2023 een verminderingcoëfficiënt van toepassing, ook wel de aanpassingscoëfficiënt genoemd. Deze bedroeg 0,99361 en kon op basis van de middelen die vrijkomen jaarlijks naar boven bijgesteld worden. Deze is evenwel afgeschaft.

Vervolgens wordt er een animatiecoëfficiënt van 2,23% toegepast voor de subsidiëring van de begeleiding van wonen en leven (BVR van 30 november 2018, artikel 473, §3, 21°).

In wat volgt gaan we dieper in op de grootste delen van de basistegemoetkoming zorg: de **delen A1, A2 en A3**. Daarna bespreken we kort de overige delen.

## 2.1 Delen A1, A2 en A3

Het **deel A1** is een tegemoetkoming voor de loonkost van het normpersoneel en hangt af van de invulling van de personeelsnormen. Deze zijn bepaald in functie van de zorgbehoevendheid van de bewoners, gemeten aan de hand van de Katz-schaal, en opgesplitst in drie beroepsgroepen: verpleegkundigen, zorgkundigen en personeel voor reactivering.<sup>2</sup>

Tabel 2 toont de personeelsnormen per 30 bewoners (uitgedrukt als voltijdsequivalent) zoals vastgelegd in het zesde Vlaams Intersectoriaal Akkoord (VIA-6) van 30 maart 2021.

Tabel 2 Personeelsnormen per 30 bewoners (uitgedrukt als voltijdsequivalent)

Katz-Score	Verpleegkundige	Zorgkundige	React.
O	0,25	-	-
A	1,2	1,05	-
B	5	5,2	1,1
C	5	6,2	1,6
Cd	5	6,7	1,6
D	1,2	5,2	2,6

Bron: BVR van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, artikel 430

Enkel indien het woonzorgcentrum aan deze normen voldoet, maakt het aanspraak op een volledige tegemoetkoming. Er bestaan wel flexibilitaire- en compensatieregels om tekorten voor een bepaalde norm op te vullen met personeel uit een andere beroepsgroep (BVR van 30 november 2018, artikel 478). Op die manier wordt er rekening gehouden met lokale tekorten op de arbeidsmarkt of het specifieke beleid van het individuele woonzorgcentrum. Daarnaast wordt voor de bepaling van de tegemoetkoming voor het deel A1 rekening gehouden met de gemiddelde baremieke anciënniteit (met een beperkt aantal anciënniteitsdrempels) en de kwalificaties van de beroepsgroepen (BVR van 30 november 2018, artikel 480).

Indien een woonzorgcentrum na toepassing van de personeelsnormen nog een reserve aan zorgkundigen of personeel voor reactivering heeft, komt het in aanmerking voor een bijkomende tegemoetkoming per bewoner met een O, A of Ad-zorgprofiel (BVR van 30 november, artikel 481). Daarnaast bestaat er eveneens een algemene tegemoetkoming als aanmoediging voor bijkomende zorginspanningen, meer bepaald het inzetten van zorgpersoneel boven de personeelsnormen. Deze

---

<sup>2</sup> Vanaf 1 juli 2021 is, met de ingang van het VIA-6 akkoord, de norm voor "kiné-ergo-logo" samengevoegd met de norm "personeel voor reactivering". Verder zijn de personeelsnormen voor bewoners met een B, C, en Cd Katz-score gelijkgetrokken tussen de verschillende types van erkenningen (een rustoord voor bejaarden en een rust- en verzorgingstehuis) (BVR van 30 november 2018, artikel 430).

Een vergelijking van de huidige verdeling van de financiering over de Katz-schaal met een verdeling volgens het case-mix index financieringsmodel

tegemoetkoming is omvat in het **deel A2** en bedraagt sinds het VIA-6 akkoord maximaal 15% van het “deel A1” (BVR van 30 november 2018, artikel 487). Op 1 juli '24 werd dit percentage verhoogd naar 15,75%.

Tot slot is er nog de tegemoetkoming voor het **deel A3** bedoeld om de harmonisering van de barema's te dekken voor alle leden van het zorgpersoneel die beschikken over de kwalificatie van zorgkundige (BVR van 30 november 2018, artikel 488).

Tabel 3 geeft een overzicht van de tegemoetkomingen van de delen A1, A2 en A3 per bewoner per dag. Dit overzicht is gebaseerd op een raming van het Agentschap Zorg en Gezondheid die werd uitgevoerd in het kader van het “besluit van 16 juli 2021 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”. De raming berust op de geïndexeerde bedragen<sup>3</sup> uit het Besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 en de gegevens van de basistegemoetkoming zorg in de referentieperiode van 1 juli 2019 tot 30 juni 2020.

Tabel 3 Tegemoetkoming van het deel A1, A2 en A3 per bewoner per dag

Katz-score	Deel A1					Deel A2 (15%)	Deel A3
	VPK	ZK	React.	Bijkomend react./ZK	Totaal		
<b>O</b>	€ 1,75	€ -	€ -	€ 0,67	€ 2,42	€ 0,36	€ -
<b>A</b>	€ 8,41	€ 5,55	€ -	€ 3,69	€ 17,65	€ 2,65	€ 0,02
<b>B</b>	€ 35,05	€ 27,47	€ 6,86	€ -	€ 69,38	€ 10,41	€ 0,08
<b>C</b>	€ 35,05	€ 32,75	€ 9,98	€ -	€ 77,78	€ 11,67	€ 0,09
<b>Cd</b>	€ 35,05	€ 35,39	€ 9,98	€ -	€ 80,42	€ 12,06	€ 0,10
<b>D</b>	€ 8,41	€ 27,47	€ 16,22	€ -	€ 52,10	€ 7,82	€ 0,08

Bron: het Agentschap Zorg en Gezondheid

Voor de raming van de loonkost in het deel A1 is er uit gegaan van een volledig invulling van de personeelsnormen en werd er gekeken naar de gemiddelde baremieke anciënniteit tijdens de referentieperiode van 1 juli 2019 tot 30 juni 2020. Voor verpleegkundigen bedroeg dit meer dan 16 jaar, voor zorgkundigen tussen de 10 en 12 jaar, en voor kiné-ergo-logo en reactiveringspersoneel meer dan 12 jaar. Daarnaast werd de tegemoetkoming voor verpleegkundigen berekend aan een loonkost à ratio 30% A1-verpleegkundigen en 70% A2-verpleegkundigen<sup>4</sup>.

Verder is er verondersteld dat alle voorzieningen recht hebben op de tegemoetkoming voor bijkomend reactiveringspersoneel voor bewoners met een O of A-profiel. De hoogte van de tegemoetkoming is berekend aan een loonkost van à ratio 72% kiné-ergo-logo of reactivering en 28% verpleegkundigen.

<sup>3</sup> We hebben de bedragen uit de raming aangepast aan de spilindex die van toepassing is vanaf 1 mei 2022 (116,04).

<sup>4</sup> Artikel 482 van het BVR van 30 november 2018 bepaalt dat maximaal 30% van de personeelsnorm verpleegkundigen als A1-verpleegkundigen gefinancierd kan worden.



Daarenboven werd er verondersteld dat 51% van de bewoners met een A-profiel een Ad-profiel<sup>5</sup> heeft en dus recht heeft op een bijkomende financiering voor reactiveringspersoneel aan een loonkost à rato 53% kiné-ergo-logo of reactivering en 47% zorgkundigen.

Voor het deel A2 is er uit gegaan van een maximale tegemoetkoming voor bovennormpersoneel van 15%. We hielden dus nog geen rekening met het verhoogde percentage vanaf 1 juli '24.

## 2.2 Overige delen

De ramingen van de overige delen berusten op de geïndexeerde bedragen<sup>6</sup> uit het Besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018. **Deel B1** betreft de financiering van volgende verzorgingsmiddelen: ontsmettingsmiddelen die niet terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering, niet-geïmpregneerde verbanden, steriele kompressen die niet terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering, en onderhuids of intramusculair injectiemateriaal (BVR van 30 november 2018, artikel 468). De tegemoetkoming voor verzorgingsmateriaal verschilt naargelang het zorgprofiel van de bewoner en bedraagt € 0,19 voor O-profielen, € 0,38 voor A-profielen, € 0,56 voor B of D-profielen, en € 0,78 voor C of Cd-profielen (BVR van 30 november 2018, artikel 489).

**Deel B2** betreft de financiering van producten en materialen ter voorkoming van nosocomiale ziekten, d.w.z. infecties opgelopen tijdens het verblijf. De tegemoetkoming bedraagt € 0,08 per bewoner (BVR van 30 november 2018, artikel 490).

**Deel C** biedt een tegemoetkoming voor de opleiding en sensibilisatie van het personeel rond palliatieve verzorging (BVR van 30 november 2018, artikel 491). Deze tegemoetkoming bedraagt € 0,39 per bewoner met een B, C, of Cd-profiel.

**Deel D** betreft een tegemoetkoming voor de beheerskosten en de kosten voor gegevensoverdracht (BVR van 30 november 2018, artikel 495). Deze tegemoetkoming bedraagt € 0,15 per bewoner.

**Deel E1** betreft de financiering van de functie hoofdverpleegkundige in een rust- en verzorgingstehuis (BVR van 30 november 2018, artikel 496). Deze tegemoetkoming bedraagt € 0,80 per bewoner met een B, C en Cd-profiel.

**Deel E2** betreft de financiering van de hoofdverpleegkundigen, hoofdparamedici en de verpleegkundig coördinatoren met een baremieke anciënniteit van minstens 18 jaar en die voldoen aan de opleidingsvoorwaarden bepaald in artikel 497 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018. Uit de gegevens van de basistegemoetkoming zorg 2021 blijkt dat 76% van de voorzieningen recht hebben op deel E2 en dat het gemiddelde bedrag E2 voor deze voorzieningen gelijk is aan € 0,08 per verblijfsdag.

**Deel E3** is een tegemoetkoming voor de tewerkstelling van een referentiepersoon dementie (BVR van 30 november 2018, artikel 498). Uit de gegevens van de basistegemoetkoming zorg 2021 blijkt dat 63% van de voorzieningen recht hebben op een deel E3 en dat het gemiddelde bedrag E3 voor deze

---

<sup>5</sup> Dit zijn bewoners met een A-profiel die minstens een 2 scoren voor oriëntatie in tijd en ruimte zoals vermeld in sectie 2 van artikel 424 van het BVR van 30 november 2018.

<sup>6</sup> We hebben de bedragen uit de raming aangepast aan de spilindex die van toepassing is vanaf 1 mei 2022 (116,04).

voorzieningen gelijk is aan € 0,55 per verblijfsdag. Deze tussenkomst is enkel voorzien voor voorzieningen met minstens 25 bewoners met een Cd-zorgprofiel.

**Deel E4** betreft een tegemoetkoming in de premie van verpleegkundigen met een beroepsbekwaamheid van geriatriesch verpleegkundige of een bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg of een beroepstitel van geriatriesch verpleegkundige (BVR van 30 november 2018, artikel 499). Uit de gegevens van de basistegemoetkoming zorg 2021 blijkt dat 52% van de voorzieningen recht hebben op een deel E4 en dat het gemiddelde bedrag E4 voor deze voorzieningen gelijk is aan € 0,11 euro per verblijfsdag.

**Deel F** is een tegemoetkoming voor de functie van coördinerend en raadgevend arts (BVR van 30 november 2018, artikel 500). Deze tegemoetkoming bedraagt € 0,69 per bewoner.

**Deel G** betreft een bijkomende tegemoetkoming voor woonzorgcentra die tevens een erkenning hebben als centrum voor kortverblijf. Deze bijkomende tussenkomst vormt een gedeeltelijke compensatie voor de eventuele leegstand van woongelegenheden en bedraagt € 2,05 per erkende entiteit als centrum voor kortverblijf (BVR van 30 november 2018, artikel 501).

**Deel H** betreft de financiering van de opleiding en sensibilisering van het personeel op het vlak van dementie. Deze financiering is enkel bestemd voor woonzorgcentra waar minstens 15 bewoners met een Cd-profiel verblijven (BVR van 30 november 2018, artikel 502). De tegemoetkoming bedraagt € 0,39 per bewoner met een Cd-profiel.

De werkingssubsidies voor centra voor kortverblijf worden sinds 1 januari 2019 niet meer via een aparte financieringsstroom uitbetaald, maar zijn geïntegreerd in **deel I** van de basistegemoetkoming zorg (BVR van 30 november 2018, artikel 503). De tegemoetkoming bedraagt gemiddeld € 7,85 per erkende entiteit als centrum voor kortverblijf.

**Deel K** is een tegemoetkoming voor de financiering van ondersteunend personeel (BVR van 30 november 2018, artikel 504/1). Deze tegemoetkoming bedraagt € 4,41 per bewoner.

### 3 CMI-financieringsmodel

Een case-mix index (CMI) financieringsmodel vertrekt vanuit de veronderstelling dat zorggebruikers met vergelijkbare graad van zorgbehoefte, een vergelijkbare hoeveelheid aan middelen nodig hebben om aan hun zorgbehoeften te voldoen (Fetter et al., 1980). In essentie worden zorggebruikers met gelijkaardige zorgbehoeften gegroepeerd in een zorgzwaartecategorie, ook wel een “*Resource Utilization Group*” (RUG) genoemd. Voor elk van de zorgzwaartecategorieën kan vervolgens een “*case-mix index*” (CMI) berekend worden die de relatieve zorgzwaarte weergeeft. Uiteindelijk kan de toewijzing van financiële middelen aan woonzorgcentra volledig of gedeeltelijk gekoppeld worden aan de CMI van de bewoners (Duckett et al., 2013).

#### 3.1 Resource Utilization Group (RUG)

Er bestaan verschillende gevalideerde RUG classificatiesystemen. Op basis van de analyse van de door het LTCF-consortium verzamelde data, hebben we in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van het Canadese RUG III plus classificatiesysteem. Dit classificatiesysteem bestaat uit 7 RUG categorieën die gerangschikt zijn volgens klinische complexiteit. Daarnaast worden bewoners ingedeeld in 44 verschillende groepen

naargelang de afhankelijkheid in activiteiten van het dagelijks leven (d.w.z. bedmobiliteit, toiletgebruik, verplaatsingen en eten), het verstrekken van bepaalde zorg zoals verpleegkundige revalidatie, en de mate van depressie (voor meer details over de toewijzingsregels, zie Tabel 4). Bewoners die in aanmerking komen voor meer dan één groep, worden volgens het “index maximalisatie principe” toegewezen aan de groep met de hoogste relatieve zorgzwaarte (Canadian Institute for Health Information, 2018).

### 3.2 Case-mix index (CMI)

Elk van de 44 RUGs heeft een case-mix index (CMI) score (zie laatste kolom in Tabel 4). Deze score drukt de middelenbenutting van een bewoner in een bepaalde RUG uit ten opzichte van een referentiewaarde (de gemiddelde middelenbenutting van alle bewoners). Het is dus geen directe maar een relatieve maatstaf voor de zorgzwaarte van een bewoner (Canadian Institute for Health Information, 2011). Zo krijgt een bewoner uit een groep die 50% meer middelen benut dan gemiddeld een CMI van 1,5; terwijl een bewoner uit een groep die 50% minder middelen benut een CMI van 0,5 krijgt.

De middelenbenutting van een bepaalde RUG is gebaseerd op een tijdsregistratie-onderzoek in Canada, meer bepaald het “Canadian Staff Time and Resource Intensity Verification” (CAN-STRIVE) project. Dit onderzoeksproject vond plaats van 2007 tot 2009 in de Canadese provincie Ontario. Zowel verpleegkundigen als zorgkundigen als andere personeelsleden (bv. kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, en sociaal werkers) registreerden hun directe en indirecte (bv. zorgplanning en overleg met familieleden of andere zorgverleners) zorgtijd per bewoner. De tijdsmeting van de verpleegkundigen en zorgkundigen was gebaseerd op een periode van 24 uur, terwijl de tijdsmeting van de andere beroepsgroepen werd uitgevoerd over een periode van 7 dagen (Hirdes et al., 2010). Vervolgens werd de zorgtijd van een bepaalde beroepsgroep vermenigvuldigd met het relatieve loontarief van die beroepsgroep. De volledige berekeningswijze van de CMI-scores kan hieronder teruggevonden worden.

De CMI-score voor elke RUG ( $i$ ) werd berekend door de benutting van middelen per dag voor die RUG te delen door de referentiewaarde, i.e., de gemiddelde middelenbenutting per dag over alle RUGs heen (Canadian Institute for Health Information, 2011):

$$CMI_{RUG(i)} = \frac{(Middelenbenutting/dag)_{RUG(i)}}{Gem. middelenbenutting/dag}$$

De middelenbenutting per dag is gebaseerd op de tijdsmeting en de relatieve loontarieven per beroeps categorie  $beroep(j)$  uit het Canadese CANSTRIVE onderzoek:

$$\begin{aligned} & (Middelenbenutting/dag)_{RUG(i)} \\ &= \sum_{beroep(j)} (Minuten/dag \text{ in } RUG(i)_{beroep(j)} \times Relatieve \text{ loontarief}_{beroep(j)}) \end{aligned}$$

Tabel 4 RUG III plus classificatiesysteem

Categorie	Omschrijving subgroep	Reden waarom in categorie	Reden waarom in subgroep	Criterium voor de laatste split	ADL score	RUG	CMI
Speciale revalidatie	Ultra hoog	720 of meer minuten therapie(ën) EN minstens 1 therapie op 5 of meer dagen EN minstens 2 therapieën, elk op 3 of meer	ADL-score 16-18	ADL-beperking	16-18	RUC	3,563
			ADL-score 9-15	ADL-beperking	9-15	RUB	3,195
			ADL-score 4-8	ADL-beperking	4-8	RUA	2,970
	Zeer hoog	500 of meer minuten therapie(ën) EN minstens 1 therapie op 5 of meer dagen	ADL-score 16-18	ADL-beperking	16-18	RVC	3,040
			ADL-score 9-15	ADL-beperking	9-15	RVB	2,671
			ADL-score 4-8	ADL-beperking	4-8	RVA	2,447
	Hoog	325 of meer minuten therapie(ën) EN minstens 1 therapie op 5 of meer dagen	ADL-score 13-18	ADL-beperking	13-18	RHC	2,490
			ADL-score 8-12	ADL-beperking	8-12	RHB	2,090
			ADL-score 4-7	ADL-beperking	4-7	RHA	1,954
	Medium	150 of meer minuten therapie(ën) EN minstens 5 dagen therapie, om het even welke soort	ADL-score 15-18	ADL-beperking	15-18	RMC	2,314
			ADL-score 8-14	ADL-beperking	8-14	RMB	1,883
			ADL-score 4-7	ADL-beperking	4-7	RMA	1,694
Laag	45 of meer minuten therapie(ën) EN minstens 3 dagen therapie, om het even welke soort	ADL-score 14-18	ADL-beperking	14-18	RLB	1,995	
		ADL-score 4-13	ADL-beperking	4-13	RLA	1,553	
Uitgebreide dienstverlening/zorg		Hoge ADL-beperkingen (7-18) EN Uitgebreide zorg items	Tracheostoma EN beademing/ademhalingsapparaat	Specifieke combinatie van items van uitgebreide zorg	7-18	SE3	2,438
			Tracheostoma OF beademing/ademhalingsapparaat		7-18	SE2	2,053

Categorie	Omschrijving subgroep	Reden waarom in categorie	Reden waarom in subgroep	Criterium voor de laatste split	ADL score	RUG	CMI
			Infectie die isolatie vereist		7-18	SE1	1,661
Speciale zorg	Hoge ADL-beperkingen (7-18) EN om het even welk Speciale zorg item OF Uitgebreide zorg items (EN ADL-score < 7)	ADL-score 17-18	ADL-beperking	17-18	SSC	1,804	
		ADL-score 15-16	ADL-beperking	15-16	SSB	1,603	
		ADL-score 4-14	ADL-beperking	4-14	SSA	1,461	
Klinisch complex	Om het even welk Klinische complexiteit item OF Om het even welk Speciale zorg item (EN ADL-score < 7)	ADL-score 17-18 EN 3 of meer depressie-items	Depressie items	17-18	CC2	1,649	
		ADL-score 17-18		17-18	CC1	1,649	
		ADL-score 12-16 EN 3 of meer depressie-items	Depressie items	12-16	CB2	1,565	
		ADL-score 12-16		12-16	CB1	1,429	
		ADL-score 4-11 EN 3 of meer depressie-items	Depressie items	4-11	CA2	1,088	
		ADL-score 4-11		4-11	CA1	1,000	
Gedragsproblemen	ADL-score 4-10	ADL-score 6-10 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	Herstellende revalidatie	6-10	BB2	1,139	

Categorie	Omschrijving subgroep	Reden waarom in categorie	Reden waarom in subgroep	Criterium voor de laatste split	ADL score	RUG	CMI
		EN gedragsstoornissen	ADL-score 6-10		6-10	BB1	1,068
			ADL-score 4-5 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	Herstellende revalidatie	4-5	BA2	0,769
			ADL-score 4-5		4-5	BA1	0,736
Verminderde cognitie	ADL-score 4-10 EN score op Cognitieve Performantie Schaal (CPS) tussen 3-6	ADL-score 6-10 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	ADL-score 6-10	Herstellende revalidatie	6-10	IB2	1,021
					6-10	IB1	0,963
		ADL-score 4-5 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	ADL-score 4-5	Herstellende revalidatie	4-5	IA2	0,690
					4-5	IA1	0,662
Verminderd fysiek functioneren		ADL-score 16-18 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	ADL-score 16-18	Herstellende revalidatie	16-18	PE2	1,601
					16-18	PE1	1,601
		ADL-score 11-15 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	ADL-score 11-15	Herstellende revalidatie	11-15	PD2	1,301
					11-15	PD1	1,238
		ADL-score 9-10 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	ADL-score 9-10	Herstellende revalidatie	9-10	PC2	1,013
					9-10	PC1	0,966

Categorie	Omschrijving subgroep	Reden waarom in categorie	Reden waarom in subgroep	Criterium voor de laatste split	ADL score	RUG	CMI
			ADL-score 6-8 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	Herstellende revalidatie	6-8	PB1	0,889
			ADL-score 6-8		6-8	PB2	0,850
			ADL-score 4-5 EN revalidatie op minstens 5 van de laatste 7 dagen	Herstellende revalidatie	4-5	PA2	0,649
			ADL-score 4-5		4-5	PA1	0,622

## 4 Analyse

Om de huidige verdeling van de financiering over de Katz-schaal te kunnen vergelijken met een verdeling op basis van een CMI-financieringsmodel, doorliepen we verschillende stappen.

Eerst maakten we een opdeling van de kosten om te bepalen welke we dienden mee te nemen in de vergelijking (*stap 1*). Vervolgens berekenden we het huidige budget voor deze kosten en deelden we dit door het totaal aantal CMI-punten van de ganse populatie ouderen in Vlaamse woonzorgcentra. Dit gaf ons het budget voor één CMI-punt (dagzorgbudget). Hieraan koppelden we de CMI-score van de RUGs om het budget per RUG te bepalen (*stap 2*). Daarna brachten we de samenhang tussen de RUGs en de Katz-schaal in Vlaanderen in kaart (*stap 3*) om ten slotte de financiering op basis van het CMI-financieringsmodel te verdelen over de Katz-schaal. Deze oefening maken we om de huidige financiering per Katz-score te kunnen vergelijken met de financiering per Katz-score in het CMI-financieringsmodel (*stap 4*) en heeft niet als doel om het CMI-financieringssysteem te herleiden naar een financiering op basis van de Katz-schaal. Hieronder beschrijven we de werkwijze en resultaten van elk van deze stappen in detail.

### 4.1 Stap 1: Opdeling van de kosten

Om te bepalen welke kosten er meegenomen moeten worden in de vergelijking, is het nuttig om een onderscheid te maken tussen drie soorten kosten die de overheid financiert in de residentiële ouderenzorg: (1) zorgzwaarte afhankelijke zorgkosten, (2) zorgzwaarte onafhankelijke zorgkosten (of indirecte zorgkosten) en (3) organisatiegebonden kosten. (Daarnaast zijn er nog woon-en leefkosten die de bewoner zelf financiert – al dan niet met sociale correcties).

Een CMI-financieringsmodel betreft enkel de eerste categorie: *zorgzwaarte afhankelijke zorgkosten*. Meer bepaald gaat het om (variabele) zorgkosten die sterk variëren tussen verschillende zorgzwaartecategorieën maar weinig variëren binnen een zorgzwaartecategorie. Voor alle andere kosten – zorgzwaarte onafhankelijke zorgkosten, organisatiegebonden kosten, en woon- en leefkosten – zijn andere financieringsmechanismes nodig (Moors et al., 2022).

Gezien de focus van dit project op de personele inzet in woonzorgcentra, richtten we ons op *zorgzwaarte afhankelijke kosten die gerelateerd zijn aan personeelskosten*. Meer bepaald, kozen we ervoor om volgende delen van de basistegemoetkoming zorg mee in beschouwing te nemen: deel A1 (loonkost normpersoneel), deel A2 (bijkomende omkadering – boven norm), deel A3 (loonharmonisering zorgkundigen). Hierop pasten we vervolgens de animatiecoëfficiënt voor begeleid wonen en leven van 2,23% toe.

### 4.2 Stap 2: Bepaling van het budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per RUG

#### Berekenen van het totale budget

Eerst berekenden we het *totale budget* voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten (delen A1, A2, A3 en de animatiecoëfficiënt) door het budget per bewoner per Katz-score te vermenigvuldigen met het aantal bewoners in die Katz-score.

Om het *budget per bewoner* te bepalen vertrokken we vanuit de raming van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Hierop pasten we vervolgens de animatiecoëfficiënt van 2,23% toe. Uit de resultaten blijkt dat



Een vergelijking van de huidige verdeling van de financiering over de Katz-schaal met een verdeling volgens het case-mix index financieringsmodel

het budget per bewoner voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten sterk verschilt naargelang de Katz-score van de bewoner. Zo lag het budget van bewoners met een O-profiel aanzienlijk lager dan voor bewoners met een zwaarder zorgprofiel. Het budget voor bewoners met een O-profiel was meer dan 30 keer lager dan voor bewoners met een C of Cd-profiel, en meer dan 20 keer lager dan voor bewoners met een B of D-profiel. Het budget voor bewoners met een A-profiel was ook beduidend lager dan voor bewoners met een zwaarder zorgprofiel, maar (7 keer) hoger dan voor bewoners met een O-profiel.

Voor de berekening van *het aantal bewoners* vertrokken we vanuit het totaal aantal wooneenheden op 31 december 2021 (85.583) en hanteerden we een pre-covid bezettingsgraad van 95,2%. Op basis van deze gegevens, bekomen van het Agentschap Zorg en Gezondheid, schatten we de totale populatie ouderen in Vlaamse woonzorgcentra op 79.576. Vervolgens verdeelden we de ganse populatie over de Katz-scores op basis van de BelRAI LTCF data (zie kolom 3 van Tabel 5). Deze data bevat zowel informatie over de Katz-score als de RUG van de bewoners en omvat 3.769 inschalingen verspreid over een representatief staal van een vijftigtal woonzorgcentra in Vlaanderen. De dataverzameling kaderde binnen een pilootstudie van het BelRAI LTCF instrument en vond plaats van maart 2021 tot maart 2022.

Uiteindelijk werd het *totale budget* voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten (delen A1, A2, A3 en de animatiecoëfficiënt) geschat op € 5.796.209,93 per dag.

Tabel 5 Budget per dag voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten (Deel A1-A3 basistegemoetkoming zorg en de animatiecoëfficiënt)

Katz-score	Budget per bewoner per dag		Aantal bewoners	Totaal budget
		Vershil t.o.v. O-profiel		
O	€ 2,84		5.616	€ 15.949,44
A	€ 20,77	x 7,3	10.282	€ 213.557,14
B	€ 81,65	x 28,8	26.413	€ 2.156.621,45
C	€ 91,54	x 32,2	9.290	€ 850.406,60
Cd	€ 94,64	x 33,3	25.336	€ 2.397.799,04
D	€ 61,34	x 21,6	2.639	€ 161.876,26
<b>Totaal</b>				<b>€ 5.796.209,93</b>

### Berekenen van het dagzorgbudget

De volgende stap bestond erin om het volledige budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten te delen door de totale CMI-score van de ganse populatie ouderen in Vlaamse woonzorgcentra. Dit geeft ons het beschikbare budget voor één CMI punt per dag. We noemen dit het "*dagzorgbudget*".

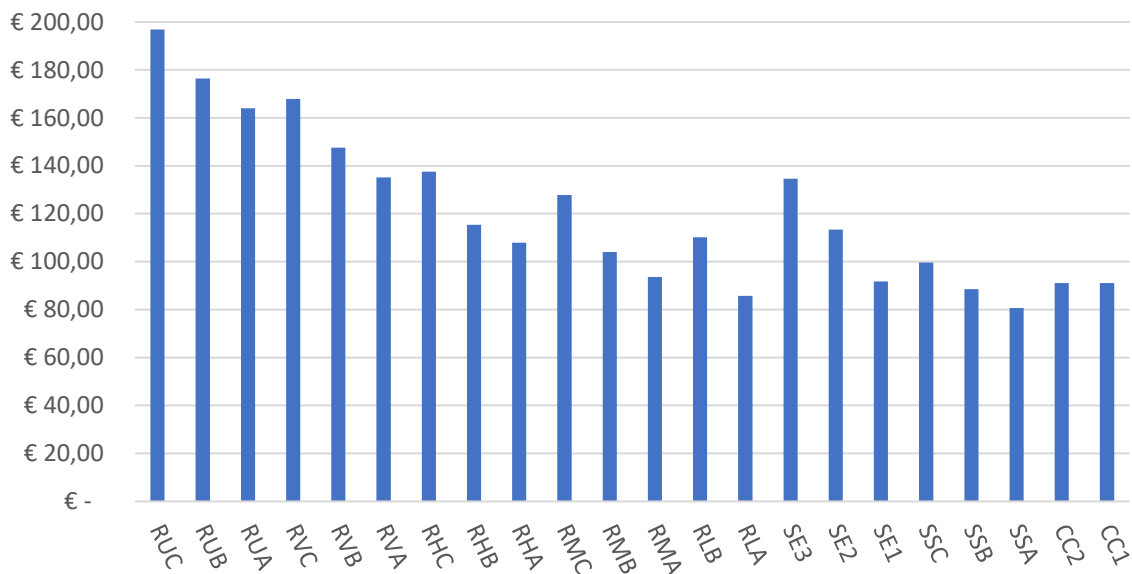
De *totale CMI-score* werd bekomen door het aantal bewoners per RUG te vermenigvuldigen met de specifieke CMI-scores. Informatie over het aantal bewoners per RUG werd afgeleid van de verdeling in de BelRAI LTCF data en het totaal aantal bewoners in de ganse populatie.

Het beschikbare budget voor één CMI punt, het dagzorgbudget, bedroeg € 55,23.

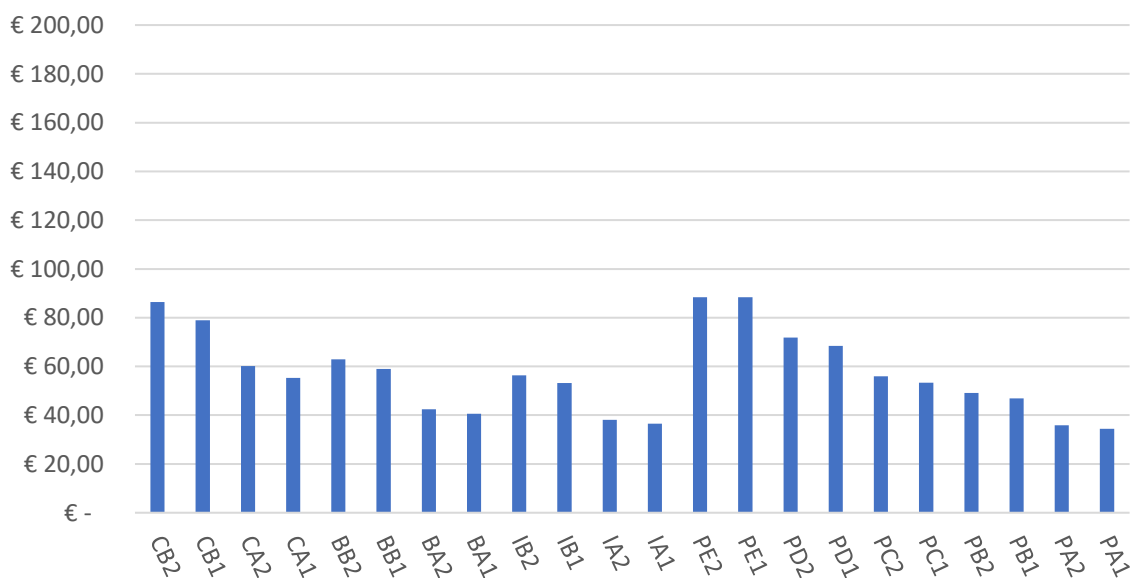
### Berekenen van het budget per RUG

Vervolgens berekenen we het budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per bewoner per RUG door de CMI-score van de RUG te vermenigvuldigen met het dagzorgbudget. Zo bedroeg de gefinancierde kost per bewoner per dag voor de RUG met de hoogste CMI-score ("RUC") bijvoorbeeld € 196,79 ( $3,563 \times € 55,23$ ) en voor de RUG met de laagste CMI-score ("PA1") € 34,35 ( $0,622 \times € 55,23$ ). De gefinancierde kost varieerde dus tussen de verschillende RUGs (zie Figuur 2), maar de verschillen waren beduidend kleiner dan tussen de Katz-scores in de huidige financiering (zie Tabel 5).

Figuur 1 Budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per RUG (1/2)



Figuur 2 Budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per RUG (2/2)



### **4.3 Stap 3: Samenhang tussen de RUGs en Katz-schaal**

Om de financiering per RUG terug te verdelen over de Katz-schaal brachten we eerst de samenhang tussen de Katz-schaal en de RUGs in kaart. Meer bepaald, bestudeerden we de verdeling van het aantal bewoners over de RUGs per Katz-score. Hiervoor gebruikten we opnieuw de data van het BelRAI LTCF project.

De resultaten zijn weergegeven in figuur 3. Weinig voorkomende RUGs (< 1% van de bewoners) zijn niet gerapporteerd. De meerderheid van de bewoners met een O-profiel werden ingeschaald in de RUG met de laagste zorgzwaarte "PA1". Daarnaast was bijna een vijfde ingeschaald in de RUG "RLA". Het overige deel van de bewoners met een O-profiel was verdeeld over verschillende RUGs, voornamelijk de RUGs "CA1" en "BA1".

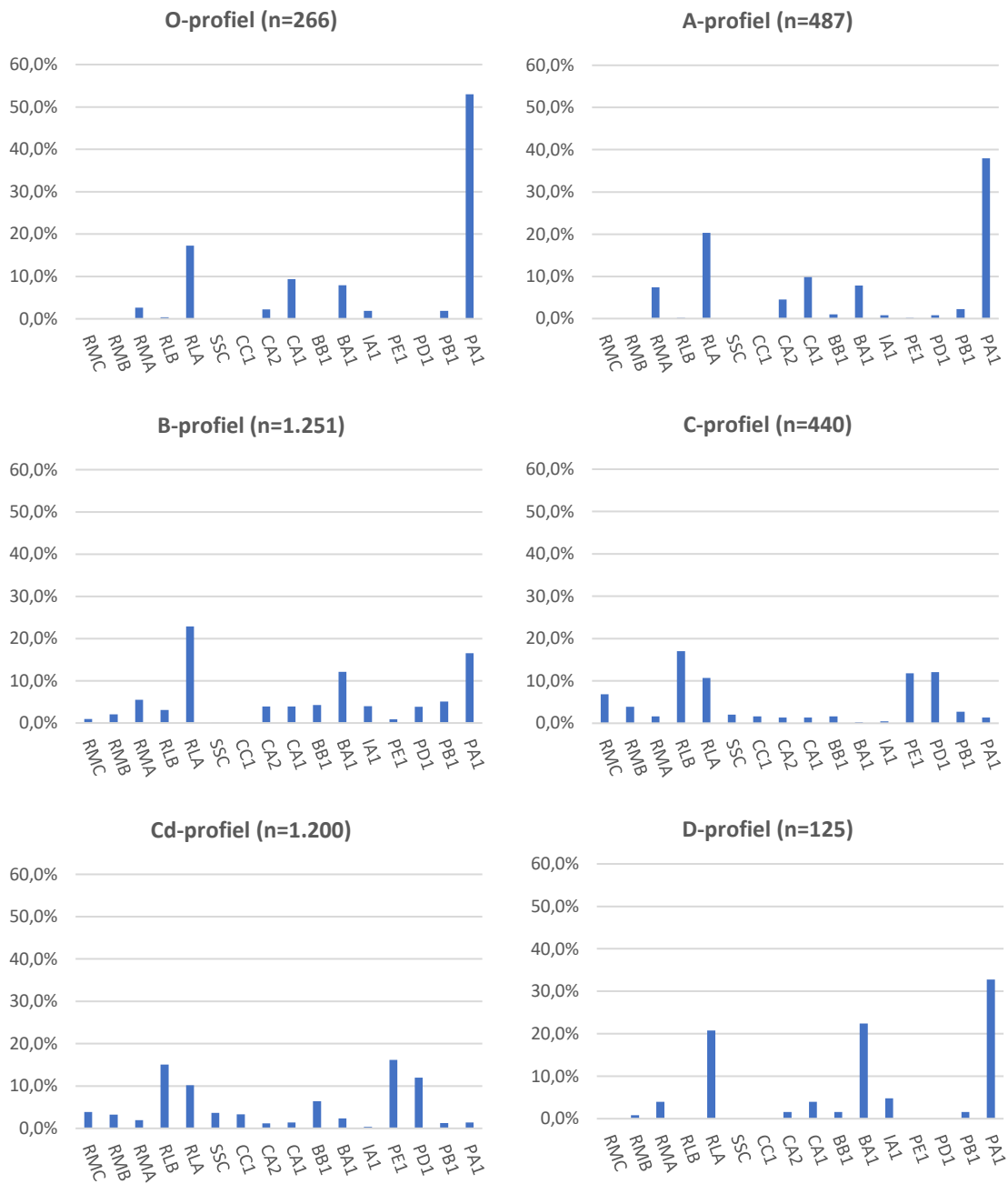
De verdeling van het aantal bewoners met een A-profiel was grotendeels gelijkaardig aan deze van de bewoners met een O-profiel. Zo was het grootste deel van de bewoners met een A-profiel ook vertegenwoordigd in de RUG "PA1" (38%) en een vijfde in de RUG "RLA". Het overige deel zat voornamelijk in de RUGs "RMA", "CA1" en "BA1".

Bewoners met een B-profiel waren verdeeld over meerdere RUGs met uiteenlopende CMI-scores. Ook de bewoners met een C en Cd-profiel waren verdeeld over meerdere RUGs, maar in tegenstelling tot de bewoners met een B-profiel, hadden deze RUGs allemaal een hoge CMI-score.

De bewoners met een D-profiel waren voornamelijk geconcentreerd in de RUGs "RLA" (20,8%), "BA1" (22,4%), en "PA1" (32,8%).

Een vergelijking van de huidige verdeling van de financiering over de Katz-schaal met een verdeling volgens het case-mix index financieringsmodel

Figuur 3 Verdeling van het aantal bewoners over de RUGs per Katz-score



#### 4.4 Stap 4: Vergelijking van de huidige verdeling over de Katz-schaal met een verdeling op basis van het CMI-financieringsmodel

Op basis van de informatie over het budget per RUG (stap 2) en de samenhang tussen de RUGs en Katz-scores (stap 3), verdeelden we het budget per RUG over de Katz-schaal.

Tabel 6 Budget per dag voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten (CMI-financieringsmodel)

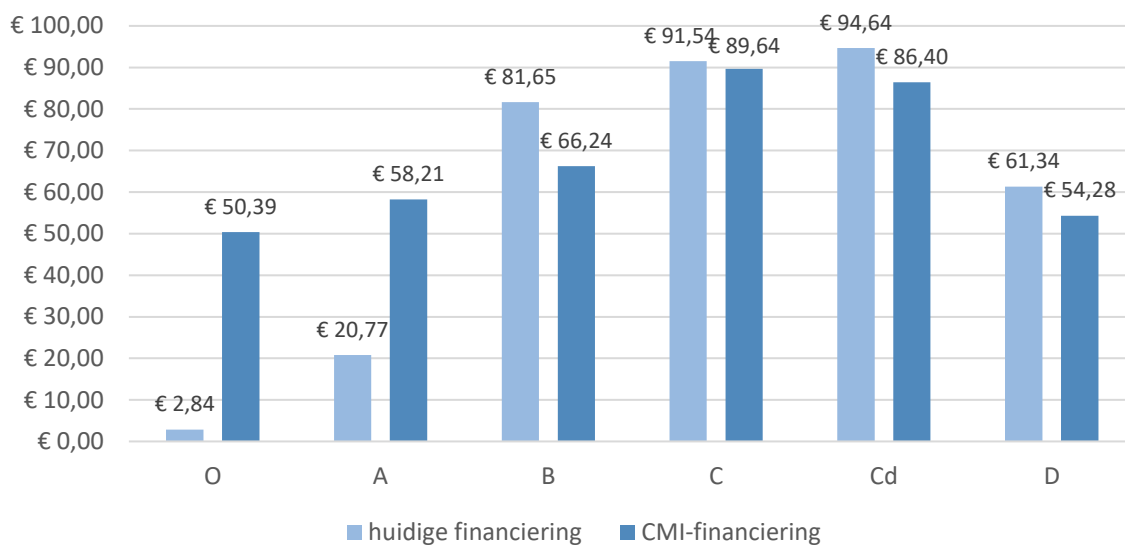
Katz-score	Budget per bewoner per dag				Aantal bewoners	Totaal budget
	Gem. budget	Verschil t.o.v. O-profiel	P25 Budget	P75 budget		
<b>O</b>	€ 50,39		€ 34,35	€ 60,09	5.616	€ 282.962,88
<b>A</b>	€ 58,21	x 1,2	€ 34,35	€ 85,77	10.282	€ 598.499,53
<b>B</b>	€ 66,24	x 1,3	€ 40,65	€ 85,77	26.413	€ 1.749.611,48
<b>C</b>	€ 89,64	x 1,8	€ 78,92	€ 110,18	9.290	€ 832.759,18
<b>Cd</b>	€ 86,40	x 1,7	€ 68,37	€ 99,63	25.336	€ 2.189.133,44
<b>D</b>	€ 54,28	x 1,1	€ 34,35	€ 85,77	2.639	€ 143.243,41
<b>Totaal</b>						<b>€ 5.796.209,93</b>

Tabel 6 toont de verdeling van het budget over de Katz-scores volgens het CMI-financieringsmodel. Over het algemeen zien we dat de verschillen tussen de verschillende zorgprofielen aanzienlijk kleiner zouden zijn dan in de huidige financiering. Zo zou het gemiddelde budget voor bewoners met een O-profiel respectievelijk slechts 1,2, 1,3 en 1,1 keer lager liggen dan dat van bewoners met een A, B of D-profiel. Het budget voor bewoners met een C of Cd-profiel zou daarentegen gemiddeld 1,8 en 1,7 keer hoger liggen dan dat van bewoners met een O-profiel.

Daarnaast zien we grote verschillen in het budget van bewoners met dezelfde Katz-score (zie kolom 4 en 5 in tabel 6). De spreiding zou het grootst zijn voor bewoners met een A, B of D-profiel. Een kwart van de bewoners met een A of D-profiel zou, bijvoorbeeld, een budget lager dan of gelijk aan € 34,35 hebben terwijl een ander kwart een budget van € 85,77 of meer zou krijgen. Voor meer details over de spreiding van het budget per Katz-score, zie Figuur 5 in appendix.

Tot slot vergeleken we het gemiddelde budget per bewoner per Katz-score in het CMI-financieringsmodel met de huidige financiering (zie Figuur 4). Hieruit blijkt dat het gemiddelde budget voor bewoners met een O-profiel aanzienlijk hoger zou zijn in het CMI-financieringsmodel dan in de huidige financiering. Ook voor bewoners met een A-profiel zou het gemiddelde budget in het CMI-financieringsmodel beduidend hoger liggen. Voor bewoners met B, Cd en D-profiel, daarentegen, zou het gemiddelde budget lager zijn ten opzichte van de huidige financiering. Het budget voor bewoners met een C-profiel zou hetzelfde blijven.

Figuur 4 Gemiddeld budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per Katz-score: huidige financiering versus het CMI-financieringsmodel



## 5 Besluit en aanbevelingen

Dit addendum vormde een eerste aanzet om de financiële implicaties van de overgang naar een CMI-financieringsmodel in de residentiële ouderenzorg te onderzoeken. Uit de resultaten bleek dat de gefinancierde zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per bewoner per dag sterk varieerde tussen de verschillende RUGs (van € 196,79 voor de RUG met de hoogste CMI-score ("RUC") tot € 34,35 voor de RUG met de laagste CMI-score ("PA1")). Daarnaast trachten we de verschillen tussen de historisch gegroeide financiering op basis van de Katz-schaal en het CMI-financieringssysteem in kaart te brengen door het budget voor zorgzwaarte afhankelijke personeelskosten per Katz-score in de huidige financiering te vergelijken met het budget per Katz-score volgens het CMI-financieringsmodel. Uit de resultaten bleek dat het budget voor bewoners met een O of A-profiel in het CMI-financieringsmodel beduidend hoger zou liggen dan in de huidige financiering. Verder bleek dat het budget per bewoner in het CMI-financieringsmodel varieerde binnen de Katz-scores als gevolg van de spreiding van bewoners met eenzelfde Katz-score over RUGs met verschillende CMI-scores. Dit komt doordat de RUGs met veel meer aspecten van zorg en ondersteuning rekening houden dan de Katz-score.

Het ontwikkelen van een nieuw case-mix classificatiesysteem voor Vlaanderen is duur en tijdrovend en lag niet binnen de scope van dit project. Dit vormt wel onderwerp van het SWVG-project EF27 'Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups (RUG) categorisatiesysteem. We namen daarom het case-mix classificatiesysteem uit Canada (de RUG-III plus – 44 groepen) over. Hierdoor berusten de scores van de case-mix index op Canadese tijdsregistraties en loonschalen. De verdere uitwerking van een CMI-financieringsmodel in Vlaanderen vereist bijkomend onderzoek dat nagaat in hoeverre de Canadese tijdsregistratiegegevens en loonschalen overeenstemmen met deze in van de Vlaamse woonzorgcentra.

## 6 Referenties

- Canadian Institute for Health Information (2011). *How RUG-III (44 Group) Case Mix Index Values Are Calculated, 2011—CCRS Technical Document*
- Daems, A., Declercq, A. (2023). *Analyse van de BelRAI LTCF-pilootdata in functie van het onderzoek naar de toepasbaarheid van het Resource Utilization Groups (RUG) categorisatiesysteem*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Duckett, S. J., Jackson, T., Hatcher, J., Richards, H., & Murphy, K. (2013). *The why, the what and the how of activity-based funding in Canada: a resource for health system funders and hospital managers*. Canadian Institute for Health Information.  
[https://secure.cihi.ca/free\\_products/ActivityBasedFundingManualEN-web\\_Nov2013.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ActivityBasedFundingManualEN-web_Nov2013.pdf)
- Eggers, E., Van Loon, V., DeJonghe, Y., Trybou, J., Decancq, K., & Declercq, A. (2024). *Onderzoek naar de personele inzet in woonzorgcentra, aangepast aan de veranderende zorg- en ondersteuningsnoden van de bewoners*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*, 18(2), i-53.
- Hirdes, J., Poss, J., Fries, B., Smith, T. F., Maxwell, C.J., Wu, C., & Jantzi, M. (2010). *Canadian Staff Time and Resource Intensity Verification (CAN-STRIVE) Project: Validation of the Resource Utilization Groups (RUG-III) and Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III/HC) Case-mix Systems. Final Report*. University of Waterloo.
- Moors, E., Badisco, J., Hermans, K., & Declercq, A. (2022). [Een verkennende studie naar intersectoraal toepasbare bouwstenen en definities voor een model Persoonsvolgende Financiering binnen de Vlaamse Sociale Bescherming](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Pacolet, J. & De Coninck, A. (2015). [Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen](#). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

## 7 Bijlage

### Spreiding van het budget per Katz-score volgens het CMI-financieringsmodel

Figuur 5 Spreiding van het budget per Katz-score volgens het CMI-financieringsmodel

