DOC/RC/2014/11.03/10

MEERJARENANALYSE

ACHTERUIT- EN VOORUITBLIK OP DE ONDERSTEUNINGSBEHOEFTEN VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

Resultaten en ervaringen
meerjarenplan 2010-2014

Aandachtspunten voor het beleid personen met een handicap
2014-2020

VAPH

Vlaanderen
verbeelding werkt

Perspectief 2020

Ten geleide

Voor de Vlaamse verkiezingen van 2009 stelde het VAPH in de commissie Welzijn van het Vlaams Parlement een meerjarenanalyse voor. Daarin werden o.a. op basis van een omgevingsanalyse en een analyse van de inzet van de middelen binnen het VAPH, de realisaties van de voorbije jaren en de uitdagingen voor de komende legislatuur geschetst.

Op basis van de gegevens uit de vorige meerjarenanalyse en sterk rekening houdend met de gewijzigde visie op personen met een handicap, is er de voorbije legislatuur hard gewerkt. Het Perspectief 2020 werd uitgewerkt als richtsnoer voor het beleid m.b.t. personen met een handicap. De kerndoelstellingen van Perspectief 2020 zijn:

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

Perspectief 2020 is doordrongen van de nieuwe visie op personen met een handicap. Het wil maximaal inzetten op zelfsturing, empowerment, inclusie … Dat betekent dat het plan zich niet beperkt tot de gehandicaptensector in de enge zin. Ook de ruimere welzijnssector en de samenleving in zijn geheel wordt gevat. We spreken dan ook van vermaatschappelijking van de zorg en willen maximaal inzetten op toegankelijkheid in de brede zin van het woord.

Onder aansturing van de veranderingsmanager werden de verschillende strategische projecten op de rails gezet. Momenteel wordt het toekomstig ondersteuningslandschap uitgetekend als een getrapt systeem van persoonsvolgende financiering. Ook daar staan de kerndoelstellingen van Perspectief 2020 centraal.

In deze meerjarenanalyse bekijken we de realisaties van de voorbije periode, geven we een stand van zaken weer en schetsen we de uitdagingen waar we vandaag en de komende legislatuur voor staan.

Ook nu starten we met een omgevingsanalyse. Daaruit blijkt dat de twee belangrijkste uitdagingen uit de vorige meerjarenanalyse nog steeds actueel zijn. De vernieuwde visie op personen met een handicap, waarvan de door Vlaanderen geratificeerde VN-conventie m.b.t. de rechten van personen met een handicap doordrongen is, moet nog verder vertaald worden in het Vlaamse beleid en dat over alle beleidsdomeinen heen. Daarnaast wordt duidelijk dat het aantal personen met een handicap én een ondersteuningsnood ook gedurende de komende jaren nog verder zal toenemen. We schatten in dat die groep de komende jaren met minstens 3 % zal groeien. Tegemoetkomen aan de gerechtvaardigde vragen van die mensen blijft de belangrijkste uitdaging.

In Perspectief 2020 worden ambitieuze doelstellingen geformuleerd. De middelen van het uitbreidingsbeleid boden de voorbije jaren kansen bij uitstek om de strategische projecten op de rails te zetten. Daarbij werd resoluut gekozen om de middelen in te zetten via de bestaande persoonsvolgende systemen, m.n. de persoonlijke-assistentiebudgetten en de persoonsvolgende convenants. De regionale prioriteitencommissies kregen de belangrijke taak om de meeste prioritaire ondersteuningsvragers te selecteren.

Uit de analyse van de cijfergegevens binnen het VAPH blijkt dat het aantal aanvragen bij de provinciale evaluatiecommissies voor een zorgticket de laatste jaren gedaald is. De mogelijkheid tot het bieden van rechtstreeks toegankelijke hulpverlening voor de diensten thuisbegeleiding is daar de belangrijkste oorzaak van. Een verdere uitbouw van de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening kan het aantal aanvragen in de toekomst verder laten teruglopen.

Het aantal cliënten die vanuit het VAPH een of andere vorm van ondersteuning genieten, neemt gevoelig toe. Dat geldt zowel voor mensen die gebruik maken van hulpmiddelen gefinancierd vanuit het VAPH, als voor mensen die ondersteuning krijgen van een VAPH-dienst of –voorziening of die gebruik maken van een persoonlijke-assistentiebudget. De belangrijkste verklaring van die toename is

vanzelfsprekend te vinden in de inzet van bijkomende middelen in het kader van het uitbreidingsbeleid. Daarnaast werd ook ingezet op efficiëntiewinsten, flexibilisering …

Ondanks de gevoelige inspanningen in het kader van het uitbreidingsbeleid, is ook het aantal geregistreerde actieve vragen bij de centrale registratie van zorgvragen de voorbije jaren blijven stijgen. De belangrijkste oorzaak daarvan is te vinden in de groei van de groep mensen met een handicap én een ondersteuningsnood. Daarnaast speelt ook een betere registratie een rol. Die is o.a. het gevolg van het feit dat het niet langer mogelijk is een opname te realiseren zonder voorafgaande registratie. Dat blijkt ook uit een gevoelige stijging van het aantal afgesloten zorgvragen.

Uit de analyse van de leeftijd en van de in- uitstroom van de VAPH-cliënten blijkt dat vooral binnen de residentiële voorzieningen voor meerderjarigen nog steeds sprake is van een zeer geringe uitstroom. Ook de komende jaren zal het aantal nieuwe vragen naar intensieve ondersteuning groter blijven dan de te verwachten uitstroom.

De omslag naar een nieuw ondersteuningslandschap kan zich niet beperken tot de middelen van het uitbreidingsbeleid. Ook de bestaande middelen moeten anders ingezet worden. De omschakeling van de minderjarigenvoorzieningen naar multifunctionele centra en van de meerderjarigenvoorzieningen naar flexibel aanbod meerderjarigen zijn belangrijke tussenstappen in de omschakeling van een aanbodsgestuurde subsidiëring naar een vraaggestuurde, persoonsvolgende financiering. Die omschakeling betekent een gevoelige administratieve vereenvoudiging en biedt de mogelijkheid om meer vraaggestuurde ondersteuningstrajecten aan te bieden. De omschakeling vanuit het 'oude' dagprijssysteem naar een persoonsvolgende financiering zou zonder die tussenstappen administratief een stuk moeilijker zijn.

De komende jaren moet het vernieuwde ondersteuningslandschap vorm krijgen. Het getrapte systeem van persoonsvolgende financiering moet de realisatie van de doelstellingen van Perspectief 2020 waarborgen. We voorzien de mogelijkheid tot vraagverheldering en netwerkversterking voor iedereen die dat wenst. Iedere persoon met een erkende handicap en een ondersteuningsnood krijgt een basisondersteuningsbugdet. Een voldoende aanbod aan rechtstreeks toegankelijke hulpverlening wordt gecreëerd. Wie nood heeft aan meer ondersteuning, krijgt een persoonsvolgende financiering in de vorm van cash of een voucher. Daarnaast blijft de mogelijkheid bestaan om een beroep te doen op individuele materiële bijstand in de vorm van hulpmiddelen, een woningaanpassing …

In het laatste hoofdstuk wordt een inschatting gemaakt van het aantal personen dat tegen 2020 een beroep zal doen op de verschillende trappen van het systeem van persoonsvolgende financiering. We schatten de totale groep in op ongeveer 121.000 personen. Daarvan zullen ongeveer 73.000 mensen voldoende ondersteuning hebben met de combinatie van een reguliere ondersteuning, het basisondersteuningsbudget en rechtstreeks toegankelijke VAPH-ondersteuning. Voor de overige ca. 48.000 mensen moeten we een persoonsvolgende financiering in de vorm van cash of voucher voorzien.

Inhoudsopgave

Ten geleide 2
Inhoudsopgave 4
1 Doel en opbouw 7
2 Omgevingsanalyse 8
2.1 Algemeen maatschappelijke evoluties en verwachtingen 8
2.1.1 Evolutie van het bevolkingscijfer van Vlaanderen 8
2.1.2 Evolutie in de gezinssamenstelling in Vlaanderen 9
2.2 Evoluties in de kijk op handicap 10
2.2.1 De VN-conventie inzake rechten voor personen met een handicap 10
2.3 Evoluties in het ruime welzijnsbeleid 11
2.3.1 Integrale Jeugdhulpverlening 11
2.3.2 Sociale huisvesting 11
2.3.3 Onderwijs 12
2.3.4 Tewerkstelling 13
2.3.5 Geestelijke Gezondheidszorg 13
2.4 Evoluties en verwachtingen toegespitst op de doelgroep personen met een handicap 14
2.4.1 De stijgende levensverwachting voor personen met een handicap 14
2.4.2 De evoluties in de medische zorgverlening 14
2.4.3 De invloed van migratie op de groep personen met een handicap 14
2.4.4 Een verdere groei van de groep personen met een handicap? 15
2.5 Conclusie 15
3 Perspectief 2020 kort toegelicht 16
3.1 Twee centrale doelstellingen 16
3.1.1 Geïnformeerde gebruikers genieten van vraaggestuurde zorg en assistentie 16
3.1.2 Zorggarantie 17
4 Meerjarenplan 2009-2013: Uitbreiding van het ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap 18
4.1 Werden de doelstellingen van het regeerakkoord behaald? 18
4.2 Besteding middelen uitbreidingsbeleid 20
5 Cijfers en feiten over de VAPH-ondersteuning en de vraag naar ondersteuning 31
5.1 Aantal aanvragen voor een PEC-ticket 31
5.2 Evolutie van de Centraal Geregistreerde Zorgvragen 31
5.2.1 Globale evolutie van het centraal register van zorgvragen 31
5.2.2 De centraal geregistreerde zorgvragen per ondersteuningscategorie 32
5.2.3 Huidige ondersteuning van de centraal geregistreerde ondersteuningsvragers 33
5.2.4 Afgesloten zorgvragen 33
5.2.5 Noodsituaties 33

5.3 Gegevens over het aantal cliënten zorg en ondersteuning 34
5.3.1 Evolutie van het aantal erkende plaatsen 34
5.3.2 Evolutie van het aantal cliënten 35
5.3.3 Evolutie van de leeftijdsstructuur van de cliënten 39
5.3.4 Evolutie in de in- en uitstroom van de cliënten 42
5.4 Cijfers over individuele materiële bijstand (IMB) 46
5.4.1 Evolutie aantal vragen (IMB) 46
5.5 Effectief uitgegeven middelen 48
6 Realisaties in de periode 2009-2013 50
6.1 De Diensten Ondersteuningsplan (DOP's) 50
6.1.1 De DOP's als contactpunt 50
6.1.2 Het voortraject 50
6.2 Rechtstreeks toegankelijke hulpverlening 52
6.3 Het inschrijvingsgebeuren voor de VAPH-gesubsidieerde ondersteuning 53
6.4 Niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening 54
6.4.1 Zorg in Natura 54
6.4.2 De Persoonsvolgende Convenanten (PVC) 56
6.4.3 Het Persoonlijke-AssistentieBudget (PAB) 57
6.4.4 Hulpmiddelenbeleid 58
6.5 Het zorgregiegebeuren 60
6.5.1 Belangrijkste wijzigingen 60
6.5.2 Concrete werking van de zorgregie 62
6.6 Zorgvernieuwingsprojecten 63
6.7 Lerende netwerken 63
7 Het ondersteuningslandschap anno 2020: groei en uitdagingen 64
7.1 Uitdagingen voor de periode 2014-2020 64
7.1.1 Verdere toename van de vraag naar zorg en ondersteuning 64
7.1.2 Een veranderde visie op handicap 64
7.1.3 Perspectief 2020 65
7.2 Het ontwerpdecreet persoonsvolgende financiering 65
7.2.1 Het vernieuwd ondersteuningslandschap samengevat in 3 ondersteuningsgroepen ... 66
7.3 Het ondersteuningslandschap en zijn toegankelijkheid 67
8 De persoonsvolgende financiering in cijfers, een aantal inschattingen 68
8.1 Inschatting van de totale groep personen met een erkende handicap én een erkende ondersteuningsnood 68
8.1.1 Verhoogde kinderbijslag 68
8.1.2 Inkomensvervangende tegemoetkoming en integratietegemoetkoming 69
8.2 Personen met een erkende handicap en een aangetoonde ondersteuningsnood 70
8.3 Verdeling over de verschillende ondersteuningsgroepen 71
8.4 Vraagverduidelijking 76
8.5 De rechtstreeks toegankelijke ondersteuning 76

8.6 De capaciteit hulpmiddelen 77
8.7 Persoonsvolgende financiering: cash of voucher 77
8.8 En waar brengt ons dat? 77
Bijlage 1: de strategische projecten kort toegelicht 79
- De uitbreiding van het ondersteuningsaanbod binnen welzijn realiseren 79
- Een goed werkend voortraject verzekeren 79
- Een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp 79
- De zorgregie herinrichten in functie van de vraaggestuurde organisatie van het aanbod en de persoonsvolgende financiering 79
- Het gevalideerd inschalingsinstrument dat leidt naar verantwoorde budgetten operationaliseren 80
- Het sociaal ondernemerschap bevorderen in de sector personen met een handicap 80
- Werken aan tewerkstelling in de sector 80
- Een traject uittekenen voor de transitie van het PAB-systeem 80
- Het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein 80
- Het gelijkekansenbeleid voor personen met een handicap mee vorm geven 81
- Een breed denkkader vraagt een ruim maatschappelijk debat 81

1 Doel en opbouw

Voor de tweede keer maakt het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een analyse van zijn activiteiten van de afgelopen legislatuur. Volgend op de meerjarenanalyse die de ervaringen en resultaten van de periode 2003-2007 in kaart heeft gebracht, doen we dat opnieuw voor de periode 2009-2013. We trachten daarmee een achteruit- en vooruitblik te werpen op de zorgbehoeften van personen met een handicap in het algemeen en de doelgroep van het VAPH in het bijzonder.

De meerjarenanalyse periode 2003-2007 bleef niet zonder gevolg. Naast een engagement van de Vlaamse overheid om blijvend te investeren in de sector personen met een handicap, werd het Perspectief 2020 (http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/5146351-Perspectief+2020.html) ontwikkeld. In Perspectief 2020 worden de krijtlijnen voor een nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap vastgelegd. Het vormt dan ook de leidraad in deze meerjarenanalyse.

Deze meerjarenanalyse bestaat uit twee delen. In het eerste deel maken we de analyse van de voorbije periode 2009-2013. In het tweede deel bekijken we een aantal inhoudelijke en budgettaire uitdagingen.

We starten dus met de analyse van de voorbije periode 2009-2013. We werpen een brede kijk op algemeen demografische evoluties, de visie op handicap en evoluties binnen het ruime welzijnsveld. Vervolgens bekijken we een aantal evoluties toegespitst op de doelgroep personen met een handicap.

In een volgend deel lichten we summier de doelstellingen en uitdagingen van het Perspectief 2020 toe. Dat is het kader waarbinnen we de voorbije periode hebben gewerkt en de toekomstige periode zullen moeten werken.

In de periode 2009-2013 werd er in de sector personen met een handicap verder geïnvesteerd. Die uitbreidingsmiddelen en hun inzet worden in hoofdstuk 4 onder de loep genomen. We leggen steeds de link met de doelstellingen van het Perspectief Plan 2020.

In hoofdstuk 5 gaan we na hoe we de beschikbare middelen binnen het VAPH vandaag inzetten voor de ondersteuning van personen met een handicap en wat de gekende vraag naar VAPH-gesubsidieerde ondersteuning is.

In een laatste hoofdstuk bekijken we een aantal grotere projecten en proeftuinen die werden opgezet binnen het VAPH. We leggen ook daar de link met de doelstellingen van de Perspectief 2020.

In een tweede deel lijsten we de uitdagingen voor het VAPH in de groei naar het vernieuwd ondersteuningslandschap op. Van daaruit maken we, waar mogelijk, een voorzichtige inschatting van de noden aan VAPH-specifieke ondersteuning.

2 Omgevingsanalyse

Om een gedegen evaluatie te kunnen maken van de verschillende acties die ondernomen zijn richting een nieuw ondersteuningslandschap voor personen met een handicap, starten we met een schets van een aantal evoluties. De meeste van de hieronder geschetste evoluties zijn niet nieuw en werden ook in de voorgaande meerjarenanalyse beschreven. Wel zullen we zien dat een aantal evoluties zich sterker of milder doorzetten.

2.1 Algemeen maatschappelijke evoluties en verwachtingen

2.1.1 Evolutie van het bevolkingscijfer van Vlaanderen

Algemeen wordt demografisch een verdere groei van de bevolking verwacht. Hoewel in vorige meerjarenanalyse de bevolkingsgroei nog werd ingeschat op een lichte groei, wordt in de laatste prognose-oefening van de studiedienst van de Vlaamse Regering aangegeven dat dat een onderschatting zal zijn.

Verwacht wordt dat de bevolking van het Vlaamse Gewest tussen 2010 en 2020 met 6 % zal aangroeien (gemiddeld 0,6 % per jaar). Uit de reële groeicijfers lijkt die inschatting zelfs nog iets te laag (gemiddelde groei van 0,79 % jaarlijks).

Tabel 1: aantal inwoners van Vlaanderen op 1 januari per provincie

Jaartal	Antwerpen	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Oost-Vlaanderen	Limburg	Vlaanderen
2007	1.700.570	1.052.467	1.145.878	1.398.253	820.272	6.117.440
2008	1.715.707	1.060.232	1.150.487	1.408.484	826.690	6.161.600
2009	1.731.174	1.068.838	1.155.290	1.420.415	833.160	6.208.877
2010	1.744.862	1.076.924	1.159.366	1.432.326	838.505	6.251.983
2011	1.764.773	1.086.446	1.164.967	1.445.831	844.621	6.306.638
2012	1.781.904	1.094.751	1.169.990	1.454.716	849.404	6.350.765
	+ 4,78 %	+ 4,02 %	+ 2,10 %	+ 4,04 %	+ 3,55 %	+ 3,81 %

We zien over heel Vlaanderen heen een totale groei van 3,67 % over 5 jaar. De stijging is het grootst in de provincie Antwerpen en het laagst in de provincie West-Vlaanderen.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zet de stijging zich nog steiler door. We zien een totale groei van 10,44 % over 5 jaar. Hoeveel Vlamingen precies in Brussel wonen, kan niet worden vastgesteld. In het Vlaams regeerakkoord werd afgesproken dat 30 % van de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest onder de bevoegdheid van Vlaanderen valt.

Tabel 2: evolutie inwonersaantal Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Jaartal	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
2007	1.031.215
2008	1.048.491
2009	1.068.532
2010	1.089.538
2011	1.119.088
2012	1.138.854
	+ 10,44 %

Naast het natuurlijk verloop van de bevolking (verhouding geboorten en overlijdens) heeft ook de migratie een niet onbelangrijk aandeel in de bevolkingsgroei. Waar in 2001 nog 8,4 % van de inwoners van België een niet-Belgische nationaliteit had, is dat in 2012 al opgelopen tot 10,6 %. Die evolutie

heeft met zich meegebracht dat intussen 1 op 6 van de Vlamingen van vreemde afkomst is. Maatschappelijk gezien zorgt de migratie voor een van de grootste uitdagingen in de komende jaren.

De bevolkingsgroei zet zich sterker door bij de mannen dan bij de vrouwen.

Tabel 3: aantal inwoners van Vlaanderen op 1 januari per geslacht

Jaartal	Mannelijk	Vrouwelijk	Totaal
2008	3.039.956	3.121.644	6.161.600
2009	3.064.169	3.144.708	6.208.877
2010	3.085.334	3.166.649	6.251.983
2011	3.113.369	3.193.269	6.306.638
2012	3.135.552	3.215.213	6.350.765
	+ 3,14 %	+ 3,00 %	+ 3,07 %

Dat gegeven is deels te verklaren doordat de levensverwachting bij geboorte van mannen sneller stijgt dan de levensverwachting bij geboorte van vrouwen. Vlaamse kinderen, geboren in 2009, hebben een gemiddelde levensverwachting van 83,12 jaar (vrouw) of 78,14 (man). Kinderen geboren in 2011 daarentegen hebben een levensverwachting van 83,62 jaar (vrouw) of 78,71 jaar. Dat is een toename van respectievelijk 6 tot 7 maanden in 3 jaar. Voorlopig wordt daarin geen kentering verwachting. Er zal dus ook de komende jaren rekening moeten gehouden worden met een verdere verzilvering. We merken dat de verzilvering zich sneller doorzet in het Vlaamse Gewest dan in de andere twee gewesten.

Tabel 4: levensverwachting in Vlaanderen bij geboorte per geslacht

Jaartal	Mannelijk	Vrouwelijk	Beide geslachten samen
2007	77,79	82,88	80,38
2008	77,90	82,98	80,47
2009	78,14	83,12	80,66
2010	78,45	83,27	80,89
2011	78,71	83,62	81,20
	+ 1,18 %	+ 0,89 %	+ 1,02 %

Dat laatste zien we vanzelfsprekend ook terug in de bevolkingsaantallen per leeftijd. Vooral in de leeftijdsgroep 65+ is de stijging van de bevolking het sterkst. Positief is wel dat de ontgroening zich de laatste jaren milder doorzet (stijging in het geboortecijfer).

Tabel 5: bevolkingsaantal in Vlaanderen per leeftijdsgroep

Jaartal	0-24	25-64	65+	Totaal
2009	1.730.221	3.362.249	1.116.407	6.208.877
2010	1.740.883	3.376.055	1.135.045	6.251.983
2011	1.757.212	3.396.081	1.153.567	6.306.860
2012	1.767.870	3.403.085	1.180.040	6.350.995
	+ 2,18 %	+ 1,21 %	+ 5,70 %	+ 2,29 %

*De komende jaren zullen we rekening moeten houden met een **groei** van de bevolking. Belangrijk daarbij is de verdere **verzilvering** van de bevolking. Daarnaast zorgt ook de **migratie** meer dan ooit voor een aantal belangrijke maatschappelijke uitdagingen.*

2.1.2 Evolutie in de gezinssamenstelling in Vlaanderen

Ook de komende jaren zal Vlaanderen verder geconfronteerd worden met een dalende gezinsgrootte enerzijds en een gewijzigde gezinssamenstelling anderzijds:

- laag aantal kinderen in een gemiddeld gezin;
- een verdere toename van het aantal alleenstaanden;
- een verdere diversifiëring in leefvormen, gezinsorganisatie;

- een toename van het aantal eenoudergezinnen.

De komende jaren blijft de gezinsverdunning zich verder doorzetten. Het sociaal netwerk zal verder vernauwen. Mensen met een ondersteuningsbehoefte kunnen minder terugvallen op hun eigen netwerk en doen meer beroep op professionele ondersteuning. Voor heel wat jongeren en kinderen worden de familiebanden complexer.

2.2 Evoluties in de kijk op handicap

2.2.1 De VN-conventie inzake rechten voor personen met een handicap

Willen we de evoluties en tendensen bekijken in het brede welzijnsveld en hun relatie met de groep personen met een handicap, dan is het belangrijk stil te staan bij de definitie van Handicap zoals vastgelegd door de VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap. Daarin wordt handicap omschreven als alle personen met langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke handicap die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.'

Die definitie komt voort uit het sociaal model van handicap, waarin men eerder spreekt van een 'disabling environment': een onaangepaste omgeving draagt bij tot iemands handicap. De handicap wordt niet enkel geëvalueerd op basis van het medische aspect (een handicap uitgedrukt in een stoornis), maar ook ten aanzien van een gegeven situatie.

Handicap en samenleving
De organisatie en de financiering van de ondersteuning van personen met een handicap door de samenleving moeten gebaseerd zijn op de visie van die samenleving op de persoon met een handicap en zijn plaats in de maatschappij. Die visie is de laatste decennia sterk veranderd.

Vroeger
Vroeger werd een handicap individueel benaderd. Het gebrek aan participatie aan de samenleving werd vooral gezien als een gevolg van de handicap van de persoon met handicap. De klemtoon lag op de ontwikkeling van zijn mogelijkheden tot een volwaardige participatie.

Nu
Een handicap wordt nu meer opgevat binnen een brede maatschappelijke context. De participatiekansen van personen met een handicap worden niet langer uitsluitend gezien als een product van hun handicap en mogelijkheden. Men oordeelt nu dat die kansen evenzeer voortvloeien uit de wijze waarop de samenleving uitgebouwd is in de verschillende levensdomeinen zoals onderwijs, huisvesting, werk en mobiliteit. Bij de uitbouw van ondersteuning moet het burgerschapsmodel centraal staan. Dat model gaat er van uit dat de persoon met een handicap eigen keuzes maakt en de regie over zijn eigen leven in handen neemt. Dat betekent dat de persoon met een handicap zelf de kwaliteit van zijn leven wil bepalen en dat zoveel als mogelijk in 'gewone' omstandigheden.

(Inter)nationaal
Ook internationaal wordt nu erkend dat het de opdracht is van de samenleving om te zorgen voor een volwaardige participatie van personen met een handicap aan de samenleving. Die participatie is een van de beginselen van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. De samenleving moet zich dan ook de vraag stellen of haar beleid de participatiekansen verhoogt of niet.

Het beleid voor personen met een handicap nu en in de toekomst kan ook niet meer gereduceerd worden tot de verantwoordelijkheid van één specifieke overheid, maar wordt die van alle beleidsdomeinen. Die moeten elk op zich de participatiekansen van de persoon met handicap garanderen. Coördinatie is daarbij noodzakelijk.

2.3 Evoluties in het ruime welzijnsbeleid

2.3.1 Integrale Jeugdhulpverlening

De voorbije 4 jaren werkte het VAPH intensief mee aan de operationalisering van de Toegangspoort Integrale Jeugdhulpverlening (TP IJH). Die toegangspoort zal de toeleiding naar de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp bij het VAPH, Kind & Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn organiseren.

Op 3 juli 2013 keurde het Vlaams Parlement het decreet Integrale Jeugdhulp goed. Op 1 maart 2014 treedt de toegangspoort voor de Integrale Jeugdhulp in heel Vlaanderen in werking. Dat wordt voorafgegaan door een voorstart in regio Oost-Vlaanderen. Die is van start gegaan op 16 september 2013.

Het decreet Integrale Jeugdhulp hertekent het jeugdhulplandschap volledig. Uitgangspunt is dat elke jongere die hulp nodig heeft, zo snel mogelijk en in zo weinig mogelijk stappen passende hulp moet vinden.

In Vlaanderen bieden honderden organisaties jeugdhulp aan, elk met hun eigen opdracht. Door die versnippering glippen jongeren vaak door de mazen van het net. Met het nieuwe decreet Integrale Jeugdhulp verankert Vlaanderen een verregaande samenwerking tussen alle sectoren die betrokken zijn bij de jeugdhulp, met name:

- Agentschap Jongerenwelzijn
- Algemeen Welzijnswerk
- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
- Centra voor Leerlingenbegeleiding
- Kind en Gezin
- Centra voor Integrale Gezinszorg
- Vlaams Agentschap voor Personen met het Handicap

Op 1 maart 2014 wijzigen de bestaande procedures die toegang geven tot de jeugdhulp, ingrijpend. Het hele niet-rechtstreeks toegankelijke aanbod van jeugdhulp zal bereikbaar zijn via een en dezelfde procedure: de intersectorale toegangspoort. Tot die tijd heeft elke sector andere toelatingsvoorwaarden en toegangsprocedures. Zo is de procedure die toegang geeft tot het aanbod van de bijzondere jeugdbijstand, anders dan de procedure waarmee een minderjarige bijstand kan vragen in de sector van personen met een handicap. Om een eenvormige toegang tot de hulpverlening mogelijk te maken, worden alle mogelijkheden inzake de jeugdhulp in Vlaanderen op een vergelijkbare manier in kaart gebracht.

Om dat alles te realiseren, zijn een aantal grondige wijzigingen nodig die maken dat het hulpverleningslandschap voor kinderen en jongeren er totaal anders zal uitzien.

De inschrijvingsprocedure enerzijds en de toeleidingsprocedure naar VAPH- ondersteuning voor minderjarigen anderzijds zal vanaf maart 2014 overgenomen worden door de intersectorale toegangspoort. Ook de afstemming van het aanbod op de vraag en de planning van bijkomend aanbod voor minderjarige personen met een handicap zal binnen dit gewijzigd kader plaatsvinden. In de overgangsperiode zal het VAPH de intersectorale toegangspoort en de Integrale Jeugdhulp blijvend ondersteunen.

2.3.2 Sociale huisvesting

Een inclusief beleid voor bijzondere doelgroepen, waaronder ook de doelgroep personen met een handicap, vraagt een grote beschikbaarheid van aangepaste huisvesting. Hetzij omwille van de handicap op zich, hetzij voor de uitbouw van kleinschalige inclusieve woonprojecten.

In het najaar van 2010 lanceerden de Vlaamse ministers Vandeurzen en Van den Bossche een oproep voor experimentele projecten die sociale huisvesting en welzijnswerk verzoenen. Elf van de honderd projecten werden geselecteerd voor betoelaging.

Minister Vandeurzen en minister Van den Bossche gingen op zoek naar innovatieve projecten die binnen de huidige regelgeving niet of moeilijk kunnen. De projecten moeten leiden tot een structurele samenwerking tussen een sociale woonactor en een actor in de welzijnssector. Projecten die in die context experimenteren met (vormen van) woonbegeleiding en/of die expertise opleveren voor deze samenwerking, kwamen in aanmerking.

Twee van de elf geselecteerde projecten benoemen de doelgroep personen met een handicap expliciet als hun doelgroep.

Op lokaal niveau gingen daarnaast heel wat voorzieningen en diensten gesubsidieerd door het VAPH, een samenwerking aan met een sociale huisvestingsmaatschappij. Voor de diensten Zelfstandig Wonen werd samen met het VAPH een groeipad uitgewerkt. Daarbij vergunt het VAPH de plaatsen Zelfstandig Wonen nog voor de huisvesting wordt gebouwd. Van zodra de aangepaste woningen gebouwd zijn, worden de 'plaatsen' Zelfstandig Wonen erkend.

2.3.3 Onderwijs

De Vlaamse Regering heeft in 2011 beslist om geen globaal nieuw referentiekader vast te leggen voor het onderwijs aan leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften. Als eerste stap werd wel besloten om een reeks maatregelen te nemen om aan bestaande noden tegemoet te komen. Daarbij zet men stappen in een geleidelijke implementatie van de engagementen die Vlaanderen opnam met de ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

Momenteel loopt het besluitvormingsproces over de decretale vertaling van die maatregelen (ontwerp van decreet betreffende belangrijke en noodzakelijke maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften).

Dat ontwerp van decreet schuift onder meer voorstellen naar voor rond een bredere toegankelijkheid van het GON-onderwijs.

Om leerlingen met een handicap of met leer- en opvoedingsmoeilijkheden de kans te geven om les te volgen in een gewone school, kunnen zij 'GON-begeleiding' aanvragen. GON staat voor 'geïntegreerd onderwijs'. Een personeelslid van een school voor buitengewoon onderwijs verzorgt de GON-begeleiding. De begeleiding kan op verschillende manieren gebeuren, bv. hulp aan het kind zelf, ondersteuning van de leerkracht(en), zorgen voor aangepast materiaal ...

Ondanks de trend tot inclusief en meer geïntegreerd onderwijs is het aantal leerlingen dat beroep doet op buitengewoon onderwijs, de voorbije jaren wel verder gestegen. Die stijging zal ongetwijfeld ook een invloed hebben op de vraag naar ondersteuning vanuit het VAPH.

Tabel 6: aantal personen in het buitengewoon onderwijs

	Kleuteronderwijs	Lager onderwijs	Secundair onderwijs	Totaal
2007-2008	1.950	27.140	18.263	47.353
2008-2009	1.977	27.543	18.548	48.068
2009-2010	1.962	27.705	19.015	48.682
2010-2011	1.975	28.225	19.487	49.687
2011-2012	1.986	28.566	19.835	50.387
2012-2013	2.023	28.481	20.177	50.681
	+ 3,74 %	+ 4,94 %	+ 10,48 %	+ 7,03 %

We bekijken de cijfers nader en we concentreren ons op de verschillende opleidingsvormen in het buitengewoon secundair onderwijs. Binnen OV1 (onderwijs tot sociale aanpassing) bereiden de leerlingen zich voor op activiteiten in een dagcentrum of een tehuis niet-werkenden. We zien globaal een verdere stijging van het aantal leerlingen (22,84 % toename over 4 schooljaren). Binnen OV2 (onderwijs tot sociale aanpassing en arbeidsgeschiktmaking) zien we een groei van 5,62 %. Leerlingen uit die opleidingsvormen doen het vaakst beroep op ondersteuning vanuit een dienst of voorziening

gesubsidieerd vanuit het VAPH. Die evolutie wijst dus onrechtstreeks ook op een stijgende nood aan welzijnsondersteuning.

Tabel 7: evolutie van het aantal leerlingen in het buitengewoon secundair onderwijs per opleidingsvorm

	OV1	OV2	OV3	OV4	Totaal
2007-2008	3.406	2.845	11.389	623	18.263
2008-2009	3.577	2.899	11.330	742	18.548
2009-2010	3.746	2.995	11.407	867	19.015
2010-2011	3.951	2.972	11.576	988	19.487
2011-2012	4.184	3.005	11.506	1140	19.835
	+ 22,84 %	+ 5,62 %	+ 1,03 %	+ 82,99 %	+ 8,61 %

2.3.4 Tewerkstelling

Sinds 1 oktober 2008 ligt de bevoegdheid over bijstand bij werk en beroepsopleiding voor personen met een handicap in Vlaanderen volledig bij de beleidsdomeinen Werk en Sociale Economie. Ook voor de principiële aanvraag voor bijstand bij werk en opleiding ligt de bevoegdheid niet langer bij het VAPH.

De verschuiving van de bevoegdheid over bijstand bij werk en beroepsopleiding valt te kaderen binnen een verschuiving van een categoriaal naar een inclusief beleid t.a.v. personen met een arbeidshandicap. Die verschuiving heeft onder meer met zich meegebracht dat er meer aandacht is gekomen voor een grote groep kwetsbare personen die voorheen in de werkloosheid schuilden en onder de radar bleven van onze welzijns- en zorgvoorzieningen. Daardoor werd besloten dat een meer intensieve samenwerking tussen de beleidsdomeinen Werk en Sociale Economie (WSE) en Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) onontbeerlijk is.

Om die samenwerking te verankeren, wil het Vlaams Parlement tot een gezamenlijk decreet komen. De basisprincipes van het decreet zijn vastgelegd in een eerste conceptnota 'Van arbeidszorg naar een geïntegreerd beleidskader: W^2', die door de Vlaamse Regering werd goedgekeurd op 1 juli 2011.

In het voorstel van decreet, het W^2-decreet, worden drie W-trajecten geïnitieerd:

- tijdelijke activeringstrajecten waarmee we personen willen versterken, zodat ze (opnieuw) tot betaalde arbeid in staat zijn, al dan niet met ondersteuning ;
- tijdelijke trajecten onder de naam 'maatschappelijke oriëntatie' waarmee we mensen - die voorlopig niet of niet meer in staat zijn (op korte en middellange termijn) om betaalde arbeid te verrichten – in gezamenlijk overleg toeleiden naar de voor hen meest optimale participatie aan onze maatschappij;
- trajecten arbeidsmatige activiteiten onder begeleiding in combinatie met de nodige welzijns- en zorgbegeleiding.

2.3.5 Geestelijke Gezondheidszorg

Ook binnen de Geestelijke Gezondheidszorg is de trend van de vermaatschappelijking van de zorg ingezet. Belangrijk daarin is het bestaan van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving. Dat artikel geeft aan psychiatrische en algemene ziekenhuizen, mits ze aan een aantal voorwaarden voldoen, de mogelijkheid om de subsidiëring van 'ziekenhuisbedden' op een ander manier in te zetten.

Door de invoer van artikel 107 wil men de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg veel meer volgens de principes van zorgcircuits en netwerken uitbouwen. De cliënt/patiënt kan in zijn vertrouwde thuisomgeving verblijven en zijn sociale contacten behouden. De uitbouw van laagdrempelige en gespecialiseerde eerstelijnshulp zal ervoor moeten zorgen dat de geestelijke gezondheidszorg laagdrempelig wordt. De langdurige residentiële ondersteuning wordt zo veel als mogelijk afgebouwd.

2.4 Evoluties en verwachtingen toegespitst op de doelgroep personen met een handicap

2.4.1 De stijgende levensverwachting voor personen met een handicap

De trend van de stijgende levensverwachting voor personen met een handicap zet zich een stuk steiler door dan wat we op basis van de gemiddelde levensverwachting voor de totale bevolking mogen verwachten.

In de meerjarenanalyse 2003-2007 werd bijvoorbeeld de levensverwachting voor personen met het syndroom van Down nog geschat op 49 jaar (cijfer 2007). Vandaag is die levensverwachting gestegen tot 59 jaar. Algemeen stijgt dus de prevalentie van mensen met een matig, ernstig of diep mentale handicap door de stijging in levensverwachting. Waar in het verleden de gemiddelde levensverwachting voor die groep op 40 jaar lag, ligt dat vandaag op 60 jaar. Voor personen met een licht mentale handicap is de levensverwachting intussen op een gelijk niveau gekomen van de gemiddelde levensverwachting van de totale bevolking.

Ook de levensverwachting van mensen met een motorische handicap is er de laatste decennia sterk op vooruit gegaan. In de jaren '60 lag de gemiddelde levensverwachting voor mensen met de ziekte van Duchenne rond 15 jaar. Anno 2013 ligt de gemiddelde levensverwachting rond 35 jaar.

Door die langere levensverwachting zal de groep personen met een handicap sowieso blijvend toenemen. We moeten rekening houden met een steilere stijging dan wat we op basis van de gemiddelde stijging mogen verwachten.

2.4.2 De evoluties in de medische zorgverlening

De groei van de wetenschappelijke en medische kennis en een grotere toegankelijkheid van diagnostische en therapeutische mogelijkheden hebben een invloed op het aantal personen met een handicap. Door een grotere kennis stijgt het aantal diagnoses die, al dan niet, in een vroeg stadium kunnen vastgesteld worden. Daardoor groeit in een aantal groepen het aantal personen met een handicap (cf. autisme, DCD …).

Ook de betere levensreddende interventies na vroeggeboorte, verkeersongevallen of bij voorheen lethale aandoeningen, verhoogt het aantal personen met blijvende ondersteuningsnoden wegens restletsels.

De evoluties in de medische zorgverlening zorgen mee voor een sterkere groei van de groep personen met een handicap dan die we op basis van de algemeen demografische evoluties mogen verwachten.

2.4.3 De invloed van migratie op de groep personen met een handicap

Vanuit verschillende diensten en voorzieningen krijgt het VAPH steeds vaker het signaal dat het aantal handicapspecifieke ondersteuningsvragen van personen met een vreemde origine stijgt. Die groep kwam in het verleden, door culturele verschillen en opvattingen, minder in beeld. Immers het zorg dragen voor, het ondersteunen van elkaar binnen een gesloten familiale context, wordt binnen een aantal van die culturen algemeen aanvaard. Sinds kort lijken echter meer mensen van vreemde origine de weg naar professionele ondersteuning te vinden. Samen met het feit dat de migratie vanuit andere landen richting België sterk toeneemt, vermoeden we dat er bijkomend een sterker stijgende vraag zal zijn naar handicapspecifieke ondersteuning vanuit die groep.

Daarnaast weten we dat intrafamiliale huwelijken in sommige Arabische culturen een lange traditie hebben. Leggen we dat gegeven naast het feit dat er statistisch een verband bestaat tussen de graad van verwantschap en de kans op het krijgen van een kind met een handicap, dan kunnen we volgende stelling onderbouwen. De kans op een kind met een handicap in de groep inwoners met een vreemd origine is iets groter dan in de groep inwoners die niet van vreemde origine zijn.

Er zijn een aantal elementen die wijzen op een mogelijks verhoogde vraag naar VAPH-ondersteuning uit de groep personen met een handicap met een vreemde origine. De grootteorde van die toename is echter vandaag nog moeilijk in te schatten.

2.4.4 Een verdere groei van de groep personen met een handicap?

Door de stijgende levensverwachting, evoluties in de medische zorgverlening en de invloed van de migratie verwachten we hoe dan ook dat de groep personen met een handicap ook de volgende jaren nog verder zal groeien. Ook de veranderde visie op de doelgroep personen met een handicap zal een invloed hebben.

De vermoede groei van de groep personen met een handicap wordt bevestigd door de toename van het aantal personen dat minstens een inkomensvervangende tegemoetkoming krijgt en het aantal kinderen voor wie een verhoogde kinderbijslag wordt uitgekeerd.

Tabel 8: aantal personen dat recht heeft op een inkomensvervangende tegemoetkoming (IKVT) (al dan niet gecombineerd met een integratietegemoetkoming (IT) (België[1])

Jaartal	Enkel IKVT	IKVT en IT	Totaal
2010	16.354	80.010	96.364
2011	16.566	83.661	100.227
2012	16.986	84.230	101.216
	+ 3,86 %	+ 5,27 %	+ 5,04 %

Tabel 9: aantal personen dat recht geeft op verhoogde kinderbijslag (Vlaanderen)[2]

Jaartal	Rechtgevende op verhoogde kinderbijslag	% ten opzichte van de totale bevolking dat recht geeft op kinderbijslag
2008	19.536	1,86 %
2009	20.712	1,93 %
2010	22.861	2,11 %
2011	24.152	2,21 %

2.5 Conclusie

Ook de komende jaren zullen we rekening houden met een verdere groei van de totale groep personen met een handicap ten gevolge van een aantal demografische en medische evoluties en ten gevolge van de evolutie in de kijk op handicap. We schatten de groei op jaarlijks 3 %. Dat percentage is slechts een voorzichtige inschatting en houdt geen rekening met een aantal recente evoluties zoals bv. de effecten van migratie.

[1] Bron FOD Sociale Zekerheid
[2] Bron RKW

3 Perspectief 2020 kort toegelicht

3.1 Twee centrale doelstellingen

Perspectief 2020 kondigt een nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap aan. Bij de ontwikkeling van dat vernieuwd ondersteuningslandschap moeten we de twee doelstellingen voor ogen houden:

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

3.1.1 Geïnformeerde gebruikers genieten van vraaggestuurde zorg en assistentie

In 2020 moet Vlaanderen beschikken over een ondersteuningslandschap waarin personen met een handicap die gebruik maken van ondersteuning, maximale kansen tot zelfsturing hebben. Het zorglandschap moet ervoor zorgen dat hun participatie aan het maatschappelijk leven in al zijn aspecten wordt bevorderd en de levenskwaliteit wordt verbeterd.

Daartoe vertrekken we van een dynamisch ondersteuningsmodel bestaande uit vijf concentrische cirkels.

De vijf concentrische cirkels van ondersteuning geven een beeld van hoe een gevarieerd pallet van zorg en ondersteuning kan samengesteld worden. Daarbij onderscheiden we volgende ondersteuningsbronnen die complementair zijn t.o.v. elkaar:

1. **Zelfzorg:** de zorg en ondersteuning die de persoon met een handicap zelf opneemt
2. **Gebruikelijke zorg:** de normale dagelijkse zorg en ondersteuning die gezinsleden die onder hetzelfde dak wonen, geacht worden voor elkaar op te nemen
3. **Zorg en ondersteuning die geboden worden door familie, vrienden en/of informele contacten**
4. **Professionele zorg en ondersteuning vanuit de algemene zorg en dienstverlening**: diensten maatschappelijk werk, centra algemeen welzijnswerk, diensten gezinszorg, initiatieven kinderopvang … Deze vorm van ondersteuning is voor alle burgers toegankelijk
5. **Professionele zorg en ondersteuning door het VAPH gefinancierd**

Met het model van de concentrische cirkels willen we er in geen geval op aansturen dat het netwerk van de persoon met een handicap eerst helemaal uitgeput moet worden vooraleer er beroep gedaan kan worden op professionele, gespecialiseerde en meer intensieve ondersteuning. Integendeel zelfs. Het is net de bedoeling om de ondersteuning die spontaan geboden wordt, te faciliteren en te ondersteunen zodat de betrokkenen het kunnen blijven volhouden.

Bovendien moeten die betrokkenen de garantie krijgen dat als hun draagkracht op een bepaald moment toch overschreden wordt of dreigt te worden, er een - tijdelijke, langdurige of definitieve - ontlasting en extra ondersteuning wordt voorzien.

Wanneer personen met een handicap en/of hun netwerk nood hebben aan ondersteuning, is het essentieel dat ze zicht hebben op die verschillende bronnen van ondersteuning. Daartoe moet de ondersteuningsvrager toegang krijgen tot alle noodzakelijke informatie. Tegen 2020 moet de informatieverlening aan de personen met een handicap veel uitgebreider en vollediger zijn dan anno 2011.

Daarnaast heeft in 2020 iedere ondersteuningsvrager de mogelijkheid om een proces van vraagverheldering te doorlopen. Het resultaat van dat proces vindt zijn neerslag in een ondersteuningsplan dat door de tijd heen kan evolueren, maar ook grondig kan wijzigen.

In plaats van een aanbodgestuurd (all in) toegangsticket krijgt de zorgvrager die beroep wil en kan doen op niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning, een persoonsvolgend budget toegekend. Dat persoonsvolgend budget kan een voucher, een cashbudget of een combinatie van beide zijn.

3.1.2 Zorggarantie

Het realiseren/ installeren van een 'zorggarantie' is alleen maar mogelijk in een context van 'gedeelde zorg'. Het is niet realistisch, noch wenselijk, dat alle zorg en ondersteuning geboden zou moeten worden door gespecialiseerd personeel.

Onder 'zorggarantie' verstaan we dan ook het volgende:

- de gebruikelijke zorg en ondersteuning die door de persoon zelf en zijn natuurlijke netwerk nog opgenomen kunnen worden, maximaal faciliteren en ondersteunen zodat dat zo lang als mogelijk en wenselijk volgehouden kan worden;
- tijdelijk, langdurig of definitief overnemen van de zorg en ondersteuning wanneer de draagkracht van de persoon en zijn natuurlijke netwerk overschreden wordt of dreigt te worden.

Om dat te kunnen realiseren, moeten we tegelijkertijd én in eenzelfde mate van intensiteit investeren in:

- netwerkversterking, inclusief het sterker maken van ouders als 'zorgmanagers';
- een toegankelijke eerstelijnshulp- en ondersteuningsaanbod beschikbaar maken: investeren in zowel de capaciteit als in de toegankelijkheid ervan voor personen met een handicap;
- ondersteuning vanuit diensten maatschappelijk werk, thuiszorgdiensten, lokale dienstencentra, ondersteuning geboden door vrijwilligers binnen gemeentelijke of parochiale werking;
- laagdrempelige gespecialiseerde ondersteuning beschikbaar maken: aanvullend op de zorg die ouders zelf bieden, als tijdelijke ontlasting en als crisis/noodopvang:personen met een handicap en hun gezin kunnen gebruik maken van enkele uren ambulante begeleiding aan huis, logeerfunctie, kortverblijf, enkele halvedagenopvang;
- een continuüm aan gespecialiseerde (VAPH-specifieke) ondersteuning beschikbaar maken: flexibel inzetbaar en flexibel aanpasbaar, aangepast aan de individuele situatie van de persoon met een handicap en zijn netwerk.

Om deze doelstelling te realiseren tegen 2020, zijn er een aantal projecten noodzakelijk te realiseren. Na een grondige evaluatie van de realisaties zal in de periode 2015-2020 verder moeten gebouwd worden op deze strategische projecten. Een korte toelichting van de strategische projecten is terug te vinden in bijlage 1.

4 Meerjarenplan 2009-2013: Uitbreiding van het ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap

In dit hoofdstuk focussen we op de keuzes die gemaakt zijn in het kader van het jaarlijkse uitbreidingsbeleid binnen de gehandicaptensector. We leggen de link met het regeerakkoord en bekijken of de middelen ingezet zijn conform de doelstellingen en de strategische projecten van het Perspectief Plan 2020.

4.1 Werden de doelstellingen van het regeerakkoord behaald?

Het regeerakkoord bepaalt dat het uitbreidingsbeleid in de sector voor personen met een handicap onverminderd moet verdergezet worden. Daarvoor is een meerjarenplan en een meerjarenbudget noodzakelijk. De oplossingen voor de meest prioritaire dossiers moeten absolute voorrang krijgen in het uitbreidingsbeleid. Handicapspecifieke ondersteuning moet gegeven worden in functie van de ondersteuningsnood, de zorgzwaarte en het draagvlak van de persoon met een handicap in zijn thuissituatie. In functie van een correcte personeelsinzetbaarheid moet er een groeipad komen om de kloof tussen de personeelsbezetting en de personeelsnorm te dichten. Verder moet er gewerkt worden aan een herverdeling volgens de zorggradatiecriteria en moeten de zwaarste zorgnoden eerst beantwoord worden.

In dit regeerakkoord werd de uitbreiding van de middelen voor de sector personen met een handicap vastgelegd op 145 miljoen euro. In onderstaande tabel zien we dat het uitbreidingsbudget voor de periode 2010-2014 ruim 146 miljoen euro bedraagt. Het aangegane budgetengagement is dus vanuit de Vlaamse regering nagekomen.

Tabel 10: bijkomend budget in het kader van het uitbreidingsbeleid 2010 – 2014

Jaar	Uitbreidingsbudget
2010	€ 22.500.000
2011	€ 31.300.000
2012	€ 35.000.000
2013	€ 30.000.000
2014	€ 27.240.000
Totaal	€ 146.040.000

Link met Perspectief 2020

Het staat buiten kijf dat bijkomende middelen in de VAPH-sector absoluut noodzakelijk zijn en blijven om de ambitieuze doelstellingen van perspectief 2020 te realiseren. Bij de toelichting van de besteding zal duidelijk worden dat deze uitbreidingsmiddelen op zeer diverse wijze ingezet zijn in functie van de doelstellingen van PP202 en de daaraan gekoppelde strategische projecten.

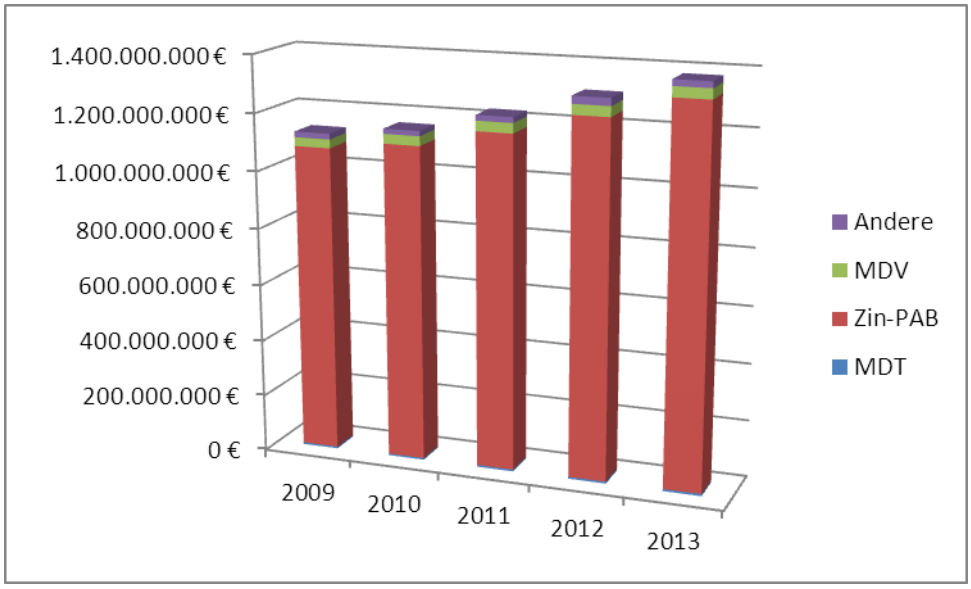
Het voorzien van bijkomend budget kadert vanzelfsprekend in de eerste plaats in het strategisch project: 'uitbreiden van het ondersteuningsaanbod voor personen met een handicap, zowel in de VAPH-sector als in de reguliere ondersteuning'.

De beleidskredieten van het VAPH, uitgedrukt in termen van bedrijfseconomische kostprijs, stegen in de periode 2009-2013 met 22 %. Die stijging is hoofdzakelijk te verklaren door het vastgelegde uitbreidingsbudget (146 miljoen euro).Daarnaast spelen ook een aantal andere redenen, bijvoorbeeld indexaanpassingen, loonstijging, exogene groei-elementen … een niet-onbelangrijke rol.

Tabel 11: evolutie beleidskredieten VAPH 2009 - 2013 (in keuro)

Omschrijving	2009	2010	2011	2012	2013
Alle soorten vergoedingen voor de multidisciplinaire verslaggeving in het kader van de VAPH-inschrijvingsprocedure	6.089,2	5.816,5	6.482,8	6.680,3	7.595,7
De subsidiëring van alle semi-residentiële, residentiële en ambulante aanbodsvormen die horen onder de Zorg in Natura en de persoonlijke-assistentiebudgetten	1.072.319	1.102.063,4	1.164.648,7	1.238.443,3	1.313.111
Het budget voor het hulpmiddelenbeleid	30.505,2	33.495,2	35.080,2	35.653,6	35.864,2
Andere vormen van (ondersteuning van het) aanbod • Centra Ontwikkelingsstoornissen en gespecialiseerde adviesverlening • Revalidatie • Experiment Persoonsgebonden budget • Diverse kleinere begrotingsposten	19.516.1	17.464,4	19.340,7	24.442,4	21.715,7
Totaal budget	1.128.429,5	1.158.839,5	1.225.552,4	1.307.719,9	1.378.286,6

Grafiek 1: evolutie beleidskredieten VAPH 2009 - 2013



We bekijken hoe het uitbreidingsbudget werd ingezet en leggen de link met de doelstellingen en de strategische projecten van perspectief 2020.

4.2 Besteding middelen uitbreidingsbeleid

In onderstaande tabel geven we per titel weer waaraan de middelen in het kader van het uitbreidingsbeleid besteed werden. Daarna volgt een bespreking van de inzet van die middelen.

Tabel 12: besteding middelen uitbreidingsbeleid

	2010	2011	2012	2013	2014*	totaal
Bijkomende erkende plaatsen nRTH	9.217.598	12.015.868	7.987.314	4.304.845	6.575.469	40.101.093
Bijkomende middelen PAB	5.700.000	5.747.000	6.445.684	6.887.618	4.597.102	29.377.404
RTH	-	-	2.916.078	3.235.584	2.229.615	8.381.277
Persoonsvolgende convenanten	2.121.000	900.000	6.150.924	6.704.957	4.568.450	20.445.331
Voortraject	-	4.096.000	-	-	-	4.096.000
Verhoging kwaliteit	1.515.400	4.089.000	7.750.000	7.750.000	9.000.000	30.104.400
Andere	3.945.000	4.506.000	3.750.000	1.117.000	270.000	13.588.000
Totaal	22.498.998	31.353.868	35.000.000	30.000.004	27.240.636	146.093.505

**Gezien de zorgplannen vanuit de regionale overlegnetwerken gehandicaptenzorg (ROG) voor het uitbreidingsbeleid 2014 nog moeten besproken worden, kan de verhouding tussen het aantal bijkomende erkende plaatsen nRTH, het budget voor RTH, voor persoonlijke-assistentiebudgetten en voor persoonsvolgende convenants nog wijzigen. (zorgplannen worden bij het VAPH verwacht tegen 14 februari, na advisering wordt begin maart een beslissing genomen).*

Uit de tabel blijkt duidelijk dat vanaf het uitbreidingsbeleid van 2012 maximaal geïnvesteerd werd in persoonsvolgende middelen in de vorm van persoonsvolgende convenants en persoonlijke-assistentiebudgetten. De investeringen in bijkomende erkende plaatsen voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening binnen de diensten en voorzieningen van het VAPH werden vanaf 2012 beperkt tot de uitvoering van engagementen uit het verleden en specifieke acties gericht op het faciliteren van opnames van mensen met complexe ondersteuningsvragen omwille ernstige gedrags- of medische problemen.

4.2.1 Voortraject

Een van de kerndoelstellingen van het Perspectief Plan 2020 is dat gebruikers tegen 2020 goed geïnformeerd zijn en de regie van hun ondersteuning in handen nemen. Om die doelstelling te bereiken, is het van essentieel belang dat de mogelijkheid gecreëerd wordt om ondersteund te worden bij de vraagverduidelijking. Daartoe werden de Diensten Ondersteuningsplan in het leven geroepen.
Om die diensten op te starten, werd in het kader van het uitbreidingsbeleid 2011 een budget van ruim vier miljoen euro voorzien.

Link met Perspectief 2020

De uitbouw van de Diensten Ondersteuningsplan kadert in de doelstelling: ‘in 2020 genieten geïnformeerde gebruikers van vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving’, en ook in het strategisch project: ‘een goed werkend voortraject verzekeren”.

De Diensten Ondersteuningsplan moeten aan elke gebruiker met een ondersteuningsnood die nog

niet over VAPH-ondersteuning beschikt, de mogelijkheid bieden op een goed geïnformeerde wijze een ondersteuningsplan op te maken. Ook hebben zij de opdracht om, waar mogelijk, in te zetten op het versterken van het netwerk, zodat ondersteuning vanuit de binnenste cirkels, indien gewenst, kan geboden worden.

4.2.2 Rechtstreeks toegankelijk aanbod

Zorg en ondersteuning worden bij voorkeur zoveel als mogelijk opgenomen in de eigen, natuurlijke, lokale context van de persoon met een handicap. Dat is echter enkel mogelijk in zoverre die 'gebruikelijke zorg en ondersteuning' gefaciliteerd wordt door en aangevuld wordt met reguliere en handicapspecifieke zorg en ondersteuning.

Omdat heel wat ondersteuningsvragers niet vragen om langdurige en/of intensieve handicapspecifieke trajecten, werd een flink deel van het VAPH-aanbod rechtstreeks toegankelijk gemaakt. Zo werd de mogelijkheid gecreëerd om de huidige bestaande capaciteit van de thuisbegeleidingsdiensten rechtstreeks toegankelijk in te zetten. Die rechtstreekse toegankelijkheid betekent dat er geen VAPH-inschrijving vereist wordt, noch dat de instroomrichtlijnen van de zorgregie gevolgd moeten worden.

Tevens werd in het kader van het uitbreidingsbeleid aan heel wat diensten en voorzieningen een specifieke erkenning verleend voor het aanbieden van rechtstreeks toegankelijke ondersteuning. Het rechtstreeks toegankelijke aanbod is samen te vatten in vier categorieën:

- mobiele/ambulante begeleiding
- dagbesteding
- woonondersteuning
- outreach van handicapspecifieke ondersteuning

Er werd een Besluit van de Vlaamse Regering (BVR) goedgekeurd waardoor die middelen op een flexibele en vraaggestuurde wijze kunnen ingezet worden. Tevens werd het BVR betreffende de thuisbegeleiding zo aangepast dat vanuit de diensten voor thuisbegeleiding rechtstreeks toegankelijke hulpverlening kan aangeboden worden in de vorm van ambulante en mobiele begeleiding.

In 2012 en 2013 werd een kleine 6,15 miljoen euro vrijgemaakt voor rechtstreeks toegankelijke dienstverlening. Ook in 2014 zal een aanzienlijk deel van het uitbreidingbudget ingezet worden voor rechtstreeks toegankelijke hulpverlening, zodat de investering voor die vorm van ondersteuning ruim 8 miljoen € aan uitbreidingsmiddelen zal bedragen. Daarnaast wordt ook een deel van de reeds bestaande capaciteit van diensten en voorzieningen rechtstreeks toegankelijk.

Link met Perspectief 2020

De uitbouw van het aanbod rechtstreeks toegankelijke hulpverlening kadert in het strategisch project: 'een goed werkend voortraject verzekeren'.

Een voldoende capaciteit van rechtstreeks toegankelijke, handicapspecifieke ondersteuning moet ervoor zorgen dat men op een vlotte wijze tegemoet kan komen aan de ondersteuningsvragen van mensen met een relatief beperkte ondersteuningsvraag. Daardoor kan vermeden worden dat men onnodig een beroep moet doen op meer intensieve ondersteuning.

4.2.3 Niet-rechtstreeks toegankelijk aanbod

Naast een rechtstreeks toegankelijk aanbod (nRTH), blijft een aanbod van intensieve, langdurige handicapspecifieke zorg en ondersteuning nodig. In het kader van het uitbreidingsbeleid onderscheiden we drie belangrijke budgetposten: bijkomende plaatsen nRTH, de persoonsvolgende convenants en de persoonlijke-assistentiebudgetten. Ook op die ondersteuningsvormen werd in de periode 2010-2014 volop ingezet.

4.2.3.1 De uitbreiding binnen de diensten en voorzieningen erkend voor het bieden van handicapspecifieke ondersteuning

In onderstaande tabel geven we per jaar weer hoeveel plaatsen per zorgvorm binnen de VAPH-voorzieningen bijkomend erkend werden in het kader van het uitbreidingsbeleid.

Tabel 13: aantal erkende bijkomende plaatsen nRTH in het kader van het uitbreidingsbeleid

zorgvorm	2010	2011	2012	2013	2014**	totaal	totale kostprijs
Internaat	1	3	7	4	2	17	923.967 €
Semi-internaat schoolgaanden	6	10	0	0	0	16	320.390 €
Semi-internaat niet-schoolgaanden	0	10	8	0	6	24	804.670 €
Dagcentrum	3	7	22	5	6	43	1.107.433 €
Observatiecentra	0	0	0	0	0	0	-€
Tehuizen werkenden	0	0	0	0	0	0	-€
Bezigheidstehuis	37	9	44	21	24	135	6.371.984 €
Nursingtehuis	49	26	63	32	41	211	12.972.969 €
Kortverblijf	0	0	2	4	5	11	671.494 €
Plaatsing in gezin	6	19	0	0	0	25	249.096 €
WOP	2	31	0	0	0	33	225.714 €
Thuisbegeleiding *	5.585	12.129	2.766	1.762	726	22.968	4.753.539 €
Begeleid wonen	91	364	0	0	0	455	4.317.950 €
Diensten inclusieve ondersteuning	0	66	0	0	0	66	2.547.600 €
Geïntegreerd wonen	77	0	0	0	0	77	2.972.200 €
Zelfstandig wonen	0	12	0	0	12	24	1.153.176 €
Tehuis voor geïnterneerden	0	0	0	0	10	10	708.910 €
Totaal budget							40.101.093 €

**Voor thuisbegeleiding wordt het aantal bijkomende erkende begeleidingsmomenten weergegeven. Voor de andere zorgvormen in deze tabel het aantal bijkomende erkende plaatsen.*
*** Ook hier geldt de opmerking dat de cijfers voor 2014 voorlopige cijfers zijn.*

Binnen de toekenning van de bijkomende erkende plaatsen zien we vanaf het uitbreidingsbeleid 2012 een belangrijke wijziging in het toekenningsbeleid. Vanaf 2012 werd immers maximaal gestreefd om de middelen uitbreidingsbeleid op persoonsvolgende wijze in te zetten. Een aantal engagementen uit het verleden, o.a. de zgn. VIPA-buffer, werden door de Vlaamse Regering echter wel uitgevoerd.

Om tegemoet te komen aan de vele vragen van gezinnen met kinderen en jongeren met gedrags- en emotionele problemen, werd de mogelijkheid gecreëerd om in elke provincie een specifieke thuisbegeleidingsdienst uit te bouwen. De bijkomende erkende begeleidingsmomenten binnen de thuisbegeleiding voor de laatste jaren van de legislatuur situeren zich in het engagement om voor die diensten een groeipad te voorzien.

De diensten zelfstandig wonen tekenden op Vlaams niveau een ontwikkelplan uit. De infrastructuur realiseren om een dergelijke dienst op te starten, vraagt immers de nodige voorbereiding. Een aantal diensten kregen een vergunning met het engagement dat de werkingsmiddelen zouden voorzien worden op het moment dat de nodige infrastructuur beschikbaar is.

Voor de geïnterneerden met een verstandelijke handicap werden in 2013 veertig bijkomende plaatsen vergund omdat de nood binnen het bestaande aanbod niet kon gelenigd worden. Ook hier geldt het principe dat we in het kader van het uitbreidingsbeleid de nodige werkingsmiddelen voorzien op het moment dat de passende infrastructuur klaar is. Een eerste bijkomende unit van tien plaatsen zal starten in de loop van 2014.

Link met Perspectief 2020

De realisatie van bijkomende plaatsen voor personen met een verstandelijke handicap met een interneringsstatuut die in de gevangenis verblijven, kadert in de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten'.

Een aantal personen met een verstandelijke handicap en een interneringsstatuut verblijven vandaag noodgedwongen langer dan nodig is in de gevangenissen bij gebrek aan andere opvangmogelijkheden. Binnen die diverse groep zijn er een aantal mensen die nood hebben aan zeer specifieke opvang in een relatief beveiligde omgeving. Die mensen behoren tot de groep mensen met de grootste ondersteuningsnood zoals omschreven in Perspectief 2020. Om tegemoet te komen aan de noden voor die groep mensen voorziet het VAPH in totaal veertig bijkomende plaatsen, waarvan er tien in 2014 gestart worden.

Het grootste aantal bijkomende erkende plaatsen vanaf 2012 kadert in de zogenaamde VIPA-buffers. Zowel in 2008 als in 2009 werd op basis van de grote nood aan intensieve woonondersteuning een aantal bijkomende plaatsen vergund. In 2009 werden deze vergunningen exclusief toegekend aan projecten die zich engageren voor personen die enkel kunnen ondersteund worden in een specifiek aangepaste infrastructuur. We denken daarbij bijvoorbeeld aan mensen met een zware (medische) verzorgingsnood en mensen met een handicap en ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. Gedurende de voorbije jaren zagen we een geleidelijke opstart van die projecten. Ook de komende jaren zullen nog een belangrijk aantal bijkomende plaatsen beschikbaar worden, nadat de door het VIPA-gesubsidieerde gebouwen afgewerkt zijn.

Link met Perspectief 2020

Ook de bijkomende erkende plaatsen in het kader van de VIPA-buffer kaderen in de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten'.

De bijkomende erkende plaatsen in het kader van de VIPA-buffer creëren in de eerste plaats oplossingen voor mensen voor wie een nood aan specifieke infrastructuur bestaat. Voor mensen met een grote nood aan ondersteuning omwille van een complexe problematiek, bijvoorbeeld door een grote medische ondersteuningsnood of omwille van ernstige, bijkomende gedrags- en emotionele problemen, worden vaak moeilijk oplossingen gevonden omdat er een tekort aan specifieke accommodatie is. Door binnen de VIPA-buffer te investeren in bijkomend aanbod voor die specifieke doelgroepen, komen we daaraan tegemoet.

4.2.3.2 Uitbreiding in persoonsvolgende convenanten (PVC's)

In de periode 2010-2013 werd een aanzienlijk deel van de uitbreidingsmiddelen gereserveerd voor de toekenning van persoonsvolgende convenanten (PVC). De stijging van die budgetten springt vooral in het oog vanaf 2012, omdat sedertdien resoluut gekozen wordt om de budgetten uitbreidingsbeleid zo veel als mogelijk persoonsvolgend in te zetten. De persoonsvolgende convenanten worden toegekend aan de meest prioritaire zorgvragers.

Tot nog toe werd ongeveer 20 miljoen euro uit het uitbreidingsbeleid geïnvesteerd in de persoonsvolgende convenanten. Door een efficiëntere inzet van middelen binnen de VAPH-begroting werd daar in 2012 nog eens 4 miljoen euro aan toegevoegd.

Een persoonsvolgend convenant kan gezien worden als een persoonsvolgende vorm van financiering, waarbij een erkende VAPH-voorziening middelen toegekend krijgt op voorwaarde dat ze de persoon met de persoonsvolgende convenant ondersteunt. Wanneer de persoon kiest om naar een andere VAPH-voorziening te gaan, neemt hij zijn convenant mee en wordt de andere voorziening door het VAPH gesubsidieerd. Wanneer de persoon niet langer wenst gebruik te maken van de VAPH-

ondersteuning, vervalt de convenant en dus ook de subsidiering vanuit het VAPH. De vrijgekomen middelen zullen ingezet worden voor de toekenning van andere persoonsvolgende convenanten. Ook als de persoon instroomt in een gewone erkende plaats binnen een VAPH-voorziening, worden de convenantsmiddelen aan een andere persoon met een prioritaire zorgvraag toegekend.

4.2.3.3 Uitbreiding in Persoonlijke-AssistentieBudgetten

Een andere bestaande vorm van persoonsvolgende financiering is het persoonlijke-assistentiebudget (PAB). In het kader van de jaarlijkse uitbreidingsrondes werd in de periode 2010-2014 verder ingezet op een gevoelige uitbreiding van het PAB. Met een PAB kan de persoon met een handicap handicapspecifieke assistentie thuis, op school of op het werk organiseren en financieren. Met het PAB werft de persoon met een handicap of zijn wettelijk vertegenwoordiger assistenten aan. Hij wordt dus werkgever.

Het totale budget voor de toekenning van PAB's werd met bijna 29 miljoen euro verhoogd.

Tevens werd in de loop van de voorbije jaren het bestaande systeem van voorschotten vervangen door een systeem van werkkapitaal. Dat leverde een gevoelige efficiëntiewinst op. Daardoor kond binnen het bestaande budget een bedrag van 4.500.000 euro aan extra PAB's worden toegekend.

Link met Perspectief 2020

De grote investeringen in bijkomende middelen voor PAB's en de persoonsvolgende convenanten kaderen voornamelijk in de realisatie van de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten'.

De bijkomende middelen voor persoonsvolgende convenanten worden ingezet voor mensen met de status prioritair te bemiddelen. Het gaat dus om mensen die door de regionale prioriteitencommissie aangeduid zijn als zeer dringend.

De toekenning van nieuwe persoonlijke-assistentiebudgetten gebeurt eveneens door de regionale prioriteitencommissie. Daardoor krijgen de personen met de grootste ondersteuningsnood als eerste een PAB toegekend.

Daarnaast wordt gewerkt aan het project: 'een persoonsvolgend budget als basis voor de toekomstige financiering van het aanbod aan zorg en assistentie'.

4.2.3.4 Een bijzonder inzet van PVC's en PAB's: de woongarantie-ondersteuningsgarantieprojecten

In het kader van het uitbreidingsbeleid 2013 werden in Vlaanderen zes projecten woongarantie – ondersteuningsgarantie opgestart. De initiatiefnemers, vaak ouders of een gebruikersvereniging, stellen infrastructuur te beschikking voor het ondersteunen van personen met een handicap. De ondersteuning wordt gefinancierd door het VAPH door middel van een persoonsvolgend convenant of een persoonlijke-assistentiebudget. Er wordt ook samengewerkt met een VAPH-erkende voorziening. Specifiek in de projecten is dat de initiatiefnemers 1/3 van de cliënten kunnen kiezen, los van de bestaande prioriteitsregels. De anderen 2/3 moeten mensen met een persoonsvolgend convenant of een PAB zijn. Elke cliënt krijgt 70 % van de maximaal mogelijke toegekende middelen. De experimenten moeten informatie opleveren over de rol die privé-initiatiefnemers kunnen spelen en zetten sterk in op het creëren van inclusieve woonmogelijkheden.

Link met Perspectief 2020

Het experiment woongarantie - ondersteuningsgarantie kadert in de realisatie van het strategisch project: 'het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'.

De experimenten woongarantie-ondersteuningsgarantie zijn kleinschalige, inclusieve woonprojecten. Voor de cliënten van deze experimenten wordt VAPH-ondersteuning voorzien, aanvullend op de ondersteuning vanuit het netwerk en de reguliere welzijnsdiensten'.

4.2.4 Middelen voor kwaliteitsverhoging

Ruim 30 miljoen euro werd de voorbije jaren geïnvesteerd in maatregelen om de kwaliteit van de dienstverlening in de gehandicaptensector te verhogen.

Een deel van die middelen werd besteed aan het ombouwen van de bestaande capaciteit binnen voorzieningen om specifieke doelgroepen een passend aanbod te kunnen bieden.

Zo werden in kader van het uitbreidingsbeleid 2010 drie observatie-units ingericht voor volwassen personen met een matig tot ernstige verstandelijke handicap en bijkomende ernstige gedrags- en psychiatrische stoornissen. In drie verschillende voorzieningen werden in totaal twaalf plaatsen voor intensieve woonondersteuning omgebouwd tot observatie-units. Daar worden mensen voor een beperkte periode opgevangen, met het doel hun problematiek beter in kaart te brengen, zodat een passende ondersteuning kan gerealiseerd worden.

Voor minderjarigen werden in de periode 2010 en 2011 in totaal 66 bestaande internaats- en OBC-plaatsen omgebouwd naar een aanbod voor jongeren met een extreme gedrags- en emotionele problematiek. De dertig plaatsen, omgebouwd met de middelen van het uitbreidingsbeleid 2011, worden voorbehouden voor jongeren die uitstromen uit de gemeenschapsinstellingen.

Link met Perspectief 2020

Bestaande plaatsen ombouwen naar specifieke units voor personen voor wie in het verleden moeilijk oplossingen gevonden werden, is te situeren in het realiseren van de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten'.

De uitbouw van drie observatie-units waar volwassen personen met een handicap tijdelijk opgevangen worden met het doel te komen tot een betere beeldvorming en tips en adviezen te formuleren rond de verdere aanpak, moet ervoor zorgen dat ze terug in hun vertrouwde omgeving terecht kunnen. Op die manier vermijden we dat die mensen hun ondersteuning verliezen.

In Vlaanderen werden 66 plaatsen internaat en OBC omgebouwd tot plaatsen voor jongeren met extreme gedrags- en emotionele problemen. Die plaatsen zorgen er eveneens voor dat jongeren die vroeger vaak geen oplossingen vonden, die nu wel vinden. Ook die jongeren behoren tot de groep voor wie we een garantie op zorg willen realiseren.

In de eerste tabel gaven we onder de titel 'verhoging kwaliteit' weer hoeveel middelen jaarlijks ingezet werden in functie van het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening door bijkomend personeel in te zetten.. Het gaat voornamelijk over de uitvoering van het protocolakkoord tussen de minister, de werkgevers en de vakorganisaties en over het uitvoeren van bepaalde elementen uit het VIA 4-akkoord.

In navolging van het protocolakkoord van 21 februari 2011 werd voorzien in 500 bijkomende jobs in de periode 2011–2014. De toekenning gebeurde in twee fasen. In een eerste fase was in het uitbreidingsbeleid 2011 reeds 4 miljoen euro voorzien (84 voltijdse equivalenten).
De inzet van het resterende budget van 21 miljoen euro (ongeveer 416 voltijdse equivalenten) gebeurde, gelijkmatig verdeeld, tijdens de periode 2012– 2014 (7 miljoen per jaar). De verdeling van de 416 voltijdse equivalenten werd benut voor het optrekken van de invulling van de personeelsnorm voor die voorzieningen die voldeden aan de afgesproken criteria. Naast een lage personeelsinvulling werden immers ook elementen van zorgzwaarte meegenomen. Er werd geopteerd, in samenspraak met de sociale partners, om de invulling van de personeelsnorm op te trekken. Voor de voorzieningen die minderjarigen ondersteunen was dat 88,94 %, bij de voorzieningen die meerderjarigen ondersteunen 82,93 %. Een huidige globale stand van zaken geven rond de invulling van de personeelsnorm (PR/PN) is niet mogelijk.

Link met Perspectief 2020

Bijkomende personeelsleden voorzien kadert in strategisch project: 'werken aan tewerkstelling in de sector personen met een handicap'.

De investeringen in een verhoogde kwaliteit door middel van de uitvoering van het protocolakkoord en VIA 4, zorgden voor een gevoelig aantal bijkomende personeelsleden in de voorzieningen. Daardoor werd gewerkt aan de tewerkstelling in de sector op vlak van kwantiteit. Maar ook op vlak van kwaliteit omdat de werkdruk verlaagd werd waar dat het meest nodig was.

4.2.5 Overige budgettaire keuzes in het kader van het uitbreidingsbeleid

Tabel 14: opsplitsing overige budgettaire keuzes in het kader van het uitbreidingsbeleid

	2010	2011	2012	2013	2014	totaal
Vervolgondersteuning jongvolwassenen	-	-	750.000	-	-	750.000
Zorgvernieuwingsprojecten	1.245.000	-	-	-	-	1.245.000
Hulpmiddelen en woningaanpassingen	-	2.300.000	1.000.000	-	-	3.300.000
Sociaal ondernemerschap	-	-	260.000	-	-	260.000
SEN en consulentenwerking	-	125.000	-	-	-	125.000
Intersectoraal	-	185.000	500.000	1.000.000	-	1.685.000
Vrijetijdsbesteding	-	-	650.000	-	-	650.000
Integrale Jeugdhulp	700.000	-	-	117.000	250.000	1.067.000
MDT's	1.000.000	650.000	-	-	-	1.650.000
COS	-	189.000	402.000	-	-	591.000
Tolken Vlaamse gebarentaal	-	35.000	63.000	-	20.000	118.000
Zorgregie	1.000.000	700.000	125.000	-	-	1.825.000
Ondersteuning bij dagbesteding voor geïnterneerden in de gevangenis	-	322.000	-	-	-	322.000
Totaal andere	3.945.000	4.506.000	3.750.000	1.117.000	270.000	13.588.000

Naast de grote rubrieken die in voorgaande hoofdstukken aan bod kwamen, werd jaarlijks een deel van de voorziene uitbreidingsmiddelen ingezet in relatief kleinere budgettaire posten. Voor een aantal van die zaken gaat het om een uitbreiding van de ondersteuning.

De laatste twee jaar zien we een belangrijke tendens om die posten zo beperkt mogelijk te houden en enkel te investeren in bijkomende budgetten voor persoonsvolgende ondersteuning.

Hieronder bespreken we kort de genomen maatregelen.

In 2012 werden een aantal maatregelen genomen om de breuklijn tussen ondersteuning in de minderjarigenzorg en de meederjarigenzorg vloeiender te laten verlopen. In een aantal gevallen kan de residentiële opvang binnen de minderjarigenzorg verdergezet worden tot 25 jaar. Ook ambulante of mobiele ondersteuning vanuit de gekende voorziening is mogelijk tot 25 jaar. Om die bijkomende ondersteuning te kunnen aanbieden, werd 750.000 euro geïnvesteerd.

Link met Perspectief 2020

De maatregelen om de overgang van ondersteuning minderjarigen naar ondersteuning meerderjarigen minder problematisch te laten verlopen, kaderen in de realisatie van de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten'.

Bij de overgang van minderjarigenzorg naar meerderjarigenzorg bestaat binnen de VAPH-sector vandaag een breuklijn. Om de doelstelling van garantie op zorg te realiseren, moeten we de overgang van ondersteuning minderjarige naar meerderjarige soepeler laten verlopen. De maatregelen zorgen ervoor dat voor jongvolwassenen voor wie niet onmiddellijk een aanbod beschikbaar is, tijdelijk verder ondersteuning kan aangeboden worden. Ook voor wie tijdelijk als jongvolwassene ambulante of mobiele ondersteuning nodig heeft om zijn weg te vinden.

De bijkomende middelen voor hulpmiddelen en woningaanpassingen worden ingezet om tegemoet te komen aan de vragen naar handicapspecifieke hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning van personen met een handicap. Daardoor kunnen mensen langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen.

Link met Perspectief 2020

Het gevoerde hulpmiddelenbeleid en de bijkomende middelen voor woningaanpassingen ondersteunen het strategisch project: 'het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'.

Heel wat personen met een handicap kiezen ervoor om op een inclusieve manier hun leven te organiseren. Dat kan op belangrijke wijze gefaciliteerd worden als zij daarbij kunnen beschikken over bepaalde hulpmiddelen of aanpassingen aan de woning. Het VAPH beschikt momenteel over voldoende budgetten om tegemoet te komen aan alle goedgekeurde vragen naar hulpmiddelen en woningaanpassingen.

In het kader van de 'voorbereiding Perspectief Plan 2020' werden in 2010 middelen voorzien voor het opzetten van experimenten in het kader van de zorgvernieuwing. In 2012 voor het geven van incentives voor sociaal ondernemerschap bij de zorgaanbieders.

Link met Perspectief 2020

De zorgvernieuwingsprojecten kaderen in de verschillende strategische projecten. De bijkomende middelen voor incentives voor sociaal ondernemerschap zijn specifiek gericht op het strategisch project: 'het sociaal ondernemerschap bevorderen in de sector personen met een handicap'.

De projecten zorgvernieuwing en de incentives rond sociaal ondernemerschap bieden de mogelijkheid om rond de verschillende strategische projecten van perspectief 2020 leerervaringen op te doen.

Verschillende keren werden middelen ter beschikking gesteld van reguliere sectoren. Telkens met de bedoeling hen in staat te stellen meer te investeren in ondersteuning van personen met een handicap om een meer inclusieve dienstverlening uit te bouwen. Zowel in de thuiszorg, het algemeen welzijnswerk als in de kinderopvang werden daartoe gerichte acties ondernomen.

Link met Perspectief 2020

De investering van middelen uit het uitbreidingsbeleid in andere welzijnssectoren kaderen in de realisatie van volgende strategische projecten:

- 'uitbreiding realiseren van het ondersteuningsaanbod binnen welzijn'
- 'het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'

In de thuiszorg, het algemeen welzijnswerk en de kinderopvang werd al heel wat inclusieve

ondersteuning voorzien voor personen met een handicap. In elk van die sectoren werden gerichte maatregelen genomen om dat verder uit te bouwen. Zo komen we dichter bij een inclusieve samenleving. Een samenleving waarin personen met een handicap een beroep kunnen doen op de ondersteuningsbronnen die voor elke burger die er nood aan heeft, toegankelijk zijn.

Verder ontvangen de multidisciplinaire teams (MDT's) een hogere vergoeding voor hun multidisciplinaire verslagen.

In het ministerieel besluit van 12 november 2010 werden minimale kwaliteitseisen voor MDT's met betrekking tot de uitvoering van hun specifieke opdrachten, vermeld in artikel 24 van het inschrijvingsbesluit, opgenomen. In overeenstemming met de kwaliteitskaders, is het aangewezen om de kwaliteitsbewaking zoveel mogelijk bij de voorzieningen zelf te leggen, dus ook bij de MDT's. Er werd ook gestreefd naar schaalvergroting door het promoten van samenwerking met het oog op verhogen van de efficiëntie.

Vandaag zijn er 203 MDT's actief. In het kader van het Perspectief Plan 2020 zullen de MDT's op termijn intersectorale en leeftijdsonafhankelijke opdrachten moeten kunnen realiseren. Onder andere diagnostiek en indicatiestelling voor de toegangspoort Intersectorale Jeugdhulp, VAPH en het hulpmiddelenbeleid voor ouderen. Zij moeten kunnen beschikken over voldoende kaders, instrumenten en handvatten om aan eigen kwaliteitsbewaking te doen. Daardoor kan het besluitvormingsproces, dat moet plaats vinden binnen de poorten, transparant, beheersbaar, klantvriendelijk en onafhankelijk van gelijk wel aanbod verlopen.

In het uitbreidingsbeleid 2011 werden er voor 650.000 euro bijkomende middelen voorzien. Doordat het volume aan multidisciplinaire verslagen sinds enkele jaren niet verder toenam, was er daarnaast een recurrent overschot aan middelen van 500.000 euro. De Vlaamse Regering besliste daarop in 2011 met dat geheel van middelen (samen 1,15 miljoen euro) het kwaliteitsbeleid van de multidisciplinaire teams te stimuleren, vorming en samenwerking op het terrein te promoten en tegelijkertijd een opstap te creëren in de richting van een enveloppefinanciering. Dat leidde dan tot het huidige concept van de werkingstoelage dat als een aanvulling dient op de stuksgewijze financiering.

Gelet op de geplande oprichting van de toegangspoort voor minderjarigen tegen 2013-2014, werd in 2011 beslist om de looptijd van het concept van de werkingstoelage te hanteren tot het jaar 2013. De jaren 2011, 2012 en 2013 boden tevens het VAPH de mogelijkheid om de nieuwe financieringswijze te evalueren. Uit de evaluatie blijkt dat de werkingstoelage als een incentive werkt om de kwaliteit van verslaggeving te verbeteren. Andere effecten zijn de inkorting van de lengte van het voortraject van de klant bij het MDT en de inzet op zinvolle huisbezoeken bij aanvragen voor individuele materiële bijstand. Daarnaast kiezen steeds meer teams om te investeren in hun personeel door het aanbod van een jaarlijks vormingsplan met aandacht voor de thema's diagnostiek en indicering van handicap-specifieke hulpmiddelen.

Link met Perspectief 2020

Het beleid rond de MDT's kadert in het strategisch project: 'een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp'.

Voor de minderjarigen wordt vanaf 1 maart 2014 in heel Vlaanderen gewerkt met de intersectorale toegangspoort die de toeleiding naar niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening organiseert. De opstart van deze toegangspoort brengt een aantal wijzigingen in de inschrijvingsprocedure en dus ook in de werking van de MDT's met zich mee. Het is daarbij de bedoeling dat de werking voor minderjarigen en die voor meerderjarigen zoveel mogelijk op elkaar afgestemd blijft.

Om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar tussenkomst voor de tolken Vlaamse Gebarentaal, wordt het budget jaarlijks bekeken en indien nodig verhoogd. Het gaat daarbij vooral om een stijging van het aantal tolkuren en in mindere mate om een verhoging van het uurloon van de tolken.

Link met Perspectief 2020

Het jaarlijks bijsturen van het aantal tolkuren kadert in de realisatie van het strategisch project: 'het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'.

Jaar na jaar wordt gemonitord of er voldoende middelen zijn om de gevraagde tolkuren Vlaamse Gebarentaal te voorzien. Voor mensen met een auditieve handicap die nood hebben aan een tolk, is het van het essentieel belang daarop een beroep te kunnen doen. Zo kunnen zij als volwaardige burger in de maatschappij participeren.

Er werd een groeipad voorzien voor de centra van ontwikkelingsstoornissen. Enerzijds werd het voorziene subsidiebedrag per onderzoek verhoogd. Anderzijds werd ook het aantal kinderen waarvoor een onderzoek bij een COS kan gebeuren, gevoelig opgetrokken.

Link met Perspectief 2020

De bijkomende middelen voor de centra van ontwikkelingsstoornissen kaderen in verschillende strategische projecten, o.a.:

- 'een goed werkend voortraject verzekeren
- 'een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp'

In het kader van de zorgregie wordt een vergoeding voorzien voor de taken die contactorganisaties opnemen in de belangenbehartiging van zorgvragers die nog geen VAPH-ondersteuning genieten. Ook werden de middelen voor de provinciale coördinatiepunten opgetrokken met 25.000 euro per provincie.

Link met Perspectief 2020

De investeringen in het kader van de zorgregie kaderen in meerdere strategische projecten:

- een goed werkend voortraject verzekeren
- 'een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp'
- 'de zorgregie herinrichten in functie van de vraaggestuurde organisatie van het aanbod en de persoonsvolgende financiering'
- 'en traject uittekenen voor de transitie van het PAB-systeem'

Als voorbereiding op de implementatie van de intersectorale toegangspoort binnen de Integrale Jeugdhulp werd een experiment uitgevoerd. In dat experiment krijgen jongeren met een complexe problematiek en dus een ondersteuningsbehoefte die de mogelijkheden van het gebruikelijke aanbod overstijgt, bijkomende persoonsvolgende middelen om de bijkomende ondersteuning (vaak intersectoraal) te krijgen. Daarnaast werd ook geïnvesteerd in de uitbouw van de crisisnetwerken voor minderjarigen.

Link met Perspectief 2020

De investeringen in het kader van de voorbereidingen van de opstart van een intersectorale toegangspoort kaderen in meerdere strategische projecten:

- 'een goed werkend voortraject verzekeren'
- 'een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp'

De bijkomende middelen voor kinderen en jongeren met een complexe problematiek staan tevens in functie van de realisatie van de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten.

De erkende vrijetijdsorganisaties kregen extra middelen om meer inclusieve vrijetijdstrajecten te kunnen opzetten.

Link met Perspectief 2020

De verdere uitbouw van de diensten vrijetijdsbesteding is gericht op het realiseren van het strategisch project: 'het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'.

Er werden ook middelen voorzien in functie van de verknoping van de Steunpunten Expertise Netwerken (SEN) en de consulentenwerking.

Tot slot werd in 2011 ruim 320.000 euro voorzien voor de verdere uitbouw van de diensten die binnen de muren van de gevangenissen een zinvolle dagbesteding uitbouwen voor geïnterneerde personen met een verstandelijke handicap.

Link met Perspectief 2020

De uitbouw van zinvolle dagbesteding voor personen met een verstandelijke handicap, die als geïnterneerde binnen de muren van de gevangenis verblijven, kadert in de doelstelling: 'in 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuning onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten'.

5 Cijfers en feiten over de VAPH-ondersteuning en de vraag naar ondersteuning

5.1 Aantal aanvragen voor een PEC-ticket

Het PEC-ticket vormt ook vandaag nog de toelating voor personen met een handicap om gebruik te maken van het niet-rechtstreeks toegankelijk VAPH-aanbod. De evolutie van het aantal aanvragen kan een indicator zijn voor de grootte van de groep personen die beroep wil doen op het VAPH. Sommige personen met een handicap zetten hun PEC-ticket nooit in, de meerderheid zal dat wel doen.

Tabel 15: evolutie van het aantal PEC-tickets en beslissingen voor Zorg in Natura

Jaar	Aantal personen die een PEC-ticket aanvragen	Evolutie uitgedrukt in percentage	Aantal concrete ondersteunings-vragen	Aantal goedgekeurde ondersteunings-vragen (1)	Aantal geweigerde ondersteunings-vragen
2009	9.106	100 %	9.815	8.989	1.197
2010	8.925	98 %	10.197	8.513	1.270
2011	7.996	88 %	9.386	7.230	1.210
2012	7.442	82 %	8.734	7.111	1.212
2013	6.855	75 %	7.830	6.792	1.157

Als we kijken naar het aantal personen die een aanvraag indienen, dan zien we een duidelijk dalende trend. Als we 2009 als beginpunt hanteren, stellen we vast dat het aantal personen met een aanvraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning in de vorm van Zorg in Natura met 25 % daalde.

Verklaringen voor die daling kunnen gezocht worden in het volgende:

In 2010 werd het VAPH-aanbod uitgebreid met rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding voor minderjarigen. Vanuit de afdeling Inschrijvingen en Doelgroepenbeheer (IDB) is in kaart gebracht welk effect dat had op het aantal aanvragen niet-rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding. Als we opnieuw 2009 als beginpunt nemen dan zien we dat er in 2012 36 % minder aanvragen waren. De cijfers tonen een sterk dalende trend met als exponent 51 % minder aanvragen in 2013.
In de rand is het ook nuttig op te merken dat het rechtstreeks toegankelijk aanbod, voorlopig althans, minder tot geen invloed heeft gehad op andere minder intensieve niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuningsvormen zoals bijvoorbeeld begeleid wonen.

5.2 Evolutie van de Centraal Geregistreerde Zorgvragen

De aanvraag van een PEC-ticket is een eerste stap richting niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning. Wie zijn PEC-ticket wil omzetten in daadwerkelijke ondersteuning, moet zijn ondersteuningsvraag ook registreren in het Centraal Register van de Zorgvragen (CRZ).

De CRZ geeft ons dan ook een duidelijk zicht op het aantal personen dat een vraag stelt naar ondersteuning. Zowel actieve als toekomstgerichte ondersteuningsvragen worden geregistreerd op de CRZ. Om ondersteuning te kunnen krijgen, moet de vraag geregistreerd zijn als actieve vraag. De cijfers hieronder houden enkel rekening met de actieve vragen.

Een aantal personen registreren verschillende, niet-combineerbare ondersteuningsvragen. Door middel van een preferentiecode wordt aangegeven welke hun voorkeursvraag is. In onderstaande tabellen wordt enkel de voorkeursvraag in beschouwing genomen.

5.2.1 Globale evolutie van het centraal register van zorgvragen

In de periode 2009-2013 zien we het aantal geregistreerde zorgvragen bij de CRZ sterk stijgen. In de periode 2003-2012 zien we een verdrievoudiging van het aantal actieve zorgvragen.

Tabel 16: aantal actieve vragen naar Zorg in Natura

Aantal actieve vragen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	5.869	6.436	7.275	8.106	9.253	10.954	12.499	15.347	17.001	18.110

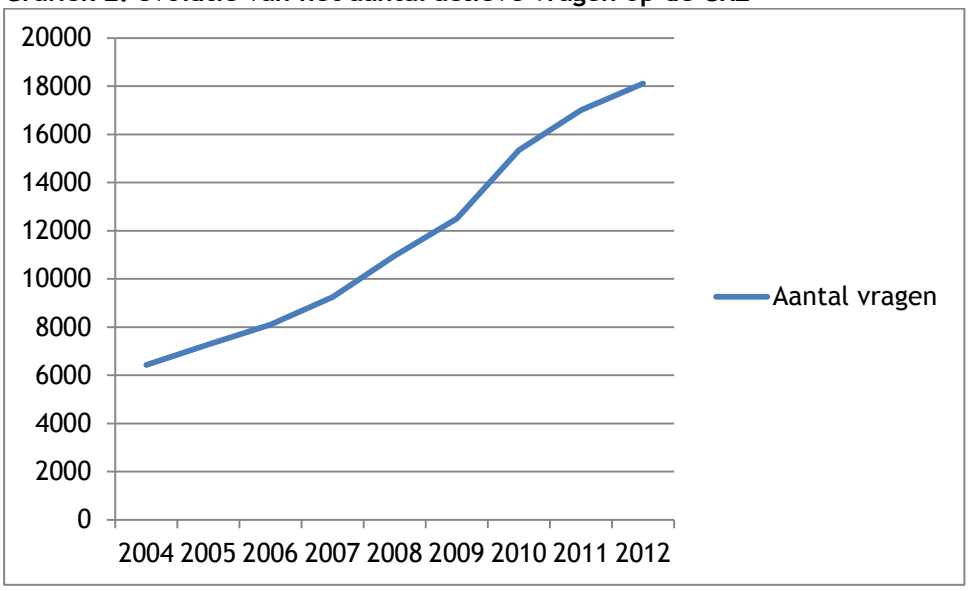
Een verklaring voor die stijging is terug te vinden in een aantal factoren en mag zeker niet gezien worden als een zuivere stijging van de ondersteuningsnood.

Enerzijds kent de groep personen met een handicap een groei als gevolg van een aantal demografische, medische en maatschappelijke evoluties. Daarnaast heeft het dwingende karakter van de spelregels van de zorgregie er ook voor gezorgd dat er beter geregistreerd wordt. Door de koppeling van de CRZ en de cliëntregistratie, is de kwaliteit van de registraties van de ondersteuningsvragen gevoelig verbeterd. Enkel wie zijn ondersteuningsvraag registreert kan, bij opname, ook als cliënt geregistreerd worden. In 2003 was de registratie van de zorgvraag nog vrijblijvend. Vanaf 2006 nam door het besluit zorgregie en de implementatie ervan, de registratie van de ondersteuningsvraag aan belang toe. Sinds december 2011 is de registratie van de zorgvraag noodzakelijk om een begeleidingsovereenkomst af te sluiten. De kwaliteit van de registratie is in de periode 2003-2012 dus gevoelig gestegen.

In bovenstaande totaal werd nog geen rekening gehouden met de registratie van de Persoonlijke assistentiebudget-vragen (PAB-vragen). De PAB-vragen worden pas sinds 1 december 2011 in de CRZ geregistreerd. Op 31 december 2012 waren 2.742 PAB-vragen als actieve vraag geregistreerd.

Ook toekomstgerichte zorgvragen werden in bovenstaande tabel niet meegenomen.

Grafiek 2: evolutie van het aantal actieve vragen op de CRZ



5.2.2 De centraal geregistreerde zorgvragen per ondersteuningscategorie

Niet alle actieve zorgvragen zijn vragen naar intensieve residentiële ondersteuning. In onderstaande tabel bekijken we voor 2012 de actieve zorgvragen naar de intensiviteit van ondersteuning.

Tabel 17: aantal zorgvragen per ondersteuningscategorie in 2012

Soort ondersteuningsvraag	Aantal vragen	Zorgvragen in de CRZ
PAB	2.742	PAB (persoonlijke-assisentiebudget)
Weinig intensieve ambulante ondersteuning	7.124	Thuisbegeleiding, begeleid wonen, ambulante begeleiding vanuit (semi-)internaat of dagcentrum
Intensieve inclusieve woonondersteuning	1.787	Zelfstandig wonen, geïntegreerd wonen, beschermd wonen, DIO (diensten inclusieve ondersteuning), pleegzorg of WOP (wonen met ondersteuning van een particulier)
Ondersteuning bij dagbesteding	3.224	Semi-internaat schoolgaanden, semi-internaat niet-schoolgaanden, dagcentrum of begeleid werken
Residentiële ondersteuning	5.975	OBC, internaat, tehuis niet-werkenden (bezigheid en nursing), tehuis werkenden of observatie-unit

34 % van de actieve vragen geregistreerd op de CRZ, zijn vragen naar weinig intensieve ambulante ondersteuning. Bijna 29 % van de actieve vragen zijn vragen naar residentiële ondersteuning. Hoewel pas sinds 1 december 2011 de mogelijkheid bestaat om een vraag naar een PAB te registreren, zien we dat op 31 december 2012 toch al 13 % van alle actieve vragen een vraag naar PAB is.

5.2.3 Huidige ondersteuning van de centraal geregistreerde ondersteuningsvragers

De stijging van het aantal actieve vragen weerspiegelt ongetwijfeld een stijgend aantal personen dat een vraag naar VAPH-ondersteuning stelt. Dat betekent voor heel wat van die personen echter niet dat er nog geen ondersteuning is. 40 % van die mensen geniet reeds een of andere vorm van ondersteuning binnen het VAPH. Heel wat anderen krijgen reeds ondersteuning vanuit andere sectoren zoals thuiszorg, woon-zorgcentra, psychiatrie, algemeen welzijn ….

Als we de cijfers nader bekijken, zien we heel wat vragen van mensen die momenteel nog ondersteund worden binnen de minderjarigenzorg en wensen over te stappen naar de volwassenzorg. Het gaat over 790 personen.

Ook het aantal meerderjarigen dat momenteel ondersteund wordt bij de dagbesteding, maar wenst over te stappen naar een vorm van woonondersteuning valt op. Voor de verschillende intensieve woonondersteuningsvormen bij de meerderjarigen spreken we over 1.355 personen die momenteel ondersteund worden door een dagcentrum of begeleid werken.

5.2.4 Afgesloten zorgvragen

Niet alleen het aantal actieve zorgvragen blijft stijgen. Ook het aantal zorgvragen dat in de CRZ wordt afgesloten, stijgt jaar na jaar. Dat blijkt uit onderstaande tabel.

Tabel 18: aantal afgesloten zorgvragen in de CRZ per jaar

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Afgesloten vragen	3.609	3.827	3.954	4.724	5.687	5.361	6.640	8.158	8.274	11.207

De gevoelige stijging van zowel het aantal actieve vragen als het aantal afgesloten vragen wijst niet enkel op een stijging van het aantal mensen dat een vraag stelt naar VAPH-ondersteuning en het aantal mensen dat hier een oplossing voor krijgt. Het is ook een duidelijk signaal van de betere kwaliteit van de registraties. Waar het 2003 eerder vrijblijvend was om een vraag te registreren, kan men sinds 1 december 2011 slechts een opname binnen een VAPH-voorziening of een PAB of een convenant krijgen als men bij de CRZ geregistreerd is.

5.2.5 Noodsituaties

Voor mensen die plots in een zeer dringende situatie terechtkomen, vaak omwille van het wegvallen van het sociaal netwerk, voorzien we binnen het protocol noodsituatie tien weken ondersteuning.

Tabel 19: aantal erkende noodsituaties per jaar

	2009	2010	2011	2012
Aantal erkende noodsituaties	155	185	162	196

Het aantal erkende noodsituaties is na een aantal jaren werken relatief stabiel, wellicht omdat de gehanteerde definitie sinds de opstart van het protocol ongewijzigd bleef. Binnen de cel zorgregie van het VAPH worden de aanvragen, waarover twijfel kan bestaan, steeds in overleg beslist. Daarbij wordt bewaakt dat de beslissingen zo consequent mogelijk genomen worden.

5.3 Gegevens over het aantal cliënten zorg en ondersteuning

5.3.1 Evolutie van het aantal erkende plaatsen

Zoals we reeds zagen, zijn in de periode 2009-2013 grote budgettaire inspanningen geleverd om het aanbod in plaatsen verder op te trekken. De ondersteuning in de zogenaamde Zorg in Natura (ZiN) wordt op dit moment juridisch nog steeds erkend binnen de klassieke erkenningsvormen. Volgende tabel geeft de groei in die klassieke erkenningen weer tussen 2009 en 2013.

We zien dat de groei het grootst is in de ambulante zorgvormen thuisbegeleiding en begeleid wonen. Het aantal erkende plaatsen voor tehuizen voor werkenden is gedaald. Dat komt doordat een aantal plaatsen werden geconverteerd naar plaatsen voor de Diensten Inclusieve Ondersteuning.

Tabel 20: vergelijking aantal erkende plaatsen 2009 - 2013

Erkenningsvorm (uitgedrukt in plaatsen)	**2013**	**2009**	**Evolutie**
Internaten	4.942,6	4.924	+0,38 %
Observatiecentra	364,7	364	+0,19 %
Semi-internaten	3.779	3.742	+0,99 %
Tehuizen voor werkenden	1.168	1.169	-0,09 %
Tehuizen voor niet-werkenden	9.563	9.327	+2,53 %
Tehuizen van kort verblijf	153	150	+2,00 %
Dagcentra	3.790	3.740	+1,34 %
Thuisbegeleiding	8.085	5.857	+38,04 %
Begeleid wonen	3.196,8	2.751	+16,21 %
Zelfstandig wonen	358	311	+15,11 %
Beschermd wonen	1.136	1.129	+0,62 %
Geïntegreerd wonen	96	91	+5,49 %
Plaatsing in gezinnen/WOP	1.086	1.028	+5,64 %
Erkenningsvorm (uitgedrukt in personeelspunten)			
Diensten inclusieve ondersteuning	6.415,94		
RTH	2.654,90		
Erkenningsvorm (uitgedrukt in begeleidingen)			
Diensten Ondersteuningsplan	21.082		

Daarnaast kunnen binnen enkele klassieke erkenningsvormen een aantal plaatsen ambulant of mobiel ingezet worden. Op deze manier worden de beschikbare middelen op een meer inclusievere wijze aangewend. Volgende tabel geeft voor 2013 een stand van zaken van deze heroverwegingen.

Tabel 21: aantal plaatsen omgezet naar ambulante/mobiele begeleidingen

Erkenningsvorm	Heroverweging	Aantal plaatsen
Dagcentrum	Begeleid werken	54
	Ambulante begeleidingen	7
	Begeleiding van geïnterneerden	49
Internaat	Ambulante begeleidingen	69,6
Semi-internaat	Ambulante begeleidingen	198,8

In 2012 en 2013 is een deel van de capaciteit van de minderjarigenzorg omgezet in MFC (multifunctionele centra) met behulp van beheersovereenkomsten. Voor de meerderjarigenzorg werd in het kader van een zorgvernieuwingsproject één voorziening omgezet in FAM (flexibel aanbod meerderjarigen). In 2014 wordt dat verder uitgebreid naar een veertigtal voorzieningen.

5.3.2 Evolutie van het aantal cliënten

Het aantal cliënten dat het VAPH bedient, is de laatste vier jaar gestegen. Onderstaande tabel geeft de evolutie van het totale aantal VAPH-cliënten berekend op specifieke momenten tijdens het jaar. In de volgende tabel wordt een opsplitsing gemaakt tussen cliënten die ondersteuning zorg krijgen maar geen hulpmiddelen, cliënten die enkel hulpmiddelen krijgen en cliënten die zowel ondersteuning zorg als hulpmiddelen krijgen. De optelsom van die drie categorieën is gelijk aan het totaal aantal cliënten van het VAPH die effectief een vorm van ondersteuning krijgen.

Voor het genereren van de cijfers voor cliënten zorg werken we met, wat we noemen, momentopnames. Voor december 2009 wil dat zeggen dat de cliënten die op 31 december 2009 ondersteuning kregen van een VAPH-dienstverlener, hetzij een PAB of PGB hadden lopen, meegenomen zijn als cliënt zorg van het VAPH. Voor het aantal cliënten individuele materiële bijstand (IMB) nemen we echter alle toekenningen mee tot 10 jaar voor datum. Voor december 2009 wil dat zeggen dat we bekijken hoeveel personen op 31 december 2009 de tien voorgaande jaren een hulpmiddel hebben toegekend gekregen.

Tabel 22: aantal VAPH-cliënten met een vorm van effectieve ondersteuning

	dec/09	jun/10	dec/10	jun/11	dec/11	jun/12	dec/12
Totaal cliënten	**70.057**	**71.874**	**73.342**	**74.598**	**75.154**	**76.959**	**78.432**
Cliënten **enkel** zorg (cash of ZiN)	23.723	24.020	24.178	25.232	25.914	26.939	27.673
Cliënten zorg **en** IMB	12.798	13.113	13.266	13.320	13.142	13.453	13.911
Cliënten **enkel** IMB	33.536	34.741	35.898	36.046	36.098	36.567	36.848

Tussen december 2009 en december 2012 is het aantal VAPH-cliënten gestegen met 12 %. Het aantal cliënten die enkel zorg krijgen, is gestegen met meer dan 16 % tussen december 2012 en december 2009. Cliënten die zorg en IMB krijgen, namen toe met 8,7 %. Samen komt dat op een stijging van net geen 14 % tussen 2009 en 2012 voor het aantal cliënten zorg, ongeacht of ze een hulpmiddel hebben toegekend gekregen of niet.

De gemiddelde procentuele stijging per jaar over die drie jaren is het grootst voor cliënten zorg.

Tabel 23: procentuele stijging van het aantal cliënten

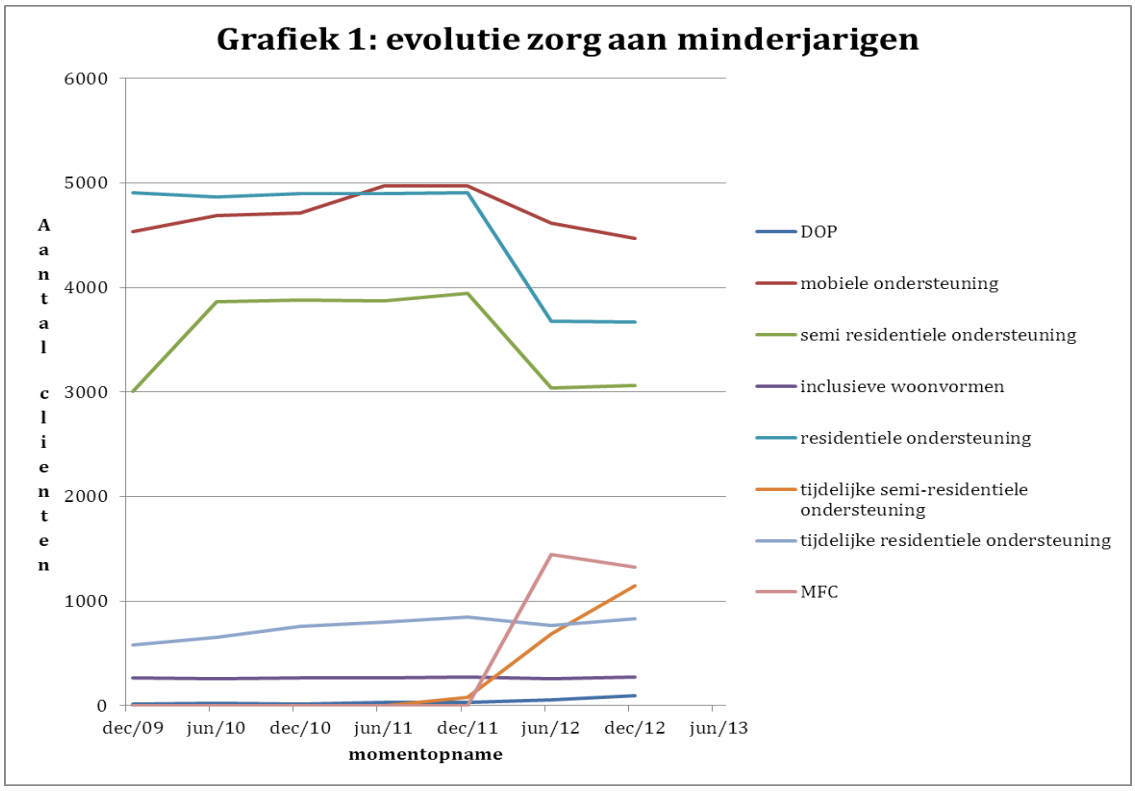
	Procentuele stijging van **december 2012** in vergelijking met december **2009**	Gemiddelde procentuele stijging per jaar (periode 2009 – 2012)
Totaal cliënten	**12,0%**	**4,0%**
Cliënten **enkel** zorg (cash of ZiN)	16,7%	5,6%
Cliënten zorg **en** IMB	8,7%	2,9%
Cliënten **enkel** IMB	9,9%	3,3%

We presenteren in volgende tabellen de effectief gekregen ondersteuning . Niet op basis van de klassieke erkenningen maar op basis van volgende onderverdeling:

- DOP: Diensten Ondersteuningsplan
- Mobiele ondersteuning: ondersteuning waarbij een begeleider zich verplaatst naar de woonst van de cliënt. Onder deze categorie zitten o.a. de zorgvormen thuisbegeleiding, begeleid werken en begeleid wonen.
- Semi-residentiële begeleiding: ondersteuning die gedurende dag wordt gegeven, veelal met een schoolvervangend of arbeidsvervangend karakter. Het klassieke aanbod van dagcentra en semi-internaten bevinden zich onder deze categorie.
- Inclusieve woonvormen: woonondersteuning in een inclusieve context. De diensten pleegzorg, beschermd wonen, geïntegreerd wonen, inclusieve ondersteuning en zelfstandig wonen vallen hieronder.
- Residentiële ondersteuning: Alle vormen van residentiële woonondersteuning worden onder deze categorie geplaatst. Betreft het klassieke aanbod van internaten, tehuizen werkenden, niet-werkenden
- Tijdelijke semi-residentiële ondersteuning: tijdelijke ondersteuning gedurende dag. Kortdurende ondersteuning door het klassieke aanbod van een dagcentrum of semi-internaat valt hieronder.
- Tijdelijke residentiële ondersteuning: tijdelijke residentiële woonondersteuning. Al het aanbod van kortverblijf en logeren valt hieronder.
- MFC: Multifunctionele centra zijn VAPH-gesubsidieerde voorzieningen die in staat zijn om een flexibel aanbod aan te reiken aan jongeren. Het betreft een combinatie van mobiele, semi-residentiële en residentiële ondersteuning.

Tabel 24: aantal cliënten in zorgvormen voor minderjarigen

	DOP	**Mobiele ondersteuning**	**Semi-residentiele ondersteuning**	**Inclusieve woonvormen**	**Residentiële ondersteuning**	**Tijdelijke semi-residentiele ondersteuning**	**Tijdelijke residentiële ondersteuning**	**MFC**	**Totaal**
2009	16	4.531	3.009	267	4.908	/	583	/	13.314
2012	97	4.472	3.061	271	3.669	1.151	831	1.324	14.876
Evolutie	+ 81	-59	+ 52	+ 4	-1.239	+ 1.151	+ 248	+ 1.324	+ 1.562



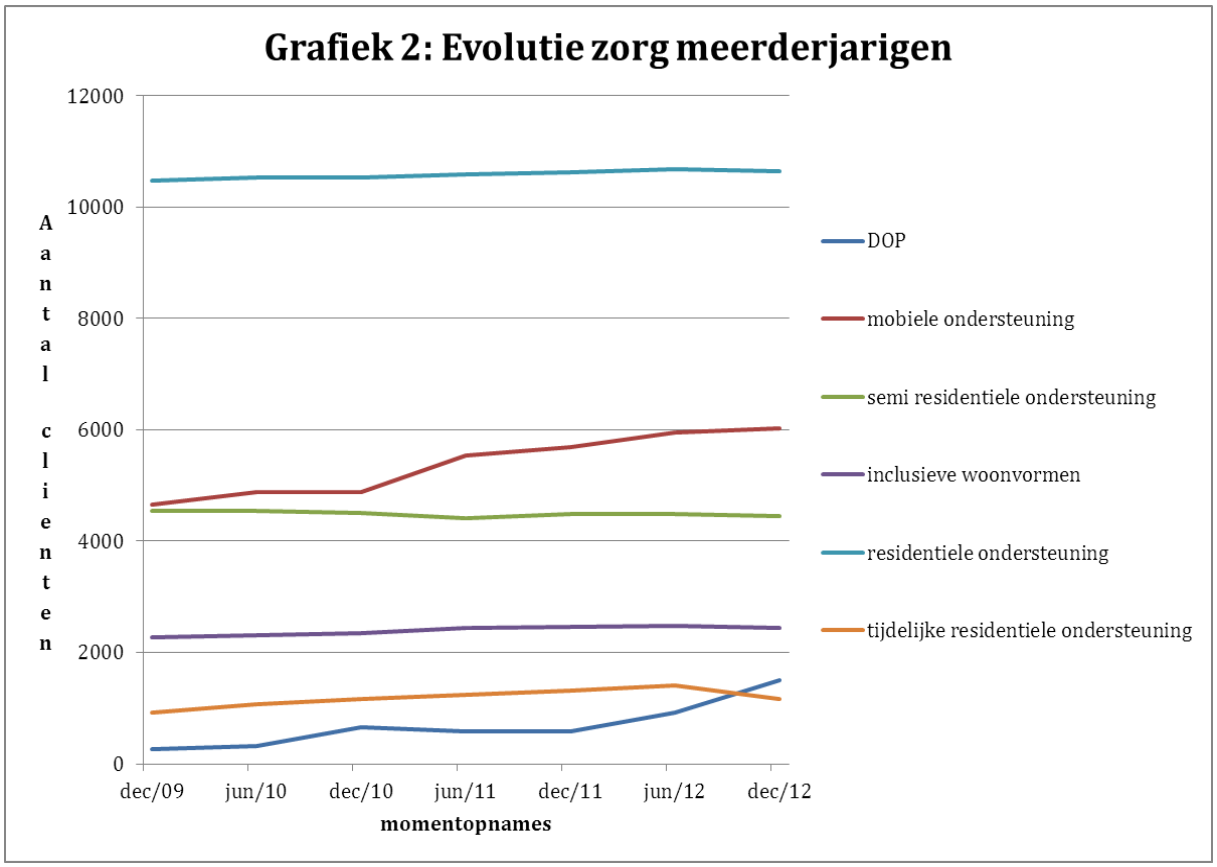
Volgende elementen vallen bij het lezen van de tabel en grafiek op:

Het aantal minderjarigen dat semi-residentiële ondersteuning krijgt, is toegenomen tussen december 2009 en december 2011 met 10,5 %. De sterkste stijging situeert zich tussen december 2009 en juni 2010.

De residentiële ondersteuning blijft tussen december 2009 en december 2011 constant. Daarna zien we een sterke daling van het aantal ondersteunde cliënten. Die daling is te verklaren vanuit de opstart van de MFC's. Een groot aantal plaatsen internaat, semi-internaat en OBC werden ondergebracht in multifunctionele centra. Daardoor hebben we een verschuiving van het aantal cliënten binnen die ondersteuningsvormen naar MFC. Dat betekent dus niet dat de aard van ondersteuning van de cliënt grondig is gewijzigd.

Tabel 25: aantal cliënten in zorgvormen voor meerderjarigen

	DOP	Mobiele ondersteuning	Semi-residentiele ondersteuning	Inclusieve woonvormen	Residentiële ondersteuning	Tijdelijke residentiele ondersteuning	Totaal
2009	256	4.656	4.544	2.276	10.480	924	23.545
2012	1.503	6.019	4.442	2.434	10.642	1.171	26.211
Evolutie	+ 1.247	+ 1.363	-102	+ 158	+ 162	+ 247	2.666



Bij bovenstaande tabel en grafiek kunnen we volgende elementen benadrukken:

Het aantal meerderjarigen dat mobiel wordt ondersteund, is toegenomen tussen december 2009 en december 2012 met 22,64 %. De sterkste stijging situeert zich tussen december 2010 en juni 2011. Het aantal meerderjarigen dat residentieel wordt ondersteund, blijft min of meer stabiel.

Tabel 26: aantal cliënten met een persoonsvolgend convenant

	December 2009	December 2012	Evolutie
PVC	41	211	+ 170

Het aantal cliënten met een persoonsvolgend convenant neemt stelselmatig toe. Dat is het gevolg van het uitbreidingsbeleid.

Tabel 27: aantal cliënten met een Persoonlijke-Assistentiebudget

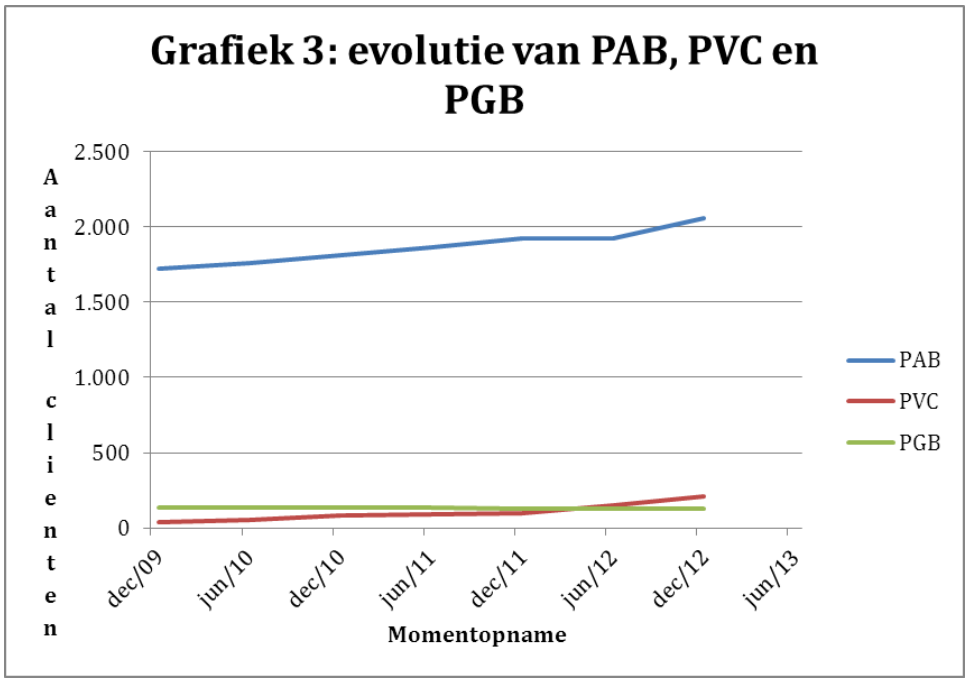
	December 2009	December 2012	Evolutie
PAB	1.721	2.059	338

Een deel van het uitbreidingsbeleid is gereserveerd voor meer PAB-budgetten, dat reflecteert ook in een toename.

Tabel 28: aantal cliënten met een Persoonsgebonden Budget

	December 2009	December 2012	Evolutie
PGB	136	130	**-6**

Binnen het PGB, een experiment van de periode 2008-2011, worden de budgetten die om welke reden dan ook worden stopgezet, niet langer opnieuw toegekend. Dat laat zich dan ook zien in een daling van het aantal Persoonsgebonden Bugetten.



5.3.3 Evolutie van de leeftijdsstructuur van de cliënten

Volgende tabel geeft inzicht in de leeftijdsstructuur van de cliënten in de minderjarigenzorg eind december 2012.

Opvallend daarbij is dat in de leeftijdsgroep 0 tot 6 jaar de ondersteuning voornamelijk mobiel ingezet wordt. 47 % van de cliënten jonger dan 7 jaar wordt mobiel ondersteund. Die leeftijdsgroep doet daarnaast het meest beroep op tijdelijke semi-residentiële ondersteuning. Die vorm van ondersteuning wordt voornamelijk geboden in de vakantieperiodes.

Vanaf de leeftijd van twaalf jaar zien we dat er een duidelijke verschuiving is gebeurd naar residentiële ondersteuning. 35 % van de ondersteunde cliënten tussen 13 tot 20 jaar wordt residentieel ondersteund, slechts 20 % wordt nog mobiel ondersteund.

Nog 365 personen die meer dan 21 jaar oud zijn, krijgen ondersteuning binnen de minderjarigenzorg. Een belangrijke groep (17 % van de 21-plussers) krijgt mobiele ondersteuning. In alle waarschijnlijkheid krijgen die personen ondersteuning in het kader van een begeleide uitgroei. Echter, 40 % van de 21-plussers krijgt nog residentiële ondersteuning in de minderjarigenvoorziening. De druk op de residentiële meerderjarigenvoorzieningen zorgt ervoor dat ze niet naadloos kunnen doorstromen naar een meerderjarigenvoorziening.

Tabel 29: leeftijdsstructuur in de minderjarigenzorg

Leeftijdsstructuur eind december 2012						
Ondersteuningsvorm		0 tot 6 jaar	7 tot 12 jaar	13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	**Totaal**
DOP	aantal	15	17	65	0	**97**
	aandeel	15 %	18 %	67 %	0 %	**100 %**
Mobiele ondersteuning	aantal	1557	1608	1245	62	**4472**
	aandeel	35 %	36 %	28 %	1 %	**99 %**
Semi-residentiële ondersteuning	aantal	593	1.198	1.183	87	**3.061**
	aandeel	19 %	39 %	39 %	3 %	**100 %**
Inclusieve woonvormen	aantal	28	122	121	0	**271**
	aandeel	10 %	45 %	45 %	0 %	**100 %**
Residentiële ondersteuning	aantal	182	1.206	2.134	147	**3.669**
	aandeel	5 %	33 %	58 %	4 %	**100 %**
Tijdelijke semi-residentiële ondersteuning	aantal	771	191	105	12	**1.079**
	aandeel	71 %	18 %	10 %	1 %	**100 %**
Tijdelijke residentiële ondersteuning	aantal	87	324	399	19	**829**
	aandeel	10 %	39 %	48 %	2 %	**100 %**
MFC	aantal	46	411	824	38	**1.319**
	aandeel	3 %	31 %	62 %	3 %	**100 %**

Volgende tabel geeft inzicht in de leeftijdsstructuur van de cliënten in de meerderjarigenzorg eind december 2012.

Maar liefst 40 % van de ondersteuning binnen de voorzieningen en diensten voor meerderjarigen is residentieel georganiseerd.

Opvallend is dat slechts 35 % van de cliënten tussen 21 en 30 jaar slechts 35 % residentieel ondersteund wordt. Binnen de leeftijdsgroep ouder dan 65 jaar is dat reeds opgelopen tot 64 %. Dat valt deels te verklaren doordat cliënten van 65 jaar en ouder een sterke verdunning van hun niet-professioneel netwerk kennen. Meer dan de helft van de cliënten die vandaag residentieel ondersteund worden, zit in de leeftijdsgroep 41 tot 60 jaar. Slechts 16 % van de cliënten is ouder dan 60 jaar. Wetende dat de gemiddelde levensduur voor personen met een handicap de voorbije decennia gevoelig is gestegen, dan mogen we verwachten dat de natuurlijke uitstroom uit de residentiële voorzieningen nog eerder laag zal zijn.

Tabel 30: leeftijdsstructuur in de meerderjarigenzorg

Leeftijdsstructuur eind december 2012									
Ondersteunings vorm		13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	31 tot 40 jaar	41 tot 50 jaar	51 tot 60 jaar	61 tot 65 jaar	ouder dan 65 jaar	**Totaal**
DOP	aantal	181	464	267	303	221	49	17	**1.502**
	aandeel	12 %	31 %	18 %	20 %	15 %	3 %	1 %	**100 %**
Mobiele ondersteuning	aantal	362	1481	1296	1458	1007	239	176	**6.019**
	aandeel	6 %	25 %	22 %	24 %	17 %	4 %	3 %	**100 %**
Semi-residentiële ondersteuning	aantal	19	1.397	1.251	973	572	139	91	**4.442**
	aandeel	0 %	31 %	28 %	22 %	13 %	3 %	2 %	**100 %**
Inclusieve woonvormen	aantal	62	419	454	529	595	173	202	**2.434**
	aandeel	3 %	17 %	19 %	22 %	24 %	7 %	8 %	**100 %**
Residentiële ondersteuning	aantal	33	1.287	1.958	2.884	2.744	802	934	**10.642**
	aandeel	0 %	12 %	18 %	27 %	26 %	8 %	9 %	**100 %**
Tijdelijke residentiële ondersteuning	aantal	136	515	306	273	186	55	30	**1.501**
	aandeel	9 %	34 %	20 %	18 %	12 %	4 %	2 %	**100 %**

Volgende tabel geeft inzicht in de leeftijdsstructuur van cliënten PAB, PGB en PVC. Opmerkelijk hierbij is dat er relatief weinig minderjarigen een PVC toegekend kregen. Bij de PAB's is de verhouding minderjarigen/meerderjarigen meer in evenwicht. Gezien het PGB-experiment enkel toegankelijk is voor meerderjarigen is het vanzelfsprekend dat er geen minderjarigen zijn met een PGB.

Tabel 31: leeftijdsstructuur bij de PVC's, PAB's en PGB's

Ondersteuningsvorm	0 tot 6 jaar	7 tot 12 jaar	13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	31 tot 40 jaar	41 tot 50 jaar	51 tot 60 jaar	61 tot 65 jaar	ouder dan 65 jaar	**Totaal**
PVC	3	2	19	69	50	38	21	6	3	**211**
	1 %	1 %	9 %	33 %	24 %	18 %	10 %	3 %	1 %	**100 %**
PAB	29	190	362	316	261	277	322	165	137	**2.059**
	1 %	9 %	18 %	15 %	13 %	13 %	16 %	8 %	7 %	**100 %**
PGB	0	0	0	29	24	26	34	12	5	**130**
	0 %	0 %	0 %	22 %	18 %	20 %	26 %	9 %	4 %	**100 %**
Totaal	**32**	**192**	**381**	**414**	**335**	**340**	**376**	**183**	**145**	**2.398**
	1 %	**8 %**	**16 %**	**17 %**	**14 %**	**14 %**	**16 %**	**8 %**	**6 %**	**100 %**

5.3.4 Evolutie in de in- en uitstroom van de cliënten

Om de evolutie te bekijken van de ondersteuning van de cliënten, vergelijken we het aantal cliënten die we kenden op 31 december 2009 en die die we kenden op 31 december 2012.

Die koppeling geeft ons een zicht op de instroom, de uitstroom en de doorstroom in die periode. Gezien we hier slechts twee momenten vergelijken, hebben we geen zicht op de personen die tussen 2009 en 2012 zijn ingestroomd en in diezelfde periode zijn uitgestroomd.

Tabel 32: overzicht van het aantal instromers, uitstromers en doorstromers tussen 31 december 2009 en 31 december 2012 in begeleidingsovereenkomsten

	Wel VAPH-ondersteuning in 2012	Geen VAPH-ondersteuning in 2012	Totaal
Wel VAPH-ondersteuning in 2009	29.786	6.735	36.521
Geen VAPH-ondersteuning in 2009	11.798		
Totaal	41.584	toename t.o.v. 2009	5.060

In totaal waren er minstens 41.584 begeleidingsovereenkomsten op een van de twee momentopnames geregistreerd . Het aantal geregistreerde begeleidingsovereenkomsten dat in de periode 2009-2012 geregistreerd werd, zal wellicht hoger liggen omdat er een groep personen ingestroomd is na 31 december 2009 die nog voor 31 december 2012 uitstroomde.

29.786 personen kregen zowel in 2009 als in 2012 ondersteuning. Iets verder zullen we de doorstroom van die personen bekijken. Maar liefst 11.798 personen kregen geen ondersteuning in 2009 maar wel in 2013. Die zijn dus ingestroomd. 6.735 personen zijn uitgestroomd en kregen in 2012 geen enkele vorm van VAPH-ondersteuning meer. Voor die personen zullen we nagaan in welke ondersteuningsvorm de in- en uitstroom heeft plaatsgevonden.

Bij vergelijking van de cijfers zien we dat op 31 december 2012 5060 personen meer ondersteund werden dan eind 2009. Dat is een stijging met 13,85 %. Die stijging kan grotendeels verklaard worden door het jaarlijks uitbreidingsbeleid.

5.3.4.1 Instroom tussen 2009-2012 naar leeftijd

Tabel 33: Aantal ingestroomde cliënten minderjarigenzorg 2009-2012

		Leeftijdscategorie 2012									
		0 tot 6 jaar	7 tot 12 jaar	13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	31 tot 40 jaar	41 tot 50 jaar	51 tot 60 jaar	61 tot 65 jaar	ouder dan 65 jaar	Totaal
	Mobiele ondersteuning	1.166	966	672	12						**2.816**
	Semi-residentiële ondersteuning	350	392	218	0						**960**
	Inclusieve woonvormen	17	33	23							**73**
	Residentiële ondersteuning	108	493	521	4						**1.126**
	MFC	36	222	267	2						**527**

In bovenstaande tabel vinden we voor de minderjarige 'nieuwe' (ten opzichte van 2009) cliënten de gegevens betreffende hun leeftijd en de ondersteuningsvorm waar ze gebruik van maken.

- 51 % van de 'nieuwe' cliënten stroomt in via een mobiele ondersteuningsvorm.
- de instroom in de mobiele ondersteuning is het grootst voor de kinderen onder de 6 jaar (41 % van de instroom in de mobiele ondersteuningsvormen).
- 90 % van de kinderen en jongere die instromen in de residentiële ondersteuningsvorm bevindt zich in de leeftijdsgroep 7 tot 20 jaar.

Tabel 34: Aantal ingestroomde cliënten meerderjarigenzorg2009-2012

		Leeftijdscategorie 2012									
		0 tot 6 jaar	7 tot 12 jaar	13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	31 tot 40 jaar	41 tot 50 jaar	51 tot 60 jaar	61 tot 65 jaar	ouder dan 65 jaar	Totaal
	Mobiele ondersteuning			215	569	337	378	261	55	44	**1.859**
	Semi-residentiële ondersteuning			10	269	46	81	75	22	3	**506**
	Inclusieve woonvormen			19	67	31	49	61	16	10	**253**
	Residentiële ondersteuning			4	84	57	72	73	23	8	**321**

Bij de meerderjarige personen die instroomden valt op dat bijna 34% instroomt tussen de leeftijd van 21 tot 30 jaar. Deze personen kregen in 2009 ook geen ondersteuning in een minderjarigenvoorziening. Houden we daarnaast ook rekening met de groep 13 tot 20 jaar loopt het instroompercentage zelf op 42%. Daarnaast kunnen we vaststellen dat toch 6 % van de cliënten die geen of niet langer ondersteuning kreeg in 2009 ingestroomd is in de periode 2009-2012 ouder is dan 60 jaar.

5.3.4.2 Uitstroom tussen 2009-2012 naar leeftijd

Tabel 35: Aantal uitgestroomde cliënten minderjarigenzorg 2009-2012

		Leeftijdscategorie 2012									
		0 tot 6 jaar	7 tot 12 jaar	13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	31 tot 40 jaar	41 tot 50 jaar	51 tot 60 jaar	61 tot 65 jaar	ouder dan 65 jaar	Totaal
	Mobiele ondersteuning	454	747	1.040	102						**2.343**
	Semi-residentiële ondersteuning	18	109	207	69						**403**
	Inclusieve woonvormen	10	13	3	0						**26**
	Residentiële ondersteuning	6	222	1.877	341						**2.446**

In bovenstaande tabel vinden we voor de minderjarige 'uitgestroomde' (ten opzichte van 2009) cliënten de gegevens betreffende hun leeftijd en de ondersteuningsvorm waar ze gebruik van maken.

De grootste uitstroom (60 %) vindt plaats in de leeftijdscategorie 13 tot 20 jaar. Vermoedelijk zal binnen deze groep de categorie 18 + zorgen voor deze hoge uitstroomcijfers. Belangrijk hierbij te noteren is dat deze groep niet onmiddellijk aansluiting vindt of vraagt bij de meerderjarigenondersteuning. Daarnaast zien we dat nog 10 % van de cliënten die is uitgestroomd tussen de 21 tot 30 jaar ook geen onmiddellijke ondersteuning vindt of vraagt binnen een ondersteuningsvorm voor meerderjarigen.

Tabel 36: Aantal uitgestroomde cliënten meerderjarigenzorg 2009-2012

		Leeftijdscategorie 2012									
		0 tot 6 jaar	7 tot 12 jaar	13 tot 20 jaar	21 tot 30 jaar	31 tot 40 jaar	41 tot 50 jaar	51 tot 60 jaar	61 tot 65 jaar	ouder dan 65 jaar	Totaal
	Mobiele ondersteuning				313	184	181	140	56	58	932
	Semi-residentiële ondersteuning				71	72	58	72	23	41	337
	Inclusieve woonvormen				49	33	33	44	28	43	230
	Residentiële ondersteuning				49	88	112	187	103	174	713

2012 meerderjarige personen kregen op 31 december 2009 ondersteuning maar kregen dit in 2012 niet meer. 19 % van de 'uitgestroomde' cliënten is ouder dan 60 jaar. Vermoedelijk gaat het voor het grootse deel uit een natuurlijke uitstroom ten gevolge van overlijden. Al is het niet ondenkbaar dat een deel van deze cliënten is doorgestroomd naar een andere 'reguliere' sector zoals de ouderenzorg. De kans is het grootst voor die cliënten die mobiel en/of ambulante ondersteuning kregen , het kleinst voor de personen die een residentiële vorm van ondersteuning kregen (55 %).

5.3.4.3 ‘Doorstroom’ tussen 2009-2012

Tabel 37: minderjarigen die zowel VAPH-ondersteuning kregen in 2009 als in 2012

Tabel 37 zal nog toegevoegd worden

In onderstaande tabel zien we de doorstroom bij de ondersteuningsvormen voor meerderjarigen. Het valt onmiddellijk op dat de doorstroom bij de residentiële ondersteuningsvormen het kleinst is. 92% van de cliënten die in 2009 residentiële ondersteuning kreeg krijgt dit in 2012 nog. De totale vrijgekomen capaciteit is dus niet groter dan 8 % op 3 jaar tijd. De vrijgekomen capaciteit is het grootst bij de mobiele ondersteuningsvormen.

Tabel 38: meerderjarigen die zowel VAPH-ondersteuning kregen in 2009 als in 2012

Meerderjarigen						
	Totaal aantal personen dat in 2009 deze zorgvorm kreeg	Aantal personen dat dezelfde VAPH ondersteuning krijgt in 2009 en 2012	Aantal personen dat in 2012 een andere zorgvorm kreeg dan deze	Aantal personen dat in 2012 PAB/PVC i.p.v. deze zorgvorm	% dat dezelfde zorgvorm kreeg	% dat een andere zorgvorm kreeg
Mobiele ondersteuning	4.656	3.389	314	21	73 %	7 %
Semi-residentiële ondersteuning	4.544	3.610	572	25	79 %	13 %
Inclusieve woonvormen	2.276	1.843	196	7	81 %	9 %
Residentiële ondersteuning	10.480	9.591	172	4	92 %	2 %
Tijdelijke residentiële ondersteuning	924	650	227	6	70 %	25 %

5.4 Cijfers over individuele materiële bijstand (IMB)

5.4.1 Evolutie aantal vragen (IMB)

In 2010 is een fikse toename in het aantal vragen IMB in vergelijking met 2009. Vanaf 2011 is er echter een afname in het aantal vragen waar te nemen. Dat is het gevolg van de schrapping van een 25-tal hulpmiddelen uit de refertelijst en van de verlaging van het refertebedrag voor een 25-tal andere hulpmiddelen (zie punt 6.4.4 Hulpmiddelenbeleid – beheersmaatregelen).

De werkelijke afname is bovendien nog groter als men het aantal vragen bestudeert met exclusie van vragen incontinentiemateriaal. In 2011 is er beslist om voor incontinentiemateriaal het systeem van ingeven van facturen te verlaten en over te stappen naar een forfaitsysteem. Dat verklaart het hoge aantal aanvragen in 2011 en 2012 omdat ten laatste eind december 2012 iedereen moest overstappen naar het nieuwe systeem. De vragen incontinentiemateriaal volgens het nieuwe systeem vertekenen met andere woorden de afname.

Voor de jaren 2012 en 2013 is er slechts een lichte daling in het aantal vragen waar te nemen als we abstractie maken van incontinentiemateriaal.

Tabel 39: evolutie vragen IMB

Bijstandsveld/jaar van aanvraag	2009	2010	2011	2012	2013
Antidecubitusmateriaal	1.742	2.061	2.154	1.974	1.883
Aangepaste bedden	1.779	2.502	2.284	2.179	2.215
Communicatie-apparatuur	4.731	4.810	4.237	3.798	3.898
Aangepaste douchestoelen	1.740	2.018	1.909	1.950	2.081
Hulpmiddelen dagelijks leven	6.045	6.250	1.617	1.414	1.340
Incontinentiemateriaal	1.999	1.693	5.022	7.030	2.324
Transferhulpmiddelen	1.851	3.184	3.260	3.132	3.286
Mobiliteitshulpmiddelen	12.046	13.541	13.040	12.183	11.378
Pedagogische begeleiding	66	59	48	35	21
Specifieke zetel voor personen met de ziekte van Huntington	16	8	16	9	12
Aangepaste stoelen en tafels	557	401	255	197	154
Toiletstoelen	600	609	472	449	480
Doventolken	270	230	251	278	258
Aanpassingen woning	15.048	16.784	13.081	12.730	12.601
Bijzondere Bijstandscommissie (hulpmiddelen niet opgenomen in refertelijst of aanvragen in het kader van een zeer uitzonderlijke zorgbehoefte)	2.636	2.817	3.027	2.461	2.583
Totaal inclusief incontinentiemateriaal	**51.126**	**56.967**	**50.673**	**49.819**	**44.514**
Totaal exclusief incontinentiemateriaal	**49.127**	**55.274**	**45.651**	**42.789**	**42.190**

Het aantal gunstige beslissingen IMB (toekenningen) is in 2011 sterk afgenomen, na een geleidelijke toename sinds 2007. Als men het aantal gunstige beslissingen neemt exclusief de beslissingen voor incontinentiemateriaal, dan werden er in 2010 43.151 gunstige beslissingen genomen en in 2011 34.635 gunstige beslissingen voor IMB (afname met ca. 8.516 beslissingen).

De verdere afname in 2012 en 2013 is voornamelijk te verklaren door de afname in het aantal vragen (zie supra) en zijn onder meer ook het gevolg van de beheersmaatregelen getroffen in 2010 en 2011.

De overgang naar het nieuwe systeem voor incontinentiemateriaal heeft het aantal gunstige beslissingen in 2012 groter gemaakt dan t.o.v. 2011.

De toename in 2013 inzake gunstige beslissingen incontinentiemateriaal ligt vooral aan de invoering van het nieuwe forfaitsysteem. Daardoor moesten alle huidige rechthebbenden een nieuwe formele beslissing in de bus krijgen.

Tabel 40: evolutie aantal toekenningen IMB

Bijstandsveld/jaar van betekening	2009	2010	2011	2012	2013
Antidecubitusmateriaal	1.186	1.404	1.271	1.171	1.130
Aangepaste bedden	1.449	2.000	1.832	1.794	1.836
Communicatie-apparatuur	4.484	4.700	3.739	3.437	3.516
Aangepaste douchestoelen	1.611	1.685	1.511	1.595	1.779

Hulpmiddelen dagelijks leven	5.455	5.554	2.235	1.312	1.168
Incontinentiemateriaal	2.045	1.461	3.371	6.156	10.704
Transferhulpmiddelen	1.732	2.546	2.565	2.448	2.619
Mobiliteitshulpmiddelen	9.513	10.254	9.497	9.435	10.112
Pedagogische begeleiding	47	50	44	32	20
Specifieke zetel voor personen met de ziekte van Huntington	21	5	9	10	11
Aangepaste stoelen en tafels	527	312	159	152	121
Toiletstoelen	627	562	411	395	428
Doventolken	249	220	227	255	253
Aanpassingen woning	12.592	13.000	10.151	9.773	10.167
Bijzondere Bijstandscommissie (hulpmiddelen niet opgenomen in refertelijst of aanvragen in het kader van een zeer uitzonderlijke zorgbehoefte)	868	859	984	948	1.010
Totaal inclusief incontinentiemateriaal	**42.406**	**44.612**	**38.006**	**38.913**	**44.874**
Totaal exclusief incontinentiemateriaal	**40.361**	**43.151**	**34.635**	**32.757**	**34.170**

5.5 Effectief uitgegeven middelen

Volgende twee tabellen geven een inkijk in de effectief uitgegeven middelen per werkjaar. Het betreft de netto-kost (uitgaven – terugvorderingen). Alle reguliere subsidiëringskanalen[3] zijn meegenomen.

Binnen de zorgvormen van de eerste tabel betaalt de cliënt een eigen bijdrage. Die bijdrage subsidieert mee de ondersteuning van de cliënt. Om een idee te geven: in 2011 is er een totaal van 130.947.973 aan eigen bijdragen geïnd.

We zien dat er jaar na jaar meer middelen worden uitgegeven. Procentueel is de groei het grootst bij de ambulante ondersteuningsvormen (32 % t.o.v. 12 %)

Tabel 41: uitgegeven middelen per afdelingstype (residentieel)

Afdelingstype	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Internaat	217.534.177	226.123.085	229.768.059	238.027.115
Semi-internaat	73.425.567	76.742.858	78.866.970	82.198.333
Dagcentrum	83.376.026	87.195.151	89.596.837	93.218.203
Observatiecentrum	18.476.613	19.152.570	19.528.844	20.430.868
Tehuis werkenden	31.010.630	32.759.978	33.474.757	34.560.534
Tehuis niet-werkenden	435.089.211	458.481.850	474.101.712	491.753.468
Kortverblijf	6.804.976	7.173.256	7.438.743	7.911.815
Pleegzorg	9.165.249	9.442.609	9.667.864	9.897.838
Eindtotaal	**874.882.450**	**917.071.357**	**942.443.786**	**977.998.176**

[3] Sociale Maribel, Nationale Loterijwerkingskosten en RSZ-loonrecyclage zitten in deze cijfers niet vervat. Zij behoren niet tot de reguliere VAPH-subsidiëringskanalen.

Tabel 42: uitgegeven middelen per afdelingstype (ambulant)

afdelingstype	2008	2009	2010	2011
Beschermd wonen	18.012.130	19.424.039	20.469.835	21.173.378
Begeleid wonen	23.275.538	25.163.920	26.415.835	29.987.255
DIO				3.435.333
DOP				45.410
Geïntegreerd wonen	1.253.212	2.785.453	4.038.035	3.294.238
Thuisbegeleiding	16.115.674	17.364.376	18.549.274	21.055.453
Zelfstandig wonen	11.813.757	12.753.935	13.074.411	13.801.158
Eindtotaal	**70.470.311**	**77.491.724**	**82.547.389**	**92.792.225**

6 Realisaties in de periode 2009-2013

In de periode 2009-2013 is het VAPH definitief de weg ingeslagen naar een nieuw ondersteuningslandschap. Vanuit het VAPH werden heel wat projecten en proeftuinen opgezet. In onderstaand hoofdstuk geven we een overzicht van de realisaties binnen het VAPH. Naast projecten en proeftuinen die moeten leiden naar zorgvernieuwing worden ook de realisaties die streven naar een efficiëntere inzet van de beschikbare VAPH-middelen toegelicht.

6.1 De Diensten Ondersteuningsplan (DOP's)

In het uitbreidingsbeleid 2011 en 2012 werd een aanzienlijk deel van het uitbreidingsbudget gereserveerd voor de oprichting van de Diensten Ondersteuningsplan (DOP's).

De DOP's hebben een dubbele opdracht. Ze moeteninformatie verstrekken aan personen met (een vermoeden van) een handicap en hun omgeving over de mogelijkheden tot ondersteuning op diverse levensdomeinen. En ze moeten vraagverduidelijking realiseren voor die cliënten die nog geen zorg en ondersteuning krijgen van VAPH-diensten. Beide opdrachten zijn nauw met elkaar verweven.

6.1.1 De DOP's als contactpunt

Om informatie te verstrekken aan personen met (een vermoeden van) een handicap, moet DOP in elke gemeente in de regio waar ze werkzaam zijn, een contactpunt te realiseren. Die contactpunten worden georganiseerd in samenwerking met de lokale overheden en het welzijnsoverleg. De contactpunten zijn veelal sociale huizen, mutualiteiten, diensten gezins-en aanvullende thuiszorg, diensten vrijetijdszorg, multidisciplinaire teams van het VAPH, OCMW's, inloopcentra van Kind en Gezin of centra voor leerlingenbegeleiding.

Voor de oprichting van de contactpunten wordt uitgegaan van een aantal algemene principes en minimale eisen. De DOP's kregen de ruimte om de contactpunten binnen die contouren uit te werken. De inbedding van de contactpunten kan verschillen naargelang de lokale en regionale situaties of samenwerkingsverbanden.

De DOP's hebben hun eerste jaar werking intussen achter de rug. De oprichting van een contactpunt in elke gemeente is nog geen realiteit. Ook de samenwerking is met de lokale overheden en het welzijnsoverleg is nog niet overal even goed uitgediept.

6.1.2 Het voortraject

De DOP's moeten vraagverduidelijking realiseren voor personen met een (vermoeden van een) handicap. In de opstartfase bestaat de doelgroep van de DOP's uit de personen met een (vermoeden van een) handicap die nog geen zorg of ondersteuning krijgen van VAPH-diensten. Want voor cliënten die reeds VAPH-ondersteuning krijgen vanuit een dienst of voorziening kan vraagverduidelijking krijgen van die dienst of voorziening.. Daarnaast blijft het voor elke gebruiker mogelijk zelf het proces van vraagverduidelijking in handen te nemen of kan hij zich wenden naar bijvoorbeeld de Multidisciplinaire Teams (MDT's). Vanaf januari 2014 is een verruiming van de initiële doelgroep mogelijk gemaakt. Ook jongeren geboren in 1991 of 1992 en deelnemers die in de transitieperiode van minderjarigenondersteuning naar meerderjarigenondersteuning zitten, kunnen een vraag naar een voortraject stellen bij een DOP.

In elke provincie werd één DOP-dienst uitgebouwd, met uitzondering van Antwerpen. In Antwerpen werden twee DOP-diensten uitgebouwd, elk met een specifieke regio-afbakening. Sinds begin 2012 ligt de totale erkenning van de DOP-diensten op jaarlijks 20.792 begeleidingen. Met dat aantal begeleidingen kunnen jaarlijks minimaal 1731 gebruikers een vraagverduidelijkingstraject doorlopen.

Tabel 43: aantal erkende begeleidingen DOP op jaarbasis (2012)

	Erkende begeleidingen	**Minimaal aantal cliënten**

DOP Oost-Vlaanderen	4443	370
DOP West-Vlaanderen	3627	302
DOP Vlaams Brabant en Brussel	4312	359
DOP Limburg	2597	216
DOP Antwerpen Op Maat	2161	180
DOP Antwerpen Traject	3652	304
TOTAAL	**20792**	**1731**

Onderstaande tabel toont het aantal cliënten voor wie vanaf 2012[4] een ondersteuningsovereenkomst werd opgemaakt.

Tabel 44: aantal cliënten voor wie een ondersteuningsovereenkomst werd opgesteld

	2012	2013
DOP Oost-Vlaanderen	364	559
DOP West-Vlaanderen	243	480
DOP Vlaams-Brabant en Brussel	201	367
DOP Limburg	98	237
DOP Antwerpen Op Maat	215	414
DOP Antwerpen 'Traject	366	488
TOTAAL	**1478**	**2545**

Het proces van vraagverduidelijking zoals uitgewerkt bij de DOP's, resulteert altijd in een ondersteuningsplan. Daarbij hebben de DOP's ook de uitdrukkelijke opdracht de vermaatschappelijking van de ondersteuning voor personen met een handicap mee te nemen.Op cliëntniveau zetten ze daartoe het sociale netwerk van de cliënten in en/of versterken ze de inzet van de reguliere diensten. Elke begeleiding verloopt via de fasen van aanmelding, kennismakingsgesprek, beeldvorming over de cliënt en het netwerk, verduidelijking van de vragen, wensen en noden van de cliënt en het netwerk, ondersteuningsplanning en het contact leggen met diensten en organisaties om de gewenste ondersteuning op te starten.

Parallel met de erkenning van de DOP's werd ook de mentororganisatie voor het voortraject van personen met een handicap erkend. De mentororganisatie staat in voor expertisevorming, vorming van de DOP-medewerkers en ondersteuning van de regionale overlegmomenten met het oog op de vermaatschappelijking van de zorg. Plan VZW werd in 2012 erkend als mentororganisatie. Plan VZW krijgt jaarlijks een subsidie van 245.818 euro.

In juli 2013 werd een eerste evaluatie van de DOP's aan het VAPH afgeleverd. Het onderzoek werd gevoerd door Stephy Colla en Prof. dr. Bea Maes. Vanuit dat onderzoek werden een aantal aandachtspunten opgesteld voor het beleid en de bestaande DOP's.

Link met Perspectief 2020
De oprichting van de DOP's kadert in de volgende strategische projecten van Perspectief 2020: 'een goed voortraject verzekeren', 'het inclusiegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'. Het draagt bij tot de doelstelling 'geïnformeerde gebruikers die genieten van vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving'.

Ondersteuningsvragers moeten in 2020 toegang hebben tot alle beschikbare informatie en zicht hebben op de mogelijkheden tot ondersteuning die op diverse levensdomeinen voorhanden zijn. Geïnformeerde gebruikers kunnen maximaal de controle over hun zorg of ondersteuning zelf in handen nemen, waardoor zij de regie over hun eigen leven behouden en hun leven een invulling

[4] DOP Oost-Vlaanderen werd erkend eind 2011. De andere DOP's in de loop van 2012. Het aantal begeleidingen in 2011 voor Oost-Vlaanderen werd in deze tabel niet opgenomen.

kunnen geven in overeenstemming met eigen wensen, verwachtingen en mogelijkheden. Beschikken over de nodige informatie is van cruciaal belang voor het verder proces van vraagverduidelijking.

Alle personen met een (vermoeden van) handicap moeten het proces van vraagverheldering of vraagverduidelijking kunnen doorlopen. In 2020 willen we iedere hulpvrager de mogelijkheid geven om, met de hulp van een zelf gekozen en deskundig opgeleide persoon (professioneel of vrijwilliger), een proces van vraagverheldering te doorlopen. Die 'coaches' kunnen evengoed te vinden zijn in de rechtstreeks toegankelijke hulp als bij niet-rechtstreeks toegankelijke aanbieders met wie men al een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd. Het resultaat van het proces vindt zijn neerslag in een ondersteuningsplan, dat door de tijd heen kan evolueren, maar ook grondig kan wijzigen. Dit proces met zijn onderscheiden functies is 'het voortraject'.

6.2 Rechtstreeks toegankelijke hulpverlening

Op 22 februari 2013 werd het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

Dat besluit maakt het mogelijk dat voorzieningen die ondersteuning verlenen aan personen met een handicap, door het VAPH erkend worden voor het verlenen van rechtstreeks toegankelijke hulp. Op 1 juni 2013 is er aan 118 voorzieningen een erkenning verleend voor een totaal van 2226 personeelspunten.

De erkende voorzieningen kunnen aan personen met een handicap of personen met een vermoeden van handicap ambulante begeleiding, mobiele begeleiding, dagopvang of verblijf verstrekken die beperkt is in tijd, frequentie en intensiteit. Daarnaast kunnen zij ook aan mensen die de persoon met een handicap ondersteunen, handicapspecifieke knowhow verstrekken, dat heet dan outreach.

Om gebruik te kunnen maken van rechtstreeks toegankelijke hulp, moet de persoon met een handicap of vermoeden van handicap geen aanvraag tot ondersteuning indienen bij het VAPH, maar kan hij rechtstreeks aankloppen bij de voorziening die de hulp verstrekt.

Tijdens de eerste twee jaar kan de persoon 48 mobiele of ambulante begeleidingen krijgen. Vanaf het derde jaar wordt dat beperkt tot 12 begeleidingen per jaar. Dagopvang is rechtstreeks toegankelijk voor maximaal 24 dagen per jaar en verblijf (avond, overnachting, ochtend) is beperkt tot 12 dagen per jaar. Al die functies kunnen ook gecombineerd worden.

De voorziening zal de geleverde ondersteuning registreren en ontvangt dan van het VAPH een aantal personeelspunten per prestatie. Per mobiele begeleiding en per mobiele outreach ontvangt zij 0,22 personeelspunten. Per ambulante begeleiding en ambulante outreach ontvangt zij 0,155 personeelspunten. Per dag dagopvang ontvangt zij 0,087 personeelspunten en per nacht verblijf ontvangt zij 0,13 personeelspunten. Op basis van het aantal personeelspunten waarvoor de voorzieningen zijn erkend kan er dus een inschatting worden gemaakt van het aantal prestaties dat kan worden verstrekt.

De voorziening is erkend als penhouder. Dat wil zeggen dat zij haar personeelspunten en werkingstoelage, of een deel ervan, kan overdragen aan een andere voorziening die dan op haar beurt de geleverde ondersteuning registreert. Op die manier kan op een flexibele wijze worden samengewerkt met andere voorzieningen en kan er zo veel als mogelijk vraaggestuurd worden gewerkt.

Per prestatie kan er aan de persoon met een handicap of vermoeden van handicap een financiële bijdrage worden gevraagd. In de regelgeving zijn daarvoor maxima vastgelegd. Als de persoon al gebruik maakt van ondersteuning die niet rechtstreeks toegankelijk is, dan kan hij geen gebruik meer maken van de rechtstreeks toegankelijke hulp.

De diensten rechtstreeks toegankelijke hulpverlening zijn vrij recent opgericht. Dat brengt met zich mee dat we vandaag nog geen evaluatie kunnen maken van de inzet van die ondersteuning. Wel staat vast dat heel wat rechtstreeks toegankelijke ondersteuning mobiel en/of ambulant ingezet wordt.

Ook vanuit de diensten thuisbegeleiding kan rechtstreeks toegankelijke hulpverlening aangeboden worden.

Link met de Perspectief 2020

De uitbouw van een rechtstreeks toegankelijk aanbod valt onder het tweede strategische project 'een goed werkend voortraject verzekeren'.

De ondersteuning die iemand met een handicap nodig heeft, verschilt van persoon tot persoon. Sommigen hebben geen ondersteuning nodig, anderen net heel veel. De grootste groep zit daar tussenin. Zij worden al vaak geholpen door familie, vrienden of buren, maar hebben af en toe nood aan extra ondersteuning. Die extra ondersteuning kan gegeven worden door het VAPH maar evengoed door eerstelijnsdiensten uit andere sectoren zoals thuiszorg, lokale dienstencentra, centra algemeen welzijnswerk, opvoedingswinkels … Om die diensten te ondersteunen om die opdracht op te nemen, is het essentieel dat ze deskundigheid kunnen verwerven in handicapgebonden materies. Door de inzet van VAPH-voorzieningen via outreach en ander methodieken moeten de reguliere eerstelijnsdiensten diensten meer in staat zijn ondersteuning te bieden aan personen met een handicap.

Met deze beperkte hulp kunnen mensen vaak veel zelfstandiger, inclusiever leven. Bovendien zorgt deze ondersteuning ervoor dat mantelzorgers, zoals familie en vrienden, even minder belast worden.

6.3 Het inschrijvingsgebeuren voor de VAPH-gesubsidieerde ondersteuning

De voorbije jaren werd binnen het VAPH gewerkt aan een kwalitatieve verbetering en administratieve vereenvoudiging van de aanvraagprocedure voor volwassen personen met een handicap (PmH) op het niveau van de multidisciplinaire teams (MDT's) en het VAPH. Om dat te bereiken werden een aantal actiepunten geformuleerd waarbij de focus vooral kwam te liggen op het werken volgens een nieuw organisatiemodel en het werken met nieuwe instrumenten.

Dat nieuw organisatiemodel en de nieuwe instrumenten werden in een simulatie uitgetest. Tijdens die simulatie is de reële situatie zo goed mogelijk nagebootst. Daartoe werd gewerkt volgens bepaalde instructies en richtlijnen en werd gebruik gemaakt van een aantal nieuwe instrumenten. Niet alle elementen van het organisatiemodel konden worden meegenomen (bv. het gebruik van het zorgzwaarte-instrument). Dat verhinderde echter de start niet. Het was namelijk niet de bedoeling om een hoog-methodisch of wetenschappelijk experiment uit te voeren. Wel was het de bedoeling om de kinderziektes op te sporen en weg te werken, het model te evalueren en op basis van de simulatie weloverwogen te kunnen beslissen om het nieuwe organisatiemodel veralgemeend in te voeren.

De simulatie startte op 1 november 2011 in de provincie West-Vlaanderen en duurde één jaar. Acht multidisciplinaire teams (MDT's) leverden voor alle dossiers die voldeden aan de steekproefcriteria, naast de formulieren die nodig waren voor de bestaande aanvraagprocedure, ook specifiek ontwikkelde formulieren aan in het kader van de simulatie.

Daarvoor werd in de provinciale afdeling een parallel aanvraagcircuit opgezet. Alle geselecteerde dossiers doorliepen dus naast de bestaande aanvraagprocedure ook dit parallel circuit: de simulatie. De simulatie verliep gescheiden van de bestaande aanvraagprocedure. Ervaren personeel werd toegewezen aan de simulatie en waar nodig tijdelijk vervangen.

Onmiddellijk na het afsluiten van de simulatie werd er gestart met de opmaak van het evaluatierapport van de simulatie. Dat rapport werd opgeleverd op 1 april 2013.

Er is besloten het voorgestelde organisatiemodel voorlopig niet te implementeren. Wel stelt de simulatie en zijn evaluatie ons in staat om de huidige inschrijvingsprocedure te optimaliseren. De hulpmiddelenfiches, diagnostische protocollen en bepaalde elementen van de praktijk van het D&I-

team zullen bij het optimaliseren van de inschrijvingsprocedure zeker aan bod komen. Daarnaast wordt er verder gewerkt aan de ontwikkeling van het VAPH-elektronisch dossier.

Link met Perspectief 2020

Het project Diagnostiek en Indicatiestelling valt binnen het strategisch project 'een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp'.

De nood aan een bijstelling van de inschrijvingsprocedure vloeit vooral voort uit het feit dat er vandaag nog te weinig garanties zijn dat de besluitvorming op de verschillende cruciale punten in die inschrijvingsprocedure eenvormig, rechtvaardig en correct gebeurt.

In het Vlaams Regeerakkoord werd afgesproken dat de inschrijvingsprocedure bij het Agentschap voor Personen met een Handicap een kwalitatieve verbetering en een praktische vereenvoudiging van de diagnostiek en indicatiestelling ondergaat. Daarbij moet gewerkt worden aan een correcte financiering van de erkende multidisciplinaire teams. Daarnaast is het van belang dat de indicatiestelling zich mee moet voorbereiden op de ontwikkeling van de persoonsvolgende financiering.

6.4 Niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening

Ook de niet-rechtstreeks toegankelijke poot werd, zoals reeds aangegeven in hoofdstuk 4, verder uitgebouwd. Vandaag onderscheiden we drie vormen van niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening: Zorg in Natura (ZiN), het Persoonlijke-Assistentiebudget (PAB) en de Individuele Materiële bijstand (IMB) in de vorm van hulpmiddelen en woningaanpassingen.

6.4.1 Zorg in Natura

Vooral binnen Zorg in Natura zijn de voorbije jaren de belangrijkste wijzigingen doorgevoerd. Zowel in het aanbod voor meerderjarigen als het aanbod voor minderjarigen werd ingezet op het meer flexibel maken van de ondersteuningstrajecten, met als doel de ondersteuningstrajecten zo veel mogelijk te laten aansluiten op de concrete en eventueel wijzigende ondersteuningsnoden.

Multifunctionele Centra (MFC)
Met de omvorming van semi-residentiële voorzieningen voor minderjarigen naar Multifunctionele Centra (MFC's) wil men ervoor zorgen dat het aanbod soepel wordt ingezet om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de ondersteuningsnoden van de jongeren en hun gezin of familiale context. Daarnaast biedt het regelluwe kader extra kansen voor sociaal ondernemerschap.

De MFC's hebben als belangrijkste uitgangspunten:

- een flexibel zorgaanbod aanbieden waarbij jongeren die nood hebben aan intensieve begeleiding vlot kunnen overschakelen tussen diverse functies (verblijf, dagopvang, dagbesteding en mobiele begeleiding) en zo op meer vraaggestuurde zorg beroep kunnen doen
- de reglementaire en administratieve bepalingen vereenvoudigen via implementatie van een regelluw kader.

Binnen een experimenteel kader worden inzake subsidiëring een aantal aspecten van regelluwte ingebouwd. Zo wordt het historisch kader van de organisatie die MFC wordt, omgezet in personeelspunten. Daardoor krijgt de organisatie zelf meer vrijheid in hoe ze de verschillende functieprofielen van zijn personeel wil inzetten. Anderzijds blijft de globale kost voor de subsidiërende overheid toch stabiel. De inzet van duurdere functies wegen zwaarder door dan goedkopere functies. Daarnaast wordt binnen de personeelspunten geen onderscheid meer gemaakt wat betreft hun inzet of hun relatie tot de afdelingen waar ze vandaan komen. Er wordt dus één afrekeningsdossier ingediend voor heel het Multifunctioneel Centrum. De bepaling van het aantal personeelspunten wordt ieder jaar geëvalueerd en aangepast aan eventuele bijkomende personeelstoekenningen die zich in de sector voorgedaan hebben. Naast een erkenning in personeelspunten wordt ook voorzien in een forfaitair bedrag aan werkingstoelagen.

Een MFC krijgt op die manier de instrumenten in handen om ondersteuning vraaggestuurd en flexibel aan te bieden aan de cliënt en zijn context.

Op 1 januari 2012 werden 11 organisaties, verspreid over de verschillende provincies, ondergebracht in een regelluw kader als MFC.

Daarbij werden 2261 plaatsen internaat, semi-internaat en OBC van de 11 geselecteerde organisaties omgezet naar Multifunctionele Centra.

Tabel 45: aantal plaatsen omgezet naar MFC

Internaat	Semi-internaat	OBC
1.224	918	119

Om het MFC-experiment in goede banen te leiden, werden verschillende werkgroepen opgericht. Eén werkgroep begeleidt de technische uitwerking van de MFC-werking. Daarnaast wordt er driemaandelijks een evaluatiegroep georganiseerd samen met de werkgeverskoepels, kabinet en onderwijs om het project constant te evalueren en bij te sturen. De organisaties worden inhoudelijk ondersteund door een intervisiegroep met de inhoudelijke medewerkers uit de diverse organisaties.

In de opstartfase is de enige output die de MFC's moeten kunnen voorleggen, een verhoging van de van de gemiddelde bezetting (minimale verhoging van 5 %). In 2012 werd die output door zeven van de elf erkende organisaties gehaald.

Op 29 maart 2013 werd een tweede oproep tot omvorming naar MFC gelanceerd. Het gaat niet over de uitbreiding van het proefproject maar wel over de geleidelijke transitie van alle klassieke (semi-)internaten en OBC's naar een MFC-werking binnen een regelluw kader.

Er werden 36 aanvragen ingediend. Alle ingediende kandidaturen kunnen mee instappen. Bij alle organisaties worden stelselmatig gesprekken gevoerd zodat ze gefaseerd kunnen overstappen naar een MFC-werking.

Een definitieve regelgeving voor de MFC's wordt verwacht medio 2014. Er wordt gestreefd naar een implementatie vanaf 1 januari 2015. Daarvoor worden gesprekken gevoerd met de deelnemende MFC's, werkgeverskoepels, gebruikersorganisaties, andere administraties en het kabinet. Daarbij staan verdere afstemming met Integrale Jeugdhulp, Onderwijs en de te behalen outputvariabelen centraal.

Flexibel aanbod meerderjarigen (FAM)
Ook voor volwassen personen met een handicap wil men het aanbod flexibel kunnen inzetten i.f.v. van een variërende ondersteuningsnood. Vandaag bestaat een groot deel van het aanbod voor volwassen personen met een handicap uit diverse vormen van totaalzorg die weinig tot niet kunnen afgestemd worden op de individuele reële noden van de cliënt. Met de invoering van een flexibel aanbod meerderjarigen wil men het aanbod meer in overeenstemming brengen met de vraag.

De doelstellingen van een FAM zijn:

- het aandeel aan inclusief wonen en inschakelen van reguliere diensten verhogen
- soepele en vraaggestuurde zorgtrajecten aanbieden
- de kwaliteit van de ondersteuning verhogen
- een groter aantal personen ondersteunen
- een soepel en vraaggestuurd personeelsbeleid kunnen voeren

Gebruikers kunnen binnen het flexibel aanbod meerderjarigen gebruik maken van drie ondersteuningsfuncties die afhankelijk van de nood kunnen wisselen in intensiteit:

- FAM-middenfrequente woonondersteuning
- FAM-dagbestedingsondersteuning
- FAM-intensieve woonondersteuning

De ondersteuningsfuncties zijn flexibel inzetbaar. Er zijn nog zorgregieregels, maar vereenvoudigd. Alle mogelijkheden die er zijn binnen FAM-middenfrequente woonondersteuning, kunnen ook geboden worden aan personen met een begeleidingsovereenkomst FAM-dagbestedingsondersteuning of FAM-intensieve woonondersteuning. Alles wat binnen een FAM-dagbestedingsondersteuning kan, kan ook binnen een begeleidingsovereenkomst FAM-intensieve woonondersteuning.

Inzake subsidiëring worden ook hier een aantal aspecten van regelluwte ingebouwd. De omkadering van de voorziening zal worden omgezet in personeelspunten en de werkingskosten zullen forfaitair worden toegekend. Daardoor kan men bij de invulling van het persoonskader gemakkelijker inspelen op de reële noden en vragen van de gebruikers. Daarnaast wil het VAPH de voorzieningen responsabiliseren om het sociaal kapitaal zodanig te zetten dat we met dezelfde middelen méér mensen op een even of verhoogde kwalitatieve wijze kunnen ondersteunen.

Vanaf 2014 zullen de eerste veertig zorgaanbieders starten als FAM. In de loop van 2014 en volgende jaren zullen de overige voorzieningen voor meerderjarigen stapsgewijs omgeschakeld worden naar FAM. Een aantal voorzieningen zijn voor hun aanbod als FAM een samenwerkingsverband aangegaan.

De stap waarbij het aanbod minderjarigen en meerderjarigen wordt omgebouwd naar een flexibel aanbod, is onontbeerlijk om de overstap te maken naar persoonsvolgende financiering. Ook daar zal de zorgaanbieder zeer vraaggericht tewerk moeten gaan, en zullen de middelen komen vanuit persoonsvolgende budgetten, uitgedrukt in personeelspunten, en niet meer vanuit vastgestelde kaders en welomlijnde erkenningscapaciteiten.

Link met de Perspectief 2020

De erkenning van de MFC's en de FAM's valt volledig te kaderen binnen het strategisch project 'het sociaal ondernemerschap bevorderen in de sector personen met een handicap'.

Vandaag is de subsidiëring niet op maat van de zorgzwaarte van de persoon met een handicap. De gebruiker maakt, bij gebrek aan alternatieven, gebruik van een all-inpakket. Hij betaalt een bijdrage waardoor de woon- en leefkost dikwijls mee gedragen wordt door de voorziening. De middelen kunnen vandaag onvoldoende soepel ingezet worden om een geïntegreerde, persoonsgerichte en gedifferentieerde ondersteuning, waarbij de binding met het thuismilieu voorop wordt gesteld, op te zetten.

Het beschikbare sociaal kapitaal moet zodanig worden ingezet dat we met dezelfde middelen méér mensen op een even of verhoogde kwalitatieve wijze kunnen ondersteunen.

6.4.2 De Persoonsvolgende Convenanten (PVC)

Het budget voor Persoonsvolgende Convenanten (PVC) is onder impuls van het uitbreidingsbeleid sterk verhoogd. Een PVC is een vorm van persoonsvolgende financiering. Aan de gebruiker wordt een budget toegewezen waarmee ondersteuning door VAPH-erkende zorgaanbieders kan worden geboden. Een dergelijk budget laat toe om tot ondersteuning meer op maat van de zorgvrager te komen.

In onderstaande tabel wordt het aantal cliënten weergegeven die in de periode 2008-2012 beschikten over een PVC. De tabel toont een sterke stijging van het aantal cliënten met een PVC doorheen de jaren. Terwijl er in 2009 59 personen ondersteuning kregen via een PVC, waren er in 2012 reeds 238 personen met een PVC aan de slag.
Daaraan gerelateerd zien we in de jaren 2008 tot 2013 ook een substantiële toename in de grootte van het toegekende macrobudget. Bij het begin van de individuele convenanten bedroeg het toegekende budget op 1 september 2008 1.500.001 euro; in 2012 was het toegekende budget 11.665.060 euro.

Tabel 46: aantal toegekende persoonsvolgende convenanten

Jaar	Aantal toegekende PVC	Totaal gereserveerd budget
2008	3	1.500.001 €
2009	59	1.500.001 €
2010	93	3.280.134 €
2011	139	4.771.516 €
2012	238	11.665.060 €

Er kan worden vastgesteld dat het gereserveerde budget slechts gedeeltelijk wordt besteed: 53,14 % in 2010, 65,30 % in 2011. De onderbesteding kan onder andere verklaard worden door het gegeven dat personen met een PVC niet altijd onmiddellijk ondersteuning vinden of gebruik (kunnen) maken van de specifieke zorgvorm die aan hen werd toegekend. Personen met een convenant tehuis niet-werkenden bezigheid kunnen bijvoorbeeld niet altijd onmiddellijk terecht in een tehuis voor niet-werkenden en vergoeden met hun budget enkel een dagcentrum. Daardoor wordt het gereserveerde budget niet volledig ingezet.

Tabel 47: vergelijking gereserveerd budget PVC t.o.v. de afgerekende bedragen

Jaar	Totaal gereserveerd budget	Afgerekende bedragen
2008	1.500.001 €	12.913,89 €
2009	1.500.001 €	880.675,29 €
2010	3.280.134 €	1.743.110,10 €
2011	4.771.516 €	3.115.985,46 €
2012	11.665.060 €	nog niet gekend

Link met Perspectief 2020

Het sterk verhogen van het budget voor de personen kadert voornamelijk in de doelstelling om prioriteit te geven aan die dossiers waar de kloof tussen de ondersteuningsnood ten gevolge van de handicap en de mogelijkheden van het ruime netwerk precair is of dreigt te worden. Tevens kadert dit in de evolutie naar persoonsvolgende financiering.

6.4.3 Het Persoonlijke-AssistentieBudget (PAB)

Ook het budget voor Persoonlijke-AssistentieBudgetten werd in de periode 2009-2013 sterk verhoogd. Het PAB is een budget dat het VAPH geeft om assistentie thuis, op school of op het werk te organiseren en te financieren.

Een commissie van deskundigen bepaalt de hoogte van het budget. Ze houdt daarbij rekening met bestaande noden en behoeften. Die zijn onder meer afhankelijk van de aard en de ernst van de handicap, en van de leefsituatie.

Tot en met 2011 werd de toekenning van nieuwe persoonlijke-assistentiebudgetten geregeld via ministeriële besluiten, waarin jaarlijks de prioriteiten bepaald werden. Die manier van werken leidde er echter niet toe dat de beschikbare budgetten terechtkwamen bij de personen met de meest dringende en schrijnende ondersteuningsvragen. Een van de eerste strategische projecten van perspectief 2020 die effectief uitgevoerd werden, was dan ook de integratie van de toekenning van PAB binnen de zorgregie.

Vanaf 1 december 2011 kunnen mensen met een vraag naar PAB hun ondersteuningsvraag registreren in de Centrale Registatie van Zorgvragen (CRZ). In 2012 kreeg de Regionale Prioriteitencommissie ook

voor het aanduiden van de kandidaten voor een PAB een verantwoordelijkheid toegekend. Daarbij houdt men steeds rekening met een vooropgesteld budget dat beschikbaar is voor toekenning. Op die manier verloopt de toewijzing van de PAB's zo veel als mogelijk gelijklopend met de toewijzing van persoonsvolgende convenanten.

Een tweede belangrijke wijziging voor het PAB is, begin 2012, de invoer van het werkkapitaal binnen de PAB-regelgeving. Een pilootgroep van 12 vrijwillige budgethouders alsook alle nieuwe opstarters in 2012 hebben het werkkapitaal als alternatief uitbetalingssysteem uitgetest.

Voorheen kregen de houders van een Persoonlijke-Assistentiebudget vier voorschotten uitbetaald per jaar. Het niet-gebruikte jaarsaldo stortten ze terug op basis van de afrekening. Daardoor vorderde het VAPH in het verleden aanzienlijk wat niet-gebruikte PAB-middelen terug bij de afrekening. Die werkwijze maakte dat er een gedeelte van de middelen beschikbaar voor persoonlijke assistentie, 'geblokkeerd' werden.

Via het werkkapitaalsysteem wordt dat probleem voorkomen. De niet-aangewende middelen kunnen ingezet worden om extra PAB's op te starten. De budgethouders krijgen een werkkapitaal ten bedrage van vijf twaalfden van het jaarbudget uitbetaald. De hoogte van het werkkapitaal is zo bepaald dat de budgethouder steeds over een voldoende marge aan PAB-middelen beschikt. Via het systeem van het werkkapitaal moeten budgethouders eerst de kosten bewijzen en doorsturen om ze vervolgens terugbetaald te krijgen.

In 2012 werd de nieuwe manier van uitbetalen van een PAB uitvoerig opgevolgd in samenwerking met de zorgconsulenten en budgethoudersverenigingen. Eind 2012 werden infosessies georganiseerd door het VAPH en de budgethoudersverenigingen om het nieuwe uitbetalingssysteem toe te lichten en de veralgemeende omschakeling van het voorschottensysteem naar het werkkapitaalsysteem in 2013 voor te bereiden.

Door de veralgemeende invoering van het werkkapitaal werden er in het najaar van 2013 voor een totaal budget van 4 miljoen euro bijkomende PAB's toegekend.

Link met Perspectief 2020

De integratie van het PAB-toekenningssysteem en de invoering van het werkkapitaal vallen binnen het strategisch project 'een traject uittekenen voor de transitie van het PAB-systeem'. Dat strategisch project bevat element van de beide doelstellingen van Perspectief 2020.

6.4.4 Hulpmiddelenbeleid

Onder 'hulpmiddelen VAPH' vallen heel wat zaken zoals een eetapparaat, een douchestoel, aangepast meubilair, een aangepaste auto meer evengoed een tolk voor doven en slechthorenden. Het VAPH geeft een financiële tegemoetkoming voor dergelijke hulpmiddelen, aanpassingen of bijstand.

Daarnaast kan men ook een tegemoetkoming aanvragen voor het ombouwen van de woning. Dat kan gaan om het vergroten van de badkamer, de deuropeningen … Maar men kan ook een tegemoetkoming krijgen voor een aanvullende uitrusting van de woning zoalseen traplift of een automatische garagepoortopener.

De huidige terugbetalingssystemen van de hulpmiddelen die personen met snel degeneratieve aandoeningen, zoals amyotrofe lateraal sclerose (ALS), nodig hebben, was niet langer aangepast aan de noden van die personen. Het laat immers niet toe om de patiënten tijdig een gepast hulpmiddel aan te bieden omwille van de snelle evolutie van de ziekte en de eraan verbonden nood aan hulpmiddelen.

Om tegemoet te komen aan dat probleem wil het VAPH samen met een aantal partners de vrijwillige verhuurdienst van de ALS-Liga omvormen naar een gestructureerd systeem voor verhuur van de hulpmiddelen gefinancierd door de overheid. Op die manier vermijdt men in eerste instantie lange

wachttijden op een goedkeuring enerzijds en toekenning van hulpmiddelen met een beperkte gebruikstijd anderzijds.

Daartoe werd in samenwerking met een aantal partners een voorstel uitgewerkt dat in juni 2013 werd voorgelegd op de Interministeriële conferentie. Die Interministeriële conferentie stelt op haar beurt een werkgroep 'Hergebruik van hulpmiddelen voor personen met snel degeneratieve aandoeningen zoals ALS ' in. Die werkgroep zal belast worden met het uitwerken van operationele voorstellen.

Met ingang van 2009 werden alle rubrieken van all-inservicecontracten voor onderhoud en herstelling afgeschaft. In de plaats van die vaak prijzige contracten werd er voorzien in een subsidie (refertebedrag) voor aangetoonde onderhoudskosten. Ook werd er een redelijk refertebedrag ingevoerd voor herstellingen voor een aantal elektrisch aangedreven toestellen zoals een verzorgingsbed met hoog-laagfunctie, een wisseldrukmatras, een elektrisch aangedreven lifter op wieltjes of een automatische deuropener. Die toestellen zijn vaak zeer belangrijk voor het kunnen uitvoeren van de dagelijkse activiteiten waardoor het aangewezen is de terugbetaling van de gemaakte kosten een snelle herstelling niet in de weg staat.
In december 2010 werd een tweede pakket beheersmaatregelen doorgevoerd. Een 25 tal hulpmiddelen werden uit de refertelijst verwijderd. Het betreft courante, niet-handicapspecifieke toestellen zoals bijvoorbeeld een eenvoudige badzit of toiletverhoger of hulpmiddelen met slechts geringe meerkosten zoals een sprekende huishoudweegschaal voor blinden of slechtzienden.

Vanaf 1 januari 2011 werd een aanpassing ingevoerd waardoor de toegang naar de Bijzondere Bijstandscommissie (BBC) al een eerste keer werd bijgesteld voor de dossiers waarvoor de zeer uitzonderlijke zorgbehoefte wordt aangevraagd. Concreet werd een aangepaste financiële drempel in het IMB-besluit opgenomen. Daardoor komen hulpmiddelen met oplegkosten bovenop het refertebedrag maar lager dan die financiële drempel ,niet langer in aanmerking komen voor de BBC. Daarnaast werd voor een 15-tal hulpmiddelen het refertebedrag naar beneden bijgesteld. Voor elk nieuw voorstel tot aanpassing van de refertelijst wordt sindsdien bij de berekening van een nieuw refertebedrag uitgegaan van een set van criteria opgesteld op basis van het principe van goedkoopst adequate oplossing.

Een andere belangrijke wijziging sinds januari 2011 is dat de tegemoetkoming in de kosten van incontinentiemateriaal toegekend wordt in de vorm van een jaarlijks forfait. Het toepassen van een forfaitair systeem houdt in dat de betaling van de tegemoetkoming niet meer gekoppeld is aan het indienen en verwerking van individuele facturen.

Hulpmiddelen betekenen vaak meerkosten voor de persoon met een handicap. De refertebedragen op zich zijn echter niet eenvoudig af te stemmen op de individuele meerkosten van de persoon met een handicap. Daardoor werd het idee van **basiskosten** ontwikkeld. Dat zijn de kosten van een standaardproduct (basiskosten genoemd) dat een valide persoon in dezelfde omstandigheden kan gebruiken (bv. een gewone fiets als standaardproduct ten overstaan van een tandem voor de persoon met een handicap). Voor de bepaling wordt de prijs van een product voor een gemiddelde valide persoon als referentie genomen.

Vanaf 2012 werd de lijst van producten waarvoor geen tussenkomst kan ontvangen worden, uitgebreid met de expliciete vermelding van volgende zaken zoals een standaard-pc(desktop of laptop), een standaardbeeldscherm of groot beeldscherm, een televisiescherm enz.

Daarnaast werden ook de hulpmiddelen voor gebruik in een voorziening duidelijker afgebakend en uitgesloten van terugbetaling. Voorzieningen ontvangen werkingsmiddelen en infrastructuursubsidies afhankelijk van de doelgroepen waarop zij zich richten. Het IMB-budget kan dus niet zonder meer elke aanvraag ten laste nemen. Tot het IMB-budget behoren de hulpmiddelen voor individueel gebruik. Hulpmiddelen voor collectief gebruik komen niet in aanmerking voor subsidiëring. Dat zijn hulpmiddelen die door meerdere personen, eventueel opeenvolgend, kunnen gebruikt worden, eventueel mits een omkeerbare individuele aanpassing. Voor zover de uitrusting als redelijkerwijze noodzakelijk kan worden beschouwd voor de doelgroep waarop de voorziening zich richt, omvat dat onder andere:

- uitrusting en meubilair om te zitten, slapen, douchen, transfers maken en tillen;

- de aanpassingen van de slaap-, leef- en badkamer met inbegrip van de eventuele aanvullende uitrusting;
- ADL-hulpmiddelen voor het wassen, baden, douchen en slapen;
- signalerings- en omgevingsbedieningssystemen met uitzondering van de zender en de geïndividualiseerde aangepaste bediening als gebruik gemaakt wordt van een systeem dat geïntegreerd is in de rolstoelbesturing of in een communicatietoestel;
- aanpassing van het gebouw in functie van toegankelijkheid.

Link met de Perspectief 2020

Het bijsturen van het hulpmiddelenbeleid kreeg een plaats in het strategisch project 'het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein'.

Kunnen beschikken over een aangepaste woonomgeving is een van de hefbomen om mensen de keuze voor een inclusief traject te laten maken, waarbij de persoon met een handicap en zijn sociaal netwerk uitgedaagd worden om zoveel mogelijk zorg en ondersteuning zelf op te nemen

6.5 Het zorgregiegebeuren

Wie een vraag heeft naar niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening moet vandaag twee acties ondernemen. Men moet beschikken over een geldige PEC-beslissing die een inschatting maakt van de ondersteuningsnood. En men moet zijn ondersteuningsvraag laten registreren op de Centrale Registratie van de Zorgvragen (CRZ). Immers de vraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning is ook vandaag nog steeds groter dan het aanbod. De instroomrichtlijnen worden gevat door het besluit zorgregie (2006).

Op 18 februari 2011 wijzigde de Vlaamse Regering het BVR betreffende zorgregie. De concrete operationalisering van de wijzigingen vertaalde zich in een grondige aanpassing van de uitvoeringsrichtlijnen en de ondersteunende webapplicatie op 1 december 2011. Die wijzigingen kwamen niet zomaar uit de lucht vallen maar waren het gevolg van een evaluatie van de uitvoeringsrichtlijnen door de stakeholders het actieonderzoek rond de urgentiecategorieën en de vaststellingen uit de opeenvolgende CRZ-rapporten. Daarnaast bleek, uit vorige meerjarenanalyse dat een grondige zorgvernieuwingsoperatie zich opdrong. Het Perspectiefplan 2020, bekeken met een zorgregiebril, heeft als belangrijkste doelstellingen maximale instroomkansen te bieden aan de mensen met de grootste ondersteuningsnood. Die moeten dan ook geïdentificeerd kunnen worden.

6.5.1 Belangrijkste wijzigingen

6.5.1.1 Van vijf urgentiecodes naar twee urgentiecategorieën.

Waar de 'oude' uitvoeringsrichtlijnen vijf gradaties van urgentiecategorieën voorzagen, wordt dat vereenvoudigd tot 2 categorieën. Ook wordt het mandaat om de urgentiecategorie toe te kennen, toebedeeld aan de contactpersoon zorgregie en niet langer aan een erkend MDT. In de meeste situaties betekent dat voor de zorgvrager een vereenvoudiging (een betrokkene minder). De contactpersoon duidt in de applicatie aan of het gaat om een actieve vraag, waarbij een oplossing gewenst is binnen het jaar, of eerder een toekomstgerichte vraag. De contactpersoon bepaalt dat samen met de zorgvrager.

6.5.1.2 Verschillende procedures voor opname met hun opnameprioriteiten

Afhankelijk van de gewenste ondersteuning worden verschillende procedures voor opname voorzien. Voor een aantal weinig intensieve ondersteuningsvormen, zoals logeren, kortverblijf, rechtstreeks toegankelijke hulpverlening … kan een begeleidingsovereenkomst in de cliëntregistratie van het VAPH ingebracht worden zonder dat er vooraf een vraag op de CRZ geregistreerd werd. De begeleidingsovereenkomst is voor de voorziening wel noodzakelijk in het licht van de subsidiëring.

Bij de zorgvormen die gekenmerkt zijn door een relatief grote turnover, werd een vlotte procedure afgesproken om een open plaats in te vullen. Bij de 'procedure zonder melden open plaats' kan de voorziening op elk moment een kandidatenlijst genereren in de applicatie en daarop de

opnameprioriteiten toepassen. Het gaat hier om alle zorgvormen voor minderjarigen en de zorgvormen begeleid wonen, thuisbegeleiding, gezinsplaatsing bij meerderjarigen.

De 'procedure met melden open plaats' geldt voor de zorgvormen bij de meerderjarigen met een relatief kleine turnover. Het gaat daarbij om de tehuizen, de dagcentra en de inclusieve woonvormen. De wachttijden binnen die zorgvormen zijn doorgaans het meest problematisch. Wanneer een voorziening voor een van die zorgvormen een open plaats heeft, wordt die open plaats via de CRZ-applicatie bekendgemaakt. De contactpersonen kunnen hun cliënten aanmelden gedurende minstens een week. Op die manier ontstaat een kandidatenlijst, waaruit de voorziening volgens de afgesproken prioriteiten een of meerdere opnames kan realiseren.

Voor de procedures 'zonder' en 'met melden open plaats' gelden dezelfde prioriteitenregels. Als er minstens één kandidaat uit de eerste prioriteitengroep is, dan moet de voorziening uit die groep hem op te nemen. Daarvan kan enkel afgeweken worden door een motivatie in te dienen. Als de voorziening een kandidaat uit de tweede prioriteitengroep opneemt, terwijl er kandidaten zijn in de eerste en de motivatie wordt door het VAPH niet aanvaardt, dan kan men bij een volgende opname enkel nog afwijken nadat de motivatie wel aanvaard is.

De eerste prioriteitengroep bestaat uit de zorgvragen die door de regionale prioriteitencommissie (zie verder) erkend zijn als prioritair te bemiddelen zorgvragen en de zogenaamde migratievragen. Migratievragen zijn vragen van cliënten die reeds VAPH-ondersteuning krijgen en die binnen dezelfde zorgvorm wensen te verhuizen naar een andere dienst of voorziening of die hun ondersteuning willen vervangen door een minder intensieve vorm van VAPH-ondersteuning (binnen eenzelfde of een andere dienst of voorziening).

6.5.1.3 Werken met een regionale prioriteitencommissie (RPC)

Een andere ingrijpende wijziging is de installatie van de regionale prioriteitencommissies (RPC) in elke provincie.

Die commissies zijn, net als alle andere overlegorganen binnen de zorgregie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de gebruikersverenigingen, de verwijzende instanties en de voorzieningen. Voor het VAPH zit ook de coördinator zorgregie in de RPC. De werking van de RPC's wordt ondersteund door de provinciale coördinatiepunten handicap.

De RPC's hebben vier opdrachten:

- de status prioritair te bemiddelen (PTB) aan zorgvragen toewijzen
- kandidaten voor persoonsvolgende convenanten (PVC) aanduiden
- kandidaten voor een PAB aanduiden
- Advies geven m.b.t. de motivaties van afwijkende opnames

Het aantal toe te wijzen statussen PTB wordt begrensd door een quotum. Dat quotum zorgt ervoor dat het aantal PTB's beperkt blijft, waardoor de instroomkansen van mensen met een status PTB gemaximaliseerd worden. Voor de zorgvormen waar het aantal vragen naar een status PTB groter is dan het aantal instromers, betekent dat dat de RPC's vaak bijzonder moeilijke keuzes moeten maken.

Voor het aanduiden van kandidaten voor PVC en PAB houdt het RPC rekening met het beschikbare budget. Zo kan het VAPH alle kandidaten die door de RPC voorgesteld worden en die voldoen aan de formele voorwaarden, ook de gevraagde vorm van persoonsvolgende financiering toekennen.

6.5.1.4 Legistieke basis voor de middelen voor contactorganisaties

Via de permanente cel zorgregie werd door de contactorganisaties al lang aangedrongen op het toekennen van een vergoeding voor het werk van de contactpersonen zorgregie. Daarvoor werd met de wijzigingen van het Besluit van de Vlaamse Regering de legistieke basis gelegd. De vergoedingen worden sinds 2011 dan ook jaarlijks door het VAPH betaald aan de contactorganisaties.

6.5.1.5 De procedures zorgregie afdwingbaar maken

De wijzigingen in het Besluit van de Vlaamse Regering laten het VAPH toe om een opname die niet volgens de procedures van de zorgregie verlopen zijn, niet langer te subsidiëren. Die wijziging maakte het voor het VAPH mogelijk de informaticasystemen zo aan te passen dat in de

cliëntregistratie enkel nog begeleidingsovereenkomsten kunnen geregistreerd worden die tot stand gekomen zijn na het volgen van de geldende procedures.
Die koppeling heeft ongetwijfeld voor een verdere stijging van het aantal geregistreerde zorgvragen gezorgd. Tot 30 november 2011 was het in de praktijk mogelijk om in de cliëntregistratie een opname in te geven zonder een zorgvraag te registreren. Dat kan voor de zorgvormen die vallen onder de procedures met en zonder melden open plaats, sinds 1 december 2011 niet meer.

6.5.1.6 Registratie van nieuwe begeleidingsovereenkomsten binnen de maand

Om voldoende zicht te houden op de tendensen van in- en uitstroom en op het eventuele vrijstaande aanbod binnen de voorzieningen, werd afgesproken dat nieuwe begeleidingsovereenkomsten steeds binnen de maand geregistreerd moeten worden.
Hetzelfde geldt voor het afsluiten van begeleidingsovereenkomsten.

6.5.2 Concrete werking van de zorgregie

6.5.2.1 Eerste evaluatie van het werken met een regionale prioriteitencommissie

Eind 2012 werd, na ongeveer een jaar werken, een eerste evaluatie van de werking van de RPC's gehouden. Die evaluatie had niet tot doel het systeem opnieuw helemaal te hertekenen, maar om in kaart te brengen wat goed liep en verbeterpunten te formuleren. Daarnaast was het de bedoeling om in beeld te krijgen welke beleidslijnen van belang zullen zijn bij het uitwerken van het strategisch project 'herinrichten van de zorgregie in functie van de persoonsvolgende financiering'.

Uit de evaluatie bleek dat de taken die de leden van de RPC's uitvoeren, geenszins te onderschatten zijn. Vaak moeten pijnlijke keuzes gemaakt worden. Die hebben belangrijke consequenties voor mensen met een dringende zorgvraag. Toch wordt het feit dat die beslissingen in intersubjectiviteit genomen worden door een commissie met mensen vanuit verschillende invalshoeken, als een belangrijke meerwaarde gezien.

De evaluatie heeft geleid tot een actieplan. Hieronder geven we kort de belangrijkste elementen van dat actieplan weer.

6.5.2.2 Acties op korte termijn

In 2013 zullen de uitvoeringsrichtlijnen op een aantal kleine punten aangepast worden. Er worden bijvoorbeeld andere afspraken gemaakt over in welk RPC men zijn vraag moet stellen.

Daarnaast worden de checklists die ingevuld moeten worden voor een aanvraag bij de RPC, aangepast.

Ook de verschillen in werking tussen de RPC's worden in kaart gebracht. En, met de RPC's wordt bekeken waar we hun werking beter op elkaar moeten afstemmen en hoe we dat gaan doen.

6.5.2.3 Acties op (midden)lange termijn

In het kader van het strategisch project 'herinrichten van de zorgregie' engageert het VAPH zich om een systeem uit te werken waarbij de gebruiker niet meer verplicht wordt om zijn zorgvraag via een contactpersoon te stellen, maar waarbij hij er kan voor opteren om zelf zijn vraag te behartigen.

Ook wordt verder uitgeklaard hoe het proces van prioritering in het kader van de persoonsvolgende financiering best opgezet wordt.

Link met de Perspectief 2020

Met betrekking tot de zorgregieprocessen zijn de belangrijkste elementen terug te vinden in het strategisch project 'de zorgregie herinrichten in functie van de vraaggestuurde organisatie van het aanbod en de persoonsvolgende financiering'.

6.6 Zorgvernieuwingsprojecten

Met de middelen van het uitbreidingsbeleid 2010 werden negentien projecten rond zorgvernieuwing opgestart. Binnen die projecten werden experimenten opgezet rond inclusie, vermaatschappelijking van de zorg …

Met de middelen van het uitbreidingsbeleid 2010 werden achttien projecten rond zorgvernieuwing opgestart. Doel van deze projecten was om verschillende sporen binnen Perspectief 2020 te verkennen. De ingediende projecten dienden gericht te zijn op samenwerking met andere sectoren, op community based living en lokale netwerkvorming, of op het versterken van de autonomie van personen met een handicap. Bij twee tot drie projecten bleek het moeilijk om de vooropgestelde doelstellingen te halen. Bij de overige projecten werden een aantal boeiende praktijken ontwikkeld rond netwerkvorming in de buurt, rond samenwerking met andere sectoren, meestal met de bejaardensector. Bij diverse projecten werd uitgegaan van een degelijke vraagverduidelijking. In enkele projecten werd met beperkte middelen een oplossing geboden als alternatief voor intensievere ondersteuning. Twee projecten hadden betrekking op hulpmiddelen. Vooral het project Bleu Call Phone is expliciet gericht op het versterken van de autonomie van de persoon met een handicap.

Samenvattend kan gesteld dat deze projecten duidelijk hebben gemaakt dat een goede vraagverduidelijking en gerichte verkenning van netwerken, buurtwerking, vrijwilligers (ook pleegzorg) en de inzet van andere sectoren, kunnen leiden tot meer inclusieve en vraaggestuurde zorg. Deze projecten tonen aan dat vermaatschappelijking van de zorg niet enkel een theoretisch begrip is, maar ook effectief kan gerealiseerd worden.

6.7 Lerende netwerken

Om de ervaringen en inzichten die met alle vernieuwingen worden opgedaan maximaal te kunnen delen en verspreiden, werden in 2013 drie leernetwerken opgestart:

1/ Lerend netwerk 'Community Building'. Dit leernetwerk heeft als doelstelling community building te realiseren in heel Vlaanderen tegen 2020. Het gaat met name over community care en community living. Daartoe zijn in elke provincie 'ambassadeurs' van community building in het leven geroepen (Tordale en Marienstede voor West-Vlaanderen, Plan vzw voor Oost-Vlaanderen, Ithaka voor Limburg en Antwerpen, Zonnestraal voor Vlaams-Brabant). Zij starten niet enkel projecten op om community building te realiseren, maar brengen alle initiatiefnemers in dit verband, gebruikers en overheden, samen in lerende netwerken. In die netwerken worden inzichten en ervaringen gedeeld en datdoelgroepoverschrijdend (burgers, personen met een handicap, kansarmen, ouderen, mensen uit de psychiatrie ...). Met het lerend netwerk 'Community Building' wordt ingespeeld op de cirkels 1, 2, 3 en 4 van het ondersteuningsmodel (zie hoofdstuk 2).

2/ Lerend netwerk 'Sociaal ondernemerschap'. Doelstelling is om tegen 2020 in heel Vlaanderen lerende netwerken op te starten, waarin kennis, ervaring en inzichten worden gedeeld om het sociaal ondernemerschap in Vlaanderen te bevorderen. Doelgroep zijn het management en de raden van bestuur van de voorzieningen.

3/ Lerend netwerk 'Woongarantie 2020, gekoppeld aan de Zorggarantie'. Zie de paragrafen 'projecten woongarantie-ondersteuningsgarantie' en 'advies- en coachingbureau GIPSO' onder paragraaf 1.5.2 in deze omzendbrief. GIPSO bouwt in eerste instantie samen met de initiatiefnemers van de projecten woongarantie/ ondersteuningsgarantie binnen het uitbreidingsbeleid 2013 het lerend netwerk uit, maar beperkt zich uiteraard niet tot die initiatiefnemers.

7 Het ondersteuningslandschap anno 2020: groei en uitdagingen

7.1 Uitdagingen voor de periode 2014-2020

7.1.1 Verdere toename van de vraag naar zorg en ondersteuning

Uit de algemeen maatschappelijke analyse is gebleken dat in de vraag naar ondersteuning nog geen kentering is gekomen. De vraag naar handicapspecifieke ondersteuning zal ook de komende jaren verder stijgen.

Redenen voor deze stijging zijn onder meer:

- demografische gegevens: verdere groei van de bevolking ten gevolge van een stijgend geboortecijfer, een snel stijgende levensverwachting en de effecten van migratie;
- een stijging van het aantal personen met een aangeboren handicap en verworven handicap ten gevolge van een aantal medische en wetenschappelijke ontwikkelingen;
- een grotere vraag naar handicapspecifieke ondersteuning vanuit de groep personen met een vreemde origine;
- een verdere inkrimping van het sociaal netwerk van de persoon met een handicap waardoor de vraag naar professionele ondersteuning verder stijgt;
- de verdere stijging van het aantal kinderen en jongeren in het buitengewoon onderwijs in het algemeen en binnen de secundaire opleidingsvormen 1 en 2 in het bijzonder.

De groei van de groep personen met een handicap met een aangetoonde ondersteuningsnood wordt bevestigd door het aantal kinderen en jongeren die recht hebben op verhoogde kinderbijslag enerzijds en het aantal personen dat recht heeft op een inkomensvervangende tegemoetkoming anderzijds. Om in aanmerking te komen voor die tegemoetkomingen moet de persoon én een erkende handicap hebben én een aangetoonde ondersteuningsnood.

7.1.2 Een veranderde visie op handicap

De VN-conventie betreffende de rechten van personen met een handicap werd op 2 juli 2009 geratificeerd door België. Omdat personen met een handicap bijzonder kwetsbaar zijn in de dagdagelijkse uitoefening van hun rechten, oordeelde de VN dat een specifieke erkenning van die rechten voor die personen noodzakelijk is. De staten die het verdrag ratificeerden, verbinden zich ertoe een passende omgeving te creëren en de geschikte maatregelen te nemen om personen met een handicap het volle genot van hun rechten te geven en ze op voet van gelijkheid met de andere burgers te stellen.

Het verdrag is de juridische neerslag van een gewijzigd handicap-paradigma. Waar vroeger 'handicap' individueel werd benaderd, wordt een handicap vandaag opgevat binnen een brede maatschappelijke context. Bij de uitbouw van een ondersteuningsmodel moet het burgerschapsmodel centraal staan. Dat burgerschapsmodel is een inclusief sociaal model dat de klemtoon legt op de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de individuele autonomie en de sociale solidariteit.

Maximaal moet geïnvesteerd worden in een volwaardige participatie van personen met een handicap. Personen met een handicap moeten zelf hun leven kunnen sturen en de sociale solidariteit moet maximaal spelen.

Voor het VAPH brengt die gewijzigde kijk op handicap een aantal uitdagingen met zich mee.

De volwaardige participatie van personen met een handicap staat haaks in op formules van 'vooraf' georganiseerde zorg, vaak gestandaardiseerd en allesomvattend. De zelfbeschikking van de persoon met een handicap in relatie tot zijn directe omgeving, valt zelden te rijmen met de formules van

aanbodsgestuurde ondersteuning. Hoewel het voorbije decennia heel wat nieuwe formules voor handicapspecifieke ondersteuning werden geïnitieerd en door middel van flexibilisering de bestaande ondersteuningsvormen meer op maat van de vraag werden gesneden, zullen aanbodsgestuurde ondersteuningsvormen nooit de dynamiek van de ondersteuningsvraag kunnen volgen. Welke vorm van ondersteuning iemand nodig heeft, is geen stabiel gegeven maar verandert voortdurend in duur, intensiteit en frequentie. Daarbij zijn de persoon met een handicap en zijn omgeving het best geplaatst om aan te geven welke vormen van ondersteuning hij nodig heeft en wanneer hij die nodig heeft. Willen we volwaardige participatie van personen met een handicap faciliteren, dan zal de omslag van aanbodsgestuurde ondersteuning naar vraaggestuurde ondersteuning noodzakelijk zijn.

Het is daarbij belangrijk ook stil te staan bij de wijze waarop de samenleving zich organiseert. Een brede en ruime toegankelijkheid van alle beleidsdomeinen impliceert dat er minder handicapspecifieke maatregelen nodig zijn om de participatiekansen van mensen met een handicap te optimaliseren. Heel wat beleidsdomeinen volgen die trend naar een inclusiever beleid. We denken daarbij aan de maatregelen genomen binnen Onderwijs, Wonen, Welzijn, Werk en Sociale economie … Het VAPH zal ook de komende jaren blijvend moeten investeren in het stimuleren van de verschillende beleidsdomeinen in een inclusiever beleid.

7.1.3 Perspectief 2020

Perspectief 2020 concretiseert de eerste stappen richting een nieuw ondersteuningslandschap. Vanuit de vaststelling dat ook de nood aan ondersteuning verder groeit én de uitdagingen die de keuze voor het burgerschapsmodel met zich meebrengt, werden twee belangrijke doelstellingen, te bereiken in 2020, geformuleerd:

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

Om die doelstellingen te kunnen waarmaken, zijn een aantal kritische succesfactoren gedefinieerd. Die kritische succesfactoren werden vertaald in elf strategische projecten en te ondernemen acties.

Heel wat van de zaken die daarin opgenomen zijn, zijn intussen binnen het VAPH opgenomen. Maar, een van de grootste uitdagingen voor de komende jaren is de omslag naar persoonsvolgende financiering.

7.2 Het ontwerpdecreet persoonsvolgende financiering

Het vernieuwd ondersteuningslandschap voor personen met een handicap in Vlaanderen werd verder uitgetekend in de conceptnota Persoonsvolgende Financiering (PVF).

Centraal in die conceptnota staat het dynamisch ondersteuningsmodel, bestaande uit vijf concentrische cirkels:

- cirkel 1: zelfzorg
- cirkel 2: gebruikelijke zorg
- cirkel 3: zorg en ondersteuning geboden door familie, vrienden, collega's …
- cirkel 4: professionele zorg en ondersteuning vanuit de algemene zorg en dienstverlening
- cirkel 5: professionele zorg en ondersteuning gefinancierd door het VAPH

Om het dynamisch model te faciliteren én aan elke persoon met een erkende handicap met een aangetoonde ondersteuningsbehoefte het recht te geven op basisondersteuning, is de invoer van een getrapt systeem van **persoonsvolgende financiering** (PVF) essentieel. Het voorliggend model dat opgenomen is in het ontwerpdecreet PVF, bestaat uit twee trappen:

- eerste trap: het 'basisondersteuningsbudget (BOB)' toegankelijk voor iedere persoon met een erkende handicap en een ondersteuningsnood vastgesteld door het VAPH. Dat BOB kan gecombineerd worden met rechtstreeks toegankelijke ondersteuning gefinancierd door het VAPH. Die ondersteuning is beperkt in frequentie, duur en intensiteit
- tweede trap: een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning gefinancierd door het VAPH

Het **recht op ondersteuning** brengt met zich mee dat iedereen met een erkende handicap en een voldoende aangetoonde ondersteuningsnood binnen een redelijke termijn recht heeft op ondersteuning.

Om toegang te krijgen tot een persoonsvolgend budget, moet een ondersteuningsplan opgesteld worden. Het ondersteuningsplan is het resultaat van een proces van vraagverduidelijking. In dat ondersteuningsplan wordt naast een luik diagnostiek, ook de invulling van de vijf concentrische cirkels bekeken. Het ondersteuningsplan moet de totale ondersteuningsnood van de persoon met een handicap in kaart brengen.

Gezien de inschatting van de ondersteuningsnood uitgaat van een dynamisch model, is op gezette tijdstippen een **herindicatiestelling** (inschatting ondersteuningsnood eventueel ook diagnostiek) noodzakelijk. Die herindicatiestelling kan op vraag van de cliënt en/of zijn netwerk of op vraag van de ondersteuner. Daarnaast kan vanuit het VAPH een herindicatiestelling op overgangsmomenten (vb. overgang lagere school, middelbaaronderwijs, minder-/meerderjarigheid, 65+ …) gevraagd worden.

Binnen trap 2 is er bijzondere aandacht voor de **continuïteit in ondersteuning**. Iedereen die al niet rechtstreeks ondersteuning krijgt en van wie de reële ondersteuningssituatie wijzigt, moet de garantie krijgen dat de niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning kan gecontinueerd worden wanneer uit de herindicatiestelling de nood blijkt.

7.2.1 Het vernieuwd ondersteuningslandschap samengevat in 3 ondersteuningsgroepen

Na de hertekening van het ondersteuningslandschap voor personen met een handicap zullen we in 2020 drie ondersteuningsgroepen onderscheiden.

Een eerste ondersteuningsgroep bestaat uit die mensen die een handicap hebben maar geen aangetoonde of slechts een tijdelijke, laagintensieve ondersteuningsbehoefte hebben. Deze groep personen kan gebruik maken van de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening (RTH) gesubsidieerd door het VAPH. Ook de personen met een vermoeden van handicap behoren tot deze groep.

Belangrijk is dat we voor deze personen wel voldoende capaciteit rechtstreeks toegankelijke hulpverlening moeten voorzien.

Een tweede ondersteuningsgroep bestaat uit die mensen die een erkende handicap hebben én een duidelijke vastgestelde ondersteuningsbehoefte hebben. Maar de aangetoonde ondersteuningsbehoefte is beperkt. Ook deze groep personen kan gebruik maken van de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening door het VAPH. Door de aanwezigheid van een voldoende, aangetoonde ondersteuningsbehoefte kan de persoon met een handicap daarnaast ook aanspraak maken op een basisondersteuningsbudget (BOB). Dat budget wordt niet uitbetaald door het VAPH maar via de zorgverzekering. Er zal door het VAPH minimaal een toetsing moeten gebeuren waaruit blijkt dat de persoon én een erkende handicap heeft én er een significante ondersteuningsbehoefte is.

Ook voor deze groep zal er een voldoende capaciteit aan RTH moeten worden voorzien.

Vanuit het perspectief van het VAPH is er dus slechts een minimaal verschil tussen de personen uit de eerste twee ondersteuningsgroepen. De personen uit beide groepen kunnen enkel gebruik maken van de RTH-gesubsidieerde ondersteuning van het VAPH. Binnen het groter ondersteuningslandschap bestaat er wel degelijk een verschil tussen de eerste en de tweede groep.

Een derde en laatste ondersteuningsgroep bestaat uit mensen met een erkende handicap die een uitgebreide, aangetoonde ondersteuningsbehoefte hebben.

Voor die groep zullen we een inschatting trachten te maken van de noodzakelijke capaciteit niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening.

Daarenboven kan elke persoon met een erkende handicap een beroep doen op individuele materiële bijstand (IMB; hulpmiddelen en woningaanpassing). Die vorm van ondersteuning staat naast de Persoonsvolgende Financiering maar is wel een belangrijke (aanvullende) vorm van ondersteuning.

7.3 Het ondersteuningslandschap en zijn toegankelijkheid

We onderscheiden dus drie ondersteuningsgroepen bij wie de ondersteuning ook kan aangevuld worden met IMB.

De eerste en tweede ondersteuningsgroep kunnen enkel beroep doen op de rechtstreeks toegankelijke VAPH-ondersteuning. Dat impliceert dat er geen formele vaststelling moet gebeuren van de handicap met uitzondering van die groep die de RTH ook wil combineren met IMB. De vaststelling van de handicap (of het vermoeden van), wordt steeds nagegaan door de dienst die de RTH aanbiedt. Als men gecombineerd gebruik wil maken van IMB, moet men wel een formele vaststelling van de handicap door het VAPH hebben.

Wil men een BOB, dan zal de ondersteuningsnood moeten vastgesteld worden. Die vaststelling zal in de toekomst gebeuren door het VAPH.

De derde ondersteuningsgroep is niet direct toegankelijk, ook niet na een formele vaststelling van de handicap (door bijvoorbeeld ondersteuning IMB). Voor deze groep moet er een uitgebreide indicatiestelling gebeuren. Die indicatiestelling gebeurt door een MDT en heeft als uitgangspunt het individueel ondersteuningsplan van de persoon met een handicap. Dat ondersteuningsplan wordt bij voorkeur opgesteld samen met een dienst ondersteuningsplan (DOP) maar de ondersteuning van die dienst zal niet verplicht zijn. Een indicatiestelling omvat de gewenste VAPH-gesubsidieerde ondersteuning uitgedrukt in een voucher, budget of een combinatie van beide.

Bijkomend zal er, zolang er schaarste is, moeten bepaald worden aan wie er prioritair een budget en/of voucher moet toegekend worden.

8 De persoonsvolgende financiering in cijfers, een aantal inschattingen

In onderstaand hoofdstuk trachten we een inschatting te maken van het aantal personen die we tegen 2020 zullen moeten ondersteunen.

8.1 Inschatting van de totale groep personen met een erkende handicap én een erkende ondersteuningsnood

We willen zicht krijgen op de totale groep personen met een handicap in Vlaanderen. Maar om dat te doen hebben we minimaal betrouwbare gegevens nodig rond de prevalentie van 'handicap' in Vlaanderen. Die prevalentiecijfers kennen we vandaag niet.

Een alternatief kan gevonden worden in het aantal personen die recht geven of hebben op verhoogde kinderbijslag en/of een inkomenvervangende-/integratietegemoetkoming. We bekijken beide toewijssystemen naderbij en stellen ons de vraag of beide systemen kunnen gehanteerd worden om een inschatting te maken van de groep personen met een handicap in Vlaanderen.

8.1.1 Verhoogde kinderbijslag

Het toekenningssysteem verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een aandoening is in 2007 grondig hervormd.

We moeten daardoor een onderscheid maken tussen de kinderen geboren voor 31 december 1992 en de kinderen geboren na 31 december 1992.

Voor de kinderen geboren voor 1992 blijft het oude systeem van verhoogde kinderbijslag gelden. Naast een aangetoonde handicap van 66 % werd de zelfredzaamheid van de kinderen beoordeeld. Die zelfredzaamheid wordt uitgedrukt in een puntenschaal van 0 tot 9 punten. Die schaal wordt ingedeeld in drie categorieën waaraan een verhoogde tegemoetkoming wordt gekoppeld.

Alle kinderen geboren na 31 december 1992 worden geëvalueerd door middel van een nieuwe schaal. De handicap van het kind en de belemmeringen op zijn/haar zelfredzaamheid worden ruimer beoordeeld. Men hanteert drie pijlers in de schaal:

In de eerste pijler wordt de handicap van het kind puur medisch bekeken en uitgedrukt in een percentage. Dat percentage wordt uitgedrukt op een puntenschaal van 0 tot 6 punten.

In de tweede pijler wordt de graad van zelfredzaamheid bepaald. Daartoe worden een aantal domeinen bekeken, namelijk: leren, opleiding en sociale integratie, communicatie, mobiliteit en verplaatsing en ten slotte zelfverzorging.

De derde pijler tenslotte focust zich op de inspanningen van het gezin. Om die inspanningen te scoren, bekijkt men volgende zaken: opvolging van de behandeling thuis, de verplaatsing voor medisch toezicht en behandeling en aanpassingen aan de leefwijze en de leefomgeving.

Voor pijler twee en drie wordt elk item gescoord met een maximum van 3 punten. De invloed van de handicap op het kind zelf en op het gezin wordt uitgedrukt in een schaal van 0 tot 18 punten.

Een combinatie van pijler 1, 2 en 3 bepaalt de hoogte van de bijkomende kinderbijslag.

Op 31 december 2012 waren bij de Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers 44.944 kinderen gekend die recht gaven op verhoogde kinderbijslag (België).

Tabel 48: aantal kinderen dat recht geeft op verhoogde kinderbijslag

Punten volgens de ernst van de gevolgen van de handicap	Aantal rechtgevende kinderen
minder dan 4 punten op pijler 1; 6 tot 8 punten op de 3 pijlers samen	17.077
minder dan 4 punten op pijler 1; 9 tot 11 punten op de 3 pijlers samen	5.245
minimum 4 punten op pijler 1; minder dan 6 punten over de 3 pijlers samen	45
minimum 4 punten op pijler 1; 6 tot 8 punten over de 3 pijlers samen	1.856
minimum 4 punten op pijler 1; 9 tot 11 punten over de 3 pijlers samen	5.292
12 tot 14 op de 3 pijlers samen	5.963
15 tot 17 punten op de 3 pijlers samen	3.266
18 tot 20 punten op de 3 pijlers samen	2.055
meer dan 20 punten op de 3 pijlers samen	2.699
Zelfredzaamheidsschalen	
0 tot 3 graden	344
4 tot 6 graden	627
7 tot 9 graden	475
Totaal	44.944

CONCLUSIE: ***het toekenningssysteem 'verhoogde kinderbijslag' kan zeker een indicatie geven over de grootte van de totale groep kinderen met een handicap maar wel met volgende beperking. In de evaluatie wordt rekening gehouden met de handicap van het kind (pijler 1) maar ook de ondersteuningsbehoefte van het kind. De gegevens zijn dus enkel bruikbaar om een inschatting te maken van de grootte van de tweede en derde ondersteuningsgroep.***

8.1.2 Inkomensvervangende tegemoetkoming en integratietegemoetkoming

Voor volwassen personen met een handicap bestaan twee vormen van tegemoetkoming. Een eerste vorm van tegemoetkoming betreft de inkomensvervangende tegemoetkoming. Een persoon met een handicap die door zijn handicap niet kan gaan werken of van wie het verdienvermogen beperkt is tot een derde van wat een persoon zonder handicap op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen, kan recht hebben op een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).

Daarnaast of los daarvan kan wie moeilijkheden ondervindt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals koken, eten, wassen, poetsen …, misschien recht hebben op een integratietegemoetkoming (IT). We spreken dan van de invloed van de handicap op de zelfredzaamheid.

Om het recht op een of beide tegemoetkomingen te laten gelden, moet men minimaal zijn handicap kunnen aantonen.

Op 31 december 2012 kregen in België 163.336 personen een of beide tegemoetkomingen uitgekeerd.

Tabel 49: aantal personen met een tegemoetkoming

		IT enkel						IVT enkel	IVT+IT					
		1	2	3	4	5	**Totaal**		1	2	3	4	5	**Totaal**
Brussel	BEL	451	1469	1 517	555	185	**2660**	1515	1819	2526	1935	1000	558	**7838**
	EU	73	212	221	86	30	**622**	229	196	270	251	116	56	**889**
	Non-EU	20	58	54	20	7	**159**	214	184	247	142	65	47	**685**
		544	**1739**	**275**	**661**	**222**	**3441**	**1958**	**2199**	**3043**	**2328**	**1181**	**661**	**9412**
Vlaanderen	BEL	5485	11912	10855	3729	1370	**33351**	5370	6127	9897	9830	6827	4905	**37586**
	EU	164	211	212	79	23	**689**	274	254	268	192	107	74	**895**
	Non-EU	59	67	42	17	7	**192**	166	185	152	113	35	50	**535**
		5708	**12190**	**11109**	**3825**	**1400**	**34232**	**5810**	**6566**	**10317**	**10135**	**6969**	**5029**	**39016**
Wallonïe	BEL	2842	7237	7172	2778	876	**20905**	8284	7509	9794	7488	4753	3215	**32759**
	EU	264	658	650	258	91	**1921**	767	631	757	530	378	269	**2565**
	Non-EU	18	47	25	7	7	**104**	167	159	161	84	38	36	**478**
		3124	**7942**	**7847**	**3043**	**974**	**22930**	**9218**	**8299**	**10712**	**8102**	**5169**	**3520**	**35802**

CONCLUSIE: ***het toekenningssysteem 'inkomensvervangende-/intgratietegemoetkoming' kan een indicatie geven over de grootte van de totale groep volwassen personen met een handicap maar wel met dezelfde beperking als voor kinderen. De gegevens zijn enkel bruikbaar om een inschatting te maken van de grootte van de tweede en derde ondersteuningsgroep.***

8.2 Personen met een erkende handicap en een aangetoonde ondersteuningsnood

Niet elke persoon die op vandaag recht geeft of heeft op respectievelijk verhoogde kinderbijslag en een inkomensvervangende-/integratietegemoetkoming zal in de toekomst ook recht hebben op een basisondersteuningsbudget (BOB). Want om toegang te krijgen op een basisondersteuningsbudget moet men én een erkende handicap hebben én een aangetoonde ondersteuningsbehoefte. Bovendien zal het BOB enkel toegekend kunnen worden aan residenten van het Vlaams Gewest en Vlamingen in Brussel. Onderstaand trachten we een inschatting te maken van de grootte van deze groep.

Belangrijk is dat in onderstaande simulatie een inschatting wordt gemaakt van het maximaal aantal personen die recht zullen hebben op een basisondersteuningsbudget. We vertrekken hierbij van het aantal kinderen in Vlaanderen en Brussel dat recht geeft op verhoogde kinderbijslag en het aantal volwassenen dat recht heeft op een integratietegemoetkoming. De criteria voor de verhoogde kinderbijslag en de integratietegemoetkoming zijn niet gelijk aan de criteria voor het basisondersteuningsbudget. Voor deze laatste zijn de criteria immers nog niet gekend. We zien ons dan ook genoodzaakt om een aantal hypothese aan te nemen. De hypothese zijn ruim gedefinieerd. De toekomstige criteria zullen mogelijk anders en selectiever zijn. Binnen de taskforce Persoonsvolgende Financiering, bestaande uit vertegenwoordigers van alle stakeholders, wordt momenteel een advies aan de minister voorbereid. In dit advies wordt om onder meer de criteria en de procedure voor het BOB mee opgenomen.

In deze simulatie nemen we voor de minderjarige personen met een handicap volgende hypothese aan:

'Een erkende handicap én een aangetoonde ondersteuningsbehoefte kan voor kinderen op de inschaling m.b.t. de toekenning van verhoogde kinderbijslag vertaald worden in minimaal 4 punten op pijler 1. Kinderen waarvoor de inschaling heeft uitgewezen dat er geen 4 punten kunnen toegekend worden op de eerste pijler, hebben geen handicap die behoort tot de doelgroep van het VAPH. Kinderen die nog ingeschaald zijn aan de hand van de zelfredzaamheidschalen, scoren minstens een vermindering van de zelfredzaamheid met 4 graden.'

Voor Vlaanderen en Brussel komen we, na aanname van die hypothese tot 14.973[5] kinderen met een erkende handicap én een aangetoonde ondersteuningsbehoefte.

Voor volwassen personen met een handicap nemen we volgende hypothese aan:

'Wie moeilijkheden ondervindt bij het uitvoeren van dagdagelijkse activiteiten in die mate dat men kan spreken over een aangetoonde ondersteuningsbehoefte, krijgt minimaal een integratietegemoetkoming. Personen die geen integratietegemoetkoming ontvangen, maar enkel een inkomensvervangende tegemoetkoming, hebben dan wel een erkende handicap maar geen aangetoonde ondersteuningsbehoefte die niet door de zelfzorg of gebruikelijke zorg kan ondervangen worden'

Voor Vlaanderen en Brussel komen we, na aanname van de hypothese, op een totaal van 77.104 personen die een basisondersteuningsbudget kunnen aanvragen.

Voor zowel minderjarigen als meerderjarigen komen we op een totaal van 92.077 personen met een erkende handicap en een aangetoonde ondersteuningsbehoefte.

Houden we rekening met een groei van 3 % per jaar van de groep personen met een handicap, dan komen we op volgend resultaat:

Tabel 50: inschatting aantal potentiële klanten VAPH bij 3 %-groei

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal potentiële klanten	92.077	95.300	98.635	102.087	105.660	109.359	113.186	117.148	121.248

De grootte van de groep waaraan het VAPH in 2020 ondersteuning zou moeten kunnen bieden in de vorm van rechtstreeks toegankelijke hulp, het basisondersteuningsbudget, via het hulpmiddelenbeleid en/of door middel van een persoonsvolgend budget, wordt geschat op 121.000 personen.

8.3 Verdeling over de verschillende ondersteuningsgroepen

Van de groep personen aan wie het VAPH in 2020 ondersteuning zou moeten kunnen bieden, maken we een inschatting van het aantal personen dat recht zou hebben op een BOB (al dan niet in combinatie met RTH) en het aantal personen dat een vraag zou hebben naar een persoonsvolgend budget. De input daarvoor wordt gehaald uit de analyses die werden gemaakt in de meerjarenanalyse VAPH.

We schatten de groep personen met een erkende handicap én een aangetoonde ondersteuningsnood dus in op een kleine 121.000 personen in 2020.

Om een inschatting te kunnen maken welke van deze personen zal kiezen voor het basisondersteuningsbudget, weten we te weinig over de precieze ondersteuningsnood. Een belangrijk deel van deze personen krijgt vandaag immers geen ondersteuning van het VAPH of heeft nog nooit een vraag gesteld aan het VAPH. Onderstaand trachten we een inschatting te maken door te vertrekken van de gegevens waarover we wel beschikken. We veronderstellen dat wie vandaag geen ondersteuning krijgt of vraagt, ook in de toekomst geen persoonsvolgend budget of voucher zal vragen.

We bekijken dus de groep van wie we wel informatie hebben over de ondersteuningsnood, namelijk de groep personen die vandaag reeds ondersteuning krijgt door een VAPH-gesubsidieerde dienst of de vraag naar ondersteuning heeft gesteld.

[5] Gezien we de exacte verdeling voor 31 december 2012 niet kennen, baseerden we ons op de verhoudingen gekend op 31 december 2011 (67,21 % gecumuleerd voor Vlaanderen en Brussel). We veronderstellen daarbij dat 30 % van de kinderen uit het Brussel Hoofdstedelijk Gewest onder de bevoegdheid van Vlaanderen vallen.

We vertrekken van de personen die we kennen op 31 december 2012. Die gegevens zijn voor de oefening de meest betrouwbare indicator om de totale groep in te schatten. Immers de registratie van vragen naar rechtstreeks toegankelijke ondersteuning is sinds de invoer van het besluit RTH niet langer verplicht. Bovendien werden de ondersteuningsvragen van Oost-Vlaamse minderjarige personen met een handicap in september 2013 geschrapt van de CRZ i.f.v. de opstart van de intersectorale toegangspoort. Daardoor zijn de gegevens van 31 december 2013 niet betrouwbaar voor deze simulatie.

Tabel 51: aantal ondersteuningsovereenkomsten in december 2012

Ondersteuningsovereenkomsten	Aantal ondersteuningsovereenkomsten per ondersteuningsvorm
Mobiele begeleiding minderjarigen	8.077
Semi-residentiele begeleiding minderjarigen	3.332
Inclusieve woonvormen minderjarigen	247
Residentiële ondersteuning minderjarigen	4.431
MFC	1.194
Tijdelijke residentiële ondersteuning minderjarigen	831
Totaal minderjarigen	**18.112**
Mobiele begeleiding meerderjarigen	8.936
Semi-residentiële begeleiding meerderjarigen	4.644
Inclusieve woonvormen meerderjarigen	3.694
Residentiële ondersteuning meerderjarigen	13.983
Tijdelijke residentiële ondersteuning meerderjarigen	1.885
Totaal meerderjarigen	**33.142**
Ondersteuningsbudgetten	
PAB	6.609
PVC	213
PGB	130
Totaal persoonsvolgende bugetten	**6.952**
Algemeen Totaal	**58.206**

Veronderstellen we ook hier dat deze groep met 3 % per jaar (2013 tem 2020) aangroeit, dan komen we op volgend resultaat:

Tabel 52: inschatting van het aantal personen met ondersteuningsvorm in 2020

Ondersteuningsovereenkomsten	**Aantal ondersteuningsovereenkomsten per ondersteuningsvorm**
Mobiele begeleiding minderjarigen	10.500
Semi-residentiele begeleiding minderjarigen	4.331
Inclusieve woonvormen minderjarigen	321
Residentiële ondersteuning minderjarigen	5.760
MFC	1.552
Tijdelijke residentiële ondersteuning minderjarigen	1.080
Totaal minderjarigen	23.544
Mobiele begeleiding meerderjarigen	11.616
Semi-residentiële begeleiding meerderjarigen	6.037
Inclusieve woonvormen meerderjarigen	4.802
Residentiële ondersteuning meerderjarigen	18.177
Tijdelijke residentiële ondersteuning meerderjarigen	2.450
Totaal meerderjarigen	**43.083**
Ondersteuningsbudgetten	**Aantal ondersteuningsbudgetten**
PAB	8.591
PVC	277
PGB	169
Totaal persoonsvolgende bugetten	**9.037**
Algemeen Totaal	**75.664**

Van de 121.000 cliënten met een erkende handicap én een ondersteuningsnood zal een groep van minimaal 45.584[6] personen kiezen voor het basisondersteuningsbudget.

Daarnaast moeten we er ook rekening mee houden dat niet iedereen die vandaag ondersteuning krijgt of vraagt, na de invoer van het nieuw financieringssysteem in het algemeen en de invoer van het BOB in het bijzonder, nog beroep zal willen doen op de niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning.

Door een aanname van onderstaande hypotheses trachten we in te schatten hoeveel van de 75.664 personen toch nog zal kiezen voor het basisondersteuningsbudget.

'Door een betere afstemming van de ondersteuningsplannen op de werkelijke ondersteuningsvragen (cf. het dynamisch ondersteuningsmodel) zal 90 % van de minderjarige cliënten die vandaag mobiele,

[6] 45.584 personen = 121.248 personen – 75.664 personen

ambulante, semi-residentiële of tijdelijke residentiële ondersteuning krijgt of vraagt, kiezen voor het BOB (eventueel in combinatie met RTH). Voor minderjarige cliënten die residentiele ondersteuning krijgen is dat slechts 10 %.'

'Voor meerderjarige cliënten die ambulante, mobiele ondersteuning krijgen, zal 90 % van de cliënten kiezen voor het BOB in combinatie met RTH en ondersteuning binnen het Algemeen Welzijnswerk. Ook van de cliënten die vandaag tijdelijke residentiële ondersteuning krijgen, zal 90 % voldoende hebben met een BOB in combinatie met rechtstreeks toegankelijke ondersteuning of reguliere ondersteuning.'

Werken we die hypothesen uit, dan komen we tot volgend resultaat:

Tabel 53: inschatting van het aantal personen in trap 2 in 2020

Ondersteuningsovereenkomsten	**Geschat aantal personen dat zal kiezen voor het BOB**	**Geschat aantal personen dat zal vragen naar een persoonsvolgend budget/voucher**
Mobiele begeleiding minderjarigen	9.450	1.050
Semi-residentiele begeleiding minderjarigen	3.898	433
Inclusieve woonvormen minderjarigen	289	32
Residentiële ondersteuning minderjarigen	576	5.184
MFC	341	1.211
Tijdelijke residentiële ondersteuning minderjarigen	972	108
Totaal minderjarigen	15.527	8.018
Mobiele begeleiding meerderjarigen	10.455	1.162
Semi-residentiële begeleiding meerderjarigen	0	6.037
Inclusieve woonvormen meerderjarigen	0	4.802
Residentiële ondersteuning meerderjarigen	0	18.177
Tijdelijke residentiële ondersteuning meerderjarigen	2.205	245
Totaal meerderjarigen	12.660	30.423
Ondersteuningsbudgetten		
PAB	0	8.591
PVC	0	277
PGB	0	169
Totaal persoonsgebonden bugetten	0	9.037
Algemeen Totaal	28.187	47.478

Bijkomend zullen nog 28.187 personen met een handicap én een erkende ondersteuningsnood die vandaag ondersteuning krijgen (of vandaag een vraag naar ondersteuning stellen), na de invoer van de persoonsvolgende financiering kiezen voor het BOB.

Conclusie:
Na de invoer van het BOB zullen in 2020 ongeveer 73.770 personen een vraag hebben naar een basisondersteuningsbudget. Daarnaast zullen ongeveer 47.478 personen een vraag hebben naar een persoonsvolgende voucher of budget.

8.4 Vraagverduidelijking

Om het getrapte systeem van persoonsvolgende financiering ten volle te laten werken, moet de capaciteit van de diensten die vraagverduidelijking kunnen aanbieden, voldoende groot zijn.

Jaarlijks moet dan ook bekeken worden of de Diensten Ondersteuningsplan over voldoende capaciteit beschikken om tegemoet te komen aan de vragen van personen met een handicap naar vraagverduidelijking.

8.5 De rechtstreeks toegankelijke ondersteuning

Het basisondersteuningsbudget kan, indien gewenst, gecombineerd worden met rechtstreeks toegankelijke ondersteuning. Bij de invoer van de persoonsvolgende financiering (bestaande uit de twee trappen) zal de capaciteit rechtstreeks toegankelijke hulpverlening voldoende moeten worden uitgebreid. Alleen op die manier kunnen we vermijden dat mensen de stap naar trap 2 zetten uit noodzaak omdat niet kan tegemoet gekomen worden aan hun beperkte vraag naar handicapspecifieke ondersteuning die qua frequentie, duur en intensiteit kadert binnen de mogelijkheden van RTH.

We veronderstellen dat niet iedereen met een basisondersteuningsbudget ook een vraag zal hebben naar rechtstreeks toegankelijke ondersteuning. Om een inschatting te maken, nemen we volgende hypothese aan:

'Iedereen binnen groep 2 heeft een gemiddeld aanbod RTH nodig. Wetende dat er per jaar maximaal 12 mobiele of ambulante begeleidingen kunnen geboden worden (de eerste twee jaar buiten beschouwing gelaten), 24 dagen dagbestedingsondersteuning en 12 dagen verblijf, dan komen we op een gemiddelde van respectievelijk, 6, 12 en 6 dagen of begeleidingen per jaar.

Rekening houdend met een ondersteuningsgroep van 73.770 personen komen we op onderstaand resultaat:

Tabel 54: inschatting nodige capaciteit RTH in 2020 voor mensen met een BOB

Ondersteuningstype	Gemiddeld/persoon	aantal personen	Inschatting
Mobiele/ambulante	6	73.770	442.620
Dagondersteuning	12	73.770	885.240
Verblijf	6	73.770	442.620

We moeten echter ook rekening houden met de eerste ondersteuningsgroep, waarbij personen met een beperkte handicap of een vermoeden van handicap niet in aanmerking komen voor een basisondersteuningsbudget maar eventueel wel een beroep kunnen doen op RTH. Vandaag beschikken we niet over cijfergegevens om de grootte van die groep in te schatten. We gaan uit van de hypothese dat de capaciteit RTH verhoogt moet worden met 5 % bovenop bovenstaande berekening. Op die manier komen we tot volgende inschatting van de noodzakelijke capaciteit RTH:

Tabel 55: inschatting nodige capaciteit RTH in 2020

Ondersteuningstype	Inschatting nodige capaciteit
Mobiele/ambulante begeleidingen	464.751
Dagen dagbestedingsondersteuning	929.502
Nachten verblijf	464.751

8.6 De capaciteit hulpmiddelen

Op 31 december 2012 kregen 50.759 personen ondersteuning individuele materiële bijstand (hulpmiddelen en woningaanpassing) vanuit het VAPH.

Tabel 56: inschatting aantal personen met vraag naar IMB

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal cliënten	50.759	52.282	53.850	55.466	57.130	58.844	60.609	62.427	64.300

8.7 Persoonsvolgende financiering: cash of voucher

Naast de middelen voor RTH en IMB moet voor een belangrijke groep mensen voorzien worden in persoonsvolgende financiering. We schatten die groep in op ongeveer 47.500 mensen in 2020.

De financiering zal rekening moeten houden met de reëel geboden ondersteuning (aanwezigheid), maar (vanaf een bepaalde cesuur) ook met de zorgzwaarte (gemeten aan de hand van het ZZI).

Ook voor mensen die een beroep doen op PVF, moet maximaal bekeken worden hoe binnen het ondersteuningsplan kan ingezet worden op de cirkels 1, 2, 3 en 4. Indien noodzakelijk, kunnen ondersteuners uit de binnenste cirkels vanuit handicapspecifieke expertise ondersteund worden.

8.8 En waar brengt ons dat?

Als we rekening houden met de inschatting van het aantal cliënten in de verschillende vormen van VAPH-ondersteuning, wordt het bijzonder duidelijk dat we voor een aantal cruciale uitdagingen staan.

Het staat buiten kijf dat een omslag naar een andere financieringswijze binnen de VAPH-sector noodzakelijk is. Niet alleen om tegemoet te komen aan de nieuwe kijk op personen met een handicap, maar ook om de noodzakelijke ondersteuning voor alle personen met een handicap op een betaalbare wijze te realiseren.

Gezien we vandaag niet beschikken over realistische kostprijsberekeningen binnen het nieuwe financieringssysteem, kunnen we geen budgettaire inschatting maken.

De voorbije jaren kenden de VAPH-budgetten in sociaal-economisch moeilijke tijden een groei van ongeveer 30 miljoen euro per jaar. Bij een gelijkblijvend economisch klimaat, moeten we uitgaan van een realistisch groeipad van het VAPH-budget met 30 miljoen euro per jaar. Mocht het economisch klimaat in de loop van de komende jaren verbeteren, dan kan dat eventueel bijgestuurd worden. Onmiddellijk wordt echter duidelijk dat we binnen de beschikbare middelen voor belangrijke uitdagingen staan. De huidige, complexe subsidiëring wordt vervangen door het persoonsvolgende systeem. Momenteel wordt in overleg met diverse betrokkenen dat systeem concreet uitgewerkt. Daarbij moeten echter volgende overwegingen in acht genomen worden om te vermijden dat de beschikbare overheidsmiddelen onvoldoende blijken te zijn:

- Bij de uitwerking van het nieuwe financieringssysteem worden alle betrokkenen maximaal geresponsabiliseerd.
- Zowel wat betreft de toegang tot trap 1 als de toegang tot trap 2 worden duidelijke afspraken gemaakt m.b.t. de noodzakelijke voorwaarden waaraan een persoon dient te voldoen om daarvoor in aanmerking te komen.

- De persoonsvolgende budgetten houden rekening met het ondersteuningsplan dat opgemaakt is rekening houdende met het model van de concentrische cirkels.
- De uitbreidingsmiddelen worden enkel ingezet om bijkomende ondersteuning te financieren. Daarbij dient men 'ondersteuning' ruim te begrijpen. We denken daarbij dus niet enkel aan bijkomende capaciteit voor persoonsvolgende budgetten en RTH, maar ook, indien blijkt dat dat noodzakelijk is, aan het optrekken van de capaciteit van de diagnostiek (bv. COS), vraagverheldering (DOP's), hulpmiddelen, uren tolken Vlaamse gebarentaal … In de overgangsfase moeten we ook de reeds aangegane engagementen in het kader van de zogenaamde VIPA-buffer, het meerjarenplan geïnterneerden en het ontwikkelingsplan zelfstandig wonen uitvoeren.
- We streven maximaal naar het optimaliseren van de inzet van de huidige middelen. We boeken efficiëntiewinsten door te streven naar een kostprijsberekening op basis van een optimale schaalgrootte binnen voorzieningen, een maximale inzet van personeel voor effectieve ondersteuning, het minimaliseren van de overheadkosten, het financieren van de ondersteuningskost (niet de woon- en leefkosten) … Die zaken worden uitgewerkt in samenspraak met de belanghebbenden in de sector.
- Binnen de dagbestedingsondersteuning wordt maximaal ingezet op het creëren van begeleid werken. Een zeer aanzienlijk deel van de huidige cliënten dagcentra komt in aanmerking voor meer inclusieve dagbesteding.
- Ook binnen de residentiële ondersteuning wordt maximaal ingezet op inclusieve woontrajecten.
- Binnen de residentiële voorzieningen van het VAPH wordt ook gebruik gemaakt van de inzet van ondersteuning uit de cirkels 1, 2, 3 en 4.
- Er wordt gezocht naar een systeem waarbij budgettair enkel rekening gehouden wordt met de effectieve bestede middelen, niet met de maximaal toegekende middelen, analoog aan het systeem van het werkkapitaal zoals we dat nu kennen bij het PAB.

Bijlage 1: de strategische projecten kort toegelicht

- **De uitbreiding van het ondersteuningsaanbod binnen welzijn realiseren**

Uit de meerjarenanalyse 2003-2007 bleek dat de nood aan ondersteuning voor personen met een handicap groot was en in de periode 2009-2014 nog verder zou groeien. Er zou ook in de periode 2009-2013 nood zijn aan bijkomende investeringen in de sector personen met een handicap.

Daarnaast bleek de nood aan een meerjarenbudget. Een meerjarenbudget moet de betrokken partijen in staat stellen een langetermijnplanning op te stellen. Door het werken met jaarlijks vastgelegde uitbreidingsbudgetten is planning op langere termijn immers moeilijk tot niet mogelijk.

Via het vastleggen van een meerjarenbudget kan geïnvesteerd worden in een verdere uitbouw van de handicapspecifieke ondersteuning enerzijds maar ook in uitbreidingen in andere welzijnssectoren met het oog op meer inclusieve ondersteuning.

Na evaluatie moet in 2014 een nieuwe meerjarenanalyse duidelijkheid geven over de evoluties met betrekking tot de zorggarantiegroep. Op basis daarvan moeten de algemene uitbreidingslijnen voor de periode 2015-2020 opgesteld worden.

Daarnaast moet ook geïnvesteerd worden in de uitbreiding van het aanbod van andere welzijnsactoren, zodat er voldoende eerstelijnsondersteuning voorhanden is.

- **Een goed werkend voortraject verzekeren**

(Lokale) infoloketten en elektronische opvolgsystemen uitbouwen

Ondersteuningsvragers moeten in 2020 toegang hebben tot alle beschikbare informatie en zicht hebben op de mogelijkheden tot ondersteuning. Daartoe moeten (lokale) infoloketten worden uitgebouwd. De eerste stappen moeten in de periode 2011-2014 gezet zijn. Daarnaast moet de mogelijkheid tot rechtstreekse opvolging van het eigen dossier mogelijk gemaakt worden.

Het voortraject organiseren

Alle personen met een (vermoeden) van handicap moeten een proces van vraagverheldering of vraagverduidelijking kunnen doorlopen. Dat proces kan doorlopen worden met de hulp van een zelf gekozen en deskundig opgeleid persoon, of een gespecialiseerde Dienst Ondersteuningsplan. Het resultaat van dat proces resulteert in een ondersteuningsplan.

De rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke hulpverlening uittekenen

Niet iedereen heeft nood aan intensieve en langdurige handicapspecifieke ondersteuning. Door laagfrequente, kortlopende, laagintensieve ondersteuning snel en laagdrempelig ter beschikking te stellen, kunnen we vragen naar intensieve langdurige ondersteuning vermijden. Een deel van de capaciteit aan handicapspecifieke ondersteuning moet rechtstreeks toegankelijk zijn.

- **Een vernieuwde toegangspoort in overeenstemming brengen met de toegangspoort Integrale Jeugdhulp**

In de periode 2011-2014 willen we een vernieuwde inschrijvingsprocedure implementeren voor volwassen personen met een handicap. Die inschrijvingsprocedure ondergaat een kwalitatieve verbetering en een praktische vereenvoudiging van de diagnostiek en indicatiestelling. Bovendien gebeurt dat in overeenstemming met de integrale toegangspoort voor kinderen en jongeren.

- **De zorgregie herinrichten in functie van de vraaggestuurde organisatie van het aanbod en de persoonsvolgende financiering**

Zolang we geconfronteerd blijven met een veel groter aantal vragen dan dat er antwoorden zijn onder de vorm van beschikbare ondersteuning, is zorgregie absoluut noodzakelijk. De zorgregieprocessen moeten die groep naar boven halen voor wie de kloof tussen de mogelijkheden

van het eigen draagvlak en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en precair is of wordt. Prioritair moet aan die groep ondersteuning worden geboden.

Tegen 2014 moet bovendien een plan voorbereid zijn voor de realisatie van vraaggestuurde toewijzingsmechanismen in de zorgregie. Daarbij staan de kwaliteit van leven voor de persoon met een handicap en de uitwerking van responsabiliseringsmechanismen voor alle betrokken actoren centraal. In de periode na 2014 moet dat plan worden geïmplementeerd.

- **Het gevalideerd inschalingsinstrument dat leidt naar verantwoorde budgetten operationaliseren**

Het zorgzwaarte-instrument voor volwassen personen met een handicap met een ondersteuningsvraag naar niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning, moet verder ontwikkeld en gestabiliseerd worden. Daarnaast moeten we ook voor kinderen en jongeren komen tot een intersectoraal inschalingsinstrument voor de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

De inschalingsresultaten van het zorgzwaarte-instrument moeten, naast de uitkomst van het ondersteuningsplan, kunnen benut worden voor de bepaling van het persoonsvolgende budget. Hetzij om maximale grenzen van ondersteuning te bepalen, hetzij om, vanaf een bepaalde intensiteit aan ondersteuning, mee de budgethoogte te bepalen.

Tot slot moeten de personeelskaders van die voorzieningen die te weinig personeel hebben, opgetrokken worden in functie van de ondersteuningsnoden van de populatie die ze ondersteunen.

- **Het sociaal ondernemerschap bevorderen in de sector personen met een handicap**

Anno 2011 is de subsidiëring niet steeds op maat van de ondersteuningszwaarte van de persoon met een handicap. De gebruiker maakt, bij gebrek aan alternatieven, gebruik van een all-inpakket. Daardoor wordt soms meer handicapspecifieke ondersteuning geboden dan nodig. De middelen kunnen vandaag niet soepel ingezet worden om een geïntegreerde, persoonsgerichte en gedifferentieerde ondersteuning op te zetten.

We moeten streven naar meer geresponsabiliseerde inzet van het beschikbare sociaal kapitaal. Dat sociaal kapitaal moet zodanig ingezet worden dat we met dezelfde middelen méér mensen op een even of verhoogde kwalitatieve wijze kunnen ondersteunen. Werken met beheersovereenkomsten moet voorzieningen de nodige ruimte geven om binnen een regelluw kader die opdracht waar te maken.

Daarnaast werken we aan de uitbouw van het persoonsvolgend budget als basis voor de toekomstige financiering van het aanbod.

- **Werken aan tewerkstelling in de sector**

Er moet blijvend aandacht besteed worden aan het aantrekken van voldoende jongeren naar de opleidingen binnen de zorgberoepen. Ook herscholing van werkzoekenden naar beroepen binnen de zorg mag daarbij niet uit het oog verloren worden. Daarnaast zal het belangrijk zijn om doorstroommogelijkheden te faciliteren en mensen die reeds werken binnen de zorg, gemotiveerd te houden om aan de slag te blijven.

- **Een traject uittekenen voor de transitie van het PAB-systeem**

Op basis van een omvattende en objectieve evaluatie van het PAB-systeem willen we komen tot een aantal bijsturingen en vereenvoudigingen in de richtlijnen en regelgeving.

- **Het inclusiegegeven uitwerken in het eigen beleidsdomein**

Kunnen beschikken over een aangepaste woonomgeving is een van de hefbomen om mensen de keuze voor een inclusief traject te laten maken. De tussenkomsten voor woningaanpassingen moeten aangepast worden aan de recente evoluties. Ook het hulpmiddelenbeleid moet in die zin bijgestuurd worden.

Daarnaast is een afstemming met de subsidiëring voor medische en paramedische prestaties van het RIZIV essentieel.

De mogelijkheden voor inclusief wonen voor personen met een handicap moeten worden verruimd. Dat kan door een betere afstemming tussen Wonen en Welzijn.Dat kan ook door het exploreren van de mogelijkheid om vanuit het VAPH vergunningen te geven aan voorzieningen die met behulp van eigen middelen of met behulp van een extra partner in wooninfrastructuur voorzien.

Tot slot moeten er inspanningen gebeuren om de reguliere zorg en ondersteuning toegankelijker te maken voor personen met een handicap.

- **Het gelijkekansenbeleid voor personen met een handicap mee vorm geven**

In het regeerakkoord 2009-2014 is beslist om personen met een handicap voortaan als doelgroep van het gelijkekansenbeleid te beschouwen. Door een horizontaal coördinatiebeleid worden de participatiekansen van personen met een handicap op alle levensdomeinen gestimuleerd. Alle Vlaamse beleidsdomeinen moeten strategische en operationele doelstellingen formuleren die erop gericht zijn om de inclusie van personen met een handicap te bevorderen.

- **Een breed denkkader vraagt een ruim maatschappelijk debat**

De sector en de brede samenleving moeten bevraagd worden over hoe de transitie naar een vernieuwd ondersteuningsbeleid moet gerealiseerd worden.

Drie vragen staan daarbij centraal:
- Wat verstaan we onder kwaliteit van bestaan en hoe willen we een inclusieve samenleving organiseren?
- Welke organisatorische voorwaarden moeten vervuld worden om zorggarantie te realiseren?
- Hoe verwezenlijken we de vermaatschappelijking van de zorg?

Vertrekkend van die vragen, vragen we ons af wat de ethische verantwoordelijkheden en grenzen en de financiële mogelijkheden versus de individuele rechten zijn.