

Vlaams beleid voor personen met een beperking : invoering van het decreet persoonsvolgende financiering

Inhoud

Inleiding	3
1. Bevoegdheid in Vlaanderen	3
1.1 Bevoegdheidsverdeling tussen het federaal en Vlaams niveau	3
1.2 De zesde staatshervorming	4
2 Afgelegd parcours in Vlaanderen	5
2.1 Maatschappelijke evoluties	5
2.2 VN-verdrag inzake de rechten voor personen met een beperking	5
2.3 Het VN-verdrag vertaald in het Vlaamse beleid: Perspectief 2020	6
2.4 Een draagvlak creëren: maatschappelijk debat	7
2.5 Conceptnota Persoonsvolgende Financiering voor Personen met een beperking	9
2.5.1 Het basismodel: vijf concentrische cirkels van ondersteuning/zorg	9
.....	10
2.5.2 De relatie met het concept “kwaliteit van bestaan”	11
2.5.3 Twee trappen in de persoonsvolgende financiering	12
2.6 Klacht voor België, aanmoediging voor Vlaanderen	12
2.7 Overgang naar huidige regeerperiode	13
3 De persoon met een beperking: kenmerken en cijfers	14
3.1 Kenmerken	14
3.2 Aantal personen met een beperking in Vlaanderen	14
3.2.1 Personen die vandaag al gebruik maken van zorgaanbod	14
3.2.2 Het begrip ‘wachtlust’ moet genuanceerd begrepen worden	15
3.2.3 Zorgregierapport juni 2014 (zie www.vaph.be)	15
4 Het Decreet Persoonsvolgende Financiering ontrafeld	17
4.1 Het verzekeren van een goed werkend voortraject	17

4.1.1	Vraagverheldering en ondersteuningsplan	17
4.1.2	Oprichten van bijstandsorganisaties.	18
4.2	Zorggarantie: invoering van het basisondersteuningsbudget	18
4.2.1	Indicatiestelling	18
4.2.2	Recht op een basisondersteuningsbudget (BOB).....	18
4.2.3	Gebruik van het BOB	18
4.3	Persoonsvolgende financiering (PVF).....	19
4.3.1	Indicatiestelling	19
4.3.2	Bepaling zorgzwaarte	19
4.3.3	Budgetbepaling	19
4.3.4	Gebruik van het PVF	21
4.4	Zorgregie en prioritering	21
4.5	Reorganisatie van het aanbod.....	22
4.6	Kritische succesfactoren.....	22
5	Budgettair kader.....	23
6	Groeipad	24
6.1	Vooraf	24
6.2	Behoefteramingen	25
6.3	Principes voor de operationalisering van trap 1.....	26
6.4	Geleidelijke invoering BOB.....	27
6.4.1	Inhaaloperatie voor volwassenen met de grootste ondersteuningsnoden.....	27
6.4.2	Inhaaloperatie voor minderjarigen met de grootste ondersteuningsnoden	28
6.4.3	Toekenning BOB aan minderjarigen en jongvolwassenen	29
6.5	Geleidelijke invoering BOB per jaar.....	30
6.6	Principes voor de operationalisering van trap 2.....	32
6.7	Efficiëntiewinsten binnen het VAPH-aanbod.....	32
6.8	Voorafnames	33
6.9	Tot slot.....	33
7	Budgettair overzicht	33

Inleiding

Het model van zorg en ondersteuning voor personen met een beperking is aan een grondige wijziging toe. Het decreet persoonsvolgende financiering, dat goedgekeurd werd door het Vlaams Parlement op 23 april 2014, geeft vorm aan het wettelijk kader voor deze systeemwijziging op Vlaams niveau.

In deze nota schetsen we u wat de bevoegdheid is van de Vlaamse Regering, de situatie zoals we die tot vandaag gekend hebben en waarom een systeemverandering aan de orde is. We schetsen u de politieke mijlpalen die aan het decreet persoonsvolgende financiering zijn voorafgegaan en duiden hoe we dit decreet zullen uitvoeren. We gaan dieper in op de cijfers en lichten het nieuwe organisatie-model, de persoonsvolgende financiering, uitgebreid toe.

1. Bevoegdheid in Vlaanderen

1.1 Bevoegdheidsverdeling tussen het federaal en Vlaams niveau

Sommige financiële tegemoetkomingen blijven, ook na de zesde staatshervorming, een **federale** bevoegdheid: het zijn onderdelen van de **sociale zekerheid** of van de **bijstandspolitiek**. Er bestaan 3 tegemoetkomingen voor personen met een beperking. De eerste twee gelden voor personen tussen 21 en 65 jaar (inkomensvervangende tegemoetkoming en integratietegemoetkoming), de derde voor 65-plussers (tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden). De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden werd in het kader van de zesde staatshervorming overgeheveld naar Vlaanderen.

- De *inkomensvervangende tegemoetkoming* wordt toegekend aan de persoon met een beperking bij wie is vastgesteld dat omwille van zijn lichamelijke of psychische toestand, zijn inkomen verminderd werd tot een derde of minder van wat een gezonde persoon die het beroep uitoefent op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.

Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt niet alleen rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een beperking, maar ook met de inkomsten van degene met wie de persoon met een beperking een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden evenwel toegepast op die inkomsten.

De hoogte van de inkomensvervangende tegemoetkoming is vergelijkbaar met deze van het leefloon.

- De *integratietegemoetkoming* wordt toegekend aan de persoon met een beperking die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid bijkomende kosten te dragen heeft. Er zijn 5 bedragen die variëren tussen de 870 euro en de 7.834 euro per jaar volgens de graad van verlies aan zelfredzaamheid.

Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt niet alleen rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een beperking, maar ook met de inkomsten van degene met wie de persoon met een beperking een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden evenwel toegepast op die inkomsten.

In de praktijk gebruikt de persoon met een beperking die leeft van een inkomensvervangende tegemoetkoming de integratietegemoetkoming als een aanvulling op zijn inkomen, om zijn gewone woon- en leefkost te compenseren.

- De *tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden* wordt toegekend aan de persoon met een beperking van 65 jaar of ouder die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid bijkomende kosten te dragen heeft. Er zijn eveneens 5 bedragen die variëren tussen de 743 euro en 4.994 euro per jaar.

Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt niet alleen rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een beperking, maar ook met de inkomsten van degene met wie de persoon met een beperking een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden evenwel toegepast op die inkomsten.

De **Vlaamse overheid** is bevoegd voor handicapspecifieke ondersteuning op basis van haar bevoegdheid voor **de bijstand aan personen**. De uitvoering van dat beleid is toevertrouwd aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

Oorspronkelijk bestond die dienstverlening hoofdzakelijk uit een aanbod van collectieve residentiële voorzieningen. Ondertussen werd de ondersteuning drastisch aangepast en neemt ze een waaier van mogelijkheden aan: deeltijdse opvang, respijtzorg, ambulante en mobiele ondersteuning, beschermd en geïntegreerd wonen...

Het persoonlijke assistentiebudget (PAB) dat rond de eeuwwisseling werd geïntroduceerd, is een vorm van ondersteuning die een flexibiliteit van besteding biedt die vergelijkbaar is met deze van een inkomen of van een integratietegemoetkoming. Alleen ligt het PAB substantieel hoger dan een integratietegemoetkoming en is het PAB onderworpen aan een verantwoordingsplicht voor het staven van de uitgaven (en daarin verschilt het wezenlijk van de integratietegemoetkoming). Het hoeft dan ook geen verwondering te wekken dat zeer velen vragende partij zijn om in een gelijkaardige formule te stappen.

Zoals uit deze nota zal duidelijk worden, wordt in de Vlaamse Gemeenschap gekozen om in de organisatie van de ondersteuning verder te evolueren naar een systeem van een persoonsvolgende financiering.

1.2 De zesde staatshervorming

Met de zesde staatshervorming krijgt Vlaanderen er een pak bevoegdheden bij. De kinderbijslag en meer specifiek de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een beperking en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden zijn in deze context belangrijk.

Vlaanderen wordt ook bevoegd voor de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen, die uit de ziekteverzekering worden gehaald (RIZIV).

Een integratie van bestaande en nieuwe bevoegdheden dringt zich dus op.

Daarom wordt ervoor geopteerd om persoonsvolgende financiering voor zorg en de mobiliteitshulpmiddelen op te nemen in de Vlaamse sociale Bescherming. Hier worden de rechten op een tegemoetkoming samengebracht en gekoppeld aan een premiebetaling. Zo kunnen bijvoorbeeld de bestaande zorgverzekering en de overgehevelde tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden beter op elkaar worden afgestemd. Ook het basisondersteuningsbudget (BOB) voor personen met een beperking wordt een onderdeel van de Vlaamse sociale bescherming. Het gaat om afdwingbare rechten op een tegemoetkoming, zoals dit ook het geval is voor het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap. Zij worden uitgevoerd door de zorgkassen.

Het Regeerakkoord heeft ook uitdrukkelijk bevestigd dat het Decreet Persoonsvolgende Financiering voor personen met een beperking verder maximaal wordt uitgevoerd en door het VAPH zal worden uitbetaald.

2 Afgelegd parcours in Vlaanderen

2.1 Maatschappelijke evoluties

In het Vlaanderen van de vorige eeuw was de zorg voor personen met een beperking een bijna exclusieve collectieve aangelegenheid. Sinds eind 1960 zien we meer en meer differentiatie in het aanbod. Er ontstaan grote en kleine voorzieningen, zowel binnen als buiten de dorpsgemeenschappen. We spreken van normalisatie, daarna van integratie.

Vanaf de jaren 90 klinkt de stem van de personen met een beperking meer en meer door. Ze willen meer dan aanvaard worden. Ze vragen dat met hen rekening gehouden wordt, dat zij dezelfde rechten krijgen als mensen zonder beperking, dat zij op eenzelfde manier kunnen leven zoals anderen. Ze willen vrij kunnen kiezen waar ze wonen en met wie, ze willen gaan werken en toegang hebben tot publieke ruimtes en vervoer... net zoals iedereen. We spreken van inclusie: de samenleving hoort zich aan te passen aan de diversiteit van haar burgers, niet omgekeerd.

Een mijlpaal hierbij is het VN-verdrag.

2.2 VN-verdrag inzake de rechten voor personen met een beperking

Op **13 december 2006** keurde de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties het Verdrag inzake de rechten voor personen met een beperking goed. België heeft dit Verdrag op **2 juli 2009** geratificeerd. We focussen even op Artikel 19 uit dit VN verdrag: 'Zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij'.

De Staten die partij zijn bij dit Verdrag erkennen het recht van alle personen met een beperking om in de maatschappij te wonen met dezelfde keuzemogelijkheden als anderen en nemen doeltreffende en passende maatregelen om het personen met een beperking gemakkelijker te maken dit recht ten volle uit te oefenen en volledig deel uit te maken van, en te participeren in de maatschappij, onder meer door te waarborgen dat:

a) personen met een beperking de kans hebben, op voet van gelijkheid met anderen, vrij hun verblijfplaats te kiezen, alsmede waar en met wie zij leven, en niet verplicht zijn te leven in een bepaalde leefstructuur;

b) personen met een beperking toegang hebben tot een reeks van thuis, residentiële en andere maatschappijondersteunende diensten, waaronder persoonlijke assistentie, noodzakelijk om het wonen en de opname in de maatschappij te ondersteunen en isolatie of uitsluiting uit de maatschappij te voorkomen;

c) de sociale diensten en faciliteiten voor het algemene publiek op voet van gelijkheid beschikbaar zijn voor personen met een beperking en beantwoorden aan hun behoeften.

2.3 Het VN-verdrag vertaald in het Vlaamse beleid: Perspectief 2020

België, en dus ook Vlaanderen, heeft het VN-verdrag geratificeerd. In Vlaanderen zochten we actief naar een manier om aan te sluiten bij het VN-verdrag binnen de eigen bevoegdheden.

De conceptnota “Perspectief 2020: nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een beperking” is de vertaling van het VN-verdrag voor Vlaanderen. Deze nota ligt aan de basis van het Decreet Persoonsoosvolgende Financiering(PVF) en is vandaag nog steeds het kompas. De ambities, die we voor ogen hebben met betrekking tot de ondersteuning van personen met een beperking, zijn:

- In 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een beperking met de grootste ondersteuningsnood onder de vorm van zorg en assistentie in natura of contanten.
- In 2020 genieten geïnformeerde gebruikers van vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving.

Om deze doelstellingen te bereiken werden in de conceptnota volgende strategische projecten naar voren geschoven:

1. DE UITBREIDING REALISEREN VAN HET ONDERSTEUNINGSAANBOD BINNEN WELZIJN
2. HET VERZEKEREN VAN EEN GOED WERKEND ‘VOORTRAJECT’
3. EEN VERNIEUWDE TOEGANGSPOORT IN OVEREENSTEMMING BRENGEN MET DE TOEGANGSPOORT INTEGRALE JEUGDHULP
4. DE ZORGREGIE HERINRICHTEN IN FUNCTIE VAN DE VRAAGGESTUURDE ORGANISATIE VAN HET AANBOD EN DE PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING
5. HET OPERATIONALISEREN VAN HET GEVALIDEERD INSCHALINGSINSTRUMENT DAT LEIDT NAAR VERANTWOORDE BUDGETTEN
6. HET SOCIAAL ONDERNEMERSCHAP BEVORDEREN IN DE SECTOR PERSONEN MET EEN BEPERKING
7. WERKEN AAN DE TEWERKSTELLING IN DE SECTOR
8. EEN TRAJECT UIT TEKENEN VOOR DE TRANSITIE VAN HET PAB-SYSTEEM
9. HET INCLUSIEGEGEVEN UITWERKEN IN HET EIGEN BELEIDSDOMEIN
10. HET GELIJKE KANSENBELEID VOOR PERSONEN MET EEN BEPERKING MEE VORM GEVEN
11. EEN BREED DENKKADER VRAAGT EEN RUIM MAATSCHAPPELIJK DEBAT

2.4 Een draagvlak creëren: maatschappelijk debat

Op 6 en 7 juni 2012 organiseerde het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin het colloquium 'Perspectiefplan 2020. Een inclusieve samenleving in 2020: van droom naar werkelijkheid!', conform strategische doelstelling 11.

Het doel was om beleidsaanbevelingen te verzamelen die mee de richting bepalen hoe wij als samenleving de personen met een beperking als volwaardige burger laten participeren en op welke manier wij zorggarantie als voorloper van het recht op zorg en ondersteuning zouden realiseren.

Volgende beleidsaanbevelingen waren het resultaat van dit maatschappelijk debat. Zij werden besproken in de Commissie Welzijn op 6 november 2012.

BELEIDSAANBEVELING 1

Inclusie is het uitgangspunt voor elk zinvol beleid voor personen met een beperking. De VN-conventie stelt dat. Weinigen zijn er tegen. Maar al te vaak blijft het bij (mooie) woorden. Pas als politieke beslissingen, op elk niveau, systematisch op hun inclusie-karakter worden getoetst, worden de mooie woorden ook stapsgewijs realiteit.

BELEIDSAANBEVELING 2

Inclusieve participatie aan de samenleving is vanaf het begin van een mensenleven de norm. Inclusief onderwijs voor wie dat wil, moet dan ook met stip prioritaire aandacht krijgen.

BELEIDSAANBEVELING 3

Universal design wordt de norm voor het beleid en draagt bij tot integrale toegankelijkheid om iedere burger volwaardig aan de samenleving te laten deelnemen. Universal design betekent het ontwerp van producten, omgevingen, diensten... zodat ze bruikbaar zijn voor zoveel mogelijk mensen.

BELEIDSAANBEVELING 4

Om een inclusieve samenleving te realiseren, verlaten we het traditionele instellingenconcept voor personen met een beperking. We bouwen de investeringen in grootschalige collectieve voorzieningen af.

BELEIDSAANBEVELING 5

Inclusie realiseren wordt versterkt door af te stappen van het clichébeeld van de afhankelijke persoon met een beperking. Daarom is er nood aan periodiek herhaalde, communicatief sprekende sensibilisering en positieve beeldvorming. Een vaste opdracht voor de overheid en het werkveld.

BELEIDSAANBEVELING 6

Betutteling is uit den boze. Op alle niveaus is er nood aan een cultuur van participatie en empowerment. Personen met een beperking kunnen verschillende sociale rollen (partner, werkende, vriend, buur,...) opnemen. De overheid moet de bestaande inspanningen in die zin versterken.

BELEIDSAANBEVELING 7

Personen met een beperking en hun context kunnen net zoals andere mensen met beperkingen een beroep doen op de overheid. Maar welke inspanning de overheid ook doet, ze kan nooit voor iedereen alles absoluut ten goede keren. Het is en blijft een gedeelde verantwoordelijkheid van de individuele persoon met een beperking, zijn context en de samenleving.

BELEIDSAANBEVELING 8

Het toekomstig ondersteuningsmodel bestaat uit 5 concentrische cirkels van ondersteuningsbronnen. In het middelpunt staat de persoon met een beperking zelf. In de tweede cirkel staat het gezin. In de derde cirkel staat de familie, de buurt, de vrienden, de vrijwilligers...

De overheid faciliteert deze 3 cirkels. In cirkel vier staan de reguliere welzijns- en gezondheidsdiensten. In de buitenste cirkel staan de gespecialiseerde diensten. De overheid organiseert cirkel 4 en 5. De 5 cirkels zijn van binnen naar buiten subsidair.

BELEIDSAANBEVELING 9

Reguliere zorg vraaggestuurd kunnen aanbieden voor personen met een beperking is topprioriteit. Zij moet én kwantitatief én kwalitatief fors versterkt worden.

BELEIDSAANBEVELING 10

Voor wie gespecialiseerde zorg nodig heeft, is er zorggarantie binnen een aanvaardbare periode. Dat veronderstelt een maatschappelijk draagvlak voor een open budget op macroniveau.

BELEIDSAANBEVELING 11

De VAPH-ondersteuning moet exclusief investeren in toegang tot gespecialiseerde zorg. Ze kan geen compensatie van inkomensstekort zijn. De OCMW-rol van het VAPH voor mensen die in een voorziening verblijven, wordt dan ook afgebouwd.

BELEIDSAANBEVELING 12

De regie door de persoon met een beperking zelf is het uitgangspunt. De persoonsvolgende financiering is hiervoor het middel bij uitstek. Elke persoon beschikt over een budget dat dient om de ondersteuningsnood af te dekken.

BELEIDSAANBEVELING 13

Het bestaande “zorgschot” tussen ouder en jonger dan 65 jaar is achterhaald en dient te verdwijnen.

BELEIDSAANBEVELING 14

De inschaling wordt tweeledig uitgebouwd: enerzijds voor inkomen (rekening houdend met de afstand tot de arbeidsmarkt) en anderzijds voor gespecialiseerde zorg. Dit gebeurt op een objectieve wijze na dialoog met de persoon met een beperking door een multidisciplinair team.

BELEIDSAANBEVELING 15

Er is een federaal basisinkomen voor alle burgers en een Vlaams ondersteuningsbudget. Het inkomen dient om de woon- en de leefkosten te betalen, inclusief basiszorg. Het ondersteuningsbudget, mogelijk geconditioneerd door een inkomensafhankelijke maximumfactuur, zorgt voor maximale participatie aan de samenleving.

BELEIDSAANBEVELING 16

Om de zorggarantie voor gespecialiseerde ondersteuning te realiseren onderzoeken we of een sociale bijdrage in de vorm van de huidige zorgverzekering hiervoor een instrument kan zijn. Op die wijze geven we gestalte aan de gevraagde solidariteit.

BELEIDSAANBEVELING 17

De uitdagingen zijn zo complex geworden dat ze binnen één bevoegdheidsdomein onmogelijk kunnen worden opgevangen. Het beleid moet bij uitstek, om inclusie te verwezenlijken, horizontaal worden opgezet, uitgevoerd, opgevolgd en geëvalueerd.

BELEIDSAANBEVELING 18

De overheid dient betaalbaar wonen dichtbij huis mogelijk te maken. Zij versterkt de bestaande systemen van sociale huisvesting en huursubsidies. Ze maakt het mogelijk dat ook privépersonen kunnen investeren in inclusieve woonformules.

BELEIDSAANBEVELING 19

De toegankelijkheid tot de arbeid dient verhoogd. Een Vlaams decreet dat de hele participatieladder met betrekking tot tewerkstelling vat, is dringend noodzakelijk. De overheid nodigt personen met een beperking uit om aan de slag te gaan en stimuleert de werkgevers om personen met een beperking in dienst te nemen.

BELEIDSAANBEVELING 20

De gemeenten krijgen een essentiële rol toebedeeld. Zij staan het dichtst bij de mensen en zetten via hun lokaal sociaal beleid in op een horizontaal beleid gericht op wonen, welzijn, werk, informatie, sport,... Vlaanderen sensibiliseert de gemeenten hiertoe.

2.5 Conceptnota Persoonsvolgende Financiering voor Personen met een beperking

Voortbouwend op Perspectief 2020 en op de beleidsaanbevelingen van het maatschappelijk debat, werd op **8 mei 2013** de Conceptnota 'persoonsvolgende financiering' door de Vlaamse Regering goedgekeurd. Deze nota vertrekt van de 5 concentrische cirkels als basismodel en gaat uit van 'kwaliteit van bestaan' (cfr. de beleidsaanbevelingen).

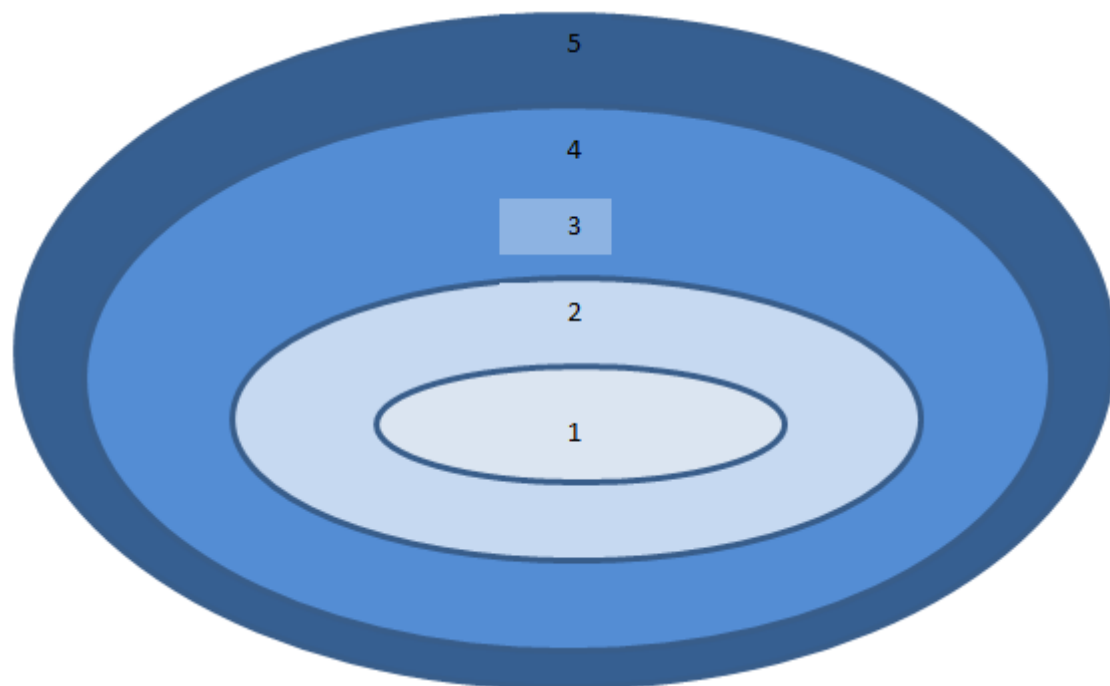
2.5.1 Het basismodel: vijf concentrische cirkels van ondersteuning/zorg

Om de VN-richtlijnen te operationaliseren, baseren we ons op een model van de American Association on Mental Retardation (AAMR). Dit model visualiseert de zorg en ondersteuning aan personen met een beperking door middel van een dynamisch ondersteuningssysteem dat bestaat uit vijf concentrische cirkels. Elke cirkel staat voor een partij die een rol kan opnemen in de zorg en ondersteuning aan personen met een beperking.

Het AAMR-cirkelmodel telt vijf ondersteuningssystemen:

- 1) de persoon met een beperking zelf;
- 2) zijn familie en vrienden;
- 3) informele contacten zoals collega's, burens, medeleerlingen en vrijwilligers;
- 4) algemene zorg- en dienstverlening;
- 5) gespecialiseerde zorg- en dienstverlening.

In dit concentrische model ontbreekt de expliciete benoeming van een specifiek ondersteuningssysteem, nl. de zorg en ondersteuning die het gezin opneemt. We schuiven dat ondersteuningssysteem in het cirkelmodel om in een latere fase het begrip gebruikelijke zorg en ondersteuning te kunnen operationaliseren. De aard en omvang van de ondersteuning die het gezin opneemt, zal meestal (uitgesproken) verschillen van de ondersteuning en zorg die de rest van de familie of vrienden uitvoeren. De ondersteuning door familie, vrienden en informele contacten beschouwen we wel als gelijkaardig. Deze twee cirkels voegen we daarom samen. Met deze twee wijzigingen hertekenen we het AAMR-model.



- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Persoon met handicap2. Gezin waar de persoon woont3. Familie, vrienden en informele contacten4. Algemene zorg en dienstverlening5. Gespecialiseerde zorg en dienstverlening |
|--|

Het cirkelmodel telt 5 specifieke kringen.

- Zelfzorg: de zorg en ondersteuning die de persoon met een beperking zelf opneemt;
- Gebruikelijke zorg: de normale dagelijkse zorg en ondersteuning die gezinsleden, die onder hetzelfde dak wonen, geacht worden voor elkaar op te nemen;
- Zorg en ondersteuning die geboden wordt door familie, vrienden en/of informele contacten;
- Professionele zorg en ondersteuning vanuit de algemene zorg en dienstverlening: diensten maatschappelijk werk, centra algemeen welzijnswerk, diensten gezinszorg, initiatieven kinderopvang... Deze vorm van ondersteuning is voor alle burgers toegankelijk;

- Professionele zorg en ondersteuning die door het VAPH gefinancierd wordt.

De ondersteuning vanuit de buitenste cirkels moet worden aangeboden wanneer:

- Er ondersteuning vanuit het gezin of het sociale netwerk ontbreekt;
- De gebruikelijke zorg of ondersteuning vanuit het sociale netwerk ontoereikend is om voldoende tegemoet te komen aan de zorg- en ondersteuningsnoden van de persoon met een beperking;
- De zorg- en ondersteuningsnoden de mogelijkheden en draagkracht van de binnenste ondersteuningssystemen overschrijden.

Verder vertrekt het concentrische ondersteuningsmodel vanuit twee centrale uitgangspunten: **complementariteit en dynamiek**.

Volgens het principe van complementariteit bouwen de verschillende ondersteuningssystemen in dit model op elkaar verder. Het inzetten van een ondersteuningssysteem uit de buitenste cirkels betekent dus niet noodzakelijk dat het in de plaats komt van andere ondersteuningssystemen. Het inzetten van algemene of specialistische hulp- of dienstverlening mag dan ook niet leiden tot een ontmanteling van de ondersteuning vanuit het zorgzame sociale netwerk. De interactie tussen de op elkaar verder bouwende ondersteuningssystemen is een noodzakelijke voorwaarde om de kwaliteit van het bestaan en het individueel functioneren van de persoon met een beperking te maximaliseren.

Het concentrische ondersteuningsmodel gaat er ook van uit dat de ondersteuning dynamisch georganiseerd is. In functie van de actuele noden van de persoon met een beperking en de kenmerken van zijn omringende omgeving kan de geboden ondersteuning zich dynamisch bewegen op de verschillende cirkels van het ondersteuningsmodel. Van zelfzorg en gebruikelijke zorg kan er overgeschakeld worden naar de buitenste cirkels van het model. Maar een omgekeerde beweging – van professionele reguliere of gespecialiseerde zorg naar ondersteuning door zelfzorg of mantelzorg – is even goed mogelijk.

Dit model en haar uitgangspunten bekrachtigt een belangrijke stelling uit het maatschappelijk debat: de ondersteuning voor personen met een beperking is een gedeelde verantwoordelijkheid.

Ook het realiseren van een gelijke kansenbeleid voor de personen met een beperking zit uitdrukkelijk in de aanbevelingen van het maatschappelijk debat, net zoals het belang van het eigen keuzeproces voor de persoon met een beperking en/of zijn directe omgeving.

2.5.2 De relatie met het concept “kwaliteit van bestaan”

Het persoonlijk welzijn van personen met een beperking kan afgemeten worden aan hun kwaliteit van bestaan. Die kwaliteit van bestaan is een wetenschappelijk gevalideerd, multidimensioneel concept dat bestaat uit 8 factoren. Deze zijn samen te vatten in drie clusters:

- De cluster ‘Welbevinden’: het emotioneel, materieel en lichamelijk welbevinden;
- De cluster ‘Sociale participatie’: sociale inclusie, interpersoonlijke relaties en rechten;
- De cluster ‘Onafhankelijkheid’: persoonlijke ontplooiing en zelfbepaling.

Dit concept werd ontwikkeld door Robert Shalock en is internationaal aanvaard als een belangrijk richtinggevend gedachtegoed voor de wijze waarop we ons als samenleving organiseren in functie van personen met een beperking.

Om een zo groot mogelijke kwaliteit van bestaan te ontplooiën of te bereiken, hebben personen met een beperking in meer of mindere mate bij bepaalde activiteiten zorg of ondersteuning nodig. Op alle

activiteiten- of levensdomeinen die deel uitmaken van de leefwereld van iedere persoon, zoals 'wonen en huishouden' en 'tewerkstelling' kan men de mate van invulling van deze drie clusters nagaan. Dit 'meten' kan zowel gebeuren aan de hand van bevraging van de personen zelf (het individuele perspectief), als aan de hand van parameters of indicatoren op deze levensdomeinen (het maatschappelijke perspectief).

Zorg en ondersteuning dragen bij aan de kwaliteit van het bestaan, dus ook aan het welzijn van de persoon met een beperking.

2.5.3 Twee trappen in de persoonsvolgende financiering

Het voorliggend systeem uit de conceptnota, bestaat uit twee trappen.

De eerste trap wordt gevormd door een basisondersteuningsbudget (BOB). Deze trap is finaal toegankelijk voor iedereen die een erkende handicap en een ondersteuningsnood heeft, die werd vastgesteld door het VAPH. Deze eerste trap organiseren we via de bestaande zorgverzekering in de Vlaamse Sociale Bescherming. Zo creëren we een recht op basisondersteuning.

De tweede trap omvat het budget voor de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, die gefinancierd wordt door het VAPH. Deze is toegankelijk voor mensen met een handicap die behoefte hebben aan gespecialiseerde ondersteuning en die we tot de groep van mensen mogen rekenen met de grootste ondersteuningsnood. Deze groep hebben we in het vermelde Perspectief 2020 omschreven als 'die groep van personen met een beperking, voor wie de afstand, de kloof tussen de mogelijkheden van het eigen draagvlak (zelfzorg, mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en precair is of wordt en blijft wanneer er geen bijkomende of vervangende acties tot ondersteuning worden ondernomen'. Het VAPH zal deze tweede trap blijvend organiseren.

Het is duidelijk dat de Vlaamse Regering met een dergelijk getrapt ondersteuningssysteem tegemoet komt aan een aantal terugkerende bezorgdheden vanuit de brede samenleving.

Ten eerste neemt de Vlaamse Regering haar verantwoordelijkheid ten aanzien van mensen met een erkende handicap en een vastgestelde ondersteuningsnood. Vandaag raakt men door een tekort aan ondersteuningscapaciteit vaak niet in het gespecialiseerde ondersteuningssysteem. Er zijn vandaag circa 20.000 mensen geregistreerd die op één of andere vorm van ondersteuning wachten.

Ten tweede zullen we de eerste vier cirkels van ondersteuningsbronnen sterk faciliteren door de eerste trap (het BOB). We voeren het model van de concentrische cirkels in en nemen hierin vanuit de Vlaamse Regering een stuk financiële verantwoordelijkheid op. We tonen hiermee dat de beleidsaanbeveling 7 uit het maatschappelijk debat over de gedeelde verantwoordelijkheid voor de Vlaamse Regering geen holle woorden zijn.

Ten derde ondersteunt de eerste trap het principe van de vermaatschappelijking van de zorg en is er een basisbijdrage tot het realiseren van de VN-conventie over de rechten van personen met een beperking. Door een grote bestedingsvrijheid van het basisbudget toe te kennen aan de persoon met een beperking, kan hij zelf een op maat georganiseerde mix, vanuit de verschillende ondersteuningsbronnen, samenstellen. De regie van de zorg ligt in de handen van de persoon met een beperking.

2.6 Klacht voor België, aanmoediging voor Vlaanderen

Op 13 december 2011 dienden een twintigtal verenigingen uit de gehandicaptensector in België, een collectieve klacht in tegen de Belgische Staat. Deze werd neergelegd door de Internationale Federa-

tie van de Liga voor Mensenrechten (IFLM). Het objectief: veroordeling wegens het feit van de ernstige tekortkomingen waarvoor zij meenden dat de Staat en zijn Gewesten verantwoordelijk zijn ten opzichte van de personen met een beperking met een grote ondersteuningsnood. Het gaat hier over personen met een meervoudige handicap, met autisme, met een niet-aangeboren hersenletsel en hun families. De klagers kaarten in de klacht de dramatische en onmenselijke toestand aan waarin de personen met een beperking en zoveel families zich bevinden door het gebrek aan opvangmogelijkheden.

Op **29 juli 2013** maakte het Europees Comité voor Sociale Rechten zijn veroordeling ten opzichte van de Belgische Staat openbaar. Ook de beslissing – waartegen geen beroep mogelijk is - die eraan ten grondslag ligt, werd vrijgegeven. Het Europees Comité voor Sociale Rechten bij de Raad van Europa wijst in haar rapport op pijnpunten in de organisatie van de opvang van zwaar zorgbehoevende personen met een beperking in België. Niet alle elementen die vermeld worden, zijn zomaar van toepassing op Vlaanderen en de toestand in de andere deelentiteiten was mee bepalend voor de inhoud van het rapport.

Tijdens haar bijeenkomst van **16 oktober 2013** nam het Comité van Ministers van de Raad van Europa ten slotte een resolutie aan over het in België gevoerde beleid om de bestaande wachtlijsten weg te werken en zo uitvoering te geven aan het Europees Sociaal Charter voor personen met een beperking. In deze resolutie lezen we belangrijke nuances tussen de verschillende deelstaten. Het Comité van Ministers van de Raad zegt over Vlaanderen (dat in 2013 in volle voorbereiding was van het Decreet PVF) het volgende:

- België wordt gefeliciteerd voor de inspanningen die het reeds heeft gedaan sinds de klacht in 2011 werd neergelegd. Zo wordt voor Vlaanderen de grondige verandering van het beleid die met het Perspectiefplan 2020 is ingezet, uitvoerig vermeld.
- Tevens wordt verwezen naar de zeer gedetailleerde cijfers waar Vlaanderen met de Zorgregie over beschikt. Daardoor is nu aantoonbaar dat elk jaar meer mensen op ondersteuning kunnen rekenen.
- De belangrijkste doelstelling van Perspectief 2020 is dat in 2020 de regie van de ondersteuning in handen komt van de personen met een beperking zelf, zoals ook het Europees Sociaal Handvest dit voorziet.

2.7 Overgang naar huidige regeerperiode

Het voorbereidend conceptueel werk en het maatschappelijk debat resulteerde op 23 april 2014 in de goedkeuring van het **Decreet Persoonsvolgende Financiering (PVF)** door het Vlaams Parlement, dit werd bekrachtigd door de Vlaamse Regering op **25 april 2014**.

In het **Vlaams Regeerakkoord (2014-2019)**: "Verbinden-Vertrouwen-Vooruitgaan" lezen we o.a. volgende aanknopingspunten voor de uitbouw van het beleid met betrekking tot personen met een beperking:

- de keuze om verder werk te maken van een inclusief Vlaanderen
- de uitbouw van een Vlaamse Sociale Bescherming en de vermaatschappelijking van de zorg
- de uitvoering van het decreet persoonsvolgende financiering
- het verder werk maken van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Concreet lezen we hierin:

“Deze Vlaamse Regering zal dan ook het Decreet Persoonsvolgende Financiering uitvoeren. Dit decreet is gebaseerd op twee pijlers. In een eerste pijler heeft elke persoon met een beperking met een zekere ondersteuningsnood recht op een beperkt forfaitair ondersteuningsbudget. Met dit budget kunnen kosten niet-medische zorgen betaald worden. Indien de ondersteuningsnood de draagwijdte van het forfaitair ondersteuningsbudget overstijgt, dan wordt in de tweede pijler er een ondersteuningsplan op maat van de individuele persoon met een beperking opgesteld. Dit geeft toegang tot de tweede pijler waarbij de persoon de keuze heeft of hij dit cash inzet of via voucher.

Deze Vlaamse Regering erkent de grote zorgnoden van personen met een beperking en garandeert dat de inspanningen om mensen met de grootste ondersteuningsnoden tegemoet te treden niet enkel gecontinueerd worden maar ook worden opgedreven.”

Deze ambities worden verder vertaald in de **Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**.

Op **20 juni 2012** keurde het Vlaams Parlement ook het **Decreet Integrale Jeugdhulpverlening (IJH)** goed. Dit decreet maakt werk van een verregaande intersectorale afstemming tussen de jeugdhulpsectoren en organiseert één toegangspoort voor de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp voor minderjarigen.

Beide decreten moeten op elkaar afgestemd worden voor de ondersteuning aan minderjarigen met een handicap.

3 De persoon met een beperking: kenmerken en cijfers.

3.1 Kenmerken

Dé persoon met een beperking bestaat niet. Wat wel duidelijk is, is dat:

- Mensen met een beperking een groter risico lopen om in armoede te leven. Een bevraging georganiseerd door voormalig Staatssecretaris Courard zegt dat ongeveer een derde van alle mensen met een handicap in armoede leeft, wat beduidend hoger is dan het Vlaams gemiddelde. Ook resultaten uit een Handilab-onderzoek bevestigen deze cijfers.
- Arm zijn geeft ook een beduidend hoger risico op een beperking. Slechtere eetgewoontes, minder goed geïnformeerd zijn, minder trouw volgen van prenatale consultaties, slechtere huisvesting, enz. maken dat mensen uit lagere sociale klassen meer kans hebben op een kind met een beperking.
- Mensen met een beperking hebben een beduidend kleiner netwerk.
- Gezinnen waar een kind met een beperking opgroeit, lopen een hogere kans op echtscheiding of het ontwikkelen van psychische problemen. Het langdurig, bovengebruikelijk zorg dragen voor een gezinslid kan nauwelijks onderschat worden.
- Tot slot zien we algemene maatschappelijke tendensen, zoals verkleuring en vergrijzing van de samenleving, ook terug bij mensen met een beperking.

3.2 Aantal personen met een beperking in Vlaanderen

3.2.1 Personen die vandaag al gebruik maken van zorgaanbod

De Vlaamse overheid investeert reeds jaren consequent in een groeipad voor het handicapspecifieke ondersteuningsaanbod.

Op 30 juni 2014 genoten ruim 42.000 personen één of andere vorm van ondersteuning vanuit een dienst of voorziening van het VAPH. Bijna 2.800 mensen maken gebruik van een PAB.

Vandaag is het budget dat het VAPH ieder jaar van de Vlaamse Regering ter beschikking krijgt, ongeveer 1,44 miljard euro. Hiermee wordt voor een bedrag van 1,397 miljard euro de zorg en ondersteuning gefinancierd van mensen met een beperking. Het gaat hierbij over mobiele begeleiding en ondersteuning aan huis, dagopvang en residentieel verblijf.

Er zijn belangrijke **factoren die de vraag** naar een Vlaamse ondersteuning vanuit het gehandicaptenbeleid **stimuleren**:

- de toenemende vergrijzing, ook van de doelgroep personen met een beperking;
- de evolutie in de medische technologie;
- de evolutie van het ruime familieverband naar het kerngezin;
- de erkenning van nieuwe vormen van handicap en een betere diagnosestelling (bv. autisme);
- de beschikbare diversiteit aan ondersteuningsaanbod;
- de groeiende wens van mensen met een beperking om in hun vertrouwde omgeving via een financiële injectie hun ondersteuning te kunnen organiseren.

Al deze fenomenen maken dat steeds meer personen een beroep doen op het Vlaams aanbod aan handicapspecifieke hulp.

3.2.2 Het begrip ‘wachtlIJst’ moet genuanceerd begrepen worden

Het begrip ‘wachtlIJst’ moet ook op een genuanceerde wijze worden geïnterpreteerd. De wachtlIJst is een lijst van de overheid (de CRZ: centrale registratie zorgvragen), waar mensen met een handicap zich op laten registreren als zij:

- een **zeer acute vraag** hebben naar ondersteuning of zorg (noodsituatie) omwille van een plotse gebeurtenis in hun leven. Deze vragen worden heel snel beoordeeld binnen de zorg-regie en een antwoord is gegarandeerd.
- een **actieve vraag** hebben naar zorg en ondersteuning die door een VAPH-erkende en gefinancierde voorziening kan geboden worden. De actieve vragen die dringend en dwingend zijn krijgen voorrang op de andere, voor het bekomen van een oplossing onder vorm van zorg en ondersteuning in natura (ZIN), of onder de vorm van een PAB.
- een **vraag hebben voor de toekomst**: zicht op deze vragen is belangrijk in functie van planning op langere termijn.

3.2.3 Zorgregierapport juni 2014 (zie www.vaph.be)

Op 30 juni 2014 tellen we via het systeem van de CRZ 14.180 actieve zorgvragen van volwassenen naar ondersteuning door een dienst of voorziening van het VAPH of naar PAB. Daarnaast stelden ook 6.160 minderjarigen een zorgvraag. Deze vragen werden overgedragen aan de Intersectorale Toegangspoort (ITP). Het gaat dus over een totaal van 20.340 zorgvragen.

Hoewel natuurlijk de ernst van de problemen en de uitdagingen niet mag ontkend worden, is het toch belangrijk te beseffen dat wanneer iemand op een wachtlIJst staat, het daarom nog niet betekent dat er geen ondersteuning is.

Meer dan een derde van de mensen die een actieve vraag stellen, krijgen al een of andere ondersteuning vanuit een door het VAPH erkende voorziening.

Meer dan de helft van de mensen die een actieve vraag stellen, krijgen al hulp, onder meer van reguliere diensten, thuisverpleging, diensten met vrijwilligers....

In de periode 2011-2013 werden 7.168 zorgvragen van volwassenen afgesloten. Begin 2014 werden ook 1.233 vragen van minderjarigen afgesloten (periode voor 1 maart 2014, start ITP).

De grootste reden voor het afsluiten van de zorgvraag:

- er werd een definitieve oplossing gevonden binnen het handicapspecifieke zorgaanbod gefinancierd vanuit het VAPH;
- een beperkt deel is afgesloten omdat er geen vraag meer is, of omdat er een andere oplossing geboden is die tijdelijk maar nog niet definitief tegemoet komt aan de gestelde en geregistreerde zorgvraag (die desgevallend nog gedeeltelijk geregistreerd blijft).

Voor het eerst stellen we een daling vast (-2,37%) van het aantal zorgvragen naar ZIN bij volwassenen als we juni 2013 vergelijken met juni 2014.

Belangrijk is het totaal aantal aanvragen Prioritair te Bemiddelen dossier (PTB). 1.519 mensen kregen een erkenning PTB. Daarvan waren er 609 vragen voor een PAB. Bij de prioritaire dossiers die een vraag stellen naar ZIN, gaat het vooral om een vraag naar een bezigheidstehuis (336 personen, vaak mensen die al gebruik maken van een dagcentrum), een nursingtehuis (153 personen), een dagcentrum (134 personen) en beschermd of geïntegreerd wonen (112 personen). Dit toont aan dat de inspanningen om bijkomende capaciteit te realiseren in cirkel 5 onverminderd verder gezet moeten worden.

Dat het toekennen van een status PTB helpt om de doelstelling 'voorrang geven aan de meest dringende zorgvragen' te bereiken, bewijzen de wachttijden:

- van de 12.821 actieve zorgvragen zonder status PTB wacht 56% langer dan 2 jaar (7.225 vragen). 24% vindt een oplossing binnen het jaar.
- van de 746 actieve zorgvragen met status PTB wacht slechts 10% (75 vragen) langer dan 2 jaar. 67% vindt een oplossing binnen het jaar.

De opnamecijfers van vooral bezigheidstehuizen, nursingtehuizen en tehuizen voor werkenden tonen aan dat 80 tot bijna 90 procent van de opnames gebeuren van mensen uit prioriteitengroep 1, waarvan het grootste deel met status PTB. In de eerste helft van 2014 werden 149 noodsituaties erkend.

4 Het Decreet Persoonsvolgende Financiering ontrafeld

Het decreet PVF realiseert enkele strategische projecten zoals we ze in Perspectief 2020 konden lezen.

- *De uitbreiding realiseren van het ondersteuningsaanbod binnen welzijn.*
- *Het verzekeren van een goed werkend voortraject.*
- *Een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort integrale jeugdhulp.*
- *De zorgregie herinrichten in functie van vraaggestuurde organisatie van het aanbod en de persoonsvolgende financiering.*
- *Het operationaliseren van het gevalideerd inschalingsinstrument dat leidt naar verantwoorde budgetten.*
- *Het sociaal ondernemerschap bevorderen in de sector personen met een beperking.*
- *Een traject uittekenen voor de transitie van het PAB-systeem.*

4.1 Het verzekeren van een goed werkend voortraject

4.1.1 Vraagverheldering en ondersteuningsplan

Om het principe van gedeelde zorg en verantwoordelijkheid in praktijk om te zetten, is het belangrijk dat bij de aanvraag naar een budget uit trap 2 samen met de persoon met een beperking een proces van vraagverheldering, netwerkversterking en ondersteuningsplanning wordt doorlopen.

In 2012 werden hiertoe specifiek de Diensten Ondersteuningsplan (DOP) opgericht. Zij kunnen de persoon met een beperking helpen om een eigen levensplan op te stellen. Zo wordt het voor zichzelf en zijn omgeving duidelijk waar en wanneer hij hulp nodig heeft om dit zelf gekozen plan te kunnen realiseren. Daarbij wordt duidelijk in beeld gebracht welke ondersteuningsnoden de persoon precies heeft, welke ondersteuningsbronnen in de omgeving van de persoon beschikbaar zijn (cfr. model van de concentrische cirkels) en van wie hij zelf liefst welke ondersteuning wil krijgen.

De DOP kijkt ook samen met de persoon met een beperking hoe het eigen netwerk verder versterkt en geactiveerd kan worden. Het is immers aangewezen om een sterke steungroep van persoonlijk betrokken personen rond de persoon met een beperking op te bouwen die de continuïteit van de ondersteuning kunnen bewaken en helpen garanderen.

De DOP probeert ook een brug te slaan tussen de reguliere diensten en de VAPH-erkende diensten en voorzieningen.

Om deze opdracht optimaal te kunnen invullen, worden de DOP's zelf bijgestaan door een mentororganisatie: de vzw LUS. Die vzw heeft heel wat ervaring en expertise in het werken met methodieken als persoonlijke toekomstplanning, netwerkversterking en het in de praktijk toepassen van de principes van community building in Vlaanderen.

Uiteraard zijn de DOP's niet de enige instanties die dergelijk traject met de persoon met een beperking en zijn netwerk kunnen doorlopen. Personen met een beperking hebben de keuze om zelf een ondersteuningsplan op te stellen of zich hierbij te laten ondersteunen door hetzij een DOP hetzij een andere dienst.

Dit voortraject moet tegemoet komen aan de wil om gebruikers goed te informeren, te versterken en vraaggestuurd te kunnen werken.

4.1.2 Oprichten van bijstandsorganisaties.

Een budget beheren en met zorgaanbieders onderhandelen om een antwoord op maat van uw zorgvraag te verkrijgen (cfr. uw ondersteuningsplan) is geen makkelijke opgave. Daarom worden bijstandsorganisaties opgericht om mensen daarbij te ondersteunen en te begeleiden.

4.2 Zorggarantie: invoering van het basisondersteuningsbudget

4.2.1 Indicatiestelling

Het VAPH richt zich tot 'personen met een beperking'. De definitie van 'handicap' zoals omschreven in het oprichtingsdecreet van het VAPH (2004) stemt overeen met de definitie zoals gehanteerd in het VN-Verdrag voor de Rechten van de persoon met een beperking.

Om voor VAPH-specifieke ondersteuning in aanmerking te komen, moeten 2 dingen vastgesteld worden:

- Dat de persoon een handicap heeft.
- Dat de persoon nood heeft aan handicapspecifieke ondersteuning.

De huidige procedure van inschalen en indiceren is vandaag onvoldoende afgestemd op het systeem van persoonsvolgende financiering. Ook in het onderzoek en de simulatie 'Diagnose en Indicatiestelling' kwamen de aspecten 'vaststellen ondersteuningsnood o.b.v. een ondersteuningsplan na een traject van vraagverheldering' en 'objectiveren zorgzwaarte' niet aan bod. In 2014 zal dan ook een aangepaste procedure ontwikkeld moeten worden, in nauwe samenwerking met alle betrokkenen (dus ook gebruikers, verwijzers, aanbieders).

Het erkennen van de handicap en vaststellen van de handicapspecifieke ondersteuningsnood gebeurt voor minderjarigen vanaf 2014 via de Intersectorale Toegangspoort (ITP - in het kader van Integrale Jeugdhulp), voor volwassenen via de VAPH-toegangspoort.

4.2.2 Recht op een basisondersteuningsbudget (BOB)

Elke persoon met een door het VAPH/ITP erkende handicap en door het VAPH/ITP vastgestelde ondersteuningsnood heeft in de toekomst recht op een basisondersteuningsbudget. Deze trap wordt georganiseerd via de huidige zorgverzekering en in de toekomst de Vlaamse sociale bescherming. Met de invoering van deze eerste trap wordt meteen het recht op basisondersteuning gerealiseerd.

Om de handicap te kunnen erkennen en de ondersteuningsnood te kunnen vaststellen, kiezen we maximaal voor automatische toekenning via bestaande attesten: wie beschikt over een attest verhoogde kinderbijslag van categorie 1, 3 of 5 tot en met 9, of wie beschikt over een attest integratietegemoetkoming van categorie 3 of hoger, hoeft geen verdere indiceringsprocedure te doorlopen om erkend te worden als persoon met een beperking en vaststelbare ondersteuningsnood. Andere mensen die aanspraak willen maken op het basisondersteuningsbudget, moeten een beperkte inschrijvingsprocedure doorlopen. Hierbij zal waar mogelijk maximaal gebruik gemaakt worden van reeds beschikbare gegevens.

4.2.3 Gebruik van het BOB

Het BOB zal een maandelijks forfaitair bedrag zijn dat vrij besteedbaar is en men niet moet verantwoorden. Men kan het bedrag inzetten voor het vergoeden van mantelzorg, voor het inkopen van (meer) reguliere dienstverlening of voor het inkopen van rechtstreeks toegankelijke dienstverlening (RTH).

Een in frequentie en intensiteit beperkt aanbod van gespecialiseerde, handicapspecifieke zorg en ondersteuning is **rechtstreeks toegankelijk**. Dit betekent dat de persoon met een beperking niet langs een toegangspoort moet om hier gebruik van te kunnen maken. Personen met een beperking of een vermoeden van handicap, kunnen gebruik maken van gespecialiseerde mobiele ondersteuning, verblijf en dagopvang, zij het beperkt in aantal begeleidingen of in aantal dagdelen op jaarbasis. Om dit aanbod laagdrempelig toegankelijk te kunnen houden, wordt het aanbod zoals alle ander regulier aanbod gesubsidieerd. Het VAPH organiseert dit rechtstreeks toegankelijk aanbod.

4.3 Persoonsvolgende financiering (PVF)

4.3.1 Indicatiestelling

Elke persoon met een door het VAPH/ITP erkende handicap en een door het VAPH/ITP vastgestelde nood aan intensieve, frequente en/ of erg gespecialiseerde ondersteuning kan de vraag stellen naar een persoonsvolgend budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning.

Om toegang te krijgen tot trap 2 moet:

- De handicap van de persoon erkend worden door het VAPH/ITP.
- Moet de persoon een ondersteuningsplan hebben dat door het VAPH wordt goedgekeurd.
- Moet vastgesteld en geobjectiveerd worden dat de persoon nood heeft aan uitgebreide zorg en ondersteuning (zorg en ondersteuning die de duur, intensiteit en frequentie van de rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning overschrijdt); waar nodig (concreet: wanneer de vastgestelde nood aan zorg en ondersteuning een door de Vlaamse Regering vastgestelde grens overschrijdt) wordt hiervoor een instrument voor de inschaling van de zorgzwaarte ingezet.

Zolang ondersteuning uit trap 2 niet onmiddellijk gegarandeerd kan worden voor elke persoon die hiervoor in aanmerking komt, zal een systeem van prioriteitsstelling gehanteerd worden.

4.3.2 Bepaling zorgzwaarte

Het zorgzwaarteinstrument (ZZI) werd – na een lang en intensief onderzoekstraject - wetenschappelijk en door de sector gevalideerd. Met dit ZZI kan de ondersteuningsnood van de persoon met een beperking op een objectieve wijze bepaald worden en dit in vergelijking met de ondersteuningsnood van andere personen met een beperking. Dit instrument is bruikbaar voor volwassenen. Voor minderjarigen zal in 2016 een gevalideerd inschalingsinstrument voor handen zijn.

4.3.3 Budgetbepaling

De grote lijnen voor de methode van budgetbepaling bij volwassen personen met een beperking zijn reeds bepaald door de Task Force en worden verder uitgewerkt door een technische werkgroep. Budgetbepaling gebeurt op basis van:

- a) Informatie over de vraag naar ondersteuning uit cirkel 5, zoals geformuleerd in het ondersteuningsplan;
- b) Informatie over de objectivering van de ondersteuningsnood, zoals aangeleverd via het multidisciplinair verslag.

De vraag naar ondersteuning uit cirkel 5 wordt als volgt geformuleerd:

- X aantal dagdelen/week dagondersteuning
- X aantal dagdelen/week woonondersteuning
- X uren/week individuele psychosociale begeleiding
- X uren/week individuele praktische hulp
- X uren/week globale individuele ondersteuning
- X uren/week oproepbare permanentie

De objectiverende informatie toont aan of er al dan niet nood is aan:

- Dagelijkse ondersteuningsnood, en in welke intensiteit;
- Permanentie, en in welke intensiteit;
- Individuele begeleiding, en in welke intensiteit.

Het proces van budgetbepaling resulteert in een budgetcategorie. De onderscheiden budgetcategorieën (een 10-tal) moeten voldoende differentiatie toelaten én elke budgetcategorie moet voldoende ruim zijn (brede range tussen de minimale en de maximale score binnen de budgetcategorie). De besteding kan jaarlijks variëren binnen de range van de toegekende budgetcategorie.

De vooropgestelde budgetcategorieën moeten voldoende middelen genereren om er de nodige ondersteuning mee te kunnen realiseren. Daarnaast moet bewaakt worden dat de gemiddelde macro-budgettaire kost in het systeem van persoonsvolgende financiering niet hoger ligt dan de gemiddelde macro-budgettaire kost in het huidige stelsel.

Om de budgetcategorie te bepalen wordt gewerkt met een (zo) eenvoudig (mogelijk) algoritme. In dit algoritme wordt rekening gehouden met de gevraagde frequentie van ondersteuning en met elementen van zorgzwaarte. Voor elke budgetcategorie wordt bepaald hoeveel personeelspunten ze waard is en hoeveel het maximum te besteden budget bedraagt. Er wordt een sleutel bepaald om punten om te zetten in euro's.

Voor minderjarigen moet de methode van budgetbepaling nog uitgewerkt worden en ingebed worden in de processen van de Intersectorale Toegangspoort.

Cliënten die reeds gebruik maken van gespecialiseerde zorg.

Personen die reeds eerder door het VAPH of de ITP erkend zijn als persoon met een beperking en waarvoor een aanbod niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning werd geïndiceerd, moeten niet onmiddellijk het volledige proces van objectivering opnieuw doorlopen om een persoonsvolgend budget (PVB) trap 2 toegekend te krijgen. Op termijn (eind 2019) is het wel de bedoeling dat voor elke persoon die een persoonsvolgend budget heeft, een ondersteuningsplan is opgesteld en de budgethoogte wordt bepaald conform de in PVF geldende regels.

4.3.4 Gebruik van het PVF

Het persoonsvolgend budget kan ingezet worden als cash, voucher of als een combinatie van beide.

- De ‘cash-formule’ betekent dat de persoon met een beperking zelf personeel kan aanwerven om zijn ondersteuning te realiseren of rechtstreeks zijn rekening aan de voorziening zal betalen.
- Met de ‘voucher’-formule betaalt het VAPH rechtstreeks de aanbieder waar de persoon met een beperking zijn ondersteuning wil halen. Het ontwerp decreet PVF stelt dat een voucher ingewisseld kan worden bij een door het VAPH vergunde aanbieder; dit begrip is bewust ruimer gekozen dan de huidige ‘VAPH-erkende en gefinancierde aanbieders’. Welke aanbieders vergund kunnen worden en op welke manier, wordt verder uitgeklaard in 2015.

Om dubbele financiering te vermijden en de beschikbare middelen zo goed mogelijk te benutten, zullen personen die een PVB krijgen geen recht meer hebben op een BOB. Hetzelfde geldt voor rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH): wie beroep doet op rechtstreeks toegankelijke hulp, kan geen beroep doen op niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (met uitzondering van bv. respijtzorg).

Er zal echter wel gezorgd worden dat de ondersteuning die gerealiseerd wordt vanuit de eerste vier cirkels, ook nog gecontinueerd kan worden in het systeem van NRTH en PVB, indien de cliënt dit wenst. In haar conceptnota ‘Implementatie PVF’ bepaalde de Task Force dat, om de continuïteit in de overgang van trap 1 naar trap 2 te garanderen, er voor een beperkt soepel inzetbaar gedeelte van het PVB (vergelijkbaar met het bedrag van een BOB op jaarbasis) slechts minimale verantwoording moet worden afgelegd.

Het spreekt voor zich dat de besteding van de middelen zowel in de cash-formule als in de voucher-formule verantwoord zal moeten worden, rekening houdend met de (zonet genoemde) minimale verantwoording voor een beperkt soepel inzetbaar gedeelte.

De PVF is een persoonsvolgend budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor personen die nood hebben aan meer intensieve, meer frequente en/of erg gespecialiseerde ondersteuning, m.a.w. voor wie het BOB geen afdoend antwoord is op hun zorgvraag. Deze trap 2 wordt georganiseerd door het VAPH. Het budget uit trap 2 kan ingezet worden om professionele zorg en ondersteuning in te kopen, maar ook om ondersteuning buiten cirkel 5 te organiseren.

4.4 Zorgregie en prioritering

De vraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke zorg en ondersteuning overstijgt de beschikbare middelen. Zo lang als nodig blijven we dan ook werken met een systeem van zorgregie en prioritering. Dit systeem wordt vernieuwd en afgestemd op een context van PVF waarbij niet langer de beschikbare capaciteit, maar louter het beschikbare budget een doorslaggevende rol speelt. Het recente rapport zorgregie (juni 2014) toont ook aan dat het screenen van de meest dringende zorgvragen en het toekennen van een status PTB ook effectief leidt tot een veel sneller passend antwoord op de zorgvraag.

Eind 2014 werd een BVR voorgelegd aan de Vlaamse Regering dat de criteria vastlegt voor prioritering. Deze moeten de afstemming tussen de verschillende regionale prioriteitencommissies (RPC) en dus de rechtszekerheid voor cliënten verhogen. Tegelijk wordt de oprichting van een heroverwegingscommissie voorgesteld zodat een beroepsprocedure mogelijk wordt. Medio 2015 wordt een

geïntegreerd Besluit Zorgregie verwacht dat elk aspect van de zorgregie aanpast aan PVF.

4.5 Reorganisatie van het aanbod

Vorige legislatuur werd geïnvesteerd in het oprichten en uitbreiden van een aanbod rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning. Dit aanbod wordt geëvalueerd in functie van een optimalisatie waar nodig en wenselijk. Om alle potentiële gebruikers RTH te kunnen bedienen, is een verdere uitbreiding van de capaciteit van deze diensten aangewezen. Om dit te realiseren, willen we parallel inzetten op a) het reconverteren van niet-rechtstreeks toegankelijk aanbod en b) het inzetten van bijkomende middelen uitbreidingsbeleid.

De huidige erkende zorgaanbieders worden in een eerste fase in een regelluw kader gebracht: elke zorgaanbieder wordt FAM of MFC. Deze tussenstap is noodzakelijk om in een tweede fase te kunnen evolueren naar het vergunnen van zorgaanbieders die cliënten met een PVB (cash of voucher) zorg en ondersteuning op maat bieden. Deze overstap zal eind 2015 afgerond zijn. De regelluwte van MFC en FAM leidt bovendien tot efficiëntiewinsten: meer mensen kunnen geholpen worden met dezelfde middelen.

Samen met de koepels zetten we een traject op voor de vergunde zorgaanbieders i.f.v. de omslag van voorzieningengericht denken en werken naar vraaggericht denken en werken (proces dat reeds werd gestart in 2012).

4.6 Kritische succesfactoren

Om de systeemwijziging kans op slagen te geven, zijn er enkele kritische succesfactoren.

- Vermaatschappelijking van de zorg heeft maar kans op slagen als mensen met een handicap toegankelijke en betaalbare woningen vinden, als kinderen met een handicap kunnen school lopen in hun omgeving, als mensen met een (arbeids)handicap kunnen gaan werken. Een transversaal, inclusief beleid is dus cruciaal.
- De reguliere dienstverlening (CAW's, kinderopvang, thuiszorgdiensten, enz.) moet toegankelijk zijn voor en deskundig zijn in de dienstverlening voor mensen met een handicap. In vorige legislatuur werden hiervoor reeds projecten opgezet. Outreach, het aanreiken van kennis en deskundigheid vanuit VAPH diensten aan reguliere diensten, is hierop een aanvulling.
- Naast een budget (BOB of PVF) is er ook nood aan een voldoende, toegankelijk, regionaal en kwaliteitsvol aanbod. Daarom werd vorige legislatuur al volop ingezet op de uitbouw van rechtstreeks toegankelijke hulpverlening (RTH). Deze inspanningen moeten onverminderd verder gezet worden.
- Een cash budget beheren en besteden, is niet voor iedereen evident, bv. om 'te onderhandelen' bij het inkopen van zorg. De capaciteit van bijstandorganisaties, die mensen begeleiden bij het besteden en beheren van budgetten, zal voldoende groot moeten zijn.
- Mensen met een PVF kunnen kiezen voor een voucher (zie verder). Voor deze voucher bij zorgaanbieders kan aangeboden worden in ruil voor dienstverlening, moeten alle voorzie-

ningen omgevormd worden tot dynamische sociale onderneming met een multifunctioneel inzetbaar aanbod (MFC en FAM). Deze omschakeling van erkenning van capaciteit naar het toekennen van een puntenenveloppe is gestart in 2012. In 2015 zullen alle minderjarige voorzieningen de omschakeling gemaakt hebben. Eind 2015, begin 2016 volgen ook alle volwassenvoorzieningen. Met de koepels moet erover gewaakt worden dat er voldoende ondersteuning is om zorgaanbieders om te turnen naar sociale ondernemers.

- We vragen dat elke persoon met een beperking en zijn netwerk nadenkt over wat zijn zorgvraag nu precies is (vraagverheldering) en over de vraag of en hoe het netwerk kan ingeschakeld worden. De antwoorden op deze vragen resulteren in een ondersteuningsplan. Men mag zelf zijn ondersteuningsplan opmaken of men kan beroep doen op een DOP-dienst. De huidige capaciteit van mensen die vertrouwd zijn met de opmaak van ondersteuningsplannen is onvoldoende en moet zeker ook uitbreiding kennen. Iedereen die een vraag zal stellen naar trap 2 moet immers een ondersteuningsplan kunnen voorleggen.
- Multidisciplinaire teams (MDT's) staan in voor het vaststellen van de handicap en de objectivering van de ondersteuningsnood. Waar nodig doen ze dit met behulp van het zorgzwaarte instrument (ZZI). Het spreekt voor zich dat we zullen moeten investeren in opleiding en begeleiding bij de afnames van ZZI om kwaliteit te verzekeren.
- Voor de minderjarigen met een handicap moeten enkele knelpunten die de afstemming van het Decreet IJH en het Decreet PVF in de weg staan, opgehelderd worden.
- De regelgeving binnen de sector VAPH is nog steeds een ingewikkeld kluwen dat weinig flexibiliteit en vernieuwing toelaat. Een grondige deregulering van de sector en een reorganisatie van de VAPH-administratie (gezien ook hun rol zal wijzigen) is dan ook een absolute must.

Concluderend kunnen we stellen dat als de persoon met een beperking een budget in handen krijgt om zorg en ondersteuning te realiseren, er voldoende kwalitatief aanbod voorhanden moet zijn dat hij daarmee kan 'inkopen'. Maar de systeemwijziging die we voor ogen hebben is meer dan een andere financieringsstroom, er moet ook geïnvesteerd worden/vormgegeven worden aan de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om deze transitie te doen slagen. Als alle betrokkenen en instrumenten vertrekken vanuit de zorgvraag van de cliënt zal deze transitie slagen.

5 Budgettair kader

Van de 500 miljoen euro die voorzien is deze regeerperiode voor Welzijn, werd 330 miljoen gereserveerd voor personen met een beperking. Dit is 66% van het totale budget.

Rekening houdend met de noden in de andere sectoren zoals kinderopvang, ouderenzorg, enz. werd zoveel mogelijk voor de sector VAPH gereserveerd.

De middelen die vandaag beschikbaar zijn om vorm te geven aan het beleid personen met een beperking, zijn reeds aanzienlijk. In de eerste plaats moet een weloverwogen herschikking en efficiënte inzet van de reeds beschikbare middelen voorbereid worden. Een consequent volgehouden budgettair groeipad is eveneens noodzakelijk.

Artikel 3 van het Decreet PVF stelt dat:

“Op basis van de analyse van de niet ingevulde nood aan zorg en ondersteuning voorziet de Vlaamse Regering, binnen de beschikbare budgetten, in een groeipad voor de financiering van de niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning. De Vlaamse Regering brengt daarover jaarlijks verslag uit aan het Vlaams Parlement.”

6 Groeipad

6.1 Vooraf

Om het groeipad te kunnen vastleggen, herinneren we aan relevante passages, die zijn vastgelegd in het **Vlaamse Regeerakkoord 2014-2019**.

Uit het Regeerakkoord:

“Deze Vlaamse Regering streeft naar inclusie, meer autonomie en zelfbeschikking voor personen met een beperking. Wij willen hun recht op ondersteuning en zorg op maat zoveel mogelijk garanderen. Het nieuwe Vlaamse decreet Persoonsvolgende Financiering (PVF) is een belangrijke stap voorwaarts om deze doelstellingen voor personen met een beperking te realiseren.

Deze Vlaamse Regering zal dan ook het Decreet Persoonsvolgende Financiering uitvoeren. Dit decreet is gebaseerd op twee pijlers. In een eerste pijler heeft elke persoon met een beperking met een zekere ondersteuningsnood recht op een beperkt forfaitair ondersteuningsbudget. Met dit budget kunnen kosten niet-medische zorgen betaald worden. Indien de ondersteuningsnood de draagwijdte van het forfaitair ondersteuningsbudget overstijgt, dan wordt in de tweede pijler er een ondersteuningsplan op maat van de individuele persoon met een beperking opgesteld. Dit geeft toegang tot de tweede pijler waarbij de persoon de keuze heeft of hij dit cash inzet of via voucher.

Deze Vlaamse Regering erkent de grote zorgnoden van personen met een beperking en garandeert dat de inspanningen om mensen met de grootste ondersteuningsnoden tegemoet te treden niet enkel gecontinueerd worden maar ook worden opgedreven.”

Uit de visietekst:

“Het welzijn- en gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap moet streven naar een inclusief Vlaanderen. Deze Vlaamse Regering heeft de ambitie om een sociaal beleid te voeren dat alle Vlamingen maximaal ondersteunt en in staat stelt om volwaardig te participeren aan de samenleving.

Het uitgangspunt bij dit alles, zoals ook geconcretiseerd in de reeds aangevatte hervormingen, is een evolutie naar een meer vraaggestuurd zorg en welzijnsmodel, dat (intersectorale) samenwerking, continuïteit, efficiëntie en toegankelijkheid waarborgt.

Naast een emancipatorische visie op de patiënt/cliënt die zoveel mogelijk zijn zorgtraject mee vorm geeft, is het ook belangrijk om het sociaal netwerk van de patiënt/cliënt in zijn onmiddellijke omgeving te versterken en te valoriseren.

We valoriseren en ondersteunen vrijwilligers en mantelzorgers, als de hoeksteen van de samenleving. Zij zijn het levende bewijs van solidariteit en vormen een belangeloze, maar uiterst belangrijke bijdrage aan de samenleving.”

Ook in de **Memorie van Toelichting bij het Decreet** vinden we aanknopingspunten voor de meerjarenbegroting.

“Gezien de cijfers die hierboven werden geciteerd, uit de databank Centrale Registratie van Zorgvragen, die het VAPH ontwikkeld heeft, en de ruimere cijfers van de federale overheid, zal niemand eraan twijfelen dat een substantiële uitbreiding van het budget voor gespecialiseerde ondersteuning die gefinancierd wordt door het VAPH ook de komende jaren noodzakelijk blijft. Maar met uitbreiding alleen zullen we er niet komen. Het verleden bewijst dit. Er moet absoluut een systeemwijziging komen. In het huidige financieringssysteem iedereen met een handicap tegemoet treden is immers onbetaalbaar.”

“Ook de verschuiving van de focus van de zorg en ondersteuning, zoals in een vorig deel beschreven en het investeren in het creëren van netwerken rond personen met een handicap als bijkomende ondersteuningsbron, helpen ons om het systeem zo te wijzigen dat we meer mensen met dezelfde middelen kunnen ondersteunen.”

In het vermelde Perspectiefplan 2020 lezen we op blz. 59 onder de subtitel “Bijzonder als het moet”, het volgende:

“ Het sociale weefsel of netwerk rond de persoon met een handicap wordt -net als de inzet van professionele reguliere ondersteuning (gezinszorg, thuisverpleging, rechtstreeks toegankelijke hulp VAPH, geestelijke gezondheidszorg,...) bij voorkeur ondersteund en gestimuleerd door een stevig uitgebouwde Vlaamse Sociale Beschermingsregeling.

In beleidsaanbeveling 10 wordt het als volgt verwoord:

“Om de zorggarantie voor gespecialiseerde ondersteuning te realiseren, onderzoeken we of een volksverzekering, gebaseerd op maatschappelijke solidariteit tot de mogelijkheden behoort.”

Hier komt opnieuw de Vlaamse sociale bescherming als instrument om de zorggarantie te realiseren duidelijk in beeld. Het is onze overtuiging dat er enkel sprake kan zijn van zorggarantie door de overheid als bovenstaande systeemwijziging gerealiseerd wordt. Bovendien faciliteert deze ook het voeren van de regie over het eigen leven.

6.2 Behoefteramingen

We gaan uit van de prognose dat er in 2020 in het totaal 120.000 personen met een beperking én een ondersteuningsnood zullen zijn. Deze cijfers zijn afgeleid van het aantal mensen dat beschikt over een attest integratietegemoetkoming (“erkende personen”) (raming: 80.000) en het aantal kinderen met verhoogde kinderbijslag (raming 30.000) en rekening houdend met een natuurlijke groei¹.

¹ Uit de Memorie van Toelichting (p.10): Ongeveer 22.000 mensen staan vandaag geregistreerd op de zogenaamde ‘wachtlijsten’. Eén derde van deze mensen hebben al een of andere gedeeltelijke ondersteuning vanuit het VAPH. Ongeveer 63% heeft nog geen enkele tussenkomst van het VAPH. En verder willen we hier wijzen op het feit dat niet iedere persoon met een handicap zich vandaag al heeft laten registreren. Wanneer we kijken naar het aantal Vlamingen dat van de federale overheid een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een integratietegemoetkoming ontvangt, zijn dit er bij benadering 80.000. Als we hier ook nog de kinderen met een toeslag op de kinderbijslag omwille van een handicap rekenen, komt het totaal van 110.000 potentiële zorgvragers voor het VAPH in zicht.

Tot slot verwijzen we naar de Meerjarenanalyse 2009 van het VAPH, waarin een spontane groei van

Er zijn 5 categorieën van integratietegemoetkoming en 9 categorieën van verhoogde kinderbijslag. Hoe hoger de categorie, hoe zwaarder de zorgbehoefte en hoe meer men kan veronderstellen dat de draaglast de draagkracht van gezinnen overschrijdt en men beroep zal wensen te doen op professionele zorg. De Task Force berekende daarop dat er in 2020 50.000 mensen zullen voldoen aan de criteria voor trap 2 (afgeleid van de hoogste categorieën van de integratietegemoetkoming en de hoogste categorieën van verhoogde kinderbijslag). 70.000 mensen zullen voldoen aan criteria voor trap 1.

Artikel 3, 3 en 4^e lid van het decreet persoonsvolgende financiering bepalen:

“Op basis van een analyse van de niet-ingevulde nood aan zorg en ondersteuning voorziet de Vlaamse Regering, binnen de beschikbare budgetten, in een groeipad voor de financiering van de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning. De Vlaamse Regering brengt daarover jaarlijks verslag uit aan het Vlaams Parlement.

De Vlaamse Regering stelt, vervolgens jaarlijks het beschikbare budget vast dat voor de uitvoering van het decreet beschikbaar is. Dat betreft zowel het basisondersteuningsbudget als het budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning met inbegrip van de verschillende budgetcategorieën”.

De indicatieve verdeling van de extra middelen in uitvoering van het decreet PVF en beleid personen met een beperking geven we weer in onderstaande tabel.

UB PmH	Trap 1 (BOB + RTH)	Trap 2 (niet-RTH)	totaal PmH
2015	€ 10.000.000	€ 30.000.000	€ 40.000.000
2016	€ 9.000.000	€ 9.000.000	€ 18.000.000
2017	€ 54.750.000	€ 54.750.000	€ 109.500.000
2018	€ 58.250.000	€ 104.250.000	€ 70.000.000
2019			€ 92.500.000
	€ 132.000.000	€ 198.000.000	€ 330.000.000

6.3 Principes voor de operationalisering van trap 1

In de eerste trap van het Decreet PVF hebben personen met een beperking met een zekere ondersteuningsnood recht op een forfaitair ondersteuningsbudget: het basisondersteuningsbudget (BOB). Met het BOB krijgen mensen de regie over hun leven meer in eigen handen en wordt een specifiek instrument voor de inclusie van mensen met een beperking aangereikt.

Met dit budget kunnen kosten van niet-medische zorgen (opvang, toezicht, begeleiding,...) betaald worden. Zorg kan dus vrij ingekocht worden en de besteding hoeft niet verantwoord te worden.

Personen met een Handicap van 3% per jaar wordt vooropgesteld als een factor waarmee rekening dient gehouden te worden bij het vaststellen van de globale behoefte.

De budgethoogte moet zo hoog zijn dat ze het doel (inclusie en regie in eigen handen) kan bereiken en een daadwerkelijke ondersteuning is van de binnenste vier cirkels. Mensen met een beperking hebben omwille van diverse redenen zoals o.a. beperkte participatiemogelijkheden aan het arbeidscircuit, een beperkte mobiliteit,... minder kans op een volwaardige deelname aan de samenleving. Hun inkomen is kleiner dan een inkomen uit arbeid en bovendien hebben ze meer uitgaven. Uit de Handilab-studie (LUCAS, 2012) blijkt dat mensen met een beperking op meerdere uitgavenposten besparen zoals op gezinshulp, verplaatsingskosten, woningaanpassingen, hulpmiddelen,... Uit bevragingen van gebruikersverenigingen bij hun leden blijkt 300 euro per maand noodzakelijk om dit doel te bereiken.

De uitbouw van trap 1 moet ook substantieel zijn om de effecten ervan op trap 2 te kunnen meten. Verwacht wordt dat dit voor een deel van de doelgroep zal betekenen dat er geen of pas later een vraag naar trap 2 zal gesteld worden. Of dat zo zal zijn, moet geëvalueerd worden en kan gemeten worden bij voldoende uitbouw. Omgekeerd belet het beschikken over een BOB niet dat men intussen kan blijven wachten op ondersteuning uit trap 2.

Het BOB wordt een onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming (verzekeringsmodel). “Zo creëren we een recht op basisondersteuning “(MvT blz 3) . “Het basisondersteuningsbudget zal hierdoor de druk op de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning, gefinancierd door het VAPH, verminderen (MvT blz 22). In een verzekeringsmodel betalen mensen een premie waaraan rechten worden gekoppeld (wie aan de voorwaarden voldoet, heeft rechten, los van de budgettaire context op dat ogenblik). De risicobepaling dient voldoende ruim te zijn om draagvlak te behouden bij de bevolking.

De toekenning van het BOB zal geleidelijk gebeuren (cfr. Art. 4 van het Decreet PVF). We faseren op basis van erkende handicap en vastgestelde ondersteuningsnood.

Het BOB kan ruimer besteed worden dan aan RTH. Als het besteed wordt aan RTH betaalt men met het BOB de cliëntbijdrage voor de modules binnen RTH (begeleiding, dagopvang en verblijf). Door de combinatie van BOB en de uitbouw van RTH garanderen we aan een grote groep mensen dat zorg beschikbaar is. De middelen voorzien voor trap 1 kunnen we besteden aan BOB en uitbouw RTH.

6.4 Geleidelijke invoering BOB

Het BOB wordt toegekend aan mensen met een handicap én een ondersteuningsnood.

6.4.1 Inhaaloperatie voor volwassenen met de grootste ondersteuningsnoden

In 2016 is een inhaaloperatie noodzakelijk. Personen met een handicap en een grote ondersteuningsnood hebben vandaag geen enkele garantie op hulp. Een inhaaloperatie voor zij die al langer te kennen gaven dat hun ondersteuningsnood groter is dan wat zij kunnen dragen met inzet van cirkel 1 tem 4, is de eerste stap.

De eerste groep (2016) zijn volwassenen, die nog geen gebruik maken van VAPH zorgaanbieders, maar wel

- een PEC ticket hebben ‘zorg’ of ‘PAB’ (zijn dus erkend als personen met een handicap)

- een erkende en actuele ondersteuningsnood hebben, die geformaliseerd werd met een registratie van een actieve vraag op de CRZ (zij doorliepen allen een multidisciplinair onderzoek, waarbij vastgesteld werd dat hun ondersteuningsnood een vraag naar niet rechtstreeks toegankelijke hulp (Trap 2) rechtvaardigt

Hun aantal wordt geraamd op 7.500 personen. Op 30/06/2014 stonden 7.313 volwassenen op de CRZ die nog geen enkele vorm van VAPH ondersteuning hadden. Zij hoeven geen verdere indexeringsprocedure te doorlopen om erkend te worden als persoon met een handicap en vaststelbare ondersteuningsnood. Het BOB wordt hen automatisch toegekend.

Door volwassenen op de CRZ een BOB toe te kennen, kan hun ondersteuningsnood verlicht worden. Dit kan maar hoeft niet te betekenen dat hun vraag naar een PVF geschrapt wordt. Verwacht wordt dat de opstart van het BOB de grootste impact heeft op de vraag van volwassenen die wachten op thuisbegeleiding (656 personen)².

We houden er rekening mee dat ook een aantal mensen die nu gebruik maken van thuisbegeleiding in niet RTH (ongeveer 7.000 mensen), wensen over te stappen naar trap 1 en een BOB wensen aan te vragen. Deze groep wordt budgettair niet meegenomen in onderstaande berekeningen. Zij betekenen een meerkost in Trap 1 (BOB) maar creëren ruimte in Trap 2 (niet RTH).

6.4.2 Inhaaloperatie voor minderjarigen met de grootste ondersteuningsnoden

In 2017 is ook een inhaaloperatie voor minderjarigen noodzakelijk. Een inhaaloperatie voor zij die al langer te kennen gaven dat hun ondersteuningsnood groter is dan wat zij kunnen dragen met inzet van cirkel 1 tot 4, is de volgende stap.

De **tweede groep** (2017) zijn minderjarigen, die nog geen gebruik maken van VAPH zorgaanbieders, maar wel

- een PEC ticket hebben 'zorg' of 'PAB' (zijn dus erkend als personen met een handicap)
- een erkende en actuele ondersteuningsnood hebben, die geformaliseerd werd met een registratie van een actieve vraag op de CRZ/bij ITP (zij doorliepen allen een multidisciplinair onderzoek, waarbij vastgesteld werd dat hun ondersteuningsnood een vraag naar niet rechtstreeks toegankelijke hulp (Trap 2) rechtvaardigt

Hun aantal wordt geraamd op 4000 personen. Op 31/12/2013³ stonden 3.937 minderjarigen op de CRZ die nog geen enkele vorm van VAPH ondersteuning hadden. Zij hoeven geen verdere indexeringsprocedure te doorlopen om erkend te worden als persoon met een handicap en vaststelbare ondersteuningsnood. Het BOB wordt hen automatisch toegekend.

² In de meerjarenanalyse die aan het Vlaams Parlement werd voorgesteld lezen we: "In 2010 werd het VAPH-aanbod uitgebreid met rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding voor minderjarigen. Vanuit de afdeling Inschrijvingen en Doelgroepenbeheer (IDB) is in kaart gebracht welk effect dat had op het aantal aanvragen niet-rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding. Als we opnieuw 2009 als beginpunt nemen dan zien we dat er in 2012 36 % minder aanvragen waren. De cijfers tonen een sterk dalende trend met als exponent 51 % minder aanvragen in 2013.

³ We baseren ons op cijfers van eind 2013 gezien de zorgvragen voor minderjarigen in 2014 werden overgeheveld naar de Integrale Toegangspoort. Hun registratie verloopt anders (modules) waardoor de cijfers van eind 2013 transparanter zijn om prognoses op te maken.

Door minderjarigen op de CRZ een BOB toe te kennen, kan hun ondersteuningsnood verlicht worden. Dit kan maar hoeft niet te betekenen dat hun vraag naar een PVF geschrapt wordt. Verwacht wordt dat de opstart van het BOB de grootste impact heeft op de vraag van minderjarigen die wachten op thuisbegeleiding (536 personen)⁴.

We houden er rekening mee dat ook een aantal minderjarigen die nu gebruik maken van thuisbegeleiding in niet RTH, wensen over te stappen naar trap 1 en een BOB wensen aan te vragen.

6.4.3 Toekenning BOB aan minderjarigen en jongvolwassenen

Fase 1 (CRZ volwassenen) en fase 2 (CRZ minderjarigen) zijn bedoeld om reeds lang bestaande on-
vervulde noden, te verlichten. Met BOB, die deel is van de noodzakelijke systeemshift, willen we de omslag maken van ingrijpen in schrijnende situaties naar preventieve ondersteuning. Na de 2 inhaaloperaties willen we met de fase(s) van automatische toekenning van het BOB focussen op preventie (zo lang en zo goed mogelijk voorkomen dat de draaglast de draagkracht overstijgt).

Bij de automatische toekenning starten we met de minderjarige personen met een handicap en ondersteuningsnood. Kinderen en jongeren groeien bij voorkeur op in hun eigen gezin. Als de draagkracht van dit gezin onder druk komt door de ondersteuningsnood van hun kind/één van de kinderen, kan het BOB een belangrijke verlichting betekenen en een uitstel van of het vermijden van institutionalisering.

Door het BOB van jongs af aan toe te kennen, geven we kansen aan ouders om te ontdekken hoe met BOB, en met de inzet van cirkel 1 t.e.m. 4, zorg kan georganiseerd worden.

Voor jongvolwassenen is er vandaag geen sprake van naadloze zorg. Ze verlaten het MFC vaak zonder voldoende perspectief. Ouders zijn vaak nog energiek en gezond en daarom bereid én in de mogelijkheid om zelf een deel van de zorg op te nemen, met hulp van reguliere diensten. Voor hen kan het (poolen van) een BOB het verschil maken om de zorg rond te krijgen. Het BOB maakt voor hen continuïteit in de zorg mogelijk. Jongeren tot 25 jaar worden meegenomen in de fasering.

We kiezen voor een klantvriendelijke, laagdrempelige en efficiënte procedure, waarbij rechten maximaal automatisch worden toegekend. We koppelen daarom het BOB automatisch aan de verhoogde kinderbijslag vanaf 12 punten. Voor deze mensen achten we het hebben van een handicap én een ondersteuningsnood voldoende onderzocht en aangetoond. Het maximaal potentieel recht-hebbenden op het BOB volgens automatische procedure is dan 9.482 personen (zie tabel 2).

De 21 tot 25 jarigen⁵ komen in aanmerking voor een BOB als zij bij aanvraag nog geen 26 jaar zijn, op 21 jaar een verhoogde kinderbijslag hadden van + 12 punten en sindsdien erkend zijn als rechthebbend op een integratietegemoetkoming van categorie 3 of hoger. Het werkelijk aantal rechthebbenden zal lager liggen:

- Zij die al gebruik maken van Trap 2 worden uitgesloten.
- Zij die niet aan de voorwaarden van decreet zorgverzekering/VSB voldoen zijn uitgesloten.

⁴ In de meerjarenanalyse die aan het Vlaams Parlement werd voorgesteld lezen we: “In 2010 werd het VAPH-aanbod uitgebreid met rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding voor minderjarigen. Vanuit de afdeling In-schrijvingen en Doelgroepenbeheer (IDB) is in kaart gebracht welk effect dat had op het aantal aanvragen niet-rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding. Als we opnieuw 2009 als beginpunt nemen dan zien we dat er in 2012 36 % minder aanvragen waren. De cijfers tonen een sterk dalende trend met als exponent 51 % minder aanvragen in 2013.

⁵ De cijfers laten niet toe deze groep te distilleren en dus te ramen. Op de CRZ staan 371 jongeren met een vraag geregistreerd. Het gaat dus om een relatief kleine groep.

- Er zal een jaarlijkse doorstroming zijn van Trap 1 naar Trap 2
- Zij die al een BOB toegekend kregen via de inhaaloperatie voor minderjarigen op de CRZ.

Volgende factoren kunnen het aantal rechthebbenden doen stijgen:

- We houden bij deze startpositie geen rekening met een jaarlijkse potentiële aangroei.
- Bij de opstart verwachten we ook een aantal kinderen die wensen over te stappen van Trap 2 naar Trap 1.

Zowel in 2016 als in 2017 en volgende jaren, kunnen mensen, die vrijwillig overstappen van Trap 2 naar Trap 1, een BOB toegekend krijgen. Best houden we rekening met een periode waarin terugval mogelijk is. De budgetten die op deze manier vrijkomen, kunnen gehergroepeerd worden voor inzet in Trap 2. Het advies van de Task Force en het advies van het Raadgevend Comité wordt hierover nog ingewacht.

Tabel 2: aantal rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag (Cijfers Famifed)

Groepen	Aantal rechthebbenden	Bruto budget (aan 300 euro) (3600 euro pp/jaar)
Minderjarigen (Vlaams Gewest)		
KB + 18 ptn	3.063	11.026.800
KB + 15 ptn	2.041	7.347.600
KB + 12 ptn	4.378	15.760.800
TOTAAL	9.482 pers.	34.135.200

6.5 Geleidelijke invoering BOB per jaar.

2016

In september 2016 starten we met de inhaaloperatie voor de volwassenen op de CRZ.

2016 (start 1 september)	7.500 volw CRZ	BOB: (7.500 pers x 3600): 3 = 9.000.000 euro	RTH: 0 euro
--------------------------	----------------	--	----------------

2017

Bij de besteding van het budget in 2017 houden we rekening met het feit dat voor de groep uit 2016 het verschil moet worden voorzien tussen het budget dat begroot is in 2016 (9.000.000 euro) en het budget om deze groep een volledig jaar BOB uit te betalen (27.000.000 euro), nl. 18.000.000 euro.

In januari 2017 breiden we de begunstigten voor BOB uit met de minderjarigen op de CRZ.

In september 2017 kennen we het BOB automatisch toe aan minderjarigen met een verhoogde kinderbijslag van 12 punten of meer en aan de jongvolwassenen van 21 tot 25 jaar.

In 2017 breiden we het aanbod RTH gevoelig uit om voldoende capaciteit te verzekeren.

2017 (jan)	Beschikbaar Budget Trap 1 = 54.750.000	BOB 4.000 pers x 3600 = 14.400.000 euro	RTH: 10.971.600 euro
2017 (sept)	(18.000.000 euro is voorbehouden.)	(9.482 x 3600): 3 = 11.378.400 euro	

2018

Bij de besteding van het budget in 2018 houden we rekening met het feit dat voor de groep uit 2017 het verschil moet worden voorzien tussen het budget dat begroot is in 2017 (11.378.400 euro) en het budget om deze groep een volledig jaar BOB uit te betalen (34.135.200 euro), nl. 22.756.800 euro. Er start geen nieuwe groep rechthebbenden op automatische toekenning op.

2018	Beschikbaar Budget Trap 1 = 58.250.000	BOB:	RTH:
	(22.756.800 euro is voorbehouden)		

2019

In 2017-2018 evalueren we kwantitatief en kwalitatief het effect van de inzet van de middelen. De middelen voor Trap 1 in 2019 (verdeling tussen BOB en RTH) worden vastgelegd na evaluatie. Bij een

positieve balans is het een mogelijkheid om ook de volwassenen met de grootste ondersteuningsnood (categorie 5 en 4 van de integratietegemoetkoming) een BOB toe te kennen. Als zij niet werden gevat door de inhaaloperatie voor volwassenen en geen gebruik maken van Trap 2, weten we met zekerheid dat ondersteuning van cirkel 1 t.e.m. 4 gerechtvaardigd zijn.

6.6 Principes voor de operationalisering van trap 2.

Indien de ondersteuningsnood de draagwijdte van het forfaitair ondersteuningsbudget overstijgt, dan vraagt de persoon met een beperking toegang tot meer intensieve of meer frequente handicapspecifieke zorg. Er wordt in de tweede trap van het Decreet een ondersteuningsplan op maat van de individuele persoon met een beperking opgesteld. Dit geeft toegang tot trap 2 waarbij de persoon met een handicap een persoonsvolgend budget wordt toegekend waarbij hij de keuze heeft of hij dit cash inzet of via voucher of via een combinatie van beide. De hoogte van het bedrag wordt bepaald op basis van de zorgzwaarte.

De budgethoogtes en de budgetcategorieën van de persoonsvolgende financiering moeten nog vastgesteld worden. De gemiddelde kostprijs en het aantal mensen dat kan geholpen worden, kan nog niet vastgesteld worden. Voortgaand op voorlopige indicaties vanuit de Task Force, ramen we een gemiddelde kostprijs op 40.000 euro. Ook enkele andere parameters hebben invloed op de berekening van de gemiddelde kostprijs van een PVF:

- Hoe meer mensen, die nu gebruik maken van een eerder lichte ondersteuningsvorm, kiezen voor een BOB, hoe hoger de gemiddelde kostprijs van een PVF.
- Hoe hoger de budgethoogtes van de grootste zorgnoden zijn, hoe hoger de gemiddelde kostprijs.
- Hoe groter de efficiëntiewinsten die zorgaanbieders kunnen realiseren, hoe lager de gemiddelde kostprijs. We verwachten 10% efficiëntiewinsten bij de invoering van MFC en FAM.
- Voor mensen op de CRZ, die reeds gebruik maken van ondersteuning vanuit het VAPH, moet enkel de kost gerekend worden van de upgrade van hun zorgvraag.

Rekening houdend met deze parameters, blijven we bij deze (zeer voorlopige) ramingen uitgaan van een gemiddelde kostprijs van 40.000 euro. Met 198.000.000 euro kunnen we maximaal 4.950 mensen toegang geven tot niet-RTH. Samen met de 42.634 mensen die nu reeds gebruik maken van het VAPH-aanbod, rekening houdend met de uitstroom die nog niet in deze cijfers vervat zit en rekening houdend met de efficiëntiewinsten die nog zullen geboekt worden, benaderen we de beoogde 50.000 vooropgestelde personen met een handicap in 2019.

Wie toegang heeft tot trap 2, kan dit niet combineren met een BOB. Er is voldoende flexibiliteit voorzien om vlot te wisselen tussen trap 2 en trap 1.

6.7 Efficiëntiewinsten binnen het VAPH-aanbod.

Binnen het bestaande zorgaanbod, zal maximaal aandacht gaan naar efficiëntiewinsten. Dit betekent dat huidige voorzieningen verder groeien als sociale ondernemers, waarbij ingezet wordt op de kernopdracht (handicapspecifiek zorgaanbod) en andere opdrachten maximaal worden uitbesteed aan beter geplaatste partners (bv. gezinshulp, gebruik van dienstencheques, diensten aangepast vervoer,...). We voorzien hier een potentiële ruimte voor groei met 10% (meer mensen t.o.v. cliënteel in 2014).

6.8 Voorafnames

Ten laatste in 2017 zal een voorafname moeten gebeuren voor de realisatie van de kritische succesfactoren: uitbouw capaciteit bijstandsorganisaties, uitbouw capaciteit voor opmaak ondersteuningsplannen, enz.

Sommige voorafnames zijn tijdelijk: bv. de capaciteit voor de opmaak van ondersteuningsplannen en de capaciteit voor de inschaling zal pieken tussen 2016 en 2020 omdat in deze periode zowel zij die voor het eerst instromen in trap 2 (of doorstromen naar een hogere zorgvorm) als zij die al jaren gebruik maken van VAPH-diensten moeten worden ingeschaald.

We verwachten vanaf 2017 jaarlijks een voorafname van max. 5 miljoen euro, hoofdzakelijk voor capaciteitsuitbreiding voor opmaak ondersteuningsplannen, objectivering van de zorgnood en afname zorgzwaarteinstrument. Dit beïnvloedt het budget dat besteedbaar blijft voor BOB, RTH en niet RTH, maar gezien deze nota ramingen hanteert, werd dit (nog) niet verrekend. Voorafnames gebeuren, zoals gesteld, op het totale jaarbudget.

6.9 Tot slot

Deze regeerperiode is het onze ambitie om een aanzienlijk budgettair groeipad te realiseren in de zorg en ondersteuning voor personen met een beperking. Hiermee willen we het decreet PVF geleidelijk aan implementeren. Dit zal gepaard gaan met een monitoring van het systeem, zodoende een maximaal effect te kunnen bereiken.

7 Budgettair overzicht

Onderstaande tabel bouwt voort op de tabel van pagina 26 en maakt de verdeling over de verschillende trappen concreter conform de bepalingen in artikel 3, 3^e en 4^e lid van het decreet.

UB PmH	Trap 1 (BOB + RTH)		Trap 2 (nietRTH)	totaal PmH
	BOB	RTH		
2015	-	€ 10.000.000	€ 30.000.000	€ 40.000.000
2016	€ 9.000.000	-	€ 9.000.000	€ 18.000.000
2017	€ 43.778.400	€ 10.971.600	€ 54.750.000	€ 109.500.000
2018	€ 22.756.800	-	€ 47.243.200	€ 70.000.000
2019	€ 35.493.200		€ 57.006.800	€ 92.500.000
	€ 132.000.000		€ 198.000.000	€ 330.000.000

