



VLAAMS AGENTSCHAP VOOR
PERSONEN MET EEN HANDICAP

• Sterrenkundelaan 30
• 1210 Brussel

• T 02 225 84 11
• F 02 225 84 05

• E informatie@vaph.be
• W www.vaph.be

Handleiding transitie naar persoonsvolgende financiering van flexibele aanbodcentra, persoonsvolgende convenanten en thuisbegeleidingsdiensten

Inhoud

1	Inleiding.....	4
2	Verloop transitie	4
2.1	Algemene informatie	4
2.2	Verloop transitie zorg in natura (ZiN) & PVC's	5
3	Wat wordt er verwacht van het FAM en de thuisbegeleidingsdienst?.....	7
3.1	Begeleidingsovereenkomsten.....	7
3.2	Inschatten.....	8
3.3	Simulatietool	9
3.4	Communicatie naar de cliënt.....	10
3.5	Overeenkomst tussen cliënt en voorziening	10
3.6	Correctie voor periode 01/04/2016 - 31/12/2016.....	10
4	Ondersteuningsfuncties i.f.v. transitie ZiN en PVC	11
4.1	Principes en aandachtspunten	11
4.2	Definitie ondersteuningsfuncties PVF	13
4.2.1	Dagondersteuning	13
4.2.2	Woonondersteuning	14
4.2.3	Psychosociale begeleiding	14
4.2.4	Praktische hulp	15
4.2.5	Globale individuele ondersteuning:	16
4.2.6	Oproepbare permanentie	16
5	Inschatting van de zorgwaarde van uw gebruikers	16
5.1	Nood aan begeleiding	17
5.2	Permanentie overdag	19
5.3	Tips.....	22
5.4	Vragen	22
5.5	Verklarende woordenlijst	22
6	Wat doet het VAPH?	23
6.1	Communicatie naar de cliënt.....	23
6.2	Controles.....	23
6.2.1	Controles B- en P-inschattingen	23
6.2.2	Controles inschatting ondersteuning.....	23
6.3	Berekeningen.....	24
7	Transitie naar een individueel aantal zorggebonden middelen voor de huidige gebruikers FAM en thuisbegeleiding	24
7.1	Basisprincipes transitie	24
7.1.1	Specifieke uitgangspunten m.b.t. de verschuiving i.f.v. zorggradatie	25
7.1.2	Specifieke uitgangspunten m.b.t. de verschuiving van het huidige systeem naar het systeem van woon- en leefkosten	25
7.2	Stappenplan transitie	25

Stap 1: Bepalen van de middelen beschikbaar voor de ondersteuning van meerderjarige persoon met een handicap (PmH) voor omzetting naar PVF	26
Stap 2: Voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten per cliënt	27
Stap 3: Het aandeel middelen nodig voor de continuering van de ondersteuning van cliënten die zullen overstappen naar RTH	28
Stap 4: Het totaal aandeel middelen dat beschikbaar is om de ondersteuning van gebruikers, die beschouwd worden als cliënten nRTH, te continueren.....	29
Stap 5: Het definitief, individueel aantal zorggebonden punten voor elke nRTH-client van een FAM of thuisbegeleidingsdienst	29
7.3 Transitiepad	30
7.3.1 Verschuiving van de zorggebonden punten	30
7.3.2 Verschuiving naar woon- en leefkosten	30
8 Contactgegevens	30
Bijlage 1: Good practices	31
Bijlage 2: Voorbeeld transitie cliënten	33
Bijlage 3: Voorbeelden transitie naar PVF	34

1 Inleiding

De Conceptnota Perspectief 2020 introduceert de persoonsvolgende financiering (PVF) als één van de belangrijke pijlers van het nieuwe ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap. Ingegeven door de paradigmashift van het VN-verdrag betreffende de rechten van personen met een handicap zijn inclusie en de regie over het eigen leven centrale elementen in het perspectiefplan 2020. De verschuiving van de visie op personen met een handicap en hun plaats in de samenleving impliceert een verandering van de organisatie en de financiering van de sector voor personen met een handicap. Het invoeren van het nieuwe, persoonsvolgende financieringssysteem zal in belangrijke mate bijdragen aan het realiseren van zorggarantie en vraaggestuurde zorg, twee ambities die in 'perspectief 2020' naar voor worden geschoven.

In deze handleiding kan u alle informatie terugvinden, die u nodig heeft om de overgang te maken naar PVF. We starten met een algemene toelichting over hoe de transitie juist zal verlopen en wat uw rol daarin is en eindigen met erg specifieke informatie over hoe u de omzetting van uw cliënten in kader van PVF juist dient aan te pakken. Belangrijk om te vermelden is dat alle informatie die werd opgenomen in deze handleiding onder voorbehoud is. Deze is namelijk afhankelijk van de definitieve goedkeuring door de Vlaamse regering van een aantal besluiten, met het besluit omtrent de transitie zelf als voornaamste afhankelijke.

Bij deze handleiding werd ook een simulatietool in Excel meegeleverd, hierover kan u onder 3.3 meer informatie terugvinden.

Aanvullend aan deze handleiding worden er ook provinciaal infosessies georganiseerd. Daar kan u terecht met al uw vragen. We zouden u dan ook willen verzoeken om mogelijke vragen op te sparen tot dan. U kan deze eventueel wel reeds doorgeven aan ons zodat wij deze alvast eens kunnen bekijken en ons hierop voorbereiden voor de infosessies. Deze mogen gestuurd worden naar transitieVZ@vaph.be. Indien er, na het volledig doorlezen van dit document en na afloop van de infosessies, toch nog een vraag opduikt over de transitie, kan u deze naar transitieVZ@vaph.be mailen of bellen naar het nummer 02/225 86 20.

2 Verloop transitie

In dit hoofdstuk zal eerst het algemene kader van de transitie worden toegelicht om vervolgens de concrete timing van de transitie van de flexibele aanbodcentra voor meerderjarigen (FAM's), de langlopende persoonsvolgende convenanten (PVC's) en de thuisbegeleidingsdiensten te overlopen.

2.1 Algemene informatie

Vanaf 01/01/2016 wordt de persoonsvolgende financiering in verschillende golven geïmplementeerd in de sector voor personen met een handicap.

Achtereenvolgens worden de verschillende aspecten van PVF voor meerderjarigen ingevoerd, namelijk:

1 januari 2016

- Regelgevend kader FAM en MFC (multifunctionele centra) treedt in werking
- Nieuw regelgevend kader RTH (rechtstreeks toegankelijke hulp) is van kracht
- Regelgeving vergunde bijstandsorganisaties is van kracht

1 april 2016: Toewijzing conform PVF

Nieuwe procedure voor aanvragen en afhandelen van een vraag naar (een budget voor) niet rechtstreeks toegankelijke hulp (nRTH) is van kracht

- Nieuw BVR (Besluit van de Vlaamse regering) DOP (dienst ondersteuningsplan) is van kracht
- BVR toeleiding treedt in werking
- BVR regie PVF treedt in werking

1 september 2016: toekenning, inzet, besteding & verantwoording conform PVF

- Er zijn vergunde zorgaanbieders
- PVB (persoonsvolgend budget) niet rechtstreeks toegankelijke hulp (nRTH) kan ingezet, besteed en verantwoord worden conform de principes PVF, dit voor de nieuw toegekende budgetten
- Nieuwe financieringstechniek (cash/voucher) is operationeel
- Alternatieve loonkostendeckende financiering is van kracht

1 januari 2017

- Alle huidige, meerderjarige gebruikers nRTH zijn overgeschakeld naar PVF (FAM, thuisbegeleiding, PAB (persoonlijk assistentiebudget), PGB (persoonsgebonden budget) en PVC) met uitzondering van middelen die gebruikt worden voor specifieke projecten voor geïnterneerden binnen en buiten de strafinrichting en observatie-units voor volwassenen.

Voor de FAM's en thuisbegeleidingsdiensten zijn de data 1 september 2016 en 1 januari 2017 de voornaamste. Ze zullen op 1 september 2016 namelijk automatisch als vergunde zorgaanbieder starten. Vanaf dan is het mogelijk om personen met een PVB op te nemen. Daarnaast blijft het FAM echter ook de oude erkenning behouden tot en met 31/12/2016. De eventuele opname(s) van een persoon met een PVB staat buiten deze erkenning. Het is pas vanaf 01/01/2017 dat er iets verandert voor de cliënten die reeds in een voorziening werden opgenomen. Op die datum worden alle cliënten omgezet naar budgethouders met een individueel aantal zorggebonden punten. Ook MFC's zullen vanaf 1/9/2016 automatisch een vergunning krijgen als vergunde zorgaanbieder. Zij kunnen dus vanaf dan eventueel ook ondersteuning bieden aan volwassen budgethouders in het kader van PVF. De minderjarigencapaciteit blijft nog onder MFC.

2.2 Verloop transitie zorg in natura (ZiN) & PVC's

Deze handleiding is een eerste startpunt voor de transitie ZiN en PVC's. Hierop volgend zullen er in de week van 21 tot en met 25 maart 2016 10 infosessies worden georganiseerd, in elke provincie een voor- en een namiddag. Hier heeft u reeds, via omzendbrief, een uitnodiging voor ontvangen.

In de transitie zal aan elke voorziening worden gevraagd om zijn cliëntenbestand, zoals deze opgenomen zijn in begeleidingsovereenkomsten in de cliëntenadministratie op de avond van 31/03/2016, in kaart te brengen. Het inschatten zal deels bestaan uit het in kaart brengen van de ondersteuningsfuncties en deels uit het inschatten van de zorgzwaarte. Hoe u dit concreet dient te doen wordt uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 4 en 5.

Vanaf **01/04/2016** zal u, via het officieel e-mailadres van uw FAM of thuisbegeleidingsdienst, een Excellijst ontvangen van elke cliënt, waarvoor u een begeleidingsovereenkomst hebt lopen op datum van 31/03/2016. Voor deze cliënten dient u in de simulatietool in bijlage van deze omzendbrief de ondersteuningsfuncties in te vullen en een schatting van de B- en P-waarden te maken. De cliënten die opgenomen zijn in of ondersteund worden door specifieke projecten voor geïnterneerden worden niet meegenomen in deze transitieoefening. De specifieke projecten voor geïnterneerden behouden hun capaciteit binnen de FAM-erkenning. Voor de cliënten die in een observatie-unit verblijven, wordt de ondersteuning en de zorgzwaarte in kaart gebracht door de voorziening waar ze voor het verblijf in de observatie-unit werden ondersteund. De capaciteit van de observatie-units wordt niet meegenomen in de transitieoefening en blijft voorlopig behouden binnen de huidige FAM-erkenning. Als uw gegevens definitief zijn, kan u deze via het Excel-bestand van de simulatietool opsturen naar transitieVZ@vaph.be. U kan dit doen zodra u hiermee klaar bent, zodat het VAPH snel kan starten met het verwerken van deze gegevens. De deadline van het opsturen van uw gegevens ligt op **24/05/2016**. Dan dienen alle gegevens te zijn bezorgd aan het VAPH.

Indien u in de periode februari-maart 2016 een grote vermindering kende in geboden ondersteuning, bijvoorbeeld door het overlijden van cliënten, en deze nog niet hebt kunnen aanbieden aan nieuwe cliënten, dient u dit in de **eerste week van april 2016** te laten weten aan het VAPH (meer info hierover onder 3.6).

Er zal, vanaf dat er gegevens ontvangen zijn, gestart worden met het uitvoeren van controles op de verschillende inschattingen. De controles op de inschattingen van de zorgzwaarte zullen uitgevoerd worden door opgeleide inscalers en de controles op het in kaart brengen van de geboden ondersteuning door VAPH-medewerkers. Deze controles zullen lopen **tot midden juli 2016**.

Indien uit de controles blijkt dat de inschatting door een voorziening op een foute manier is aangepakt, krijgt de voorziening tot **26/08/2016** tijd om zijn inschattingen zelf te herdoen op basis van de nieuw verworven inzichten. Indien er een vermoeden is van manifest foutieve inschattingen, zal zorginspectie ingeschakeld worden.

In tussentijd dient men ook een reconversie naar RTH aan te vragen, indien van toepassing, met **30/06/2016** als deadline hiervoor. Hiervoor zal er door het VAPH **begin juni 2016** een lijst worden bezorgd aan de voorzieningen zodat deze een duidelijk overzicht hebben van het aantal te reconverteren punten. FAM's zullen enkel kunnen reconverteren in kader van de transitie naar PVF, dus niet op aparte aanvraag. Gezien de transitie, zal er mogelijk een verplaatsing komen van de deadline van 01/01/2017 om tot een minimale RTH-erkenning van 35 punten te komen. Als dit het geval is, zal hier tijdig over worden gecommuniceerd.

Na 26/08/2016 zal het VAPH de ontvangen gegevens verwerken om zo vanaf **26/09/2016** te kunnen starten met het communiceren van het definitief, individueel aantal zorggebonden punten van elke cliënt, eerst aan de voorzieningen en vervolgens rechtstreeks aan de cliënt zelf. Hierna kunnen de voorzieningen starten met het opmaken van nieuwe dienstverleningsovereenkomsten voor het jaar 2017.

Begin januari 2017 zal u worden gevraagd een simulatietool, die het VAPH zal aanleveren in Excel, in te vullen waarin u alle wijzigingen opneemt die in de periode 01/04/2016 - 31/12/2016 zijn gebeurd. Het gaat om cliënten die de voorziening hebben verlaten, nieuw zijn ingestroomd of waarvan de geboden ondersteuning is gewijzigd. Op basis hiervan zal het VAPH in de tweede week van januari 2017 en in het begin van februari 2017 berekeningen uitvoeren om deze wijzigingen te verwerken. Zo worden de betrokken cliënten ook correct omgezet naar PVF. De resultaten hiervan worden vervolgens gecommuniceerd aan de voorzieningen en de betrokken cliënten. Onder 3.6 kan u hier meer informatie over terugvinden.

Hierna volgt een periode van 3 jaar waarin de subsidies pro rata evolueren van de subsidies zoals de voorzieningen deze nu krijgen naar subsidies op basis van de definitieve individuele aantallen zorggebonden punten, die via overeenkomst met de budgethouder aan de voorziening zijn gegeven. Concreet zal, indien van toepassing, een wijziging in de subsidie plaatsvinden op **01/01/2018**, **01/01/2019** en **01/01/2020**. Over wat dit concreet inhoudt kan u meer informatie terugvinden onder hoofdstuk 7.

Hieronder kan u een overzicht terugvinden van het transitiejaar naar PVF, namelijk van de periode maart 2016 tot en met februari 2017. De zwartgedrukte tekst zijn de taken die door de voorzieningen dienen opgenomen te worden.

mrt/16	VAPH bezorgt handleiding VAPH geeft infosessies transitie
apr/16	Informereren cliënten en personeel
	Inschatten B- en P-waarde
	In kaart brengen ondersteuningsfuncties Start controles op doorgegeven gegevens door VAPH en MDT's
mei/16	Inschatten B- en P-waarde
	In kaart brengen ondersteuningsfuncties
	24/05: Deadline doorgeven gegevens via simulatietool Controles op doorgegeven gegevens door VAPH en MDT's
jun/16	Controles op doorgegeven gegevens door VAPH en MDT's
jul/16	Controles op doorgegeven gegevens door VAPH en MDT's
	Betrokken voorzieningen opnieuw B- en P-inschattingen/ondersteuningsfuncties bepalen
aug/16	Betrokken voorzieningen opnieuw B- en P-inschattingen/ondersteuningsfuncties bepalen
sep/16	VAPH doet berekeningen op basis van gecontroleerde en (eventueel) aangepaste gegevens
	VAPH communiceert resultaat berekeningen aan voorzieningen en cliënten
okt/16	VAPH communiceert resultaat berekeningen aan cliënten (finaliseren)
	Opmaken nieuwe dienstverleningsovereenkomsten
nov/16	Eventueel finaliseren opmaak nieuwe dienstverleningsovereenkomsten
dec/16	
jan/17	Doorgeven gegevens van wijzigingen sinds 01/04/2016
	VAPH doet berekeningen op basis van doorgegeven gegevens
	VAPH communiceert naar betrokkenen
feb/17	VAPH communiceert naar betrokkenen (finaliseren)

3 Wat wordt er verwacht van het FAM en de thuisbegeleidingsdienst?

3.1 Begeleidingsovereenkomsten

Op de avond van 31/03/2016 zal er een lijst worden genomen uit de cliëntenregistratie van elke voorziening om te bepalen welke cliënten dienen ingeschat te worden op basis van de lopende begeleidingsovereenkomsten. Het is dan ook uiterst belangrijk dat op dat moment de cliëntenregistratie een exacte weergave is van de situatie binnen de voorziening. De zogenaamde 30 dagen regel waarbij de voorziening 30 dagen krijgt om begeleidingsovereenkomsten in te geven, geldt dus niet. Op 31/03/2016 dienen alle cliënten die op dat moment ondersteund worden door de voorziening een begeleidingsovereenkomst open te hebben staan op de cliëntenregistratie. Het gaat hierbij niet enkel over de cliënten die continu ondersteuning ontvangen, maar ook zij die af en toe kortdurend worden ondersteund (kortverblijf, logeren,...). Het is dus niet noodzakelijk dat de cliënt recent is ondersteund of in de nabije toekomst ondersteuning zal ontvangen.

De cliënten die een lopende begeleidingsovereenkomst hebben, zijn de cliënten die zullen worden ingeschat door de voorzieningen om zo een individueel aantal zorggebonden punten te gaan bepalen.

Het is dus van uiterst belang, zowel voor de cliënt als voor de subsidiëring van de voorziening, dat dit 100% correct staat op 31/03/2016.

3.2 Inschatten

Zoals in hoofdstuk 2 reeds werd omschreven, dient elke voorziening voor zijn cliënten een inschatting te maken van de zorgzwaarte en zijn ondersteuningsfuncties in kaart te brengen. Hieronder wordt toegelicht hoe u concreet kan te werk gaan. Als leidraad om te starten met inschatten hebben een aantal voorzieningen, die reeds een inschattingsoefening hebben gemaakt, toegelicht hoe zij de organisatie van zo'n inschatting hebben aangepakt. U kan deze in bijlage 1 terugvinden. De voorbeelden van organisatie zijn zeker geen verplichting, maar nemen wij enkel op in de handleiding als hulpmiddel.

Concreet dient u voor het inschatten voor elke cliënt waarvoor u op datum van 31/03/2016 een begeleidingsovereenkomst heeft lopen, een inschatting te maken van de zorgzwaarte, (aan de hand van een B- en P-inschatting) en de ondersteuningsfuncties in kaart te brengen. Hoe u dit dient te doen staat beschreven onder hoofdstuk 4 voor de ondersteuningsfuncties en 5 voor de zorgzwaarte. De lijst van in te schatten cliënten zal u op 01/04/2016 ontvangen via uw officieel e-mailadres, weliswaar op voorzieningsniveau. U zal dus mogelijk in de simulatietool de gegevens van een aantal verschillende Excel-bestanden samen moeten plakken, indien u verschillende voorzieningen heeft onder uw FAM. Indien er een cliënt onterecht in de Excellijst staat die wij u bezorgen (foute geboortedatum, wordt niet langer ondersteund in de voorziening, ...), dient u voor deze cliënt niets in te geven in de simulatietool.

Thuisbegeleidingsdiensten dienen voor iedere meerderjarige cliënt aan te geven hoeveel ondersteuning ze bieden, onafhankelijk of deze cliënten via de procedure RTH zijn ingestroomd of niet. De cliënten die door FAM's of thuisbegeleidingsdiensten via een erkenning RTH worden ondersteund, dienen zij uiteraard niet mee in te schatten. Cliënten die momenteel tijdelijk in een observatie-unit zijn opgenomen, dient u eveneens in te schatten, zelfs indien ze momenteel tijdelijk niet door u worden ondersteund.

Voor de kortdurende begeleidingsovereenkomsten en de thuisbegeleidingsdiensten wordt er een opsplitsing gemaakt tussen meerder- en minderjarigen op basis van de leeftijd van de cliënt. Enkel de meerderjarigen worden namelijk meegenomen in de lijst. Een cliënt wordt als meerderjarige beschouwd indien hij of zij op 31/12/2016 minstens 18 jaar is. Voor de overige afdelingen dienen de minderjarige cliënten die momenteel ondersteuning krijgen binnen uw FAM wel meegenomen te worden in uw inschatting.

Het is belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan het correct inschatten van cliënten die enkel kortdurende ondersteuning krijgen in de voorziening. Deze cliënten hebben ook recht op een zo goed mogelijk gefundeerd individueel aantal zorggebonden punten. Omdat deze ondersteuning erg veranderlijk kan zijn, vragen wij u om voor deze cliënten naar de laatste twee jaren te kijken en de gemiddelde ondersteuning van deze jaren te nemen. Dit betekent dat cliënten die het afgelopen jaar geen ondersteuning kregen maar de afgelopen twee jaar wel, ook dienen ingeschat te worden, tenzij zij expliciet te kennen hebben gegeven dat zij niet langer ondersteund wensen te worden door uw voorziening.

Indien de cliënt ook in een andere voorziening wordt ondersteund, zal de andere voorziening ook een B- en P-waarde dienen in te schatten. Als deze twee of meerdere B- en P-inschattingen niet overeen komen, zal dit gecommuniceerd worden naar de betrokken voorzieningen en dienen zij hierover onderling in overleg te gaan. Het resultaat van dit overleg communiceren zij dan aan het VAPH. Dit kan vermeden worden als u hier vooraf rekening mee houdt. Het VAPH zal namelijk in de loop van april 2016 aan alle voorzieningen een Excellijst bezorgen met hun cliënten die in verschillende voorzieningen ondersteuning krijgen op 31/03/2016.

Als u al de gegevens in kaart hebt gebracht, kan u gebruik maken van de simulatietool om te bekijken wat deze inschattingen voorlopig als resultaat geven voor uw voorziening (zie 3.3). Vervolgens geeft u de bekomen resultaten door aan het VAPH. U kan dit doen door de simulatietool, zoals deze in bijlage zit, in Excel doorsturen naar het VAPH (transitieVZ@vaph.be) en dan laadt het VAPH deze in

zijn databank op. Zodra u klaar bent met inschatten kan u de gegevens doorgeven, zodat het VAPH kan starten met de verwerking. U hoeft hier niet noodzakelijk voor te wachten tot 24/05/2016.

Voor de persoonsvolgende convenanten dient u een onderscheid te maken tussen tijdelijke en langlopende convenanten. Tijdelijke convenanten zullen allemaal ten laatste op 31/12/2016 aflopen en moeten dus niet in de transitie worden meegenomen. De langlopende convenanten zullen wel worden meegenomen. Hiervoor zal u een aparte simulatietool ontvangen via e-mail op voorzieningsniveau in april 2016. Voor deze cliënten dient u dezelfde oefening te maken als voor uw overige cliënten. U dient deze gegevens eveneens via de simulatietool, in een ander bestand dan dat van uw overige cliënten, aan ons terug te bezorgen. Zij worden verder in de transitie meegenomen zoals uw overige cliënten.

3.3 Simulatietool

In bijlage van de omzendbrief kan u, naast deze handleiding, ook een simulatietool in Excel terugvinden, die werd opgesteld in samenwerking met SOM (federatie van sociale ondernemingen). In deze tool kan u de ingeschatte gegevens ingeven en er komt automatisch uit wat het voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten¹ is, dat hier tegenover zal staan. Ook kan u hier heel de berekening volgen die wordt gebruikt om tot dit voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten te komen.

Voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten

Het aantal zorggebonden punten dat wordt berekend per cliënt op basis van de frequenties van de ondersteuningsfuncties en de inschatting van de B- en P-waarde.

Om te simuleren dient u op het eerste tabblad eerst de gegevens die u kan kopiëren uit het Excel-bestand, dat naar u zal worden opgestuurd op 01/04/2016, te plakken in de bijbehorende kolommen en vervolgens de gegevens in te geven van uw inschattingen van de B- en P-waarden en de frequenties van de ondersteuningsfuncties. De overige tabbladen zijn louter ter info en/of om te gebruiken in formules. Na het ingeven van de gegevens volgt automatisch de berekening van het aantal zorggebonden personeelspunten dat de cliënt zal krijgen. Hoe die berekening juist verloopt wordt toegelicht in hoofdstuk 7.

Indien uit de berekening blijkt dat de cliënt onder de grens van trap 2 terecht komt, kan hij of zij geen individueel aantal punten krijgen en zal worden ingeschat worden hoeveel punten hij of zij nodig heeft binnen RTH om zijn/haar huidige ondersteuning te continueren. Als u de ingeschatte gegevens in de simulatietool inbrengt en hieruit blijkt dat uw cliënt een gewicht heeft dat lager ligt dan 2, wordt er geen voorlopig, individueel aantal punten toegekend, en dient u ook (vanaf kolom AJ) in te vullen wat de cliënt jaarlijks aan RTH-ondersteuning nodig heeft. Het betreft woonondersteuning (verblijf), dagondersteuning (dagopvang) en (psychosociale) begeleiding. Daarnaast dient u de procentuele verdeling van ambulante en mobiele begeleiding in te geven. Op basis van de punten, zoals deze bepaald zijn in het BVR RTH, wordt er, nadat u de benodigde gegevens hebt ingegeven, berekend hoeveel punten RTH de cliënt jaarlijks nodig heeft om zijn huidige ondersteuning te kunnen continueren. Binnen RTH zijn er slechts drie ondersteuningsfuncties. Indien er momenteel ook globale ondersteuning, praktische hulp of oproepbare permanentie wordt geboden, zal dit binnen RTH niet mogelijk zijn, en dienen hiervoor alternatieven gezocht te worden via niet-handicapspecifieke diensten.

Het is noodzakelijk dat u naast het aantal punten RTH, ook een B- en P-inschatting maakt en de ondersteuningsfuncties in kaart brengt en dat u deze gegevens ook doorgeeft via de simulatietool. Dit omdat het zou kunnen dat de cliënt ook nog van een andere voorziening ondersteuning krijgt of ook een PAB heeft en dat de som van deze ondersteuning en de ondersteuning die hij/zij van u krijgt de cliënt wel recht geeft op een individueel aantal zorggebonden punten binnen nRTH. Indien u echter

¹ Dit voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten is niet noodzakelijk het definitief, individueel aantal zorggebonden punten dat ter beschikking zal staan van de cliënt. Er kan namelijk nog een correctie op worden uitgevoerd indien de som van alle voorlopige, individuele aantallen zorggebonden punten het huidige macrobudget overstijgt.

zeker bent dat de cliënt niet in een andere voorziening wordt ondersteund en de cliënt enkel psychosociale begeleidingen heeft met als maximum 36 begeleidingen op jaarbasis, hoeft u geen B- en P-inschatting te maken. Dan is het voldoende dat u de ondersteuningsfuncties en percentages invult om zo tot de benodigde punten RTH te komen.

Het is zeer belangrijk, voor het correct te kunnen inlezen van uw simulatietool in onze databank, dat u niets wijzigt aan de tabbladen, formules, standaardgegevens (voorzieningsnummers en rijksregisternummers), kolommen,... De gegevens zullen namelijk automatisch worden ingelezen, als er iets niet op de correcte plaats staat, zal dit niet worden ingelezen en zal dit mogelijk de consequentie hebben dat in de berekening geen individueel aantal zorggebonden punten voor een aantal cliënten worden voorzien. Indien u een extra persoon zou opnemen in de Excel die niet in de lijst staat die u op 1/4/2016 zal ontvangen, zal deze persoon niet kunnen worden ingeladen. Ook dient u de simulatietool tijdig te bezorgen aan het VAPH zodat deze voor 31/05/2016 in onze databank kan worden opgeladen. Dit betekent dat het Excel-bestand ten laatste op **24/05/2016** moet worden bezorgd.

3.4 Communicatie naar de cliënt

Zoals u zal kunnen lezen onder 6.1 neemt het VAPH een (beperkt) deel van de communicatie naar de cliënt op. Dit neemt niet weg dat de cliënten nog vragen zullen hebben over wat de transitie concreet voor hen zal betekenen. Er wordt dan ook verwacht dat de voorzieningen zelf hier een belangrijke rol in opnemen.

Via de website van het VAPH² werd aan alle voorzieningen een communicatiepakket ter beschikking gesteld. Hiermee kunnen de voorzieningen aan de slag om hun personeel en cliënten te informeren. Het is belangrijk dat de voorzieningen de rol op zich nemen om hun cliënten zo goed mogelijk te informeren en dit over alle aspecten van de transitie.

Ook als de cliënten vragen hebben, is het de bedoeling dat zij deze in eerste instantie aan de voorziening, die hen ondersteunt, kunnen stellen. Mocht het voor de voorziening zelf niet duidelijk zijn, kunnen zij ons contacteren via het telefoonnummer of e-mailadres dat vermeld werd in de inleiding. Het VAPH is echter niet in de mogelijkheid om alle gebruikers uit de sector met vragen te woord te staan en hoopt dan ook dat de voorzieningen en diensten vanuit hun kennis van de individuele situatie van de gebruiker zelf zo veel mogelijk kan zorgen voor een antwoord op maat van de gebruiker of dat zij hun doorverwijzen naar een gebruikersorganisatie.

3.5 Overeenkomst tussen cliënt en voorziening

Naar aanleiding van de overstap naar PVF, zal het noodzakelijk zijn dat voor iedere cliënt een nieuwe dienstverleningsovereenkomst zal worden aangemaakt voor de start van PVF op 01/01/2017. Hiermee kan gestart worden zodra het definitief, individueel aantal zorggebonden punten is gecommuniceerd naar voorziening en cliënt, wat voorzien wordt eind september en begin oktober 2016. Later zal er nog concretere informatie aan u worden bezorgd over hoe dit concreet zal verlopen en wat de te ondernemen acties voor u hieromtrent zijn.

Definitief, individueel aantal zorggebonden punten

Het voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten dat werd aangepast aan het totaal van de beschikbare zorggebonden punten over alle desbetreffende voorzieningen heen.

3.6 Correctie voor periode 01/04/2016 - 31/12/2016

Na afloop van het jaar 2016 dienen de wijzigingen die gebeurd zijn in de periode april tot en met december 2016 in rekening te worden gebracht. Er zal aan elke voorziening een aangepaste versie van het simulatiebestand dat u ontving bij deze handleiding worden bezorgd. Hierin zal u op het eerste tabblad alle personen dienen in te geven die op 31 maart 2016 een lopende

² www.vaph.be/pvf

begeleidingsovereenkomst hadden, maar tussen 1/4/2016 en 31/12/2016 zijn vertrokken uit uw voorziening of zijn overleden. Ook de personen die een fundamentele vermindering in ondersteuning krijgen dient u hierin mee te nemen. Aan de hand van hun definitieve, individuele aantallen zorggebonden punten kan worden bepaald hoeveel zorggebonden punten u voorziening beschikbaar heeft voor andere opnames.

Op een ander tabblad zal u vervolgens dienen in te geven wie er nieuw is ingestroomd, vanuit een andere voorziening of via de zorgregie. Ook als er een wezenlijke verhoging van ondersteuning is gebeurd voor één of meerdere cliënten, kan dit in deze lijst worden opgenomen (bijvoorbeeld iemand die enkel dagondersteuning kreeg en nu structureel woonondersteuning krijgt). Voor al deze personen dient u een inschatting te maken van de B- en P-waarde en de ondersteuningsfuncties in kaart te brengen. Op hun voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten wordt vervolgens dezelfde correctie gedaan zoals voor de andere voorlopige, individuele aantallen gebeurde in september 2016. De FAM of thuisbegeleidingsdienst dient ernaar te streven dat de individuele aantallen punten van de nieuwe instromers zo goed mogelijk overeenkomen met de aantallen van de uitstromers. Indien hierin zich toch problemen voordoen, zal dit begin 2017 geëvalueerd worden.

Voorzieningen die in de periode 01/02/2016 - 31/03/2016 een grote vermindering in geboden ondersteuning zien door het wegvallen van cliënten of cliënten die plots minder ondersteuning vroegen en deze in tussentijd nog niet hebben kunnen aanbieden aan nieuwe cliënten, kunnen dit signaleren aan het VAPH. Ze dienen dit ten laatste in de eerste week van april 2016 te doen via het e-mailadres transitieVZ@vaph.be en in dit e-mailbericht ook te specificeren hoe groot deze vermindering is. Zij hebben dan nog de mogelijkheid om voor 24/05/2016 nieuwe cliënten te ondersteunen die voor de betreffende ondersteuning een dienstverleningsovereenkomst kunnen aangaan en die zo alsnog kunnen meegenomen worden in de algemene transitie-oefening. Deze cliënten dienen dus ook mee ingeschat te worden.

4 Ondersteuningsfuncties i.f.v. transitie ZiN en PVC

4.1 Principes en aandachtspunten

- Bij de transitie garanderen we dat de huidige gebruikers hun huidige ondersteuning kunnen continueren binnen PVF.
- De zorgaanbieder die de middelen ontvangt (PVC of FAM) registreert de zorgzwaarte-inschattingen en de geboden ondersteuning, ook voor die ondersteuning waarvoor hij samenwerkt met andere zorgaanbieders en middelen doorgeeft.
- We houden rekening met de ondersteuning en frequentie zoals opgenomen in de individuele dienstverleningsovereenkomst, in zoverre deze overeenstemt met de ondersteuning die in realiteit wordt geboden. Dit wordt vertaald naar gemiddelde ondersteuning per week. Ondersteuning die op jaarbasis wordt geboden (vb. 2 weken bijkomende opvang 's nachts tijdens de zomer) wordt ook verrekend op jaarbasis (resultaat = gewicht 0,485 (gewicht 1,8 x 7 dagen x 2/52 weken)
 - U houdt geen rekening met het feit dat een gebruiker in de toekomst meer ondersteuning zal nodig hebben. Het betreft de ondersteuning die de zorgaanbieder op dit ogenblik biedt aan de gebruiker. Het is de zorgaanbieder die dit correct moet vaststellen. Hierover is geen onderhandeling mogelijk.
 - Het is niet de bedoeling om aan gebruikers ondersteuning te garanderen waar ze in de feiten nu geen beroep op doen.
Voorbeeld: Wie momenteel in een tehuis verblijft en tijdens het weekend altijd naar huis gaat, is slechts 5 dagen aanwezig en geen 7.
 - Wanneer een cliënt gedurende langere periode verwacht (structureel of gepland) geen gebruik te maken van ondersteuning wordt hiermee rekening gehouden.
Voorbeeld: Een gebruiker die ieder jaar een paar weken met familie op vakantie gaat. Als een cliënt bijvoorbeeld structureel 5 dagen per week dagondersteuning krijgt en steeds 4 weken per jaar op vakantie is, dan dient de 5 dagen per week slechts voor 48 van de 52 weken meegerekend te worden, wat ervoor zorgt dat u 4,615 dient in te vullen bij de ondersteuningsfunctie dagondersteuning en niet 5.

- Indien er structureel respijtzorg wordt voorzien, wordt dit meegenomen bij de inschatting van de ondersteuning. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg en ondersteuning met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Mantelzorgers nemen vaak een aanzienlijk deel van de ondersteuning op zich. Om dit haalbaar en draaglijk te houden, is het vaak noodzakelijk om de zorg die deze mensen bieden, even over te nemen zodat ze zelf ook hun leven kunnen leiden en nieuwe energie kunnen opdoen.
 - Voorbeelden van respijtzorg zijn:
 - De persoon met een handicap kan jaarlijks een paar weken gaan logeren in een voorziening. Soms gaat het om een paar dagen gespreid over het jaar of een langere periode wanneer de mantelzorger op reis gaat.
 - Gedurende een aantal dagen per jaar, of een vaste dag in de week, komt de persoon met een handicap naar de atelierwerking, zodat de mantelzorger even ontheven is van de zorgtaken die hij/ zij opneemt.
 - Er wordt bij de inschatting geen rekening gehouden met onverwachte / éénmalige respijtzorg.
 - Voorbeeld: Indien een persoon met een handicap bijkomend een paar dagen gaat logeren in de voorziening omdat zijn mantelzorger door ziekte of ziekenhuisopname de ondersteuning tijdelijk niet kan opnemen.
 - Ga uit van gemiddelde ondersteuning op jaarbasis. Houdt rekening met fluctuaties in de ondersteuning. Bepaalde gebruikers hebben bijvoorbeeld minder begeleiding nodig op ogenblikken dat het goed gaat, maar tijdens crisismomenten stijgt de frequentie van de ondersteuning. Het is echter niet de bedoeling dat men voor iedere gebruiker een buffer voorziet, voor het geval het ooit minder goed zou gaan.
 - Er wordt geen rekening gehouden met onverwachte afwezigheden.
 - Voorbeeld: Een gebruiker wordt éénmalig of onverwacht opgenomen in het ziekenhuis of psychiatrische afdeling. Indien er structureel afspraken zijn met andere zorgaanbieders zodat men structureel langere periodes de ondersteuning deelt/ overneemt, wordt er wel rekening mee gehouden.
 - De transitieoefening van de huidige ondersteuning houdt geen rekening met PEC-beslissingen. Een PEC-beslissing voor een tehuis genereert in de transitie-oefening geen recht op 7 dagen per week dag- en nachtondersteuning. Er wordt enkel rekening gehouden met de ondersteuning die de betrokkene op dit ogenblik krijgt en dit zou in de feite minder of meer kunnen zijn dan waartoe de PEC-beslissing in het verleden toegang kon geven.
- Er wordt geen rekening gehouden met FAM-registraties van een bepaald referentiejaar. Deze kunnen immers door toevalligheden afwijken van wat er is afgesproken en normaliter wordt geboden. Wel kan het VAPH de gegevens uit de FAM-registraties van 2014 en 2015 bekijken en vergelijken met de ingediende gegevens om gericht te controleren op de geboden ondersteuning.
- Omwille van het feit dat men ook rekening kan houden met fluctuaties op jaarbasis, respijtzorg, etc. kan men frequenties aangeven tot 3 cijfer na de komma. Er wordt afgerond volgens de algemeen geldende, wiskundige regels op 3 beduidende cijfers. Als men bijvoorbeeld op 1,23454 uitkomt, dan wordt er automatisch op 1,235 afgerond in de simulatietool.
- Indien de gebruiker minder dan gewicht 2 bekomt bij de omzetting naar een individueel aantal zorggebonden punten, krijgt de gebruiker geen individueel aantal punten, maar wordt berekend hoeveel punten RTH hij kan benutten binnen RTH. Hiervoor wordt rekening gehouden met de frequentie van mobiel en ambulante begeleiding, dagopvang en verblijf die men op jaarbasis van de zorgaanbieder ontvangt. Andere ondersteuningsfuncties kunnen niet in aanmerking worden genomen.
- Indien blijkt dat de ondersteuning die wordt geboden, niet overeenstemt met de FAM-categorie waarmee de gebruiker is ingestroomd in FAM, zal enkel rekening worden gehouden met de ondersteuning waarvoor de gebruiker de zorgregieprocedures correct heeft doorlopen.

4.2 Definitie ondersteuningsfuncties PVF

Hieronder vindt u de ondersteuningsfuncties en hun definitie zoals ze binnen het BVR aanvraagprocedure PVF³ zijn bepaald. Deze omschrijvingen worden vervolgens concreter omschreven en aangevuld met voorbeelden.

De ondersteuningsfuncties in PVF komen in sterke mate overeen met deze die in kader van FAM worden gebruikt. Aangezien in PVF en de regelgeving FAM de ondersteuningsfunctie 'groepsbegeleiding' niet is weerhouden, kan u deze tijdens de transitieoefening niet gebruiken bij het in kaart brengen van de geboden ondersteuning. In een aantal gevallen kan deze ondersteuning echter geregistreerd worden als dagondersteuning.

Binnen PVF wordt gewerkt met de volgende ondersteuningsfuncties:

- Dagondersteuning
- Woonondersteuning
- Individuele ondersteuning die kan bestaan uit:
 - psychosociale begeleiding
 - praktische hulp
 - globale individuele ondersteuning
 - oproepbare permanentie

4.2.1 Dagondersteuning

4.2.1.1 Definitie

Dagondersteuning is ondersteuning die gedurende de dag wordt geboden. De geleverde ondersteuning is moeilijk tot niet individueel planbaar of toewijsbaar. De ondersteuning heeft per definitie voor een deel een niet-instrumenteel karakter en bestaat uit begeleiding en permanentie.

4.2.1.2 Toelichting

- Het gaat om opvang of psychosociale begeleiding in groep. Afhankelijk van de noden van de gebruiker kan op deze ogenblikken zowel opvang, psychosociale begeleiding, praktische hulp als permanentie worden voorzien.
- De begeleider staat voor meerdere personen tegelijk in voor de ondersteuning die ze overdag nodig hebben.
- De ondersteuning kan zowel bij de dienst als op een andere locatie plaatsvinden. Het gaat zowel om dagopvang in bijvoorbeeld een voorziening als uitstappen die door de zorgaanbieder worden georganiseerd en waarbij begeleiding en permanentie is voorzien.
- Psychosociale begeleiding in groep: Er wordt aan meerdere personen op hetzelfde moment begeleiding geboden. Het is niet mogelijk om individuele tijd aan de verschillende deelnemers toe te wijzen. Als er regelmatig gedurende een dagdeel omtrent bepaalde thema's wordt samengekomen met meerdere gebruikers kan men dit als dagondersteuning beschouwen. U telt per deelnemer een halve dag dagondersteuning mee.
- Dagondersteuning wordt uitgedrukt in het gemiddeld aantal dagen ondersteuning per week.
- Een halve dag is een voormiddag, namiddag of avond.
- Iemand die bijvoorbeeld naar een dagcentrum gaat, krijgt daar doorgaans een hele dag ondersteuning, nl. voor- en namiddag.
- Het vervoer van en naar het dagcentrum of de dagactiviteit is inbegrepen in de dagondersteuning en kan niet bijkomend worden aangerekend onder een vorm van individuele ondersteuning.
- In een aantal gevallen wordt de gebruiker ook 's avonds opgevangen. In dat geval kan men een extra halve dag registreren. Let wel, wie combineert met woonondersteuning kan maximaal 7 dagen dagondersteuning per week krijgen, aangezien in woonondersteuning reeds de avondopvang is inbegrepen.
 - Hierbij is het niet de bedoeling dat men een extra halve dag telt voor een persoon die een uurtje langer blijft dan de gemiddelde cliënt. Het moet gaan om mensen waarbij het grootste deel van de avond opvang is voorzien.

³ Besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 over de indiening en de afhandeling van de aanvraag van een budget voor niet rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over de terbeschikkingstelling van dat budget

- Indien men reeds gebruik maakt van woonondersteuning, zit hierin reeds avondopvang vervat en kan men bijgevolg geen extra halve dag meer registreren.

4.2.1.3 Voorbeelden

- dagopvang in de atelierwerking van een dagcentrum Het gaat om gebruikers die overdag deel nemen aan de activiteiten die door een voorziening/ dienst worden georganiseerd.
- een uitstap in groep
- bewoners die 24uur/24uur in een tehuis verblijven en dus ook overdag worden opgevangen (in combinatie met woonondersteuning)
- Psychosociale begeleiding in groep: Het gaat bijvoorbeeld over toelichtingen, groepsgesprekken, vormingen of sessies omtrent psychosociale thema's zoals sociale vaardigheden, assertiviteit, omgaan met conflicten, Hiermee bedoelen we geen bewonersvergaderingen of inspraakmomenten of éénmalige vormingsmomenten.

4.2.2 Woonondersteuning

4.2.2.1 Definitie

Woonondersteuning is ondersteuning die tot doel heeft de persoon met een handicap tijdens de week te ondersteunen bij het wonen. De geleverde uren ondersteuning zijn moeilijk tot niet individueel planbaar of toewijsbaar. De ondersteuning heeft per definitie voor een deel een niet-instrumenteel karakter en bestaat uit begeleiding en permanentie.

4.2.2.2 Toelichting

- Het gaat o.a. om opvang die wordt geboden door een tehuis. Deze ondersteuning wordt uitgedrukt in nachten. Er kan op deze ogenblikken zowel opvang, begeleiding, praktische hulp als permanentie worden voorzien.
- De begeleider staat voor meerdere personen tegelijk in voor de ondersteuning die 's avonds, 's nachts en 's ochtends nodig is.
- Woonondersteuning wordt uitgedrukt in nachten, met inbegrip van de ondersteuning die de voorgaande avond (na de dagbesteding) en de volgende ochtend wordt geboden.
- Met 'tijdens de week' bedoelt men zowel weekdays als weekenddagen.
- Personen die 24u/24u worden ondersteund, al dan niet in een kleine groepssetting, combineren op dezelfde dag woon- en dagondersteuning.
- Het ontbijt en de ondersteuning 's ochtends is inbegrepen in de woonondersteuning. U kan bijgevolg geen extra dagdeel dagondersteuning aanrekenen voor deze ondersteuning als een gebruiker aansluitend naar huis of een andere zorgaanbieder gaat.

4.2.2.3 Voorbeelden

- bewoners van een tehuis
- cliënten die samen, of in elkaars buurt wonen, waarbij de begeleider gelijktijdig voor verschillende personen ondersteuning biedt.

4.2.3 Psychosociale begeleiding

4.2.3.1 Definitie

Psychosociale begeleiding is één-op-één begeleiding die tot doel heeft de persoon met een handicap en de context te ondersteunen in de organisatie van zijn dagelijks leven.

4.2.3.2 Toelichting

- Psychosociale begeleiding houdt in dat de ondersteuner inhoudelijk meedenkt met de gebruiker om taken uit te voeren, te plannen, ...
- Bij de begeleiding van een koppel of twee personen die samen wonen, kan men de individuele psychosociale ondersteuning die gelijktijdig aan beiden wordt gegeven evenredig over beide gebruikers verdelen.
- De begeleiding betreft in een aantal gevallen niet enkel de persoon met een handicap, maar ook zijn context (contextbegeleiding). Hierbij denken we in de eerste plaats aan gezins- of familieleden, maar ook aan de werkgever (begeleid werken) of mensen uit het sociaal netwerk die nauw betrokken zijn.

- De begeleiding die in kader van begeleid werken wordt voorzien. Het betreft de tijd waarop er begeleiding aanwezig is en gesprekken worden gevoerd en niet om het aantal uren dat een persoon met een handicap zelf begeleid gaat werken.
- Er is geen minimum of maximumduur voor een begeleiding in deze transitieoefening. Het is dus mogelijk dat de duur van de begeleidingen sterk uiteenloopt, maar in de transitieoefening wordt enkel gevraagd naar de som van het aantal uren op weekbasis.
- De uren die worden geteld, betreffen de momenten waarop de zorgaanbieder direct contact heeft met een gebruiker en ondersteuning biedt.
 - Dit kan in levende lijve of per telefoon zijn.
 - De verplaatsingstijd van de begeleider, voorbereidingstijd, uitschrijven van verslag en afspraken achteraf, intervisie in team, ... zijn niet inbegrepen in de uren die worden geregistreerd en tellen dus niet mee.
- Het gaat overwegend om gesprekken met de persoon met een handicap, waarbij eventueel andere mensen betrokken zijn. In bepaalde gevallen kan het gaan om gesprekken waarbij de persoon met een handicap niet (steeds) aanwezig is. We denken hierbij aan contextbegeleiding waarbij de ouders af en toe alleen worden gesproken of gesprekken waarbij men in het kader van begeleid werk bemiddelt met de werkgever.
- Op dagdelen (voormiddag, namiddag, avond, nacht, ochtend) waarop reeds woon- of dagondersteuning wordt voorzien, kan men niet bijkomend psychosociale begeleiding toevoegen, aangezien dit reeds in de dag- of woonondersteuning vervat is.
- Psychosociale begeleiding wordt uitgedrukt in uren. Hoe deze uren over de week worden verdeeld, maakt geen verschil. Het is bijvoorbeeld mogelijk om in blokken van 2 uur te werken, halve uren te voorzien of dit te laten variëren afhankelijk van de nood.

4.2.3.3 Voorbeelden

- Een individueel gesprek met de gebruiker en eventueel iemand uit zijn netwerk.
- Het kan gaan om het plannen van de week of het structureren van activiteiten,
- Een begeleiding in kader van begeleid werken waarbij er enerzijds gesprekken zijn met de persoon met een handicap, mensen op zijn werkplek of beiden.
- Telefonische begeleiding via telefoon of andere sociale media.
- NIET:
 - Praktische afspraken maken over wanneer de begeleider zal langskomen, betreft geen begeleiding en telt niet mee bij de inschatting van de geboden ondersteuning.
 - Voorbereidingstijd en verslaggeving van de begeleider worden niet meegerekend.
 - De verplaatsingstijd van de begeleider telt niet mee.
 - Binnen een collectieve setting zijn er ogenblikken waarop een begeleider specifiek ondersteuning biedt aan één persoon. Dit wordt echter niet bijkomend als individuele ondersteuning gerekend, omdat dit reeds inbegrepen is in de woon- en of dagondersteuning.

4.2.4 Praktische hulp

4.2.4.1 Definitie

Praktische hulp is ondersteuning bij algemeen dagelijkse activiteiten van het leven in een één-op-één relatie. Individuele praktische hulp is hoofdzakelijk instrumenteel van aard.

4.2.4.2 Toelichting

- Het kan gaan om ADL-assistentie waarbij geen specifieke psycho-pedagogische kennis noodzakelijk. We denken hierbij aan activiteiten die de gebruiker omwille van zijn handicap niet kan uitvoeren en die vaak volledig worden overgenomen door de zorgaanbieder.
- De begeleider vervangt als het waren de armen en benen van de gebruiker. De gebruiker kan bijvoorbeeld zelf aanwijzingen geven.
- Op dagdelen (voormiddag, namiddag, avond, nacht, ochtend) waarop reeds woon- of dagondersteuning wordt voorzien, kan men niet bijkomend praktische hulp toevoegen, aangezien dit reeds in de dag- of woonondersteuning vervat is.
- Praktische hulp wordt uitgedrukt in uren. Het betreft enkel de momenten waarop er ondersteuning wordt geboden. De vervoertijd van de zorgaanbieder telt niet mee.

4.2.4.3 Voorbeelden

- De zorgaanbieder doet verzorgende taken (helpen aankleden, eten geven, wassen, op toilet helpen,...)
- De zorgaanbieder reikt dingen aan of gaat dingen halen.
- De zorgaanbieder neemt huishoudelijke taken (gedeeltelijk) over.
- Het louter vervoeren van de individuele gebruiker

4.2.5 Globale individuele ondersteuning:

4.2.5.1 Definitie

Globale individuele ondersteuning is ondersteuning die eerder ruimer is en verschillende levensdomeinen kan omvatten. De aard van de ondersteuning kan verschillen en de verschillende vormen van ondersteuning kunnen door elkaar lopen: stimulatie, coaching, training, assistentie bij activiteiten.

4.2.5.2 Toelichting

- Het gaat om een combinatie van individuele psychosociale begeleiding en praktische hulp. Soms is het immers moeilijk om te onderscheiden waar praktische hulp eindigt en psychosociale begeleiding start.
- Op dagdelen (voormiddag, namiddag, avond, nacht, ochtend) waarop reeds woon- of dagondersteuning wordt voorzien, kan men niet bijkomend globale individuele ondersteuning toevoegen, aangezien dit reeds in de dag- of woonondersteuning vervat is.
- Globale individuele ondersteuning wordt uitgedrukt in uren. Het betreft enkel de momenten waarop er een direct cliëntcontact is en waarbij ondersteuning wordt geboden. De vervoertijd, voorbereidingstijd, e.d. van de zorgaanbieder telt niet mee.

4.2.5.3 Voorbeelden

- Een gebruiker heeft voor het uitvoeren van activiteiten zowel inhoudelijke ondersteuning (vb. verschillende stappen bij het koken) als praktische hulp nodig (kookpotten verplaatsen).
- Individuele begeleiding bij dagbesteding, los van een groepssetting. Er wordt zowel begeleiding, praktische hulp als permanentie verzekerd.

4.2.6 Oproepbare permanentie

4.2.6.1 Definitie

Oproepbare permanentie is de beschikbaarheid van de begeleiding om na een oproep binnen een bepaalde tijd niet-planbare één-op-één ondersteuning aan te bieden.

4.2.6.2 Toelichting

- Als een gebruiker begeleiding oproept moet er binnen het half uur begeleiding of assistentie ter plaatse kunnen zijn.
- De gebruiker kan iemand oproepen als hij ondersteuning nodig heeft die men vooraf wel kan voorzien, maar niet kan plannen (vb. iets laten vallen, naar het toilet gaan, onverwachte dringende problemen die de gebruiker zelf niet kan oplossen, ...)
- Bij dagondersteuning en woonondersteuning is de nood aan permanentie reeds vervat in deze ondersteuningsfuncties.
- Bij de registratie duidt men aan dat er nood is aan oproepbare permanentie. Daarnaast geeft men via de ondersteuningsfuncties praktische hulp, globale ondersteuning of psychosociale begeleiding aan hoe vaak hier per week gemiddeld beroep op wordt gedaan.

4.2.6.3 Voorbeelden

- Gebruikers die ondersteuning krijgen via een ADL-centrale en doorheen de dag regelmatig iemand moeten kunnen oproepen om hen dingen aan te reiken, te helpen op het toilet, te helpen als ze vallen,

5 Inschatting van de zorgzwaarte van uw gebruikers

In het kader van de omschakeling naar persoonsvolgende financiering moet u de zorgzwaarte van uw cliënteel in kaart brengen. Dit hoofdstuk probeert u daar zo goed mogelijk in te begeleiden.

Zorgzwaarte gaat over de ondersteuning die een persoon nodig heeft om in het dagelijks leven op eenzelfde niveau te functioneren als leeftijd- en cultuurgelijken zonder handicap. Het gaat dus niet over de ondersteuning die iedere burger in onze maatschappij wel eens nodig heeft in zijn functioneren. Wel gaat het om de bijkomende ondersteuning die een persoon met een handicap nodig heeft om op hetzelfde niveau te kunnen functioneren als personen zonder handicap.

Met andere woorden: **welke ondersteuning heeft de persoon nodig om net als andere burgers in onze maatschappij te functioneren in het dagelijks leven?**

Daarbij is het belangrijk dat alle ondersteuning in kaart gebracht wordt, ongeacht door wie die gegeven wordt. Het maakt dus niet uit of die ondersteuning moet komen van een professionele hulpverlener, dan wel van een mantelzorger of zelfs van een medebewoner, die bijvoorbeeld een oogje in het zeil houdt of een aantal dingen klaar legt voor de persoon.

Zorgzwaarte gaat over de nood aan ondersteuning door personen bovenop het gebruik van hulpmiddelen.

In kader van de transitie naar PVF onderscheiden we twee parameters bij het inschatten van de zorgzwaarte:

- de nood aan ondersteuning door personen overdag: *Begeleidingsintensiteit (B)*
- de nood aan aanwezigheid van en toezicht door personen overdag: *Permanentie (P)*

Daarbij onderscheiden we een aantal gradaties of intensiteiten van begeleiding en permanentie.

In de transitieoefening wordt er niet gevraagd naar de nood aan ondersteuning 's nachts. Bij de bepaling van persoonsvolgende budgetten zijn de B- en P-waarden immers voldoende om tot een budget of een budgetcategorie te komen.

U zult voor uw cliënteel moeten inschatten bij welke van die gradaties hun ondersteuningsnood het best aansluit.

5.1 Nood aan begeleiding

Begeleidingsintensiteit gaat over de mate waarin de persoon met een handicap overdag ondersteuning nodig heeft van andere personen. We brengen daarbij alle ondersteuning in kaart, ongeacht wie die ondersteuning biedt.

Er zijn zeven niveaus van begeleidingsintensiteit (B0 t.e.m. B6):

- **Begeleidingsintensiteit niveau 0 (B0): *Er is geen nood aan ondersteuning.***

De persoon heeft zijn leven zo ingericht dat hij al dan niet met het gebruik van hulpmiddelen volledige zelfstandigheid heeft verworven. Er is overdag geen enkele ondersteuning door personen nodig.

- **Begeleidingsintensiteit niveau 1 (B1): *Er wordt maximaal 1 keer per week ondersteuning geboden.***

De persoon woont zelfstandig (alleen of samen met anderen) en heeft zijn leven zo georganiseerd dat hij zelf kan instaan voor zijn verzorging, huishouden,... Toch is het nodig dat er iemand maximaal een keer per week langskomt om ondersteuning te bieden.

Het kan bijvoorbeeld gaan om een persoon bij wie de begeleiding twee keer per maand langsgaat om te helpen met administratie, financiën en de organisatie van het dagelijks leven. Bij anderen kan de begeleiding eerder slaan op het oplossen van sociale problemen (ruzies) en het aanleren van de gepaste omgangsvormen met anderen. Ook een persoon die

zijn leven zo heeft ingericht dat hij enkel nog nood heeft aan een wekelijkse hulp om de woning te helpen poetsen, zou onder waarde B1 kunnen vallen.

- **Begeleidingsintensiteit niveau 2 (B2): Er wordt niet elke dag, maar wel meerdere keren per week ondersteuning geboden. Er is hoofdzakelijk 'opvolging' nodig.**

De persoon woont zelfstandig (alleen of samen met anderen) en heeft zijn leven zo georganiseerd dat hij zelf de meeste activiteiten van het dagelijks leven kan uitvoeren. Toch is het nodig dat er iemand meerdere keren per week ondersteuning biedt. Het gaat dan eerder over administratieve ondersteuning, gemaakte afspraken opvolgen en beperkte praktische ondersteuning (bijvoorbeeld koken voor enkele dagen).

- **Begeleidingsintensiteit niveau 3 (B3): Er wordt dagelijks ondersteuning geboden, de ondersteuning is beperkt in reikwijdte en intensiteit (geen continue ondersteuning).**

De persoon woont zelfstandig (alleen of samen met anderen), maar heeft dagelijks ondersteuning nodig. Die ondersteuning is nodig op welbepaalde levensdomeinen (bijv. zelfverzorging, huishouden,...) maar niet op andere. Het komt niet vaak voor dat een activiteit volledig moet worden overgenomen of dit is alleen bij zeer specifieke deelactiviteiten nodig. Er is een eerder beperkte globale ondersteuningsnood.

- **Begeleidingsintensiteit niveau 4 (B4): Er wordt dagelijks en continu ondersteuning geboden. De ondersteuning is ruim in reikwijdte en intensiteit.**

De persoon heeft dagelijks op zowat alle levensdomeinen (bijv. zelfverzorging, huishouden, administratie,...) enige ondersteuning nodig, maar beschikt ook nog over heel wat mogelijkheden. De persoon kan zelf op de meeste levensdomeinen nog een significante bijdrage leveren. De mate en de aard van de nodige ondersteuning kunnen sterk verschillen over de levensdomeinen heen, gaande van 'aansporen', 'controleren', 'toezicht houden', 'meehelpen' tot 'overnemen'.

- **Begeleidingsintensiteit niveau 5 (B5): Er wordt dagelijks continu en intensief ondersteuning geboden op alle levensdomeinen.**

De persoon heeft dagelijks continue en (zeer) intensieve ondersteuning nodig op alle levensdomeinen. De bijdrage die de persoon zelf nog kan leveren aan activiteiten is eerder gering tot verwaarloosbaar. Er is een zeer grote globale ondersteuningsnood. Die hoge totale ondersteuningsnood kan mede bepaald worden door specifieke (bv. medische of gedragsmatige) problemen.

- **Uitzonderingswaarde: Begeleidingsintensiteit niveau 6 (B6): Er wordt dagelijks zeer intensieve ondersteuning geboden in functie van uitzonderlijke ondersteuningsbehoeften.**

Deze waarde wordt enkel in zeer specifieke situaties toegekend. De persoon heeft bovenop de dagelijkse continue en intensieve ondersteuning bijkomende 'uitzonderlijke ondersteuningsbehoeften'.

Deze zijn het gevolg van specifieke medische problemen of ernstige gedragsproblemen. Als die uitzonderlijke intensieve ondersteuning niet geboden wordt, verkeert de persoon met een handicap in levensgevaar. De persoon heeft meestal een combinatie van ernstige problemen, waaronder zeker medische of gedragsmatige problemen.

Voorbeelden van ernstige medische problemen zijn personen met infectieziekten (MRSA), beademingsproblemen, complexe chronische wondverzorging, doorgaans in combinatie met zeer lage cognitieve mogelijkheden of een zeer lage bewustzijnsstoestand.

Bij personen met een extreem ernstige gedragsproblematiek kan het zowel om internaliserend (naar zichzelf gericht) als externaliserend (naar anderen toe gericht) probleemgedrag gaan, waarvoor zeer veel preventieve of reactieve ondersteuning nodig is.

5.2 Permanentie overdag

Permanentienuod gaat over de mate waarin de persoon met een handicap overdag nood heeft aan toezicht of oproepbaarheid van andere personen. Het gaat met andere woorden over de vraag of je de persoon voor kortere of langere periode alleen kan laten, eventueel zonder toezicht of telefonische permanentie.

Wie nood heeft aan permanentie, heeft *niet-planbare* ondersteuning door personen nodig. Het gaat dus om ondersteuning wanneer zich iets onverwacht voordoet. Het gaat niet over de nood aan planbare interventies. Die worden bij de begeleidingsintensiteit in kaart gebracht.

We herhalen even dat alle ondersteuning in kaart gebracht wordt, ongeacht door wie die ondersteuning geboden wordt. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat iemand voortdurende permanentie nodig heeft omwille van de mogelijkheid van een epileptische aanval. Wanneer de persoon in het gezelschap van andere personen met een handicap is, kan de professionele begeleider wel even weggaan. De andere personen roepen hulp in als er zich een aanval voordoet. De permanentie wordt dus gedeeltelijk opgenomen door medebewoners.

Er zijn acht niveaus van nood aan permanentie overdag (P0 t.e.m. P7):

- **Permanentie niveau 0 (P0): De persoon heeft geen enkele vorm van permanentie nodig.**

De persoon kan de hele dag zonder toezicht kan blijven. Het is ook niet nodig dat de persoon iemand kan oproepen wanneer zich iets onverwacht voordoet.

Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij personen met een louter fysieke handicap, die naast de planbare ondersteuningsmomenten geen toezicht of oproepbaarheid nodig hebben.

- **Permanentie niveau 1 (P1): De persoon kan op elk moment iemand telefonisch bereiken om raad te vragen.**

De persoon heeft af en toe nood aan raad omwille van onverwachte gebeurtenissen of sociaal-emotionele problemen. Het is nodig dat er een permanentie georganiseerd wordt waarbij de persoon overdag op elk ogenblik onmiddellijk iemand telefonisch kan bereiken.

Het probleem kan niet wachten tot de contactmomenten die er in het kader van de begeleidingsintensiteit al zijn. Er moet dus onmiddellijk iemand gebeld kunnen worden. Toch is het probleem niet van dien aard dat er iemand fysiek langs moet komen. Door middel van stap-voor-stap begeleiding kan de persoon zijn probleem zelf opgelost krijgen.

Het kan bijvoorbeeld gaan om een persoon die alleen woont, maar op het ogenblik dat de elektriciteit uitvalt iemand moet kunnen bereiken om te vragen hoe hij dit zelf kan oplossen. Met wat telefonische ondersteuning lukt het hem zelf om een oplossing te voorzien die volstaat tot het eerstvolgende geplande begeleidingsmoment.

Het kan ook gaan om ouders met een handicap, die bij problemen met hun kinderen telefonisch om raad vragen. Deze vragen moeten onmiddellijk telefonisch beantwoord kunnen worden en kunnen niet wachten tot het eerstvolgende geplande begeleidingsmoment.

Een persoon die snel in paniek slaat kan nood hebben aan telefonische ondersteuning om gerustgesteld te worden of advies te krijgen hoe hij een bepaalde situatie best aanpakt.

- **Permanentie niveau 2 (P2): De persoon kan iemand telefonisch bereiken die raad kan geven en indien nodig langs kan komen.**

De persoon woont zelfstandig (alleen of samen met anderen). Wanneer er iets gebeurt, moet de persoon iemand onmiddellijk telefonisch kunnen bereiken. Bovendien is er de zekerheid nodig dat er diezelfde dag nog iemand langs kan komen om ondersteuning te bieden als dat nodig is. Dit hoeft echter niet onmiddellijk te zijn.

Daarnaast kan het zijn dat er bijkomend iemand regelmatig op eigen initiatief langs komt die de situatie kan inschatten, maar dit gebeurt niet elke dag.

Het verschil met P1 is dat telefonische stap-voor-stap begeleiding niet altijd volstaat om het probleem opgelost te krijgen en er de zekerheid nodig is dat er diezelfde dag nog iemand langs kan komen om het probleem op te lossen.

Het kan bijvoorbeeld gaan om iemand die bij een onverwachte gebeurtenis als het uitvallen van de elektriciteit wel iemand kan opbellen, maar de problemen niet zelf opgelost krijgt, ook niet met telefonisch advies. Het is nodig dat er iemand fysiek langsgaat bij de persoon om het probleem op te lossen. Dit kan niet wachten tot het eerstvolgend gepland ondersteuningsmoment.

Een ander voorbeeld is iemand die door bepaalde gebeurtenissen zodanig uit zijn lood geslagen kan worden, dat hij niet altijd telefonisch voldoende gekalmeerd kan worden om zijn problemen opgelost te krijgen. De wetenschap dat er die dag nog iemand langskomt, brengt voldoende rust om nog even te kunnen wachten. Later op de dag zal hij samen met een begeleider zijn problemen opgelost krijgen.

- **Permanentie niveau 3 (P3): De persoon kan iemand telefonisch bereiken of oproepen die onmiddellijk (rekening houdend met de nodige verplaatsingstijd) fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.**

De persoon woont zelfstandig (alleen of samen met anderen). Wanneer er iets gebeurt, moet de persoon iemand onmiddellijk telefonisch kunnen bereiken, die direct ondersteuning kan komen bieden.

Er is dus geen dagelijkse aanwezigheid nodig, maar wel de zekerheid dat er iemand snel beschikbaar is wanneer dit nodig is.

Daarnaast kan het zijn dat er bijkomend iemand regelmatig op eigen initiatief langs komt die de situatie kan inschatten, maar dit gebeurt niet elke dag.

Het kan hier bijvoorbeeld gaan om personen met valgevaar. Wanneer zij vallen en hulp inroepen moet er iemand onmiddellijk assistentie komen bieden. Of een persoon die iemand moeten kunnen oproepen voor (niet-planbare) assistentie bij toiletgang.

- **Permanentie niveau 4 (P4): Er moet gedurende grote delen van de dag iemand in de nabijheid van de persoon aanwezig zijn. Bij afwezigheid kan de persoon iemand telefonisch bereiken of oproepen die onmiddellijk (rekening houdend met de nodige verplaatsingstijd) fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.**

De persoon woont niet zelfstandig. Er moet gedurende grote delen van de dag iemand aanwezig zijn in de woning. Toch kan de persoon in goed geregelde omstandigheden enige tijd (max. 4u) zonder toezicht gelaten worden, maar niet gedurende grote delen van de dag. Op het ogenblik dat de persoon alleen gelaten wordt is een permanentie op niveau 3 aangewezen.

Het kan hierbij gaan om personen die doorgaans iemand in de buurt moeten hebben waarbij ze terecht kunnen, maar die mits goede afspraken en voorbereiding gerust één of meerdere uren alleen kunnen blijven met een oproepsysteem (telefoon, personalarms,...) in de buurt.

- **Permanentie niveau 5 (P5):** Er moet voortdurend iemand aanwezig zijn, maar die persoon hoeft niet voortdurend toezicht uit te oefenen. Indien nodig moet onmiddellijk iemand fysiek aanwezig kunnen zijn om ondersteuning te bieden.

Het is steeds nodig dat er iemand in de buurt van de persoon aanwezig is. Deze persoon moet aanwezig zijn in (de dichte nabijheid van) dezelfde woning, maar niet noodzakelijk in dezelfde ruimte. De persoon hoeft niet in voortdurend contact te staan met de persoon met een handicap, maar houdt regelmatig 'een oogje in het zeil' en gaat op eigen initiatief kijken of alles in orde is. Wanneer er iets gebeurt, moet de persoon onmiddellijk ondersteuning kunnen bieden.

De mogelijke ondersteuning die moet worden geboden kan zowel op vlak van zelfredzaamheid, als medisch als gedragsmatig zijn.

Het kan bijvoorbeeld zijn dat de persoon met een handicap in de eigen kamer bezig is, terwijl de 'permanentieverlener' een verdieping lager het huishouden doet. Of de persoon met een handicap is in de woning en de 'permanentieverlener' is in de tuin aan het werk. De permanentieverlener maakt geen gebruik van een monitoringsysteem (videofoon, audiofoon), maar komt wel regelmatig kijken in de kamer of alles in orde is. Indien bij dergelijke controlemomenten blijkt dat er ondersteuning nodig is, (bijvoorbeeld: persoon geeft aan assistentie nodig te hebben bij de toiletgang), kan die onmiddellijk geboden worden.

- **Permanentie niveau 6 (P6):** Er moet voortdurend iemand aanwezig zijn en toezicht uitgeoefend worden. Dit betekent dat er op elk ogenblik iemand in contact staat met de persoon, ofwel rechtstreeks ofwel onrechtstreeks (via babyfoon, webcam of andere middelen).

Het is steeds nodig dat er iemand in de buurt van de persoon aanwezig is. Deze persoon moet in dezelfde ruimte als de persoon zijn en direct toezicht uitoefenen. Wanneer de persoon de ruimte verlaat, blijft hij in contact met de persoon met een handicap, door op gehooraafstand te blijven of gebruik te maken van monitoringsystemen (audiofoon, videofoon). Wanneer er iets onverwacht gebeurt, kan de permanentieverlener onmiddellijk ingrijpen.

Ter illustratie kan het hier gaan om personen met:

- een specifieke medische problematiek: beademing, zware (onvoorspelbare) epilepsie, dementie,...
 - een zeer ernstige gedragsmatige problematiek, die effectief toezicht vergt, zoals bijv. automutilatie, slaan naar andere bewoners, hoog risico voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, ...
 - een zeer lage bewustzijnstoestand of een zeer laag niveau van functioneren.
- **Uitzonderingswaarde: Permanentie niveau 7 (P7):** De persoon heeft nood aan voortdurend toezicht en dit binnen een beveiligende infrastructuur en omkadering. Dit impliceert een gespecialiseerde setting.

Deze waarde wordt enkel in zeer specifieke situaties toegekend.

De doelgroep bestaat uit personen met zeer ernstige externaliserende gedragsproblemen die een acuut gevaar opleveren voor zichzelf, voor medebewoners en/of voor personeel. Ook personen die op een dusdanig intensieve manier aangepakt worden (fixeren/ separeren) dat dergelijke problemen worden vermeden, maar die zonder deze aanpak dezelfde problemen opnieuw zouden veroorzaken vallen onder dit permanentieniveau.

5.3 Tips

Bij het inschatten van de ondersteuningsnoden is het belangrijk de huidige organisatie van de ondersteuning even los te laten. We kijken m.a.w. niet naar hoe de ondersteuning nu (omwille van praktische redenen of financiële beperkingen) geboden wordt, maar naar wat de persoon echt nodig heeft.

Vooraf bij permanentie kan dit soms moeilijker zijn. ('Er is toch altijd iemand aanwezig omwille van noden van andere personen uit de groep'.) Hierbij kan het helpend zijn om zich af te vragen 'Wat zou er (kunnen) gebeuren als deze ondersteuning niet geboden wordt? Welke maatregelen zouden we nemen wanneer er geen aanwezigheid van personeel was omwille van andere groepsleden?'

Wanneer een persoon samenleeft met een partner, worden er soms taken overgenomen door de partner. Dit wordt als vanzelfsprekend beschouwd, maar dit mag niet uit het oog verloren worden als hulp die reëel geboden moet worden.

De inschalingen die vroeger gebeurd zijn in het kader van inclusief wonen, geïntegreerd wonen en beschermd wonen mogen niet als referentie gebruikt worden bij het inschatten. Het instrument is geoptimaliseerd waardoor er ondertussen zaken zijn aangepast.

5.4 Vragen

Indien u toch nog vragen heeft bij het inschatten van de zorgzwaarte van uw cliënteel kunt u contact opnemen met de helpdesk voor de inschattingen, via inschatting@vaph.be.

5.5 Verklarende woordenlijst

- Hulpmiddelen:** Alle mogelijke hulpmiddelen waardoor de persoon met een handicap meer zelfredzaamheid verwerft. Bij de inschatting van de ondersteuningsnoden bekijken we altijd de situatie van de persoon wanneer hij gebruik kan maken van zijn hulpmiddelen die hij ter beschikking heeft.
- Levensdomeinen:** Deelgebieden van het dagelijks leven van de doorsnee persoon in onze maatschappij. Bijvoorbeeld zelfverzorging, huishouden, werk, sociale contacten, inkopen doen, vrije tijd, belangenbehartiging,...
- Overdag:** Wanneer we het hebben over ondersteuningsnoden overdag bedoelen we hiermee de ondersteuningsnoden tussen het ogenblik van opstaan en het ogenblik van gaan slapen. Als richturen voor permanentie kan gewerkt worden met de uren tussen 8u en 20u.
- Zelfstandig wonen:** Wanneer we in deze handleiding zeggen dat iemand zelfstandig woont, bedoelen we dat deze persoon in een eigen woning leeft. Dit kan alleen wonen zijn, maar het kan evengoed gaan om samenwonen met een partner, gezin of anderen.

6 Wat doet het VAPH?

6.1 Communicatie naar de cliënt

Het VAPH zal zich in de loop van 2016 een aantal keer rechtstreeks wenden tot de gebruiker. Ten eerste zijn er een aantal infosessies georganiseerd over PVF en de transitie. Hier heeft u reeds de presentaties van ontvangen. Ook bij de komende communicaties naar de gebruiker zal het VAPH steeds de communicatie ook aan de voorzieningen bezorgen.

Daarnaast zal er begin april 2016 een brief worden gestuurd naar alle meerderjarige gebruikers, die in een FAM of thuisbegeleidingsdienst ondersteund worden. Het VAPH informeert de individuele gebruikers daarin over de voorbereidingen die getroffen worden om hen op 01/01/17 een individueel aantal zorggebonden punten ter beschikking te kunnen stellen of punten RTH voor hen te voorzien om hun huidige ondersteuning te continueren. Hierbij worden de opeenvolgende stappen duidelijk aangegeven, evenals de rol die de zorgaanbieder hierin heeft en de mogelijkheden die de gebruiker zal hebben tot eigen inbreng en reactie.

Tenslotte zal er eind september / begin oktober 2016 een beslissingsbrief worden gestuurd naar de cliënten die naar nRTH zullen gaan met daarin hun definitief, individueel aantal zorggebonden punten. Zo krijgen zij het aantal zorggebonden punten officieel bevestigd vanuit het VAPH. In deze communicatie naar de gebruiker vanuit het VAPH vermelden we duidelijk dat hem/haar een individueel aantal zorggebonden punten ter waarde van x punten wordt ter beschikking gesteld om de huidige ondersteuning te continueren. Momenteel is voorzien dat zij deze communicatie zullen ontvangen, kort nadat dit gecommuniceerd is naar de voorzieningen. Voor de cliënten die naar RTH zullen gaan, zal er in dezelfde periode een brief worden gestuurd waarin het VAPH hen informeert dat hun ondersteuning verder gecontinueerd zal worden binnen RTH en hoeveel punten voor hen worden omgezet van de FAM erkenning naar een RTH erkenning. Naar de cliënten met een langlopend PVC zal er dan ook een gelijkaardige communicatie worden gestuurd.

6.2 Controles

De voorzieningen moeten voor elk van hun cliënten in kaart brengen hoeveel ondersteuning er structureel wordt gegeven en wat de B- en P-inschatting is. Op beide componenten zal het VAPH controles uitvoeren. Hieronder wordt er beschreven hoe deze controles praktisch zullen verlopen. Beide controles zullen ten vroegste half april 2016 starten. Het einde van de controles is momenteel voorzien op 15 juli 2016.

6.2.1 Controles B- en P-inschattingen

In de periode half april tot eind juli 2016 zullen er een groot aantal controle-inschalingen gebeuren door opgeleide ZZI-inschalers, overwegend vanuit MDT's. Er wordt bij deze controles voorzien dat cliënten die in een hogere budgetcategorie vallen, meer zullen worden gecontroleerd.

Het is ook de bedoeling dat naast een spreiding over de budgetcategorieën, ook rekening wordt gehouden met een spreiding over de verschillende voorzieningen. Dit zal zeker niet evenredig kunnen aangezien voorzieningen zich vaak concentreren op een specifieke hoogte van zorgzwaarte, maar het VAPH zal er zeker naar streven om in elke voorziening met cliënten die in de te controleren budgetcategorieën vallen een minimaal aantal controles uit te voeren.

Indien de met het zorgzwaarte-instrument (ZZI) bekomen inschaling van de zorgzwaarte afwijkt van de inschatting van de zorgzwaarte door de voorziening, wordt de inschaling op basis van ZZI weerhouden. Het VAPH past deze gegevens aan. Indien de voorziening of de betrokken cliënt niet akkoord gaat met de inschaling, kunnen zij eventueel een second opinion vragen aan een andere opgeleide ZZI-inschaler.

6.2.2 Controles inschatting ondersteuning

Om het mogelijk te maken gerichte controles uit te voeren op ondersteuningsfuncties, zal het VAPH gebruik maken van de registratietools FAM. Aan de hand van deze gegevens kan het VAPH zien of er grote discrepanties zijn met de in kaart gebrachte ondersteuning en de eerder aangeleverde gegevens

in FAM. Het is mogelijk dat de voorziening hier een aanvaardbare reden voor kan geven, maar als blijkt dat de richtlijnen omtrent de transitie niet correct werden gevolgd, zal de zorgaanbieder de gegevens van de transitie moeten bijsturen. Daarnaast zal er ook gecontroleerd worden op de FAM-categorie en op de procedure waarmee de cliënt is ingestroomd (kortdurend of niet). Als blijkt dat de gebruiker niet volgens de zorgregieregels is ingestroomd of ondersteuning krijgt die de FAM-categorie overstijgt, contacteert het VAPH de voorziening en vraagt het VAPH om een uitgebreide toelichting bij het bepalen van de ondersteuning van de specifieke cliënt en de oorzaak van het verschil. Indien hieruit blijkt dat er een fout werd gemaakt bij de interpretatie van de structurele ondersteuning door de voorziening, kan deze worden aangepast. Als de voorziening een aanvaardbare reden kan geven, blijft de inschatting uiteraard staan zoals ze werd ingegeven. Eventueel kan er aanvullend, naast de afwijkingen, een willekeurige steekproef getrokken worden. Voorzieningen die een groot aantal afwijkingen hebben, kunnen extra gecontroleerd worden.

6.3 Berekeningen

Zowel in september 2016, als in januari 2017 zal het VAPH een aantal berekeningen uitvoeren, zoals die beschreven worden in hoofdstuk 7 en 3.6. Het resultaat hiervan zijn de definitieve, individuele aantallen zorggebonden punten en de voorlopige bepaling van de subsidies van de vergunde zorgaanbieders de komende 3 jaar. Deze berekeningen zullen na afloop en controle worden gecommuniceerd aan de betrokkenen.

7 Transitie naar een individueel aantal zorggebonden middelen voor de huidige gebruikers FAM en thuisbegeleiding

7.1 Basisprincipes transitie

Op 1 januari 2017⁴ zou aan elke huidige meerderjarige gebruiker van een FAM of een dienst thuisbegeleiding, die verder valt onder de niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening, een definitief, individueel aantal zorggebonden punten moeten zijn toegekend. Dan zal er ook geen sprake meer zijn van erkende en gefinancierde capaciteit nRTH voor meerderjarigen, met uitzondering van middelen die gebruikt worden voor specifieke projecten voor geïnterneerden en observatie-units. We nemen vervolgens 4 jaar de tijd om de transitie van het huidige financieringssysteem naar het systeem PVF voor meerderjarige gebruikers met een handicap en hun aanbieders volledig door te voeren.

In deze transitie van 4 jaar zitten 2 verschuivingen omvat, die parallel gerealiseerd moeten worden:

- Verschuiving van punten over voorzieningen heen i.f.v. 'zorggradatie', op basis van het in kaart brengen van de ondersteuningsfuncties en de zorgzwaarte door de voorzieningen.
- Verschuiving van een systeem van eigen bijdragen naar een systeem van woon- en leefkosten.

Op 01/01/2017 zal dus de omschakeling worden gemaakt, maar er zal daarna nog tot en met eind 2020 de tijd worden genomen om de verschuivingen volledig door te voeren. De verschuivingen gebeuren concreet op 01/01/2018, 01/01/2019 en 01/01/2020. Dit resulteert erin dat op **01/01/2020** de zorggebonden punten verdeeld zijn over de voorzieningen rekening houdend met de zorgzwaarte. Op 01/01/2021 zullen we ook een zuiver onderscheid hebben tussen de zorggebonden personeelskosten betaald door het VAPH, de organisatiegebonden kosten betaald door het VAPH en de woon- en leefkosten betaald door de cliënten. De overgang van eigen bijdragen naar woon- en leefkosten betreft een wezenlijke wijziging: het blijven aanrekenen van dezelfde kosten onder een andere noemer is geen optie. Men kan dus niet op dezelfde manier blijven factureren aan de cliënt in het systeem van woon- en leefkosten. Wel krijgen voorzieningen de tijd om de overstap te maken.

Het VAPH geeft als garantie aan de voorzieningen dat alles dat vandaag wordt geïnvesteerd in de sector, in het jaar 2020 nog steeds zal worden geïnvesteerd. De transitie zal plaatsvinden in een gesloten macrobudget. Ook aan de gebruikers als groep geeft het VAPH een garantie van

⁴ Met uitzondering van de cliënten die recent (periode 01/04/2016 - 31/12/2016) wijzigingen ondergingen zoals veranderen van voorziening of instromen vanuit de zorgregie, deze dienen verwerkt te worden na 31/12/2016.

betaalbaarheid. Daarnaast wordt de gebruikers ook gegarandeerd dat hun mobiliteit niet gehinderd wordt. Na 01/01/2017 kunnen gebruikers namelijk, aan wie in het kader van de omschakeling naar PVF een individueel aantal zorggebonden punten werd ter beschikking gesteld, deze punten naar wens anders inzetten: verhuizen naar een andere voorziening en wijzigen verhouding cash/voucher. Enkel bij een vraag naar meer middelen dient de nieuwe procedure met opmaak ondersteuningsplan, objectiveren ondersteuningsnood en prioriteren van de meervraag doorlopen te worden, indien deze meervraag leidt tot een hogere budgetcategorie.

7.1.1 Specifieke uitgangspunten m.b.t. de verschuiving i.f.v. zorggradatie

Bij de overstap naar de persoonsvolgende financiering zal er een operatie opgezet worden om het aantal beschikbare personeelspunten af te stemmen op de zorgzwaarte van de opgenomen gebruikers. De herverdeling van de zorggebonden middelen gebeurt in 3 fasen (2018 - 2019 - 2020) waarbij telkens 1/3 van de kloof tussen de feitelijk beschikbare middelen en de definitieve middelen op basis van de zorgzwaarte wordt weggewerkt. De definitieve middelen zijn de som van alle voorlopige individuele aantallen zorggebonden punten in de voorziening, gecorrigeerd met het macrobudget (zie ook stap 5 van 7.2).

De in- en uitstroom van cliënten gedurende de periode 2017 t.e.m. 2020 staat volledig los van het wegwerken van de kloof van de zorggebonden middelen. Als een cliënt na 01/01/2017 instroomt in de voorziening zal dit dus geen effect hebben op de verschuiving van de kloof. Hij of zij zal zijn volledige definitief individueel aantal zorggebonden punten kunnen inzetten en dit aantal zal ook constant blijven. Als een cliënt weggaat uit de voorziening zal het ook zijn definitief, individueel aantal zorggebonden punten zijn dat wordt afgetrokken van de punten van de voorziening waaruit hij of zij vertrekt.

Dit komt omdat we de huidige gebruikers zelf niet willen belasten met de verdeling van de middelen over een periode van 3 jaar. Bij het bepalen van het huidig aantal zorggebonden punten op niveau van de individuele cliënt wordt daarom op 01/01/2017 reeds het definitieve individuele aantal zorggebonden punten toegewezen (situatie na verdeling, dus situatie zoals voorzien op 01/01/2020).

7.1.2 Specifieke uitgangspunten m.b.t. de verschuiving van het huidige systeem naar het systeem van woon- en leefkosten

In de periode 2017 t.e.m. 2020 behouden voorzieningen de mogelijkheid om bijdragen, conform de wettelijke bijdrageregeling, te innen. Ze kunnen er echter ook voor kiezen om in deze periode het werken met een bijdrageregeling (al dan niet geleidelijk) af te bouwen. Met het oog op het maken van deze keuze organiseren voorzieningen een overleg met hun gebruikersraad waarin de doelstellingen en de consequenties van de te maken keuze duidelijk besproken worden. De inhoud van de bespreking wordt opgenomen in het verslag van de gebruikersraad.

Cliënten die nieuw instromen vallen onmiddellijk onder het systeem van woon- en leefkosten. Woon- en leefkosten worden steeds individueel bepaald. Cliënten die van voorziening veranderen, worden in de nieuwe voorziening beschouwd als nieuwe cliënten en vallen hierdoor dus onder het systeem van woon- en leefkosten. In de voorziening waaruit de cliënt weggaat, zal de bijdrage, die van de subsidie wordt afgehouden, proportioneel verminderd worden naar aanleiding van het vertrek van die cliënt. Deze proportionele vermindering gebeurt op basis van het definitief individueel aantal zorggebonden punten van de cliënt ten opzichte van de zorggebonden punten die de voorziening gesubsidieerd krijgt voor het vertrek van de betreffende cliënt. Als een cliënt bijvoorbeeld een individueel aantal zorggebonden punten heeft van 10 punten en de voorziening heeft er in totaal 1305,91 en de voorziening dient jaarlijks 18,62 punten van de subsidie van de organisatiegebonden en zorggebonden personeelspunten te houden in het kader van bevroren bijdrage, dan wijzigt de 18,62 naar 18,48 ($18,62 * (1295,91/1305,91)$).

7.2 Stappenplan transitie

In dit onderdeel zijn de verschillende stappen opgenomen voor het bepalen van een definitief, individueel aantal zorggebonden punten per cliënt. In onderstaande tabel kan u alvast een overzicht terugvinden van de verschillende stappen:

jun/16 jul/16	Stap 1: Bepalen van de middelen beschikbaar voor de ondersteuning van meerderjarige persoon met een handicap (PmH) voor omzetting naar PVF
aug/16	Stap 2: Voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten per cliënt Stap 3: Het aandeel middelen nodig voor de continuering van de ondersteuning van cliënten die zullen overstappen naar RTH
sep/16	Stap 4: Het totaal aandeel middelen dat beschikbaar is om de ondersteuning van gebruikers, die beschouwd worden als cliënten nRTH, te continueren Stap 5: Het definitief, individueel aantal zorggebonden punten voor elke nRTH-client van een FAM of thuisbegeleidingsdienst

Stap 1: Bepalen van de middelen beschikbaar voor de ondersteuning van meerderjarige persoon met een handicap (PmH) voor omzetting naar PVF

Voor elke erkende FAM en elke erkende dienst thuisbegeleiding wordt door het VAPH het aandeel middelen dat bestemd is om meerderjarige cliënten te ondersteunen, bepaald. Dit zijn de middelen opgenomen in het erkenningsbesluit. Naast de erkende middelen FAM en thuisbegeleiding, dienen ook de middelen van de persoonsvolgende convenanten te worden meegenomen. De middelen die aangewend worden voor geïnterneerden en voor een observatie-unit worden hierin niet in meegenomen. Hiervoor zullen de betrokken voorzieningen een FAM-erkenning behouden. Minderjarigen die kortdurend worden ondersteund in een FAM zullen eveneens niet worden meegenomen in de transitie. Voor de middelen die hiervoor worden ingezet, zal de FAM een erkenning MFC krijgen. Ook personen die combineren met PAB (persoonlijk assistentiebudget) moeten meegenomen worden voor het aandeel dat ze binnen de FAM worden ondersteund.

De middelen van de voormalige ambulante afdelingen, thuisbegeleidingsdiensten en PVC's worden volledig meegenomen naar PVF. Voor de overige afdelingen worden de personeelspunten FAM genomen, verhoogd met een percentage voor de organisatiegebonden werkingskosten (3,03%, dit is een sectoraal percentage). Als de netto-subsidie (personeelspunten + werkingskosten - bevroren bijdragen) echter hoger is dan dit bedrag, dan wordt de netto-subsidie meegenomen in de omzetting naar PVF.

In het nieuwe systeem is het de bedoeling dat het VAPH zorggebonden en organisatiegebonden punten subsidieert en dat de cliënt zelf instaat voor de woon- en leefkosten. Voor (voormalige) ambulante afdelingen, thuisbegeleidingsdiensten en voor convenanten is voorgaande reeds het geval en dienen dus alle gesubsidieerde middelen meegenomen te worden naar PVF. De werkingsmiddelen zullen hiervoor worden omgezet naar punten. Voorgaande geldt echter nog niet voor de overige afdelingen FAM: De werkingsmiddelen worden namelijk nog deels aangewend voor de toekomstige woon- en leefkosten. Om te gaan bepalen welke middelen naar PVF dienen te worden omgeschakeld, is men gaan kijken naar de kostenstructuur van een voorziening. U kan deze terugvinden in de eerste kolom van onderstaande tabel. De organisatiegebonden werkingsmiddelen en de personeelspunten aangewend voor organisatiegebonden personeel (14,94%) vormen samen de organisatiegebonden punten binnen PVF. De huidige personeelspunten aangewend voor zorggebonden personeel worden dan de zorggebonden punten. We kunnen dus de huidige personeelspunten verhoogd met 3,03% nemen om zo te bepalen wat de zorggebonden en organisatiegebonden punten in PVF moeten zijn. Dit zijn dan de beschikbare middelen.

11,12 % Zorggebonden werkmiddelen	Bijdragen B	
3,03 % Organisatiegebonden werkmiddelen	Bijdragen A	Persoonsgebonden budget, te verdelen in voucher zorggebonden punten (100/125,35) en organisatiegebonden punten (25,35/125,35)
85,85 % Huidige personeelspunten FAM	Huidige netto-subsidie	

Als de netto-subsidie echter hoger is dan de som van de huidige personeelspunten en de organisatiegebonden werkmiddelen, zal de netto-subsidie genomen worden. Dit omdat het VAPH geen middelen van de sector wenst weg te nemen. Dit wordt schematisch weergegeven in onderstaande tabel.

11,12 % Zorggebonden werkmiddelen	Bijdragen B	
3,03 % Organisatiegebonden werkmiddelen	Huidige netto-subsidie	Persoonsgebonden budget, te verdelen in voucher zorggebonden punten (100/125,35) en organisatiegebonden punten (25,35/125,35)
85,85 % Huidige personeelspunten FAM		

Voor de thuisbegeleidingsdienst zitten de middelen voor de meerder- en minderjarigen in één erkenning. Hier zal er procentueel worden opgesplitst door middel van aantal begeleidingen geboden aan meerderjarige cliënten ten opzichte van het totaal aantal begeleidingen in het jaar 2014. Een cliënt wordt hiervoor als meerderjarige beschouwd indien hij/zij 18 jaar of ouder is op datum van 31/12/2016.

Stap 2: Voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten per cliënt

De berekening van het voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten per cliënt op basis van de in kaart gebrachte ondersteuningsfuncties en B- en P-waarden gebeurt grotendeels op dezelfde wijze als de toeleiding, dus hoe nieuwe cliënten een PVB zullen krijgen. De B- en P-inschattingen bepalen ten eerste de maximale budgetcategorie. Indien het gewicht van de ondersteuning hierboven gaat, zal er afgetopt worden op de bovengrens van de betreffende budgetcategorie.

Ten tweede zal er aan elke hoeveelheid ondersteuning een gewicht worden gehangen, er is namelijk per ondersteuningsfunctie een gewicht bepaald, dat voor dag- en woonondersteuning afhankelijk is van de B- en P-inschattingen. Voor individuele ondersteuning en oproepbare permanentie liggen deze gewichten vast (u kan deze gewichten terugvinden in de simulatietool, de gewichten voor dag- en woonondersteuning kan u terugvinden op het tweede tabblad). De gewichten van dagondersteuning, woonondersteuning, individuele ondersteuning en oproepbare permanentie worden gesommeerd.

Indien het gesommeerde gewicht lager ligt dan het maximale gewicht binnen de maximale budgetcategorie, dan wordt dit gewicht meegenomen in de berekening. Is dit niet het geval en ligt

het gewicht hoger dan zal het maximale gewicht van de maximale budgetcategorie (op basis van de zorgzwaarte) worden gebruikt. Met dit gewicht gaat men het aantal zorggebonden personeelspunten bepalen.

In de toeleiding zijn er origineel 12 budgetcategorieën. Voor de transitie naar PVF zullen deze uitzonderlijk worden opgesplitst in 21 budgetcategorieën. In de tabel hieronder worden deze weergegeven. Voor de uitgesplitste budgetcategorieën werden de gewichten en zorggebonden personeelspunten pro rata verdeeld, naargelang in hoeveel er werd opgesplitst. Bovenstaande berekening gebeurt automatisch in de simulatietool. In bijlage 2 kan u een voorbeeld terugvinden van hoe zo'n berekening verloopt. Eveneens in bijlage 2 werd een link naar het BVR toeleiding toegevoegd ter informatie.

Budget-categorie	Ondergrens gewichten	Bovengrens gewichten	Zorggebonden punten
I a	≥ 2,0	< 3,0	9,06
I b	≥ 3,0	< 4,0	10,12
I c	≥ 4,0	< 4,9	11,18
I d	≥ 4,9	< 6,0	12,23
II	≥ 6,0	< 9,0	17,13
III a	≥ 9,0	< 11,0	20,70
III b	≥ 11,0	< 13,1	24,27
IV a	≥ 13,1	< 16,5	28,96
IV b	≥ 16,5	< 20,0	33,64
V a	≥ 20,0	< 22,7	38,23
V b	≥ 22,7	< 25,5	42,82
VI a	≥ 25,5	< 27,7	46,49
VI b	≥ 27,7	< 30,0	50,16
VII	≥ 30,0	< 34,4	53,22
VIII	≥ 34,4	< 39,5	55,06
IX	≥ 39,5	< 50,1	59,05
X a	≥ 50,1	< 55,0	65,01
X b	≥ 55,0	< 60,1	70,96
XI a	≥ 60,1	< 62,5	79,52
XI b	≥ 62,5	≤ 65,0	88,09
XII	> 65,0		103,99

Stap 3: Het aandeel middelen nodig voor de continuering van de ondersteuning van cliënten die zullen overstappen naar RTH

Als u de ingeschatte gegevens in de simulatietool inbrengt en hieruit blijkt dat uw cliënt een gewicht heeft dat lager ligt dan 2, kan het VAPH geen individueel aantal punten toekennen. U dient voor deze cliënt bijkomend in te vullen wat de cliënt jaarlijks aan ondersteuning nodig heeft binnen RTH om zijn huidige ondersteuning te continueren. Het aantal punten RTH per persoon kan echter nooit hoger zijn dan 8. .

Het totaal aantal punten RTH dat de cliënten nodig hebben (maximum 8 per persoon), wordt afgetrokken van de erkenning FAM of thuisbegeleiding. Het gaat dus niet over het aantal cliënten dat naar RTH zal gaan, vermenigvuldigd met 8 personeelspunten, maar over het effectief aantal personeelspunten, zoals berekend in de simulatietool, dat nodig is om de ondersteuning van de betrokken cliënten te continueren. Als cliënt X bijvoorbeeld 24 keer per jaar voor een dag opvang bij uw voorziening komt aankloppen ($24 \cdot 0,087$) en cliënt Y 10 keer per jaar voor woonondersteuning ($10 \cdot 0,013$), zou dit betekenen dat u 2,218 personeelspunten van uw erkenning FAM dient af te

trekken, en dus niet 16. Hiernaast worden ook de werkingskosten RTH van uw erkenning afgehouden, namelijk 89 euro per punt. In voorgaand voorbeeld zou dat betekenen dat er 197,402 euro van uw werkingskosten worden afgehouden. De cliënt kan maximaal 8 punten ondersteuning per jaar opnemen, maar door de reconversie naar RTH wordt enkel de continuering van de huidige ondersteuning voorzien. De mogelijkheid om de bijkomende RTH-punten in te zetten voor deze cliënt, wordt niet gegarandeerd, maar ook niet uitgesloten.

Momenteel is er geen uitbreidingsbeleid RTH voorzien in 2016. De erkenningen RTH op 01/01/2017 zullen dus enkel bestaan uit huidige erkenningen RTH en gereconverteerde punten FAM of thuisbegeleiding op basis van de transitie van de huidige cliënten naar RTH. Over eventuele reconversies binnen de minderjarigenzorg wordt nog gecommuniceerd.

Stap 4: Het totaal aandeel middelen dat beschikbaar is om de ondersteuning van gebruikers, die beschouwd worden als cliënten nRTH, te continueren

Voor elke erkende FAM en elke erkende dienst thuisbegeleiding wordt het aandeel middelen, zoals bepaald in stap 1, dat overblijft na het afsplitsen van het aandeel middelen kortdurende overeenkomsten minderjarigen, het afsplitsen van het aandeel projecten geïnterneerden en observatie-unit en het afsplitsen van het aandeel middelen RTH beschouwd als de middelen die beschikbaar zijn voor de continuering van de ondersteuning van meerderjarige cliënten die gezien worden als cliënten nRTH binnen de nieuwe context. Deze middelen delen we op in een zorggebonden (100/125,35) en een organisatiegebonden (25,35/125,35) component. Het zorggebonden deel zal worden toegekend aan de vouchers van de cliënten.

Stap 5: Het definitief, individueel aantal zorggebonden punten voor elke nRTH-client van een FAM of thuisbegeleidingsdienst

De som van de middelen uit stap 4 over alle voorzieningen heen, samen met de zorggebonden middelen van de persoonsvolgende convenanten, wordt beschouwd als het maximaal aantal zorggebonden punten nRTH. Op basis van de inschattingen door de voorzieningen, werden de voorlopige, individuele aantallen zorggebonden punten per cliënt bepaald. De som van deze punten, over alle cliënten van alle voorzieningen heen, mag niet meer bedragen dan het maximaal aantal zorggebonden punten nRTH, dat momenteel beschikbaar is in de sector. Is dit toch het geval, dan zal het VAPH een lineaire correctie doorvoeren om de budgetneutraliteit te garanderen. Als het macrobudget bijvoorbeeld 1.000.000 punten is en er zijn in totaal 1.100.000 zorggebonden punten ingeschat, dan zal van elk voorlopig, individueel aantal punten 9,0909...% worden afgetrokken. Als de som van alle punten minder bedraagt dan het maximaal aantal zorggebonden punten, zullen alle voorlopige, individuele aantallen worden verhoogd met het betreffende percentage.

Zo bepaalt het VAPH het definitieve aantal zorggebonden punten voor elke individuele cliënt, rekening houdend met het resultaat van de inschattingen van de voorzieningen. In bijlage 3 kan u zien wat de consequenties hiervan zijn op voorzieningsniveau. Hier wordt heel het voorgaand stappenplan volledig doorlopen voor 3 voorbeeldvoorzieningen.

Een cliënt die wenst over te stappen naar een andere voorziening, of die zijn middelen anders wenst in te zetten vanaf 01/01/2017, kan dit -binnen de grenzen van het definitief, individueel aantal zorggebonden punten- zonder een procedure te moeten doorlopen. Dit, uiteraard, rekening houdend met de contractuele bepalingen. Bij overstap naar een andere voorziening wordt de bevroren bijdrage, die wordt afgehouden van de subsidie, proportioneel verminderd. Bij overlijden en overstap naar een andere voorziening wordt bij de voorziening van vertrek het definitief aantal zorggebonden punten van de betreffende cliënt in mindering gebracht van de middelen van de vergunde zorgaanbieder. Ook van de organisatiegebonden punten gaat er op termijn op die manier een stuk af. De cliënt krijgt dus zijn volledig definitief, individueel aantal zorggebonden punten mee.

7.3 Transitiepad

7.3.1 Verschuiving van de zorggebonden punten

In voorgaande onderdelen werd voor elke aanbieder bepaald:

- Wat de huidige beschikbare zorggebonden middelen zijn.
- Wat de theoretische zorggebonden middelen zijn. Dit wordt bepaald aan de hand van de som van de definitieve, individuele aantallen zorggebonden punten van de cliënten, wat betreft het aandeel dat de cliënt bij de betreffende aanbieder inzet.

In de periode 01/01/2018 t.e.m. 01/01/2020 wordt de kloof tussen beide aantallen voor elke individuele voorziening in 3 fasen weggewerkt. Voorzieningen waarbij de beschikbare zorggebonden middelen groter zijn dan de theoretische zorggebonden middelen staan elk jaar 1/3 van dit verschil af aan het VAPH. Het VAPH verdeelt deze middelen telkens over de voorzieningen waarbij de beschikbare zorggebonden middelen kleiner zijn dan de theoretische zorggebonden middelen. Zij krijgen in 3 bewegingen telkens 1/3 van het verschil bijgepast.

7.3.2 Verschuiving naar woon- en leefkosten

De zorgaanbieder ontvangt de subsidies zoals bepaald onder stap 1. Het VAPH blijft dus gedurende die periode eventueel dat deel van de bevroren bijdragen⁵, indien van toepassing, aftrekken waarmee tot nu toe zorggebonden en organisatiegebonden punten gefinancierd werden, maar niet de bijdragen waarmee de zorggebonden werkingsmiddelen mee worden gefinancierd. Het innen van wettelijke bijdragen hangt onlosmakelijk samen met het blijven garanderen van het ‘ge waarborgd zakgeld’ en het uitbetalen van de socio-culturele toelage.

De zorgaanbieder mag gedurende een periode van vier jaar transfereren van de huidige bijdragen naar woon- en leefkosten. Dit betekent dat hij zeker in aanvang het eventuele verlies aan subsidies kan ondervangen door de bijdragen. In zoverre hij de bijdragen niet onmiddellijk wijzigt, blijven immers dezelfde middelen ter beschikking. De bijdragen, indien ze verder geïnd worden, moeten worden geïnd zoals bepaald binnen FAM.

8 Contactgegevens

Indien u bijkomende vragen heeft, kan u zich rechtstreeks richten tot volgende instanties:

- Voor algemene vragen over PVF, niet specifiek voor voorzieningen
 - 02 225 84 11
- Voor vragen specifiek over de transitie van voorzieningen, enkel voor professionelen
 - 02 225 86 20 of transitieVZ@vaph.be
- Voor vragen over de inschatting van de B- en P-waarden
 - inschatting@vaph.be

⁵ In de eerste tabel bij stap 1 komt dit overeen met het blauwe gedeelte “Bijdragen A”. Dit is een onderdeel van de bijdragen zoals deze terug te vinden zijn in uw besluit FAM.

Bijlage 1: Good practices

Voorbeeld 1

“Binnen de voorziening zijn vijf afdelingen, met elk één verantwoordelijke ortho. Deze ortho stond in voor het scoren van zijn of haar afdeling. Op voorhand werden de richtlijnen rond de BPN-waarden door de groep ortho’s nauwgezet doorgenomen en bediscussieerd hoe we dit moesten interpreteren. (...) Onder elkaar hebben wij een aantal “grenswaarden” afgesproken, daarmee bedoel ik, wat voor ons de drempel was om een categorie hoger te gaan scoren. Een voorbeeld hiervan is : bij de P-waarde ligt het verschil tussen P5 en P6 vooral in het feit of je de bewoner eventjes (5 à 10 minuten) kunt alleen laten. Wanneer de bewoner dan al op de kamer wordt gezet om dit alleen zijn veilig te overbruggen, dan wordt er door ons P6 gescoord. Vragen tijdens het scoren werden apart genoteerd en via intervisie uitgepraat, zodat we tot een gedragen score kwamen. Wij hebben dus geen gebruik gemaakt van bepaalde tools of systemen, maar via overleg en intervisie zijn wij gekomen tot gedeelde afspraken om zo objectief mogelijk over de hele voorziening te komen tot een gelijkwaardige inschaling.”

Voorbeeld 2

“(…)We doorliepen de volgende stappen:

1. In het informaticasysteem dat we in de voorziening gebruiken (“Dossier”) werd een plaats gecreëerd om de BPN-waarden in te vullen. Zo kunnen we gemakkelijk waarden van verschillende gebruikers consulteren en kunnen er lijsten getrokken worden. Naast de toegekende BPN-waarden hebben we ook ruimte voorzien om per waarde een eventuele toelichting te schrijven rond de interpretatie (voor jezelf achteraf en voor collega’s).
2. Als try-out werd er op een overleg met de ortho’s 1 gebruiker samen gescoord.
3. Daarna heeft elke ortho, samen met of op basis van informatie van begeleiders per gebruiker de BPN-waarden toegekend. Indien er twijfel was, werden de scores met meerdere betrokkenen besproken (vb. met ortho, teamhoofd en 2 begeleiders of tijdens de teamvergadering).
4. Als laatste stap werden de toegekende waarden op een overleg met de ortho’s besproken. Er werd gecheckt of iedereen vanuit dezelfde interpretatie van de richtlijnen van het VAPH vertrok a.d.h.v. volgende vragen en vergelijkingen:
 - a. Welke knelpunten kwamen naar boven tijdens het scoren? Deze werden besproken om te komen tot een gemeenschappelijke lijn.
 - b. De scores van een aantal random gekozen gebruikers werden toegelicht a.d.h.v. hun huidige ondersteuning. (Volgt iedereen dezelfde redeneringen?)
 - c. Welke gebruikers hebben in ons aanvoelen dezelfde ondersteuningsnoden en komen zij tot dezelfde BPN-score?
 - d. Ook omgekeerd: welke gebruikers komen tot dezelfde BPN-score en hebben zij in de realiteit ook dezelfde ondersteuningsnoden?
 - e. Welke gebruikers hebben in realiteit de hoogste of laagste ondersteuningsnoden in de voorziening en komt dit ook in de BPN-waarden tot uiting?

Op basis van deze bespreking kwamen we tot een consensus rond de toegekende BPN-waarden.”

Voorbeeld 3

“Proces van aanpak bij de inschatting van de B en P waarden

1. Aanstellen van 2 verantwoordelijken:
 - a. iemand uit de orthoagogische dienst
 - b. de kwaliteitscoördinator, omwille van vroegere betrokkenheid bij inschalingen.
2. Afstemming over de gradaties van de B en P waarden
 - a. De kwaliteitscoördinator gaat de gangbare omschrijving van de B en P waarden na, en probeert met voorbeelden te verduidelijken. Dit om de inschatting zo objectief mogelijk te maken.
 - b. De orthoagoog en de kwaliteitscoördinator overlopen de omschrijvingen en streven naar gelijke interpretatie.
3. Bepaling van de B en P waarden door het diensthoofd / de teamverantwoordelijke van elke woongroep

- a. De orthoagoog duidt de omschrijving van de B- en P-waarden en overloopt elke gebruiker met het diensthoofd of teamverantwoordelijke.
 - b. Het gaat om het oordeel van het diensthoofd of teamverantwoordelijke.
4. Bepaling van de B en P waarden door de betrokken orthoagoog van de woongroep / dagcentrum
5. Definitief oordeel van de B en P waarden
 - a. De orthoagoog en de kwaliteitscoördinator bekijken waar er verschillen zijn in de inschatting. De ondersteuningsnood wordt bekeken tegenover de omschrijvingen van de B en P waarden.
 - b. In samenspraak wordt een definitief oordeel gevormd, rekening houdend met wat doorslaggevend kan zijn en wat nodig is om het huidige zorggebruik te continueren.
6. 2^{de} opinie in overleg tussen het afdelingshoofd volwassenwerking en directeur kwaliteit en strategie
 - a. Afdelingshoofd en directeur bekijken de inschatting kritisch en stellen hier en daar een wijziging voor.
 - b. De wijzigingen werden besproken met de orthoagoog en de kwaliteitscoördinator. Sommige voorstellen werden weerlegd na motivering van de gekozen waarde.”

Voorbeeld 4

“Proces intern

1. Duiding opdracht op clustercoach overleg (hoofden van de woonunits of dagcentrum units)
2. voorbereidend onafhankelijk inschalen door
 - a. vertrouwensbegeleider van iedere cliënt, op basis van beeldvorming en ondersteuningsplan (opgesteld in dialoog met cliënt en netwerk)
 - i. ieder huis /werking kreeg hiertoe een mapje met daarin
 1. formulier om in te vullen
 2. bundeltje met duiding van de waarden
 3. inleidend blad
 - b. orthoagoge
 - i. zelf ken ik alle cliënten van vrij nabij en vulden vanuit mijn oogpunt de waarden in.
3. overlegmoment waar beide (van vertrouwensbegeleider en van orthoagoge) bevindingen worden samengelegd, in dialoog werd gegaan + conclusie werd geformuleerd
4. aftoetsing op agogische cel (sociale dienst, medische dienst, coördinator, orthoagoge)
 - a. waarden werden overlopen
 - b. steekproefsgewijs werd de redenering tot het toekennen van de waarden doorlopen
5. bundeling van deze gegevens in Exceltabel, per huis door orthoagoge
6. analyse van de gegevens : over de organisatie heen, per huis, per werking (nog te finaliseren)
7. duiding op beleidsteam”

“Voor heel de transitie naar PVF werd er een taskforce opgericht met 5 sporen:

1. Spoor 1 inschaling
2. Spoor 2 effecten op financiering
3. Spoor 3 automatisering
4. Spoor 4 communicatie
5. Spoor 5 modules zorg en dienstverlening.

We verbreden de taskforce mee voor nog twee andere voorzieningen in de regio.

Wat spoor 1 inschaling betreft zullen:

1. De inschalers voor de drie voorzieningen opgeleid worden in samenwerking met MDT (CM) / eind februari, begin maart
2. De inschalers doen de inschalingen voor de drie voorziening cross over om zo foutenmarge te beperken / april, mei
3. Controles door MDT worden door ons al ingebouwd los van steekproefcontroles / april, mei
4. De organisatiefoto na inschaling wordt gezamenlijk in kaart gebracht en vertaald naar beleidsaanbevelingen /juni, juli, augustus(spoor 5)
5. Communicatie naar gebruikers (spoor 4) gebeurt vanuit communicatiedienst in samenwerking met collectief overleg.”

Voorbeeld 5

“Op maat van de organisatie en de doelgroep die we ondersteuning bieden, werkten we een instrument uit waarmee we zicht willen krijgen op zowel de individuele ondersteuningsvraag van de cliënt als op de ondersteuningsnood in de verschillende leefgroepen. Verschillende luiken zoals de aanwezigheid, de mobiliteit & fysieke mogelijkheden, de verzorgingsnood, specifieke gedragselementen met behulp van de Storend gedragsschaal, ondersteuning bij de maaltijd en mogelijke verzwarende factoren zoals agressie worden hier, naast de B- & P-waarden, in mee genomen. Iedere aandachtsbegeleider vulde dit document voor zijn aandachtsbewoner in. Vervolgens werd dit als tweede screening bekeken door de hoofdbegeleider en uiteindelijk afgetoetst bij de orthagoog om zo tot een gedragen inschaling te komen van de verschillende cliënten. Het is onze intentie om dit instrument om de twee jaar af te nemen om zo een duidelijk maar algemeen zicht te houden op de ondersteuningsnood van de bewoners en de aanwezige begeleiding hier ook op af te stemmen. De personele verdeling over de leefgroepen heen werd hier in het verleden reeds op afgestemd en het is onze intentie om dit eind 2015 terug op gelijkaardige wijze te doen. Daarnaast werden de verschillende resultaten voor de B- & P-waarden ook reeds op organisatieniveau samengevoegd om een overkoepelend beeld te krijgen.”

Bijlage 2: Voorbeeld transitie cliënten

Zoals reeds in de handleiding werd vermeld is de transitie van de cliënten in grote mate gebaseerd op de toeleiding in PVF. In het BVR toeleiding werden dan ook de voornaamste stappen vastgelegd die hier ook gevolgd zullen worden. Dit BVR kan u nalezen via volgende link:

<http://codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1026307.html>

We nemen het voorbeeld van een cliënt die structureel 5 dagen per week dagondersteuning krijgt en af en toe ook van woonondersteuning gebruik maakt. De gegevens dienen op weekbasis worden doorgegeven maar er dient wel rekening gehouden te worden met wat de cliënt gedurende het hele jaar aan ondersteuning ontvangt. Als de cliënt bijvoorbeeld elk jaar 4 weken op vakantie gaat, dient er bij dagondersteuning niet 5 maar 4,615 ($5 \times 48 / 52$) te worden ingevuld. Als de cliënt elke maand twee nachten woonondersteuning krijgt, dan dient er 0,462 ($2 \times 12 / 52$) ingevuld te worden. Naast deze woonondersteuning en dagondersteuning, krijgt de cliënt in ons voorbeeld wekelijks één uur psychosociale begeleiding en is er ook sprake van nachtpermanentie. Voor het voorbeeld gaan we ervan uit dat de cliënt een ingeschatte zorgzwaarte heeft van B5/P5.

Bovenstaande geeft volgende berekening van gewichten:

- Woonondersteuning: $0,462 \times 4,50 = 2,08$
- Dagondersteuning: $4,615 \times 2,80 = 12,92$
- Psychosociale begeleiding: $1 \times 2 = 2$
- Nachtpermanentie: 4,5

Dit geeft een totaalgewicht van 22,22 ($2,08 + 12,92 + 2 + 4,5$).

Aan de hand van dit gewicht gaan we de budgetcategorie bepalen voor de transitie. Voor 22,22 komt dit overeen met budgetcategorie Va. Vervolgens gaan we controleren of Va onder of boven de maximale budgetcategorie ligt, die wordt bepaald aan de hand van de zorgzwaarte. Voor B5/P5 is dat een maximale budgetcategorie van Xb. Va ligt er dus duidelijk onder. Dit betekent dat het voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten van de cliënt het maximale aantal punten van Va is, met andere woorden, 38,233 punten.

Als dit voorlopig, individueel aantal zorggebonden punten bepaald en gecontroleerd is voor alle cliënten, zal er worden bekeken wat de som is van alle voorlopige, individuele aantallen zorggebonden punten ten opzichte van het huidige macrobudget zorggebonden personeelspunten. Als de som hierboven ligt, zullen alle individuele aantallen zorggebonden punten procentueel worden verminderd. Als bijvoorbeeld alle individuele aantallen zorggebonden punten met 5% zouden moeten worden verminderd, zou dat voor ons voorbeeld betekenen dat hij of zij een definitief, individueel aantal zorggebonden punten heeft van 36,321 punten ($95\% \times 38,233$).

Bijlage 3: Voorbeelden transitie naar PVF

Voorbeeld 1

In het eerste voorbeeld nemen we een voorziening, die enkel ambulante ondersteuning biedt. Voor ambulante diensten gaan we ervan uit dat de huidige subsidiekost (personeelspunten en werkingstoelagen, geen bevroren bijdrage) staat voor de totaliteit van zorggebonden en organisatiegebonden punten. Voor FAM's die een combinatie hebben van ambulante en niet-ambulante, wordt het ambulante deel afgezonderd.

Als voorbeeld nemen we een voorziening die, vóór FAM, enkel ambulante afdelingen had, met een huidige FAM erkenning van 1203,86 personeelspunten en 166.356,57 euro werkingstoelagen. Hier zullen nog punten en werkingskosten RTH van worden afgetrokken indien in de voorziening cliënten zijn opgenomen waarvoor blijkt, in de transitie-oefening, dat ze ondersteund kunnen worden binnen RTH. In ons voorbeeld nemen we 3 cliënten die, voor hun ondersteuning te continueren die ze nu krijgen, elk RTH-ondersteuning zullen krijgen vanaf 01/01/2017 voor 3 punten. Dit betekent dat er van de erkenning van 1203,86 personeelspunten er 9 punten dienen afgetrokken te worden, hiernaast dient er ook 9×89 euro van de werkingstoelagen afgetrokken te worden voor de werkingstoelagen, die de voorziening zal ontvangen in het kader van RTH. Beide bewerkingen geven een nieuw aantal personeelspunten van 1194,86 en een nieuw aantal werkingstoelagen van 165.555,57 euro.

De werkingstoelagen worden vervolgens omgezet naar personeelspunten aan de hand van (zoals opgenomen in het BVR transitie) 1 personeelspunt = 924,6 euro. Voor deze voorziening geeft dat 179,06, wat een totaal geeft van 1373,92 personeelspunten. Vervolgens zal er 100/125,35 worden genomen van dit bedrag om de hoeveelheid zorggebonden punten te bepalen (1096,07). De overige 277,85 zijn dan de organisatiegebonden punten. De zorggebonden punten worden samengeteld met de zorggebonden personeelspunten van alle andere voorzieningen en van de langlopende persoonsvolgende convenanten. Dit aantal wordt vervolgens vergeleken met de som van alle voorlopige individuele aantallen zorggebonden punten. Als dit aantal groter is dan die som, zal er bij elk individueel aantal procentueel zorggebonden punten worden bijgevoegd tot het totaal gelijk is aan het huidige macrobudget. Is de som groter, zal er procentueel worden afgetrokken. In ons voorbeeld gaan we uit van het tweede scenario en met name dat er 5% boven het macrobudget werd ingeschat. Dan wordt er van elk individueel aantal 5% afgetrokken om zo tot een definitief individueel aantal zorggebonden punten te komen.

Als de voorziening uit ons voorbeeld bij het inschatten van zijn cliënten op een som van voorlopige individuele aantallen kwam van 1000 zorggebonden punten, zal dit betekenen dat hier 5% van afgaat en dat dit 950 wordt. Dit is echter niet wat de voorziening zal krijgen vanaf 01/01/2017. Er wordt namelijk een transitieperiode voorzien, die loopt tot 01/01/2020. In die periode van 3 jaar wordt er geëvolueerd naar het aantal zorggebonden punten van 950. Als we veronderstellen dat er niets wijzigt aan de cliëntenbezetting van 01/04/2016 tot 01/01/2020, zal de voorziening voor het jaar 2017 een totale subsidie hebben van 1373,92 personeelspunten (zorggebonden en organisatiegebonden). Dit komt overeen met de huidige subsidie binnen FAM. In het jaar 2018 (vanaf 01/01/2018) zal de eerste stap worden gezet naar het uiteindelijk aantal zorggebonden punten van 950. Er zal elk jaar namelijk, in dit voorbeeld, 1/3 van het verschil tussen start en einde worden afgehouden ($48,69 = (1096,07 - 950) / 3$). Dit maakt dat in 2018 het aantal zorggebonden punten 1047,38 is.

De bepaling van de organisatiegebonden punten loopt iets anders, aangezien hier het onmiddellijk effect niet speelt maar er wordt gekeken naar de afgelopen drie jaar.

Voorbeeld 2

In het tweede voorbeeld nemen we een FAM die geen ambulante diensten heeft. Voor deze FAM dient er dus rekening te worden gehouden met de bevroren bijdragen. De voorziening uit ons voorbeeld heeft volgende erkenningsgegevens:

- Personeelspunten: 1679,21
- Werkingskosten: 150.289,29
- Bevroren bijdragen: 206.623,85

- Vervoerskost: 0

De voorziening heeft geen cliënten waarvoor er erkenning zal worden gereconverteerd naar RTH. Indien ze dit wel hadden, was de reconversie op dezelfde wijze gebeurd als bij voorbeeld 1. Vanaf 01/01/2017 zal uw socio-culturele toelage ook worden vastgezet op het jaar 2015. Voor onze voorbeeldvoorziening was deze in 2015 €19.955,52.

De werkingstoelagen en socio-culturele toelage worden omgezet naar personeelspunten (1 punt = 924,6 euro). Dit geeft 162,55 en 21,58 punten. Vervolgens zullen we met bovenstaande gegevens de som van de totale personeelspunten en de organisatiegebonden werkingmiddelen gaan bepalen. Dit is namelijk wat er in de toekomst gesubsidieerd zal worden door het VAPH (zorggebonden en organisatiegebonden punten). Het resterende deel van de bruto-subsidie zijn de zorggebonden werkingskosten, die overeenkomen met de woon- en leefkosten, die in de toekomst door de cliënt zullen moeten gedragen worden. De som van de huidige personeelspunten FAM en de organisatiegebonden werkingmiddelen bedraagt gemiddeld voor de sector 85,85% en 3,03%. Als we dan de personeelspunten delen door 85,85% en vermenigvuldigen met 3,03% en dit vervolgens optellen met het huidig aantal personeelspunten komen we op 1738,48 punten. Op dit bedrag gaan we op dezelfde wijze als in voorbeeld 1 het aandeel zorggebonden middelen bepalen, door het bedrag te vermenigvuldigen met 100/125,35. Dit geeft 1386,90 zorggebonden punten.

Het aantal zorggebonden punten wordt meegenomen in dezelfde macrobudgettaire oefening als voorbeeld 1. Hier dient dus ook 5% van de individuele aantallen zorggebonden punten afgehouden te worden wat op voorzieningsniveau 1317,55 geeft. Dit is het aantal zorggebonden punten dat de voorziening gesubsidieerd zal krijgen vanaf 01/01/2020 indien er geen cliënten weggaan of bijkomen. Net zoals bij voorbeeld 1 zal er ook gradueel, in 3 stappen, geëvolueerd worden van de huidige subsidie naar dit aantal.

Op 01/01/2020 zullen alle cliënten moeten werken met het systeem van woon- en leefkosten. In de periode 01/01/2017-31/12/2019 kunnen er door de voorziening echter nog altijd bijdragen worden gevraagd. In die periode zullen dan ook de bevroren bijdrage, uitgezonderd van het stuk zorggebonden werkingmiddelen, afgehouden worden van de zorggebonden en organisatiegebonden punten. Daarnet bepaalden we dat de personeelspunten en de organisatiegebonden werkingmiddelen samen 1738,48 punten zijn. Het resterende deel van de bruto-subsidie zijn de zorggebonden werkingmiddelen ($124,86 = 1863,34 - 1738,48$). De bevroren bijdragen zijn in totaal 223,47 punten. Als we hiervan de zorggebonden werkingmiddelen aftrekken, blijven er 98,61 punten over. Deze punten zullen voor drie jaar lang nog van de subsidie worden afgetrokken.

Voorbeeld 3

Als laatste voorbeeld nemen we een voorziening waarvan de totale bevroren bijdrage kleiner zijn dan de zorggebonden werkingmiddelen. De voorziening uit ons voorbeeld is een voormalig dagcentrum en heeft volgende erkenningsgegevens:

- Personeelspunten: 760,05
- Werkingkosten: 102.963,68
- Bevroren bijdragen: 57.430,1
- Vervoerskost: 49.443,31

De voorziening heeft geen cliënten waarvoor er erkenning zal worden gereconverteerd naar RTH. Indien ze dit wel hadden, was de reconversie op dezelfde wijze gebeurd als bij voorbeeld 1.

De werkingstoelagen en de vervoerskost worden omgezet naar personeelspunten (1 punt = 924,6 euro). Dit geeft 111,36 en 53,48 punten. De bevroren bijdrage is omgezet 62,11 punten. Als we opnieuw 3,03 bovenop de huidige personeelspunten nemen, krijgen we 786,88. Hierbij merken we dat de netto-subsidie ($862,77 = \text{Personeelspunten} + \text{werkingstoelagen} + \text{Vervoerskost} - \text{Bijdragen}$) hoger ligt dan de personeelspunten + 3,03%. Daarom zou het niet correct zijn om voor deze voorziening (en alle voorzieningen in dezelfde situatie) ook een bevroren bijdrage te gaan aftrekken zoals bij voorbeeld 2. Voor deze voorzieningen zal naar de netto-subsidie gekeken worden om de opsplitsing organisatiegebonden en zorggebonden punten te maken. Van de netto-subsidie nemen we 100/125,35 van om het aandeel zorggebonden punten te bepalen: 688,30. De stappen die hierna volgen zijn volledig dezelfde als in voorbeeld 1. Er zal dus, vanaf 01/01/2016, nooit een bevroren bijdrage worden afgetrokken van de zorggebonden en organisatiegebonden punten van deze voorziening.