



**Kabinet van Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen**

Koning Albert II-laan 35 bus 90, 1030 BRUSSEL
Tel. 02 552 64 00 - Fax 02 552 64 01
Email: kabinet.vandeurzen@vlaanderen.be

CONCEPTNOTA

PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

INHOUDSTAFEL

Inleiding

1. Dynamisch en complementair georganiseerde zorg en ondersteuning voor personen met een handicap vanuit een alomvattend en coherent concept

1.1. Het basismodel: vijf concentrische cirkels van ondersteuning en zorg

1.2. De relatie met het concept “Kwaliteit van Bestaan”

2. Persoonsvolgende financiering: vraagsturing en zorggarantie

2.1. Enkele cijfers

2.2. Een systeemwijziging als noodzakelijke voorwaarde

3 De organisatie van de persoonsvolgende financiering

3.1. Het basisondersteuningsbudget voor een persoon met erkende handicap en een ondersteuningsnood

3.2. Het budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke VAPH-ondersteuning

INLEIDING

Deze conceptnota heeft als doel het nieuwe decretaal kader voor te bereiden waarin het toekomstig financieringsinstrument vervat zit dat bijdraagt aan vraaggestuurde zorg en ondersteuning en aan zorggarantie voor de mensen met een handicap. We realiseren dit door ten eerste een persoonsvolgend financieringssysteem te implementeren, ten tweede door een recht op een basisondersteuningsbudget te installeren, en ten derde door een engagement voor een groeipad, voor de door het VAPH-gesubsidieerde rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning en zorg decretaal te verankeren.

Het spreekt voor zich dat de persoonsvolgende financiering geen doel op zich is. Ze moet geplaatst worden in een brede maatschappelijke evolutie waarbij de visie op personen met een handicap grondig gewijzigd is. Het VN-verdrag over de rechten van personen met een handicap, opgemaakt in New York op 13 december 2006, is hiervan een internationale kristallisering. Het verdrag werd door Vlaanderen bij decreet van 8 mei 2009 geratificeerd. België ratificeerde dit verdrag op 2 juli 2009.

Een ander element dat we in deze nota behandelen, is de invloed van het recente ecologisch-systemisch perspectief op de organisatie van de ondersteuning en de zorg. Tijdens de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw is de basis van de traditionele subsidiërings- en financieringsmechanismen, die vandaag nog gelden, geconcipieerd. Dit gebeurde vanuit de toenmalige focus op zorg voor het individu vanuit een sterk medisch geïnspireerd stoornisdenken .

Doorheen de jaren is de focus van een welzijnspectief verschoven naar een emancipatorisch ondersteunings- en burgerrechtenperspectief. Mee geïnspireerd door de paradigmashift van het VN-verdrag inzake de rechten voor personen met een handicap ligt de focus vandaag op inclusie en de regie over het eigen leven. . Deze verschuiving heeft heel wat consequenties op de inhoud en de organisatie van zorg en ondersteuning, die wenselijk is om het perspectief van emancipatie en burgerrechten te realiseren. Een model dat als operationele basis kan dienen voor deze visie is het internationaal model van de American Association of Mental Retardation (AAMR).

Verder behandelen we de eigenlijke organisatie van de persoonsvolgende financiering.

We willen beklemtonen dat we in dit document verder bouwen op twee bestaande basisdocumenten van de Vlaamse Regering, met name het Vlaams Regeerakkoord (2009-2014):” Een daadkrachtig Vlaanderen in beslissende tijden. Voor een vernieuwende, duurzame en warme samenleving” en de Conceptnota “Perspectief2020. Een nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap”, die door de Vlaamse Regering werd goedgekeurd op 17 februari 2012 (VR 20121702.Doc.0107-1).

In het Vlaams Regeerakkoord lezen we onder punt III,1,f: “De organisatie en de financiering van de gehandicaptenzorg wordt afgestemd op de hedendaagse visie op personen met hun handicap en hun plaats in de samenleving. De ondersteuning wordt

vraaggestuurd georganiseerd. De verdere ontwikkelingen in de sector worden geleid door het richtsnoer van een zo groot mogelijke zelfsturing bij de bepaling van de ondersteuning van en voor personen met een handicap”.

Iets verder lezen we in hetzelfde document: “ De (handicapspecifieke) ondersteuning staat in functie van de ondersteuningsnood, de zorgzwaarte én het draagvlak van de persoon met een handicap in zijn thuissituatie”.

In de conceptnota “Perspectief 2020: nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap” worden in het derde deel de ambities, die we voor ogen hebben met betrekking tot de ondersteuning van personen met een handicap, beschreven, met name:

“De twee belangrijke doelstellingen die we willen bereiken in 2020 laten zich als volgt samenvatten:

- In 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap 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. “

Wij willen de aandacht van de lezer vestigen op het gegeven dat, willen wij de betaalbaarheid van de langdurige zorg (CARE) in het algemeen in Vlaanderen garanderen na de zesde staatshervorming, wij best nadenken over een bredere toepassing van het basismodel dat we in deze conceptnota vooropstellen. De behoeften zullen in de komende jaren enkel toenemen. Wij zijn er van overtuigd dat dit model, ter operationalisering van het begrip vermaatschappelijking van zorg, ook van toepassing kan zijn voor chronisch zieken, psychiatrische patiënten en ouderen. Dit betekent voor alle duidelijkheid niet dat wij pleiten voor een persoonsvolgende financiering voor al deze doelgroepen.

We omschrijven het begrip “vermaatschappelijking van zorg” zoals de Strategische adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin dit doet in haar visienota¹: “Verschuiving binnen de zorg waarbij er naar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ..., met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg”.

¹ Visienota “Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen” Strategische Adviesraad Welzijn – Gezondheid – Gezin, Brussel, 7 december 2012. P.8

1. DYNAMISCH EN COMPLEMENTAIR GEORGANISEERDE ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP VANUIT EEN ALOMVATTEND EN COHERENT CONCEPT

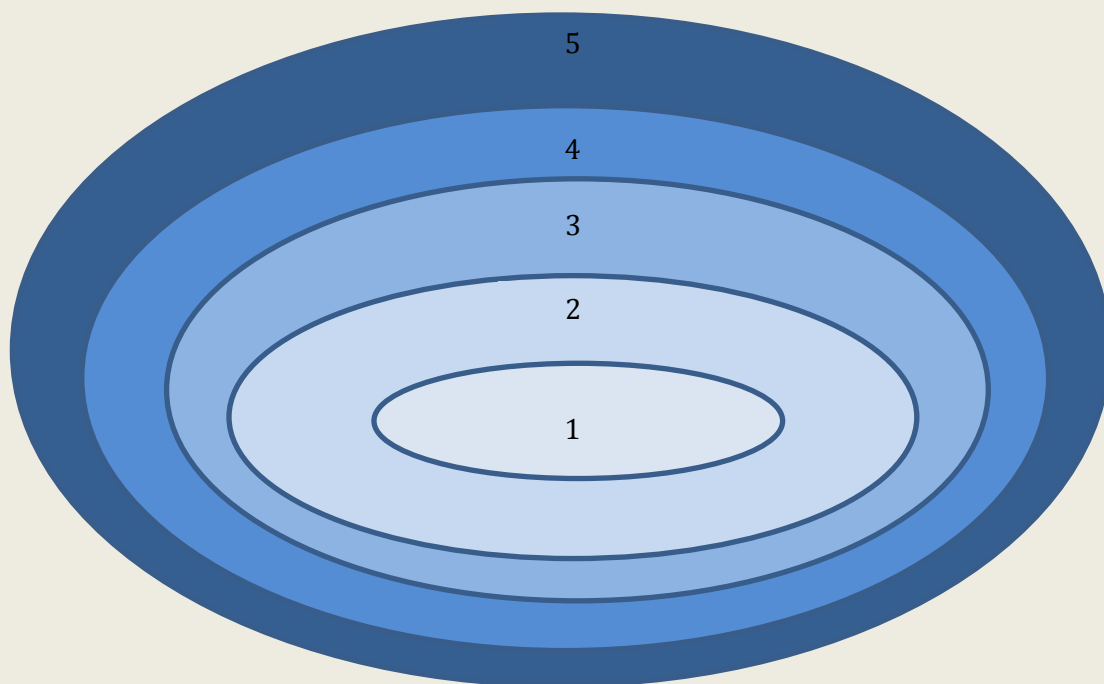
1.1 HET BASISMODEL: VIJF CONCENTRISCHE CIRKELS VAN ONDERSTEUNING/ZORG

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 handicap 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 handicap.

Het AAMR-cirkelmodel telt vijf ondersteuningssystemen:

1. de persoon met een handicap 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.

Maar in dit concentrische model ontbreekt de expliciete benoeming van een specifiek ondersteuningssysteem, nl. de zorg en ondersteuning die het gezin opneemt. We schuiven dit 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. Die beide cirkels voegen we daarom samen. Met deze twee wijzigingen hertekenen we het AAMR-model.



1. Persoon met handicap
2. Gezin waar de persoon woont
3. Familie, vrienden en informele contacten
4. Algemene zorg en dienstverlening
5. Gespecialiseerde zorg en dienstverlening

Het cirkelmodel telt 5 specifieke kringen.

- Zelfzorg: de zorg en ondersteuning die de persoon met een handicap zelf opneemt;
- Gebruikelijke zorg: de normale dagelijkse zorg en ondersteuning die gezinsleden die onder hetzelfde dak wonen geacht worden voor elkaar opnemen;
- Zorg en ondersteuning die geboden worden 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 door het VAPH gefinancierd.

In de eerste plaats merken we op dat ondersteuning vanuit de buitenste cirkels moet worden aangeboord wanneer:

- Ondersteuning vanuit het gezin of het sociale netwerk ontbreekt;
- 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 handicap;
- 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 ondersteuningstelsel 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 bestaan en het individueel functioneren van de persoon met een handicap 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 handicap 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 de binnenste cirkels - is even goed mogelijk.

De deelnemers aan het maatschappelijk debat op 6 en 7 juni 2012 herkenden zich in deze principes voor het organiseren van zorg en ondersteuning aan personen met een handicap. Wat meer is, dit model en haar uitgangspunten bekrachtigt een belangrijke stelling uit het maatschappelijk debat: de ondersteuning voor personen met een handicap is een gedeelde verantwoordelijkheid.

Ook het realiseren van een gelijke kansenbeleid voor de personen met een handicap zit uitdrukkelijk in de aanbevelingen van het maatschappelijk debat. Wat daarnaast zonder meer duidelijk benadrukt werd op de tweedaagse in Gent, was het belang van het eigen keuzeproces voor de persoon met een handicap en/of zijn directe omgeving. Wat wil de persoon met een handicap, en bij uitbreiding, zijn wettelijke vertegenwoordiger zelf. Internationaal wordt het resultaat van dit keuzeproces omschreven als "THE WANTS".

Het is mogelijk dat het ondersteuningsplan duidelijk maakt dat de inzet uit cirkel 1, 2, 3 of 4 niet aangewezen of niet mogelijk is voor de betreffende persoon met een handicap. Het VAPH beoordeelt het ondersteuningsplan. Daarbij wordt, waar mogelijk, rekening gehouden met de persoon met een handicap.

1.2. DE RELATIE MET HET CONCEPT “KWALITEIT VAN BESTAAN”

Het persoonlijk welzijn van personen met een handicap kan afgemeten worden aan hun kwaliteit van bestaan. Die kwaliteit van bestaan is een wetenschappelijk gevalideerd, multidimensioneel concept dat bestaat uit 8 factoren, 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 handicap.

Om een zo groot mogelijke kwaliteit van bestaan te ontplooiën of te bereiken, hebben personen met een handicap 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”, “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 bestaan, dus aan het welzijn van de persoon met een handicap.

2. PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING: VRAAGSTURING EN ZORGGARANTIE

2.1. ENKELE CIJFERS

Vandaag is het budget dat het VAPH ieder jaar van de Vlaamse Regering ter beschikking krijgt, ongeveer 1,36 miljard euro. Hiermee wordt voor een bedrag van 1,25 miljard euro de ondersteuning en zorg betaald van 40.800 mensen met een handicap. Het gaat dan over zowel mobiele begeleiding en ondersteuning aan huis, dagopvang, als residentieel verblijf. In 2013 zullen al meer dan 2200 personen van deze totale groep een cashbudget ontvangen van het VAPH onder de vorm van een PAB. Zij organiseren hiermee zelf hun ondersteuning.

De gemiddelde kostprijs per persoon met een handicap bedraagt dus ongeveer 30.600 euro.

De huidige Vlaamse Regering heeft zich geëngageerd om tijdens deze legislatuur minstens 145 miljoen euro nieuwe recurrente middelen toe te voegen aan het bedrag dat het VAPH jaarlijks ontvangt. Tot op heden zit zij volledig op koers om dit engagement te effectueren. Van dit bedrag gaat er ongeveer 80 % naar effectieve uitbreiding. Met dit 116 miljoen euro zullen we voor circa 4500 extra personen met een handicap ondersteuning en zorg mogelijk maken. Dit betekent dat de gemiddelde kostprijs per persoon met een handicap in het uitbreidingsbeleid van deze regeerperiode afgerond 23000 euro bedraagt. We verklaren dit door het feit dat we voornamelijk hebben ingezet op ondersteunende en minder op residentiële all-in formules.

De rest van het totaalbedrag gaat voor het grootste gedeelte, op vraag van de gebruikers en de sociale partners, naar versterking van kwaliteit voor de mensen met de zwaarste en meest complexe zorgvragen.

Naast de uitbreiding hebben we maatregelen genomen om efficiëntiewinsten te boeken

Deze zijn noodzakelijk in moeilijke economische en budgettaire tijden. Ze zijn eveneens noodzakelijk omdat er nog steeds een groot tekort is aan de aanbodzijde om alle zorgvragen te beantwoorden.

Maar deze maatregelen zijn onvoldoende om de nog steeds grote tekorten in de sector voor personen met een handicap op te lossen. Ongeveer 22.000 mensen staan vandaag geregistreerd op de zogenaamde 'wachlijsten'. 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 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.

2.2 EEN SYSTEEMWIJZIGING ALS NOODZAKELIJKE VOORWAARDE

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.

Vandaag krijgen twee mensen met eenzelfde handicap in principe altijd eenzelfde financiële tussenkomst van het VAPH. Dit zal in het nieuw persoonsvolgend financieringssysteem veranderen. Niet alleen financiële argumenten liggen hier aan de grondslag. 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.

Reeds bij de inleiding verwezen we in deze context naar het Vlaams Regeerakkoord. Hieruit leiden we af dat het persoonsvolgend budget voor de niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening gebaseerd zal zijn op de resterende ondersteuningsnood, na verrekening van de andere aanwezige ondersteuningsbronnen in het natuurlijke en sociale netwerk, en in de reguliere zorg.

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. Personen met een handicap zouden dan alleen een beroep doen op niet-rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke (lees gefinancierd door het VAPH) ondersteuning voor de onderdelen in hun ondersteuningsplan waarvoor geen enkele andere instantie kan instaan. Ook al hebben twee personen eenzelfde handicap in dezelfde ernstgraad, toch kan de handicapspecifieke ondersteuning voor deze twee personen verschillen omdat hun sociaal netwerk en de mogelijke inzet van regulier aanbod voor deze twee personen, van elkaar verschillen."

Ook in de vermelde beleidsaanbevelingen die het gevolg waren van het maatschappelijk debat op 6 en 7 juni 2012 is er een indringende vraag naar zorggarantie. 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. Deel 3.1 bevat een concreet voorstel, ter operationalisering hiervan.

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.

3. DE ORGANISATIE VAN DE PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING

We menen dat we de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap best in een getrapt systeem uitbouwen. Het voorliggend systeem bestaat uit twee trappen.

De eerste trap wordt gevormd door een “basisondersteuningsbudget”. Deze trap is in principe toegankelijk voor iedereen die een erkende handicap en een ondersteuningsnood heeft, vastgesteld door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (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, gefinancierd 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 handicap, 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 Vlaams Agentschap voor personen met een handicap 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 naar alle mensen met een erkende handicap en een vastgestelde ondersteuningsnood. Vandaag geraakt men door een tekort aan ondersteuningscapaciteit vaak niet in het gespecialiseerde ondersteuningssysteem. Zoals in punt 2.1 aangehaald, zijn er vandaag circa 22.000 mensen die zich hebben laten registreren en 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. 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 deze eerste trap de vermaatschappelijking van de zorg en is er een basisbijdrage tot het realiseren van de VN-conventie over de rechten van personen met een handicap. Door een grote bestedingsvrijheid van het basisbudget toe te kennen aan de persoon met een handicap, 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 handicap.

3.1. HET BASISONDERSTEUNINGSBUDGET VOOR EEN PERSOON MET ERKENDE HANDICAP EN EEN ONDERSTEUNINGSNOOD

In het oprichtingsdecreet van het VAPH (7 mei 2004) wordt in artikel 2 het begrip handicap omschreven als “elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren.”

In principe moet iedereen die een basisondersteuningsbudget wil ontvangen een beperkte inschrijvingsprocedure doorlopen bij het VAPH. Deze kan, zoals ook vandaag het geval is, verschillen naargelang de handicap in het verleden al of niet is vastgesteld.

Is de handicap al vastgesteld door een andere instantie, dan hoeft dit niet opnieuw te gebeuren door het VAPH. Zo kan de aanvraagprocedure versneld worden ². De volgende attesten zijn een voldoende bewijs van handicap:

- een attest of inschrijvingsverslag voor het buitengewoon onderwijs (kleuteronderwijs, lager onderwijs van het type 2,4,5,6,7, of secundair onderwijs in de opleidingsvorm 1 en 2);
- een attest waaruit blijkt dat u recht hebt op een toeslag op de kinderbijslag omwille van een handicap;
- een attest waaruit blijkt dat u recht hebt op een integratietegemoetkoming van categorie 3,4 of 5.

Is de handicap nog niet vastgesteld door een andere instantie, dan doorloopt de aanvrager een procedure bij het VAPH waarbij een multidisciplinair verslag wordt opgemaakt waarin alle elementen vervat zijn die van belang zijn om het VAPH te laten oordelen of het bestaande participatieprobleem noodzakelijkerwijze dient opgelost te worden door inzet van ondersteuning en zorg.

Belangrijk om op te merken is dat de afbakening van de gerechtigden op het basisondersteuningsbudget gebeurt op dezelfde wijze als beschreven in Hoofdstuk V. artikel 20 van het VAPH oprichtingsdecreet van 7 mei 2004.

Tot slot dient vermeld dat, indien de handicap het gevolg is van een verkeers-, arbeids- of ander ongeval, van een beroepsziekte of van een medische fout, er op de eerste plaats een beroep dient gedaan te worden op de aansprakelijke derde.

² Zie het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de indiening en afhandeling van de aanvraag tot ondersteuning bij het VAPH, art.2 §2bis en art.§bis.

Concreet stellen we voor om iedere persoon met een door het VAPH erkende handicap, die nog geen gebruik maakt van het niet-rechtstreeks toegankelijke VAPH-aanbod, een maandelijks forfaitair budget toe te kennen vanuit de Vlaamse zorgverzekering. Dit bedrag kan enkel besteed worden aan niet-medische kosten uit cirkel 1, 2, 3,4 en 5, wat het rechtstreeks toegankelijke hulpaanbod betreft. Dit betekent dat dit basisondersteuningsbudget niet cumuleerbaar is met het budget voor de niet-rechtstreeks toegankelijke, door het VAPH gefinancierde ondersteuning. We spreken ons hierbij niet uit over het budget dat vereist is, noch over de manier van financieren, van deze basisondersteuning (via de algemene middelen, via de zorgverzekering, forfaitair of inkomensgerelateerde inning of via andere kanalen).

3.2 HET BUDGET VOOR NIET-RECHTSTREEKS TOEGANKELIJKE VAPH -ZORG EN - ONDERSTEUNING

In overeenstemming met Perspectief 2020 behelst de persoonsvolgende financiering (PVF) of het persoonsvolgende budget (PVB) twee bestedingswijzen: als cashbudget en/of als trekkingsrechten bij de VAPH aanbieders van zorg en assistentie. We gaan ervan uit dat het bepalen van de ondersteuningsnood op eenzelfde wijze gebeurt, maar dat de persoon met een handicap in principe de keuze heeft het budget te besteden via vouchers bij erkende VAPH-zorgaanbieder, dan wel een cashbudget verwerft om zorg in te kopen of zelf assistenten aan te werven.

VOORWAARDEN

Een deugdelijk systeem van persoonsvolgende financiering moet aan volgende voorwaarden voldoen:

1. Een proces van zorgvraagverduidelijking vormt altijd de eerste stap in de berekening van een PVB.
2. Een objectieve vaststelling van de handicap en een objectivering van de zorgzwaarte is noodzakelijk.
3. De gemiddelde kost van het PVB mag niet hoger zijn dan de gemiddelde kost van de ZIN/PAB, zoals we die vandaag kennen.
4. Een systeem van PVB moet administratief eenvoudig, effectief en transparant zijn, zowel voor de persoon met een handicap, de zorgaanbieders als ook voor de overheid.

INSTROOM IN TWEEDE TRAP

A. KEUZEVRIJHEID OP BASIS VAN GEDEGEN INFORMATIE EN ZORGVRAAGVERDUIDELIJKING (THE WANTS)

HET PERSOONLIJK ONDERSTEUNINGSPLAN ALS BASIS VOOR BUDGETBEPALING

Om een persoonsvolgend budget te bepalen moet er na een fase van vraagverduidelijking een persoonlijk ondersteuningsplan worden opgemaakt. Het ondersteuningsplan veronderstelt de aanwezigheid van een ondersteuningsgroep rond de persoon met een handicap, die zoveel mogelijk zelfsturend is en die de uitvoering van het plan opvolgt en bijstuurt.

Het ondersteuningsplan focust op de zorg en ondersteuning die noodzakelijkerwijze moet geleverd worden door de inzet van personen. Deze personen kunnen gezinsleden, familieleden, mantelzorgers, professionelen uit de reguliere dienstverlening horend tot

Welzijn en Gezinsbeleid en het Onderwijs - het zorgbeleid van de school, de werkplek - collega's, de vrijetijdsomgeving, ..., zijn. Het ondersteuningsplan brengt al deze personen / diensten en hun concrete inzetmogelijkheden in kaart. Het plan geeft tevens een duidelijk zicht op de resterende inbreng die vanuit het VAPH nodig is, na inschakeling van de ondersteuningsbronnen uit de vier binnenste cirkels.

Het ondersteuningsplan kan door de persoon met een handicap opgesteld worden, maar hij kan zich in dit proces ook laten begeleiden door eerstelijnsdiensten uit diverse sectoren, die dit binnen hun reguliere opdracht willen en kunnen opnemen.

Daarnaast kunnen de personen met een handicap terecht bij de zes in Vlaanderen in 2012 opgerichte Diensten Ondersteuningsplan (DOP).

De Diensten Ondersteuningsplan zijn rechtstreeks toegankelijk en worden gefinancierd op dienstniveau.

De opbouw van het ondersteuningsplan gebeurt conform het model van de vijf concentrische cirkels. Dit mag niet gezien worden als een mechanistisch systeem, waarbij de krachten in een bepaalde cirkel volledig moeten uitgeput zijn vooraleer een volgende cirkel kan worden aangesproken. Het is telkenmale een zeer individuele oefening waarbij wordt nagegaan wat wenselijk en haalbaar is, rekening houdende met de wensen van de persoon met een handicap en de draagkracht van alle cirkels.

De taak van het VAPH zal er dan in bestaan om een minimale toets van het opgemaakt ondersteuningsplan door te voeren, om na te gaan of de betrokkenen, minstens met kennis van alle bestaande zorg- en ondersteuningsmogelijkheden op de verschillende levensdomeinen, hun keuze gemaakt hebben. Deze toets is tevens noodzakelijk om na te gaan of de continuïteit in de zorg en ondersteuning gewaarborgd is met het voorgelegde

plan, m.a.w. of er een ondersteuningsgroep aanwezig is die dit ter harte neemt. Indien dit niet het geval is, verwijst het VAPH door naar een Dienst Ondersteuningsplan.

Uit het ondersteuningsplan van de persoon met een handicap wordt gedistilleerd wat de persoon met een handicap vraagt uit de niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening van het VAPH. De resterende VAPH-vraag wordt door de opmakers van het ondersteuningsplan vertaald in volgende categorieën:

- 1) Mobiele ondersteuning:
Hieronder wordt iedere vorm van mobiele laag-intensieve ondersteuning begrepen.
- 2) Dagondersteuning
Hieronder wordt iedere vorm van ondersteuning die doorheen de dag wordt gegeven verstaan.
- 3) Woonondersteuning
Hieronder wordt iedere vorm van ondersteuning verstaan die met betrekking tot het daadwerkelijke wonen wordt gegeven. Deze ondersteuning vindt hoofdzakelijk 's ochtend, 's avonds en indien nodig 's nachts plaats.

Per categorie wordt voor de betreffende persoon de frequentie van de gevraagde ondersteuning weergegeven. Deze frequentie wordt weergegeven volgens een door het VAPH opgelegde eenheid.

Schematisch kunnen we dit zo voorstellen:

Categorie	Hoeveelheid: opgelegde eenheid
Mobiele ondersteuning	de hoeveelheid kan uitgedrukt worden in begeleidingen of in uren
Dagondersteuning	Uren
woonondersteuning	Uren

Deze categorieën zullen in de berekeningswijze nog verder geconcretiseerd dienen te worden om tot een onderbouwde kostprijsbepaling te kunnen komen.

Combinaties van deze soorten ondersteuning zijn mogelijk. Op basis van de geformuleerde vraag in categorieën kunnen we voor de persoon met een handicap een eerste berekening van een budget maken, rekening houdend met een forfaitaire kostprijs per eenheid. Deze forfaitaire kostprijs per eenheid wordt bepaald door het VAPH.

Deze berekening geeft aanleiding tot vier of vijf budgetcategorieën die we in de verdere technische uitwerking van de persoonsvolgende financiering nog zullen concretiseren.

B. OBJECTIVERING VAN DE ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE (THE NEEDS)

In functie van het bepalen onder welke van deze budgetcategorieën de betreffende persoon valt, wordt van de persoon met een handicap het zorgwaarte-inschalings-instrument afgenomen door een multidisciplinair team. Op deze wijze komen we tot een geobjectiveerde inschaling van de ondersteuningsbehoefte.

Hiermee zijn de grote lijnen geschetst van de toepassing van het mechanisme van de persoonsvolgende financiering, voor de niet-rechtstreeks toegankelijke, door het VAPH te financieren ondersteuning.

4. VOORSTEL VAN BESLISSING

De Vlaamse Regering beslist haar goedkeuring te hechten aan de conceptnota over de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap, met dien verstande dat deze goedkeuring geen enkel financieel of budgettair engagement inhoudt.

Jo Vandeurzen

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin