



Vlaams
Parlement

vergadering **C147**
zittingsjaar 2018-2019

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 23 april 2019

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de meerjarenanalyse van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap – 1011 (2018-2019)	
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de omslag naar de woon- en leefkosten voor personen met een handicap – 1012 (2018-2019)	
GEDACHTEWISSELING over de ramingen voor de volgende regeerperiode – 40 (2018-2019)	3
VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de spreiding van het aantal beroertecentra (type S2) – 1004 (2018-2019)	20
VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opmars van de mazelen en de sensibilisering van niet-beschermden jongvolwassenen – 1009 (2018-2019)	23

**VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de meerjarenanalyse van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap
– 1011 (2018-2019)**

**VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de omslag naar de woon- en leefkosten voor personen met een handicap
– 1012 (2018-2019)**

**GEDACHTEWISSELING over de ramingen voor de volgende regeerperiode
– 40 (2018-2019)**

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Van der Vloet en mevrouw Van den Brandt zijn verslaggever.

De heer Van Casteren heeft het woord.

James Van Casteren, administrateur-generaal Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH): Hoe is de opbouw verlopen? We onderscheiden twee delen. Bij deel één kijken we terug naar de voorbije tien jaar. We kijken meestal terug naar de voorbije twee legislaturen. Het tweede deel omvat ook een prognose of een voorbeschouwing voor de komende legislatuur.

Deel één omvat een terugblik op de nota realisaties: we kijken wat er inhoudelijk, cijfermatig en in mindere mate juridisch allemaal is gebeurd. Die terugblik kunt u ook integraal terugvinden op onze website. Dit is een vrij lijvig document, waarin alles in detail werd opgenomen.

Deel twee bestaat uit een vooruitblik op de meerjarenplanning. We vertrekken daarbij vanuit een omgevingsanalyse: wat doet er zich allemaal voor, wat is de huidige situatie? We hebben drie financiële scenario's voorgesteld, maar we gaan uit van een gelijkblijvend beleid. Het is immers bijzonder moeilijk om wijzigingen in regelgeving, en de effecten daarvan, te voorspellen.

We gaan ook heel kort in op de besprekingen van het raadgevend comité, en op de beleidsuitdagingen die daaraan kunnen worden gekoppeld. Die beleidsuitdagingen worden op dit moment nog besproken door ons raadgevend comité. Ze zijn mee een gevolg van de financiële doorrekening van verschillende scenario's. Daarbij bekijken we hoe we, met die financiële parameters, kunnen ingrijpen in het beleid en een aantal wijzigingen kunnen doorvoeren.

Wat zijn de realisaties van de voorbije twee legislaturen? Dit is voor een aantal mensen misschien een herhaling, maar de sector heeft een aantal heel grote veranderingen ondergaan, als gevolg van de ratificatie van het VN-verdrag. De kijk op personen met een handicap is aan het veranderen, zowel binnen Europa als elders in de wereld. We streven daarbij naar inclusie en een volwaardige participatie aan de maatschappij, met als doel een kwaliteitsvol leven voor personen met een handicap.

België heeft de VN-conventie geratificeerd, en Vlaanderen heeft het Perspectiefplan 2020 opgesteld, om de VN-conventie tot uitvoering te kunnen brengen. Een van de elementen daarin is het persoonsvolgend systeem. Dat is geen doel op zich, maar het is een financieringsmethodiek in functie van het beter realiseren van de doelstellingen van de VN-conventie.

Het Perspectiefplan 2020 omvat enkele grote doelstellingen. Zo moeten we in 2020 zorg garanderen voor personen met een handicap met de grootste ondersteuningsnood. In 2020 spreken we over geïnformeerde gebruikers, die in een vraaggestuurd

zorgsysteem kunnen functioneren. Bovendien kunnen de zorg en assistentie in een inclusieve maatschappij worden ingekocht.

De persoonsvolgende financiering (PVF) bestaat uit twee trappen. Binnen dit concept bestaat trap 1 uit rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) of een zorgbudget voor personen met een handicap. Dat is laagdrempelig: er is geen toeleidingsprocedure, en er zijn bijna geen registraties. Men moet dus geen administratieve procedure doorlopen. Dat was ook vooral preventief, om op korte termijn snel te kunnen inspringen op bepaalde noden. Zo vermijden we dat er later intensievere ondersteuningsvragen worden gesteld. We bieden dus preventief al een bepaalde vormen van basisondersteuning aan.

De tweede trap bestaat uit niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (NRTH). Voor minderjarigen zijn dat momenteel nog altijd de multifunctionele centra (MFC's) en het persoonlijkeassistentiebudget (PAB). Voor meerderjarigen hebben we de persoonsvolgende budgetten (PVB's), met ruime bestedingsmogelijkheden bij een zeer divers aanbod. Dat omvat zowel een vergund als een niet-vergund aanbod – er is assistentie mogelijk, men kan werkgever zijn, enzovoort.

Aangezien we naar een vraaggestuurd zorgsysteem zijn geëvolueerd, moet de sector meer inzetten op sociaal ondernemerschap omdat het gegarandeerde aanbod er niet meer is. Men moet dus eigenlijk inspelen op de markt en op de vraag van de personen met een handicap.

Vraaggestuurd, hoe hebben we dat eigenlijk ingevuld? De budgetbepaling gebeurt op basis van de vragen die geformuleerd zijn in een ondersteuningsplan. Waar nodig kan men ondersteuning vinden voor de opmaak van dat plan. We hebben een onlinetool op de website van het VAPH. De dienst ondersteuningsplan (DOP) en de dienst maatschappelijk werk (DMW) van de ziekenfondsen helpen. De gebruikersorganisaties kunnen dat ondersteunen. Als er een budget ter beschikking wordt gesteld, kan men kiezen tussen cash of een voucher; men kan de twee combineren.

Er is een online wegwijzer van het VAPH waar vergunde zorgaanbieders hun aanbod kenbaar maken. Men kan dat doorzoeken op basis van afstand van de woonplaats en van het aanbod. Binnenkort wordt het beheer van die website overgenomen door een vzw. Het aanbod dat daarop wordt geregistreerd, wordt uitgebreid met niet-vergunde aanbieders en assistenten en dergelijke, zodat we een beter overzicht hebben van alles wat men kan inkopen met een PVB. Wie ondersteuning heeft bij de besteding van zijn budget, kan een beroep doen op bijstandsorganisaties voor hulp of als er onderhandelingen moeten worden gevoerd met een vergunde of niet-vergunde zorgaanbieder of over de dienstverleningsovereenkomsten.

De toeleidingsprocedure is van start gegaan in 2016. In 2017 hebben we heel de sector omgeslagen naar de PVF. Eigenlijk zijn we nog maar enkele jaren bezig. Een dergelijke systeemwijziging vergt uiteraard nog bijstellingen. In de vorige vergadering hebben we het ook gezegd: er is een analyse en evaluatie bezig. We hebben een studiedag op 4 juli in Gent waar heel de sector aan kan deelnemen. Er zijn externe onderzoeken gebeurd door het VAPH, door het steunpunt. Er is wetenschappelijk onderzoek. We hebben zelf analyses gemaakt. Het is de bedoeling om in debat te gaan met professoren en academici die eerst de evaluatie vorm gaan geven om te zien wat er al gebeurd is met de PVF.

We hebben altijd een uitbreidingsbudget gehad, uitbreidingsmiddelen, die in het begin van de legislatuur worden vastgelegd. Wat is er met onze budgetten gebeurd? Er is een sterke stijging van ons aantal cliënten. Er is meer tewerkstelling in de sector gekomen. De mensen in de VAPH-sector hebben echter een langdurig zorgtraject. De mensen die binnenstromen in de VAPH-ondersteuning, blijven daar

heel lang zitten. De uitstroom is niet voldoende om de aangroei van de nieuwe vragen op te vangen. Er is nog altijd een groei van de doelgroep en we zien nu ook een klein aanzuigefect – dat heb ik al gezegd vorige keer – vanuit het systeem omdat het iets aantrekkelijker is dan het vorige.

Het macrobudget van het VAPH stijgt. Vanaf 2008 naar 2017 is dat ongeveer 48 procent. Dat komt door het uitbreidingsbeleid, maar evenzeer door de indexaanpassingen, de weddedrift die wordt bijgepast bij de opmaak van de begroting, de extra middelen door de VIA-akkoorden en een aantal gewijzigde subsidiëeringsmethodieken waar optimalisatie van budgetten kan gebeuren, zodat we een stijging van die budgetten op macrobudgettair niveau zien.

We zetten dat af tegenover de geboden ondersteuning en zien een stijging van het aantal unieke personen dat VAPH-ondersteuning krijgt. Dat is die niet-rechtstreeks plus rechtstreeks toegankelijke hulp, zowel aan minderjarigen als meerderjarigen.

Daar zien we een stijging van 27 procent ten opzichte van 2013. Als we vergelijken met 2008 zien we zelfs een stijging van 53 procent. We zien ook een heel grote stijging bij rechtstreeks toegankelijke hulp. Tot slot zien we ook een stijging bij de woonondersteuning. Al bij al zitten we al aan bijna 60.000 cliënten die worden geholpen door het VAPH. We zien een zeer grote stijging ten aanzien van 2008. We zien ook dat de uitbreidingsmiddelen er altijd voor zorgen dat er steeds meer mensen worden ondersteund.

Als we die cijfers nu afzetten ten aanzien van wie wanneer ondersteuning kreeg, dan stellen we vast dat er iets meer dan 24.000 mensen zowel in 2008 als in 2017 ondersteuning kregen. Ongeveer 13.000 mensen kregen ondersteuning in 2008 maar niet meer in 2017. Dat zijn de uitstromers. Er zijn bijna 33.000 mensen die instromen: zij kregen dus in 2008 geen ondersteuning maar wel in 2017. Met de langverblijvers en de nieuwe instromers samen zitten we aan ongeveer 58.000 cliënten.

Zoals ik al zei, hebben we veel langlopende trajecten binnen het VAPH. 65 procent van de mensen die in 2008 VAPH-ondersteuning kregen, was nog steeds cliënt in 2017. Van hen krijgt 66 procent nog steeds dezelfde ondersteuning als in 2008. Bij woonondersteuning is dat zelfs 87 procent. Die vragen blijven dus vrij stabiel. We zitten met langdurige zorgtrajecten in onze sector.

Wat zijn de voornaamste redenen van uitstroom? 38 procent van de uitstroom wordt gerealiseerd door mensen die meerderjarig worden. Dat zijn mensen in een internaat die zorg en onderwijs combineren. Als ze dan meerderjarig worden, hebben ze minder zorg nodig. Binnen andere sectoren of met rechtstreeks toegankelijke hulp worden zij verder geholpen. Dit verklaart het vrij hoge percentage van meerderjarigen dat uitstroomt uit de VAPH-sector. Er zijn ook de overlijdens, die 25 procent van de uitstroom verklaren. Bij mensen ouder dan 40 jaar is er bijna geen andere uitstroom dan overlijden.

Het is ook niet onbelangrijk te vermelden dat er een grote groei is van VAPH-clients door de aangroei van nieuwe cliënten. 57 procent van de cliënten in 2017 was nog geen VAPH-cliënt in 2008. We zien dus een heel pak nieuwe aanvragen van mensen die een handicap verwerven.

Ook op het vlak van hulpmiddelen doen we een aantal prognoses. We merken dat die cijfers vrij stabiel blijven. Op dit moment doen bijna 47.000 cliënten een beroep op individuele hulpmiddelen. We zien een stijging van ongeveer 6 procent tussen 2013 en 2017. Die middelen worden meestal heel goed ingecalculiseerd. Die uitgaven worden goed begroot. Er is dus een beperkte stijging die weinig betekenisvol is in functie van niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Ook die gegevens worden meegenomen in de berekening van de financiële scenario's.

We hebben het hier al dikwijls over de wachtlijst gehad. De conclusie is eigenlijk dat die wachtlijst niet nieuw is, want hij is er al vrij lang.

We kunnen teruggaan tot in 2008 en zien dan toch min of meer stabiele cijfers. Toen waren er meer dan 21.000 wachtenden, opgesplitst in vragen van minder- en meerderjarigen bij de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ) en PAB-vragen (persoonlijkeassistentiebudget). In 2013 daalde dat aantal wachtenden naar iets meer dan 20.000. In 2017 waren er iets meer dan 17.800 wachtenden. Ik wil hiermee aantonen dat uitbreidingsbeleid dus zeer zeker helpt – we zien dat de wachtlijsten dalen –, maar ook dat de wachtlijsten nog altijd bestaan en dat ze aanzienlijk blijven.

Cijfers zijn moeilijk te vergelijken, mede omdat de grens tussen RTH en NRTH fluctueert over de jaren heen. De cijfers tonen wel dat het probleem van de wachtlijsten niet nieuw is en dateert van voor 2010. Het is een gegeven in de sector waar we altijd rekening mee moeten houden en waarmee we moeten leren omgaan op financieel vlak.

Met het uitbreidingsbeleid helpen we altijd maar meer mensen en als we naar personeelsgegevens kijken bij vergunde en erkende zorgaanbieders, zien we ook dat het aantal gesubsidieerde personeelsleden stijgt. We zijn van meer dan 17.000 naar 20.000 personeelsleden gegaan, een stijging van 18,4 procent. We zien ook dat de verhoudingen tussen de functiegroepen bij die vergunde zorgaanbieders min of meer stabiel blijven. Er zijn dus geen grote schokken. Voor directie en directiepersoneel, administratief personeel, logistiek personeel, opvoedend personeel, licentiaatsfuncties, geneesheren, paramedisch personeel en sociale diensten zien we geen grote verschuivingen. We hebben een vrij goed beeld op de effecten van de bijkomende middelen bij de vergunde zorgaanbieders.

Om af te sluiten wil ik het even hebben over de wetgeving. We hebben hier dikwijls samengezeten om de rapportering te bespreken. Mensen zeggen dat de invoering van persoonsvolgende financiering een rollercoaster is geweest en ik geef even een weergave van wat er zoal gebeurd is. Er zijn deze legislatuur 52 besluiten van de Vlaamse Regering en 26 ministeriële besluiten geweest. Daarnaast hebben we in 2 decreten 10 wijzigingen aangebracht. Er is dus heel wat veranderd in de sector.

Als we dan kijken naar de meerjarenplanning, dan vertrekken we altijd van een omgevingsanalyse. We stellen onszelf de vraag wat er rondom ons gebeurt, wat de trends zijn en met welke aspecten we rekening moeten houden. Heel belangrijk in die methodiek van een meerjarenanalyse is om het groeipercentage te achterhalen. Het is niet zo dat we via investeringen zomaar de wachtlijst kunnen wegwerken, want we hebben een jaarlijks groeipercentage. Er zijn meer mensen met een handicap en in de omgevingsanalyse staat ook altijd goed uitgelegd dat het aantal mensen dat een beroep doet op ondersteuning groeit. Als we bijvoorbeeld uitgaan van 1 procent groei, dan zouden we, op een budget van 1,5 miljard euro, jaarlijks 15 miljoen euro meer nodig hebben, puur om het aantal wachtenden stabiel te houden, om de groei op te vangen dus.

Dat is een puur theoretisch cijfer, maar het duidt wel aan hoe belangrijk dat groeipercentage en de inschatting ervan is in die budgettaire analyse.

De systeemwijziging is recent. Er is nog geen coherent of stabiel systeem. De groeipercentages kunnen dus nog wijzigen. Maar we hebben wel een aanzet gegeven voor een minimale groei.

De omgevingsfactoren die spelen in de omgevingsanalyse worden beïnvloed door de internationale tendensen. Zo is er de realisatie van de VN-conventie. In onze analyse gaan we uit van bestaand beslist beleid. We kunnen ook nog budgettaire analyses doen, maar die zijn vrij onzeker, omdat de VN-conventie ook zegt dat de

definitie van handicap ruimer is dan wat op dit moment wordt gerealiseerd door het VAPH. Er zit ook een deel psychiatrie en andere ziektebeelden in vervat. Maar op dit moment doen wij onze analyse op basis van het huidige beleid. Als we een omgevingsanalyse doen, zijn er internationale tendensen die daarop mogelijk een impact kunnen hebben.

De Raad van Europa heeft een aantal aanbevelingen gedaan voor België. Het systeem van persoonsvolgende financiering wordt zeer positief onthaald. Maar er zijn ook groeiende zorgaanbieders, met een globaal aanbod en grote leefgroepen. Ook daar vergt het een aanbeveling om versneld werk te maken van de institutionalisering. We kunnen een persoonsvolgend financieringssysteem maken, maar eigenlijk moet ook daar die vraag volgen en moet men zijn budget vrij divers kunnen inzetten.

Hoe evolueert het beleid in Vlaanderen? Dat is nog een belangrijk aspect bij omgevingsanalyse. Ik verwijs naar het inclusieverhaal. We hebben een transversale verantwoordelijkheid. In welke mate zorgen onze budgetten ervoor dat er inclusief kan worden deelgenomen aan de maatschappij? In welke mate wordt dat gefinancierd vanuit handicapmiddelen? Zijn er tegemoetkomingen die voor gewone Vlamingen vanuit sectorale budgetten komen, vanuit handicap? Worden die mee gefinancierd vanuit zorgbudgetten? Ook die aspecten moeten we kunnen benoemen. Zijn er transversale verantwoordelijkheden die mee die budgettaire analyses kunnen sturen of veranderen?

Er zijn linken met mobiliteit, onderwijs, tewerkstelling, sport, cultuur, vrije tijd enzovoort. We zien dat de definitie van handicap varieert in al die verschillende sectoren. De definitie van handicap op het Vlaamse niveau verschilt al van die op het federale niveau. Binnen het Vlaamse niveau verschilt die van sector tot sector. Moeten we daar naar een gelijkaardige definiëring van handicap gaan, ja of neen? Dat heeft ook financiële consequenties. Die elementen spelen mee bij budgettaire simulaties.

Stel dat we de wachtlijst op vijf of tien jaar tijd willen wegwerken. Zal de sector dan kunnen volgen? Je moet infrastructuurfinanciering hebben, je moet kunnen investeren in je infrastructuur. En stel dat er ineens 17.000 meer mensen met een handicap binnen de sector komen die zorg en ondersteuning kunnen inkopen. Hebben wij dan voldoende opvoeders en begeleiders om dat op vijf of tien jaar tijd aan te pakken, gezien de krapte op de arbeidsmarkt? Die randvoorwaarden zijn niet onbelangrijk wanneer we analyses maken in onze budgettaire rekeningen.

De demografie is ook belangrijk. Globaal wordt er in Vlaanderen de komende jaren een beperkte stijging van de bevolking verwacht, met ongeveer 5 procent. De grootste stijging wordt verwacht bij de leeftijdsgroep van plus 65-jarigen. De stijging bij de leeftijdsgroep van min 18-jarigen zou 6 procent bedragen. Bij de leeftijdsgroep van 18- tot 65-jarigen wordt er een daling van 2 procent verwacht. Het is belangrijk om dat mee te nemen in de simulaties.

We kijken ook altijd naar de tegemoetkomingen die de FOD geeft. De stijging van die tegemoetkomingen is de voorbije jaren groter dan de stijging van de bevolking. Moeten we dan kijken naar demografische ontwikkelingen, of kijken we naar aanvragen bij andere administraties? Is dat een indicatie van het aantal mensen met een handicap en kunnen we daar een percentage op kleven? We zien dat we bij de FOD een stijging hebben van 3,13 procent per jaar. Dat is een gemiddelde stijging van het aantal personen onder de 65 jaar – en we rekenen met het huidige beleidsperspectief – op basis van inkomensvervangende tegemoetkoming of integratietegemoetkoming van de voorbije tien jaar. Daar zien we dus ongeveer een gemiddelde van 3,13 procent per jaar.

Wat zijn nu de te verwachten evoluties binnen het VAPH-cliënteel? We hebben de voorbije jaren gezien dat het aantal uitstromers meerderjarigen gevoelig lager ligt

dan het aantal nieuwe aanvragen persoonsvolgend budget. We hebben daar heel wat technische analyses op gedaan, waaruit blijkt dat het ook de komende jaren zo zal zijn. De uitstroom zal de nieuwe instroom niet compenseren. We zullen het aantal nieuwe aanvragen de komende jaren zeer nauwlettend moeten monitoren, om te zien wat de aangroei van de nieuwe instroom is.

Kijken we even naar de groei van de voorbije jaren, tussen 2013 en 2017. Dat zijn min of meer stabiele, vergelijkbare cijfers. Voor de wachtenden niet-rechtstreeks toegankelijke hulp die nog geen rechtstreeks toegankelijke hulp gebruiken, zien we een daling, vanwege het uitbreidingsbeleid. Voor degenen die VAPH-ondersteuning krijgen, gaat het van 45.000 naar 57.000. In totaliteit zitten we met een groei van de VAPH-populatie van 20,8 procent over die voorbije vier jaren. Jaarlijks is dat een groei van 4,85 procent.

Heeft dat te maken met de inwerkingtreding van het systeem? Zijn er eenmalige pieken? Is die 4,85 procent een groeipercentage dat je mag doortrekken naar de komende vijf, tien jaar? Dat is koffiedik kijken. Daarom maken we ook een vergelijking met de federale cijfers. We kijken of we een inschatting kunnen maken van de groei. Dan komen we terug bij de vorige meerjarenanalyses van het VAPH, waarbij we de groei inschatten met een minimum van 3 procent per jaar. Als we een minimumgroei hebben van 3 procent per jaar, als we dat aanvaarden als een groeipercentage op ons huidige uitbreidingsbeleid, is er ongeveer 45 miljoen euro per jaar nodig, enkel en alleen om tegemoet te komen aan de groei. Dat geeft toch al een indicatie: als je uitbreidingsbeleid maakt voor de volgende legislatuur, kijk dan niet enkel naar de wachtlijst automatischetoe Kenningsgroepen. Daar zit ook een groeipercentage aan, en het is ook wel een aanzienlijk budget dat daar moet worden ingecalculleerd.

Op basis van die omgevingsanalyse, die groeipercentages en wat er de voorbije legislatuur is gebeurd, zijn we ook tot een aantal financiële scenario's gekomen. We hebben drie financiële scenario's. Ik benadruk nogmaals dat die cijfers niet te nemen of te laten zijn. Dat is op basis van de huidige regelgeving, op basis van geen wijzigingen, van nieuwe tegemoetkomingen, van nieuwe doelgroepen en dergelijke, die andere regimes gaan krijgen of niet. Het is op basis van huidige regelgeving, op basis van de trends en de scenario's die wij nu vaststellen.

We hebben drie scenario's gemaakt. Ten eerste: de huidige wettelijke verplichtingen, automatischetoe Kenningsgroepen en dergelijke meer, basisondersteuningsbudget met een aantal tegemoetkomingen. Als het beleid niet wijzigt, heb je minstens die centen nodig aan uitbreidingsbeleid, omdat dat engagementen zijn die de overheid sowieso heeft gegeven. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de automatischetoe Kenningsgroepen: als je voldoet aan een aantal criteria, is de Vlaamse overheid verplicht om je budget toe te kennen. Als wij verplicht zijn om een budget toe te kennen, wil dat zeggen dat we een minimaal budgettair kader nodig hebben om aan die wettelijke verplichtingen te kunnen voldoen. Dat is ons eerste, minimale scenario.

Het tweede scenario is het maximumscenario: als we de bestaande wachtlijsten wegwerken en we houden rekening met de groei van 3 procent, hoeveel financiële middelen hebben we dan nodig om al die noden te kunnen invullen?

In het derde scenario is de vraag wat het mogelijk effect is op de wachtenden en personen met een handicap wanneer we het huidige uitbreidingsbeleid van 33 miljoen euro verdubbelen.

Wanneer we in het eerste scenario kijken naar de persoonsvolgende budgetten, kunnen middelen uit de uitstroom opnieuw worden ingezet. Op basis van mensen die uitstromen uit de sector, is er een predictie 2020-2024 tijdens de volgende legislatuur van jaarlijks 34 miljoen euro die vrijkomt door uitstroom.

De automatischetoekenningsgroepen moeten kunnen beschikken over voldoende middelen: de noodsituatie, maatschappelijke noodzaak, spoedprocedure, zorgcontinuïteit, de 7/7, de niet-aangeboren hersenletsel, de geïnterneerden. Wanneer we voor de volgende legislatuur een predictie maken voor al die wettelijk vastgelegde toekenningsgroepen, hebben we jaarlijks ongeveer 74 miljoen euro nodig. Wanneer we dan de instroom en uitstroom met elkaar vergelijken, dan zien we dat we jaarlijks ongeveer 40 miljoen euro nodig hebben aan bijkomend budget om aan de wettelijke verplichtingen te kunnen voldoen. Alleen al voor de automatischetoekenningsgroepen hebben we volgende legislatuur, de uitstroom meegerekend, 200 miljoen euro nodig.

Daarbovenop komen nog de Vlaamse sociale bescherming (VSB), het zorgbudget voor personen met een handicap of het vroegere basisondersteuningsbudget. We hebben daar een wettelijk kader voor degenen die in aanmerking komen. Wanneer men aan een aantal parameters voldoet, bijvoorbeeld op basis van de kinderbijslag en tegemoetkomingen van de FOD Sociale Zaken, komt men automatisch in aanmerking voor een zorgbudget. Ook daar zien we een jaarlijkse groei die groter is dan de uitstroom uit de middelen die naar de VSB gaan. We hebben daar gemiddeld 0,9 miljoen euro per jaar nodig tijdens de volgende legislatuur. Er is 40,9 miljoen euro uitbreidingsbeleid nodig om aan de wettelijke verplichtingen te kunnen voldoen. We spreken voor de volgende legislatuur dan ook over een totaal van 204,5 miljoen euro.

Wanneer we bijna 205 miljoen euro ter beschikking hebben tijdens de volgende legislatuur, zullen ongeveer 76.400 mensen VAPH-ondersteuning of een zorgondersteuning krijgen tegen eind 2024. Dat betekent ook dat de wachtlijsten blijven aangezien we enkel budgetten hebben voor automatischetoekenningsgroepen en de engagementen vanuit de VSB. Voor minderjarigen gaan we ervan uit dat de MFC-uitstroom en -instroom elkaar min of meer afdekken. Dat betekent dat voor de PAB's de vrijkomende middelen ongeveer gelijk zijn aan de benodigde middelen voor spoed-PAB's en dat er geen PAB's kunnen worden toegekend aan wachtenden op een PAB.

Er is ook geen mogelijkheid om de individuele materiële bijstand (IMB) uit te breiden. We zitten daar met een beperkt groeipercentage: verhoging van rechtstreeks toegankelijke hulp, MFC-vergunde zorgaanbieders enzovoort.

Die ongeveer 205 miljoen euro dient enkel voor de automatischetoekenningsgroepen en de wettelijke verplichtingen die binnen de VSB-regeling zijn vastgelegd. Alle andere mensen of groepen kunnen we niet bedienen. Dat is ons minimumscenario.

In het tweede scenario, het maximumscenario, bekijken we wat we nodig hebben wanneer we aan alle vragen tegemoet willen komen. Voor de meerderjarigen maken we een inschatting van het PVB, de RTH en het zorgbudget voor personen met een handicap. De inschatting voor de minderjarigen omvat het MFC, het PAB, de RTH en het zorgbudget voor minderjarige personen met een handicap. Daar komen ook nog de hulpmiddelen en woningaanpassingen bij, en de bijkomende financiering van andere organisaties, toeleidingprocedures en bijstandsorganisaties op basis van een aantal trends en analyses van nieuw cliënteel.

Ook hier gaan we uit van een gelijkblijvende regelgeving om een theoretische berekening te kunnen maken en om verschillende scenario's met elkaar te kunnen vergelijken. Als we de regelgeving wijzigen, dan heeft dat uiteraard direct een impact op onze berekening en op de financiële scenario's.

We hebben vrij recent het aantal budgetcategorieën van twaalf naar vierentwintig gebracht om een meer gedifferentieerd budget te kunnen toekennen. We hebben ook de methodiek van inschaling een beetje geoptimaliseerd. Op termijn zijn op

dat vlak ook kleine budgettaire effecten te verwachten, maar de aanpassingen zijn niet van dien aard dat we die effecten nu al kunnen inschatten. Ze zijn pas goedgekeurd en regelgevend verankerd. Die budgettaire effecten kunnen we nog niet effectief simuleren.

Al onze predicties zijn gebaseerd op een vrij beperkte periode omdat we pas in 2017 de volledige sector hebben omgeschakeld. De resultaten hebben dus een zekere foutenmarge. Ik wil dus niet zeggen dat de budgetten die we hier benoemen, te nemen of te laten zijn. Er kunnen verschillen op zitten, maar de grootteordes zijn zeer duidelijk en kunnen toch wel bepaald worden.

Hoe hebben we de nodige middelen dan ingeschat? We bekijken telkens hoeveel middelen er vrijkomen door de uitstroom. Wat is er nodig voor de automatische-toekenningsgroepen voor wie we predicties doen op basis van de voorbije jaren? Wat is er nodig voor de mensen op de prioriteitenlijst? We houden rekening met de mensen die gekend zijn op 31 december 2018, de mensen die een aanvraag hebben lopen in 2018, de predictie van het aantal nieuwe vragen tijdens de volgende legislatuur en de effecten van het uitbreidingsbeleid in 2019. In 2019 kenden we meer dan 100 miljoen euro uitbreidingsbeleid en dat heeft ook een effect op alle mensen op de prioriteitenlijsten die op 31 december 2018 gekend zijn.

Als we naar de kostprijs van de automatischetoekenningsgroepen in 2018, 2019 en de komende legislatuur kijken, dan kunnen we ook een inschatting maken van het budget. De kostprijs voor de automatischetoekenningsgroepen in de volgende legislatuur is zo'n 370 miljoen euro. De gemiddelde jaarlijkse kost zit rond de 74 miljoen euro. We zien dus toch al een serieus effect van die automatischetoekenningsgroepen.

Dan kom ik bij de kostprijs van de prioriteitenlijsten op 1 januari 2019, inclusief de lopende vragen. Hiervoor hebben we een aantal simulaties gedaan waarvoor we naar de zorggebonden kostprijs en naar de totale kostprijs – waarbij de organisatiegebonden kostprijs en de beheerskosten zijn bij geteld – kijken. In totaal komen we op 570 miljoen euro. Daarin hebben we de predictie van de middelen voor de prioriteitengroepen mee verrekend.

We hebben voor de verschillende prioriteitengroepen de jaarlijkse aangroei van de wachtlijst, gebaseerd op onze percentages en de analyses van 2018, berekend.

Daar zitten we aan ongeveer 97 miljoen euro. In de tabel ziet u de inschatting van de benodigde middelen voor de wachtlijst PVB meerderjarigen in de komende legislatuur. U ziet een bedrag van 570 miljoen euro voor de kost van de wachtlijst inclusief lopende vragen. Er zijn ook bijkomende vragen in de prioriteitengroepen, waarbij er gerekend is met een groei van 3 procent per jaar. Ook de kost van de aangroei van de wachtlijst in de komende legislatuur is berekend. Ook daar is rekening gehouden met een groei. De terbeschikkingstellingen van 2019 worden er van afgetrokken omdat we die middelen al hebben gegenereerd. Dit alles brengt ons op een bedrag van 1.194.700.000 euro. Als we daar de automatischetoekenningsgroepen bij tellen, de stopzettingen ervan aftrekken en de benodigde middelen voor de wachtlijst erbij tellen, dan komen we aan 1.389.700.000 euro. Dat is enkel voor de minderjarigen.

Als we dan kijken naar de simulaties die we samen met de toegangspoort hebben gemaakt op basis van de wachtlijsten daar, dan kunnen we daar ook een inschatting van maken voor de volgende legislatuur. De PAB-budgetten bedragen 83,5 miljoen euro en de MFC-budgetten eveneens 83,5 miljoen euro. Het is puur toeval dat die bedragen net hetzelfde zijn. Dat brengt ons op 167 miljoen euro extra. Bij die inschattingen hebben we gelijkaardige redeneringen gevolgd als voor de meerderjarigen. Bij de MFC's hebben we ook rekening gehouden met de doorstroom via zorgcontinuïteit. Ook dat effect is meegerekend.

We hebben ook een inschatting gemaakt van wat nodig is voor rechtstreeks toegankelijke hulp. Is er nog groei voor individuele materiële bijstand, voor hulpmiddelen? Bij rechtstreeks toegankelijke hulp gebeurde de inschatting op basis van analyses van de sector. Het is een moeilijke oefening, maar we schatten het op ongeveer 55 miljoen euro. Daarover kan gediscussieerd worden, want als er meer persoonsvolgende budgetten toegekend worden, dan is er minder vraag naar rechtstreeks toegankelijke hulp. Daar zal wel een effect zijn, maar we baseren ons op de signalen dat de huidige capaciteit niet voldoende is om aan alle vragen te voldoen. Voor hulpmiddelen en woningaanpassingen zitten we aan ongeveer 5 miljoen euro. Tot slot: hoe groter de populatie van mensen met een budget, hoe meer mensen een beroep doen op bijstand en dergelijke. Voor de toeleidingsprocedures, de doventolken en dergelijke meer komen we aan een bedrag van 5 miljoen euro om de groei te kunnen opvangen.

Er is ook een aftrekpost. Hoe meer mensen een persoonsvolgend budget hebben, hoe minder ze een beroep doen op rechtstreeks toegankelijke hulp. Als ze een persoonsvolgend budget hebben, komen ze ook niet meer in aanmerking voor een basisondersteuningsbudget. Dat zou tot een overschot van ongeveer 20 miljoen euro aan zorgbudgetten kunnen leiden.

Als we dat allemaal verrekenen, dan komen we aan een maximaal budget van iets meer dan 1,6 miljard euro. Dat is het scenario waarbij alle vragen zijn beantwoord en waarbij rekening is gehouden met een groei van 3 procent per jaar in de volgende legislatuur.

Dan komen we aan iets van een 113.000 mensen met een VAPH-ondersteuning of een zorgbudget tegen eind 2024. Dat is een aanzienlijke toename van de populatie die wij helpen met zorg en ondersteuning. Neem 'maximum' niet al te strikt, het is niet te nemen of te laten, met het nodige voorbehoud geen wijziging van regelgeving en een aantal assumpties die wij doen.

In scenario 3 gaan we naar een verdubbeling van het huidige uitbreidingsbeleid. In onze analyse hebben we de gelijkaardige verdeling van de beschikbare middelen in de huidige legislatuur gedaan en de andere helft volledig voor de prioriteitengroep gehouden. Dan kunnen we simulaties doen op basis van die 660 miljoen euro en dan hebben we gemiddeld ongeveer 132 miljoen euro per jaar. Via simulaties inzake de doelgroepen kunnen we conclusies trekken. Dat wordt gemiddeld 57,5 miljoen euro voor de prioriteitengroepen in de volgende legislatuur en een jaarlijkse kost van de bijkomende vragen in de prioriteitengroepen van ongeveer 97 miljoen euro. We hebben dan een oplossing voor een deel van de mensen in de prioriteitengroepen, voornamelijk prioriteitengroep 1. Toch zien we nog steeds een aangroei van die prioriteitengroepen als we met een verdubbeling van het uitbreidingsbeleid werken. Dan krijgen nog 85.000 personen een VAPH-ondersteuning en zorgbudget tegen het einde van de volgende legislatuur.

Als men een verdubbeling van het uitbreidingsbeleid toekent, hoever komen we dan binnen de prioriteitengroepen? Ook daar hebben we een simulatie van gemaakt. Als we die middelen inzetten in de volgende legislatuur is de prioriteringsdatum – op datum eind 2024 – voor prioriteitengroep 1 eind september 2023, voor prioriteitengroep 2 eind oktober 2017, voor prioriteitengroep 3 begin december 2005. Ik zie een aantal mensen zuchten. Daar zitten we voor prioriteitengroep 1 op een wachttijd van één jaar en drie maanden, voor prioriteitengroep 2 op een wachttijd van zeven jaar en twee maanden en voor prioriteitengroep 3 op een wachttijd van negentien jaar.

We hebben deze cijfers gepresenteerd aan ons raadgevend comité. Daar werd ook gezocht en gepuft. Het comité vond dat 1,6 miljard euro in de volgende legislatuur voor enkel en alleen personen met een handicap ... Er zijn nog zoveel andere noden.

Het comité vindt dat we moeten kijken naar de beleidsuitdagingen. Welke liggen er op tafel? Het debat is nu bezig, dus ik wil nog niet te veel adviezen of resultaten van de bespreking geven.

De discrepantie tussen het aantal nieuwe vragen en de middelen die vrijkomen door de uitstroom is belangrijk. De uitstroom gaat het niet dekken. Men moet daar uitbreidingsbeleid hebben. Men gaat het systeem moeten bijsturen. Men gaat een evaluatie van het PVF moeten maken. Het systeem werkt, vraagsturing werkt. De mensen die een persoonsvolgend budget hebben, zijn aangenaam verrast dat het systeem ook voor hen werkt. Ze willen dat dat systeem blijft bestaan. We moeten bekijken welke bijstellingen we kunnen doen, welke fundamentele bedenkingen we kunnen maken. Op dit moment liggen daarover een aantal voorstellen op tafel. Daar is nog geen akkoord over, omdat werknemers, werkgevers, gebruikersorganisaties en experts allemaal verschillende discussies op tafel leggen. Het beloven verhitte discussies te zijn.

Er leven grote vragen. De experts in het raadgevend comité, de externen, zeggen: op dit moment is het alles of niets, men krijgt volledig zijn budget, met als gevolg dat er zoveel mensen staan te wachten; moeten we niet beginnen na te denken over deelbudgetten om meer mensen te kunnen helpen?

Ik hoor ook hier dat dat eigenlijk niet bespreekbaar is, maar dezelfde discussie is er in het raadgevend comité. Er zijn nog heel veel voorstellen, maar dat zijn ongeveer de grote thema's die op tafel liggen inzake de vraag hoe ver we kunnen gaan om die 1,6 miljard euro terug te dringen en wat dan de opties zijn. Andere mensen zeggen dat die bestedingsregels veel te ruim zijn, dat we ze moeten inperken. Dat zijn ook een aantal opties die voorliggen. Er is de kostprijs van de toeleidingsprocedure, al die vragen die worden gesteld. Dat zijn ook discussies die bezig zijn. Heel veel mensen moeten een ondersteuningsplan indienen, hebben een zorgzwaarte-inschaling, hebben dan een prioriteitengroep. Die zorgzwaarte-inschaling is er op basis van de huidige noden. Als je in prioriteitengroep 3 komt, moet je x aantal jaren wachten. Tegen de tijd dat die persoon in aanmerking komt om een budget ter beschikking gesteld te krijgen, is de zorgnood allang geëvolueerd, maar we hebben wel administratieve kosten gemaakt om een multidisciplinair team te financieren. Dat is in een regionale prioriteitencommissie (RPC) gebeurd, er werd een ondersteuningsplan opgemaakt, al dan niet betaald aan diensten ondersteuningsplan (DOP's) en dergelijke meer.

Dat zijn dus globale discussiepunten die voorliggen. Er is de complexiteit van de financieringstechniek. In welke mate moet je kostendekkend financieren? Waar begint en eindigt sociaal ondernemerschap? Moeten we dat niet forfaitair financieren? Zijn er in de huidige berekeningsmethodiek een aantal kostendrijvers die niet gedekt zijn? Dat zijn dus allemaal vragen die voorliggen. Er wordt op dit moment fel gediscussieerd in het raadgevend comité, maar het is wel aangenaam dat dergelijke vragen binnen het raadgevend comité worden gesteld omdat men ook heel goed beseft dat er ons inzake die financiële scenario's wel wat te wachten staat. In de sector is men het aan zichzelf verplicht om ook eens ruimer te denken en ook eens te bekijken of er een aantal bijstellingen aan het systeem mogelijk zijn. Hoe gaat men daarmee om, en hoe gaat men met die wachtlijsten en dat budgettair effect om?

De voorzitter: Dank u voor de uitgebreide toelichting.

Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Dit zijn veel cijfers. Je wil ze ook verwerken voor je je vragen kunt stellen. Eerst en vooral bedankt. Deze projecties zijn op zijn minst heel interessant. Zoals u zegt, het is ook wel stevig. Onze partij heeft zelf ook oefeningen gemaakt, en ik geef toe dat de aangroei die er is per jaar, hoger uitvalt

dan verwacht. Dat gaat toch naar een extra groei van bijna 550 miljoen euro, nog los van het wegwerken van de wachtlijsten en het voortzetten van het beleid. Dat is dus die 3 procent per jaar.

Mijn eerste vraag is misschien een vraag die moeilijk te beantwoorden is. Dat leek me de moeilijkst meetbare factor, omdat dat is gebaseerd op wat er bij de FOD ieder jaar extra binnenkomt en wat dat dan betekent. Met de omslag qua systeem is er nu wellicht een groep mensen die de meerwaarde van dat systeem ziet en daarom een aanvraag doet. In welke mate verwacht u dat dat ook 3 procent zal blijven? Heeft de FOD ook daarover projecties? Als ik het goed heb begrepen, is dat het gemiddelde van wat er de afgelopen jaren is bijgekomen, maar in welke mate is er een verwachtingspatroon dat dat het aantal mensen met een handicap is dat er per jaar ook daadwerkelijk bijkomt?

Ziet het raadgevend comité ook eventueel terugverdieneffecten op andere beleidsdomeinen? Als we scenario 2 zouden uitvoeren, wat eigenlijk het uitvoeren is van onze internationale verdragen, dan zullen we wellicht ook aan een aantal jongeren bijvoorbeeld een PAB geven waarmee ze gemakkelijker naar school kunnen en inclusief onderwijs kunnen hebben. Dan zullen we misschien op andere domeinen ook op een of andere manier iets kunnen terugverdienen. Ik weet niet of dat klopt, maar hebben jullie die oefening ook meegenomen?

Wat de scenario's betreft inzake de beleidsuitdagingen die momenteel op tafel liggen: als er dan scenario's liggen inzake deelbudgetten, bestedingsregels enzovoort, zijn er prognoses gemaakt met betrekking tot de vraag welke besparingsopties daar dan aan gekoppeld zijn? Door de bestedingsregels wat strenger te maken, kan men het een hele hoop mensen moeilijker maken om daadwerkelijk rond te komen, terwijl dat qua macrobudget niet dat grote verschil maakt.

Als we deze cijfers leggen naast die van Perspectief 2020 en de berekeningen die toen zijn gemaakt, is er een groot verschil. Kijken we naar wat de regering had voorzien in Perspectief 2020 voor het uitbreidingsbudget voor deze legislatuur, dan was er ongeveer een tekort van een half miljard euro voor alle vragen die waren gedetecteerd. Dat is uit het blote hoofd: de cijfers tot na de komma heb ik nu niet bij de hand. Nu wordt gesteld dat we daar eigenlijk anderhalf miljard euro bij moeten tellen. Wat maakt dat verschil in grootteorde? Wat is toen niet meegerekend dat vandaag dan wel dat grote verschil met zich meebrengt?

Los daarvan vind ik wel dat de politiek een aantal verplichtingen heeft ten aanzien van mensen met een handicap. Het is belangrijk dat we de juiste cijfers kennen, maar ook dat we met die cijfers in de hand onze engagementen en verplichtingen nagaan. Het is goed dat we weten voor welke uitdaging we staan, maar het is wel aan de politiek om dan ook de oplossing te vinden, om daar een antwoord op te geven. Zeggen aan mensen dat we maar een deel van het budget zullen geven of dat we aanvaarden dat er nog twintig jaar wachtlijsten zijn, dat is moreel gewoon geen optie. We zullen moeten onderzoeken hoe het zo rationeel en efficiënt mogelijk kan, maar het aanvaarden van wachtlijsten lijkt me geen politieke optie die we kunnen aanvaarden.

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Dit was een heel duidelijke uiteenzetting. Ik kom terug op het laatste, de bijsturing van het systeem. Het is natuurlijk wel heel goed dat die evaluatie nu wordt gemaakt. Het ging hier over besparingen, maar er moet vooral worden bekeken hoe we onze middelen efficiënt kunnen inzetten. Dat is daarom geen besparing. Er zijn verschillende mogelijkheden, met het oog op de toekomst, om misschien op een andere manier om te gaan met ons budget. Dat is daarom niet een besparing, of slechter.

Tegen wanneer moet die evaluatie rond zijn, en wat gebeurt er daar dan mee? Dat is misschien ook wel belangrijk richting de volgende legislatuur.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Dank u wel voor de gedegen uitleg en de ongetwijfeld vele uren om de verschillende scenario's te becijferen. Het is dit soort werk dat ook in het verleden telkens aanleiding heeft gegeven tot het verzetten van een aantal bakens. Ik kan me voorstellen dat het af en toe even slikken is als je die toch wel zeer hoge bedragen ziet. Wat mij opvalt, is dat het minimale scenario, met een bepaald bedrag dat nodig is om puur aan de wettelijke vereisten te voldoen, eigenlijk bijzonder nauw aansluit bij het actuele uitbreidingsbeleid. Ik vind daar meteen ook een argument in om te verklaren waarom de wachtlijsten, ondanks een significante toename, wat we ook hebben toegegeven tijdens de begrotingsbesprekingen, zijn blijven stijgen. Je hebt echt wel op een gegeven moment een kwantsprong nodig om die vicieuze cirkel van altijd maar langere wachttijden en aanzwellende wachtlijsten te doorbreken. De vraag is dan wat we moeten doen. We hebben hier nu drie scenario's. U geeft zelf aan dat het allemaal niet te nemen of te laten is, dat er variabelen mogelijk zijn, maar een eerste vaststelling is dus dat het lopende uitbreidingsbeleid eigenlijk nauwer aansluit bij scenario 1 dan bij scenario 2.

Wat mij ook opvalt, is dat u zelf eigenlijk uitgaat van de status quo, terwijl het aanvankelijk de bedoeling was om toch wel een meer doorgedreven systeemwijziging door te voeren. U merkt terecht op dat persoonsvolgende financiering een andere methode, een ander systeem is en dat dat systeem brandstof nodig heeft om te kunnen werken. Het is ons al eerder opgevallen bij evaluaties dat bestaande gebruikers eigenlijk heel vaak niet alle mogelijkheden van persoonsvolgende financiering gaan exploreren en ietwat conservatief een bevestiging van het bestaande aanbod aannemen. We kunnen ons zelfs afvragen of ze wel de mogelijkheid hebben om alles te gaan exploreren. Misschien zit daar deels de verklaring waarom we toch wel een behoorlijke meerkost hebben ten aanzien van eerdere prognoses. In welke mate moeten we ervoor zorgen dat zoveel mogelijk mensen, niet alleen de nieuwe gebruikers, de nieuwe mogelijkheden gaan benutten? Veeleer dan beknibbelen op het bedrag en mensen in een keurslijf te duwen moeten we ten volle inzetten op de mogelijkheden van het nieuwe systeem, waardoor we met de bestaande middelen veel meer zouden kunnen doen. Andersom zijn er een aantal zaken niet in overeenstemming met de doelstellingen van persoonsvolgende financiering.

Het is natuurlijk ook zo – en ik hoor u dat eigenlijk ook wel zeggen – dat de bestaande toestand, waarbij mensen weten dat zij in sommige gevallen vele jaren lang en zonder al te veel perspectief moeten wachten, er aanleiding toe geeft dat ze onmiddellijk het volledige pakket aanvragen. Het wachten op zich maakt de problematiek ook gewoon erger. Zorgzekerheid bieden aan mensen zet de vragen in een realistisch perspectief, wat meteen ook een invloed heeft op de budgetten. Door daarnaast sneller preventief in te grijpen, ga je duurdere hulpvormen verder in het traject vermijden.

Ik had op dit verhaal eigenlijk heel graag een reactie gekregen van u, minister Vandeuren. Ik had graag geweten hoe u aankijkt tegen het rekenwerk van uw administratie en welke beleidsaanbevelingen u er voor uw opvolgers uit trekt. Ik vind het jammer, zoals ik al eerder heb gezegd, dat de evaluatie dusdanig getimed wordt dat we eigenlijk geen degelijk parlementair debat meer kunnen houden deze legislatuur. Zij die hier de volgende legislatuur zitten, zullen dat ongetwijfeld wel kunnen doen, maar dat zal dan in het kader zijn van een regeerakkoord dat is afgesloten. In het verleden heeft het parlement al de mogelijkheid gehad en gegrepen om zelf aanbevelingen te doen aan een volgend parlement, vaak zelfs

over de partijgrenzen heen en met goed gevolg, want op een gegeven moment zijn een aantal bakens verzet. Dat zou een eerbewijs zijn voor het reken- en studiewerk dat u hebt uitgevoerd.

Samengevat denk ik dat de cijfers zijn wat ze zijn. Maar ik lees er echt wel een appel in om in te zetten op de systeemwijziging die men beoogde in Perspectief 2020, en dus op echt vraaggestuurde zorg op maat van mensen, volgens hun vraag maar ook op het moment dat het nodig is. Mij lijkt het dat het een win-win zou kunnen zijn in dit verhaal om echt zekerheid te bieden en voor een stuk ook die bestaande, zeer zware zorgkosten op een meer efficiënte en vraaggestuurde manier in te vullen. En ik ben me er ten eerste bewust van dat dit geen gemakkelijk verhaal is om te schrijven.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega's, ik wil me permitteren om daar een paar beschouwingen bij te maken. Waarom is het belangrijk dat het VAPH u die inzichten geeft? Wel, ik heb een paar keren mogen meemaken dat het VAPH aan de vooravond van de verkiezingen ramingen maakt voor de volgende periodes. Het is mijn ervaring dat die nuttig en belangrijk zijn. Er wordt in de campagne veel gegoocheld met termen als zorgzekerheid en het wegwerken van de wachtlijsten. Het is wel belangrijk dat het debat gevoerd kan worden op basis van 'geobjectiveerd' materiaal.

Een van de dingen die me bijvoorbeeld bijblijft – en dat was ook een vraag van mevrouw Van den Brandt – ten opzichte van een vorige simulatie die het VAPH gemaakt heeft, is dat er ondertussen natuurlijk een aantal nieuwe inzichten zijn. Een van de inzichten die mij het meest frappeert, bij de objectieve analyse van het ramen van de nieuwe noden, is dat de vergrijzingseffecten die in het vorige rapport als assumptie werden aangenomen, absoluut niet uitgekomen zijn. Ik denk dat het VAPH u daarover de details kan geven. Maar ik herinner me nog zeer goed dat in een vorige versie van dit soort rapport de administratie ervan uitging dat tegen 2020 het vergrijzingsverhaal in de sector van personen met een beperking zover mee geëvolueerd zou zijn dat je dan, als je het tot dan je budgettaire inspanning kon volhouden, in een soort spontaan verhaal van uitstroom in evenwicht met de instroom zou komen. Dat is niet waar gebleken, integendeel. Volgens de cijfers die hier ook getoond zijn, is er wel degelijk sprake van een uitstroom. Men raamt die op ongeveer 30 miljoen euro per jaar of iets in die buurt. Maar de instroom is manifest nog hoger, en het ziet er niet naar uit dat dat de volgende jaren zal verminderen.

Bij de tweede vaststelling die ik durf te maken, begeef ik me misschien al meer op het polemische ijs. Het Perspectiefplan 2020 had een dubbele doelstelling: vraaggestuurd functioneren of financieren en een zorggarantie geven aan de personen met de grootste ondersteuningsnood. Dat is nog niet datgene wat wellicht iedereen wil, namelijk zorgen dat elke vraag beantwoord is. Het Perspectiefplan gaf als target: zorggarantie aan personen met de grootste ondersteuningsnood. Dat is doorheen de jaren in het plan vertaald in twee dingen. De groep die een recht krijgt op een persoonsgebonden budget, moet stelselmatig verstevigd worden. De open-endfinanciering moet haar intrede doen en moet geleidelijk aan het prioriteringssysteem beginnen te verdringen. Dat verhaal is in de praktijk omgezet door automatischetoekenningsgroepen te benoemen. Als u gekeken hebt naar de cijfers, dan ziet u dat de schattingen van het VAPH aangeven dat alleen al doen wat men wettelijk moet doen, namelijk honoreren wat in de automatischetoekenningsgroepen zit, goed zal zijn voor ongeveer 73 of 83 miljoen euro per jaar – ik ken die cijfers ook niet vanbuiten. Als je dat zou verminderen met de spontane uitstroom, dan kom je toch aan een recurrente groei van het budget die nodig is, gewoon om te doen wat je juridisch moet doen, van ongeveer 40 miljoen per jaar.

Aan al diegenen die gaan onderhandelen over een volgend regeerakkoord: in mijn ogen betekent dat dat het aantal externe kostendrijvers dat in zo'n constantbeleidsoefening wordt meegenomen, uitgebreid moet worden met deze groep.

Tenzij we de regels veranderen, is daar geen discussie over mogelijk. Indien het beleid constant wordt toegepast, heeft het VAPH recurrent 50 miljoen euro nodig om voor die groep in een antwoord te kunnen voorzien. Dat is een totale nieuwigheid.

We zijn nog nooit in de fase geraakt waarin we rechten openen op een wijze die constant in het beleid moet worden opgenomen. Ik vind dat dit moet gebeuren. Iedereen zal zijn prioriteiten leggen. In het vroegere systeem moest het budget worden vertaald in voorzieningen, maar daar waren er bij die nog moesten worden gebouwd. Dat geld zou niet dat jaar worden uitgegeven als er nog eerst moest worden gebouwd. Om die reden waren er bufferconstructies in het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) en dergelijke. Het geld werd verdeeld over de voorzieningstypes en de dienstentypes. Vervolgens werd het over de provincies versleuteld en volgden de prioriteringen. Iemand met een prioriteit kon dan hopen aan bod te komen. Hij kon hopen dat in een bepaald voorzieningstype een plaats zou vrijkomen. Het kon echter perfect gebeuren dat drie dagen voor het leggen van de prioriteiten een urgentere prioriteit binnenliep die over de vraag van anderen werd geschoven. Sommigen zijn dat al vergeten, maar zo ging het vroeger. Indien ik te ongenueanceerd ben, kunnen de mensen van het VAPH me verbeteren. Ouders werden wanhopig omdat ze de idee hadden er bijna te zijn. Zelfs als het niet ging om de voorziening die ze wilden, deden ze niet moeilijk en waren ze blij dat er plaats was, maar twee weken voordien kwam dan een urgentie. Iedereen moet de voorbije jaren maar eens in de media nakijken.

Het systeem met de automatischetoekenningsgroepen heeft tot gevolg dat er in het systeem een oplossing zit voor de urgenties, de noodsituaties en dergelijke. We zitten nu met automatischetoekenningsgroepen voor de volwassenen en met prioriteringsgroepen. In die groepen staan de mensen per datum. Zodra we het budget voor 2020 kennen, ben ik er echt van overtuigd dat het perfect mogelijk is te zeggen op welke datum de toekenning van budgetten aan mensen in de eerste prioriteitengroep zal volgen. De volgende Vlaamse regering zal tijdens de volgende legislatuur een uitbreidingsbudget moeten creëren.

Als de nieuwe Vlaamse regering, bijvoorbeeld, de ambitie zou hebben zorggarantie te bieden aan de mensen met de grootste ondersteuningsnood in de automatischetoekenningsgroepen, maar ook aan iedereen die langer dan een jaar op de lijst van de prioriteitengroep 1 staat, kan dat perfect worden begroot. Indien het de ambitie is die zorggarantie in 2020 te geven en indien er een akkoord is dat het om prioriteitengroep 1 en om de automatischetoekenningsgroepen gaat, maakt het systeem dit mogelijk.

We hebben dit jaar 90 miljoen euro ingezet voor het uitbreidingsbeleid. Indien de volgende Vlaamse regering zou besluiten daar 120 of 130 miljoen euro van te maken, kan iedereen die meer dan een jaar in de hoogste prioriteitengroep zit perfect zijn budget krijgen. In dat geval heeft het plan gedaan wat het moest doen, niet meer maar ook niet minder. Ik beweer niet dat dit plan het eind van het verhaal betekent, maar het was de ambitie om deze doelstelling te halen. Er is duidelijk nog veel meer nodig.

Als ik eerlijk mag zijn, wat ik tijdens de laatste bijeenkomst van deze commissie misschien mag, denk ik persoonlijk dat de randvoorwaarden die het VAPH in zijn ramingen heeft gebruikt, namelijk de concentratie op de bestaande doelgroepen, ook niet zo evident zijn. De jongdementerenden en de chronische psychiatrische patiënten kloppen aan de deur van het VAPH. Ik beweer niet dat er geen argumenten zijn, maar ik vind het heel moeilijk te verklaren dat een patiënt van 64 jaar met amyotrofische laterale sclerose (ALS) het label van gehandicapte krijgt

en in het traject zelfs een versnelde toekenningsprocedure kan volgen, maar dat een patiënt van 66 jaar met dezelfde handicap zich eigenlijk moet wenden tot de ouderenzorg, waar de personeelsomkadering en de zorgmogelijkheden nog van een totaal andere orde dan in de gehandicaptensector zijn.

Ik houd mijn pleidooi hier met de nodige bescheidenheid. Iedereen heeft daar zijn visie over te geven en ik ben alleszins geen kandidaat meer voor de volgende legislatuur.

De grote uitdaging is niet alleen de wachtlijst zoals we die nu administreren in het VAPH, met alles wat daar aan menselijkheid achter zit, maar dit zal moeten passen in een breder care-beleid, zowel met betrekking tot de residentiële ouderenzorg als met betrekking tot ons deel in de aanpak van chronische patiënten, enzovoort. Dat zal dus een geïntegreerd verhaal moeten worden, waarin de idee 'Health in All Policies' stevast en consequent in herinnering gebracht moet worden. Ik denk dat dat ook uw analyse is, mijnheer Van Casteren: voor de participatie van personen met een beperking enkel maar naar het VAPH kijken, is maatschappelijk gewoon niet correct, en ook niet doenbaar. Het gaat over de toegang tot de arbeidsmarkt, tot de huisvesting, tot het socio-cultureel leven, tot vele levensdomeinen. Telkens maar zeggen dat dat via de rugzak gefinancierd moet worden: ik denk dat er daarvoor een breder verhaal nodig is. Voor alle duidelijkheid, ik geloof daar ook in. Ik ben genoeg in andere landen geweest om te weten dat wij hier vanuit een historische evolutie ook nieuwe mogelijkheden en opportuniteiten moeten kunnen grijpen.

Wat het respect voor de conventie betreft, mevrouw Van den Brandt, denk ik ook dat het niet correct is om het te framen alsof alles zal afhangen van wat het VAPH zal doen. Er zijn federaal ook integratietegemoetkomingen, er is de sociale toeslag in het groeppakket. Ik ben er persoonlijk voorstander van om het recht op financiële ondersteuning voor ouders met een kind met beperkingen ook via de weg van de sociale toeslag en het groeppakket steviger te organiseren. Als je nu twaalf punten hebt in het oude systeem, krijg je er automatisch het basisondersteuningsbudget (BOB) bij. In die omstandigheden is dat toch al een recht op 600 à 700 euro per maand. Niemand spreekt daarover, maar dat is een recht.

Omwille van de continuïteit hebben we het systeem van de sociale toeslagen behouden zoals het nu is, maar we hebben de arts van het multidisciplinair team (MDT) bevoegd gemaakt om ook die inschalingsoefening te doen, omdat we gemerkt hebben dat de meer sociale schaal van het kinderbijslagsysteem eigenlijk bepaalde vormen van handicaps niet voldoende in rekening brengt. Gedragsstoornissen en -beperkingen zitten daar niet voldoende in. Als we ook iets gedaan hebben voor de situatie van kinderen met autisme, is dat omdat we hopen dat, als zij naar het MDT gaan, de gevoeligheid en het erkennen van dit fenomeen er zijn, en er dus twaalf punten in de verhoogde kinderbijslag komen, en er dus automatisch BOB komt, en dat we daar dus een sterk spoor kunnen openen. Daarom zeg ik ook dat de conventie niet alleen over de issue van het VAPH gaat, maar over de combinatie van de inspanningen die wij doen. Ik denk dat er dus op meerdere sporen intens gewerkt zal moeten worden.

Als ik mij een laatste zaak mag permitteren, wil dat ook zeggen dat het systeem van het persoonsgebonden budget ook uitgaat van het feit dat we het rechtstreeks toegankelijke deel van de handicapspecifieke zorg verbreden en versterken. Het gaat uit van het BOB omdat we willen vermijden dat iedereen het maximum wil en ook altijd daarvoor zal gaan. Je moet zorgen dat er voldoende aanbod is om mensen met beperkingen te ondersteunen, zonder dat dat altijd betekent dat je voor het ultieme persoonsvolgend budget moet gaan.

Ik denk dat daar nog een veelheid aan acties voor nodig zijn. Maar ik ben er persoonlijk redelijk optimistisch over, in die zin dat ik denk dat wat op tafel moet

liggen om daar een nieuwe kwantitatieve en kwalitatieve stap te zetten, effectief ook beschikbaar is. Het zal dus de boodschap zijn om vanuit de evaluatie en met dat andere beleid in het vooruitzicht, te bekijken hoe we dat opnieuw stappen vooruit kunnen laten zetten. Dan is de vraag niet enkel hoeveel budget het VAPH krijgt, maar is het een breder verhaal. Ik denk dat het voor de duurzaamheid van het systeem ook het beste verhaal is.

Met betrekking tot het systeem an sich denk ik dat er finetuning nodig zal zijn. Ik denk dat de budgetcategorieën verfijnd moeten worden. Ik denk dat een aantal dingen die sommigen in de sector niet graag horen ook gezegd moeten worden om het systeem duurzaam te maken. Je moet misbruiken proactief kunnen tegengaan, en dat moet je durven te benoemen en zeggen. Je moet systemen hebben waar mensen die misschien niet in staat zijn om met die budgetten zomaar alles te doen, ook ondersteund en begeleid worden. Je moet daar aanklappend in zijn, ook in het geïntegreerde breed onthaal.

Je zal – wat we trouwens al doen met het Mozaïekbesluit – al een aantal budgetcategorieën moeten verfijnen, zodat je door zorgverzwaring niet ineens in een budgetcategorie zit die disproportioneel veel te zwaar is voor datgene wat je aan een zorgverzwaring moet opvangen. Er moeten dus correcties gebeuren in dat systeem. Soms zijn dat dingen die men niet graag hoort omdat ze wat bedreigend zijn of buiten de comfortzone gaan. Maar ik ben ervan overtuigd dat, als je dat niet doet, dat echt niet zal helpen om onze gemeenschappelijke ambitie waar te maken. Er zijn dingen die moeten worden bijgestuurd. Ik hoop dat, als het moment is aangebroken, iemand in de commissie – een aantal van u zullen hier wellicht nog zijn – zich zal herinneren dat ik daarvoor heb gepleit en dat ik dat thema niet uit de weg wil gaan.

De voorzitter: De heer Van Casteren heeft het woord.

James Van Casteren, administrateur-generaal Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH): Wat de inschatting van 3 procent betreft: de aangroei is hoger dan verwacht. Sommige politieke partijen hadden dat al zelf berekend. Is de inschatting van de federale overheid dan niet te hoog? We hebben een voorzichtige inschatting gemaakt. De voorbije jaren was er een groei van het aantal aanvragen van 4,85 procent. De FOD zit op 3,15 procent. Zal dat hoger zijn? Zal het lager zijn? Dat kunnen we niet inschatten. We hebben ervoor gekozen om op veilig te spelen en 3 procent te kiezen. Als administrateur-generaal zal ik nu niet de prognose maken dat die 3 procent correct is, want dan zit ik hier misschien zoals Laurent Bursens, die zei dat de in- en uitstroom elkaar tien jaar later zouden opheffen. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeuren. Gelach)*

Volgens ons is die 3 procent een voorzichtige raming. Ik vermoed dat die niet te hoog zal zijn. Het lijkt mij een vrij voorzichtige inschatting.

Wat die 1,6 miljard euro betreft, zijn er uiteraard terugverdieneffecten in andere sectoren. In een inclusieve maatschappij moeten we bekijken hoe bepaalde middelen worden ingezet. Is dat te becijferen? Op dit moment niet, lijkt me. We hebben binnen het VAPH al gepuut en gezocht om deze analyses te maken. Als je dan zegt: 'Men zou met het M-decreet.... Men zou vanuit VDAB... Men zou een aantal dingen kunnen doen.' Dan moeten we ook met al die andere sectoren gaan samenzitten: wat zijn daar de budgettaire effecten? Dat is op dit moment niet gebeurd. Maar waarschijnlijk zullen er wel terugverdieneffecten zijn.

Het raadgevend comité debatteert over de bijsturing van het beleid. Ik zal dat even situeren. Het raadgevend comité wil, aansluitend op onze meerjarenanalyse, een beleidsadvies geven. Het raadgevend comité doet geen evaluatie van het systeem en geeft geen voorstellen over de manier waarop het systeem moet worden bijgestuurd. Maar het wil wel aanbevelingen geven waar er een consensus is binnen

de sector. Dat is iets anders dan: wanneer is de evaluatie, wanneer kunnen we berekenen wat mogelijke bijstellingen van het systeem zullen opbrengen? Dat is op dit moment nog niet gebeurd.

Op 4 juli hebben we in Gent een eerste grote evaluatiemoment. Dan zullen we met een bredere blik bekijken welke bijstellingen er moeten gebeuren, administratief, puur praktisch. Zijn er budgettaire effecten: ja of neen? De volgende legislatuur zullen we dat steeds meer kunnen objectiveren, becijferen en meer in detail kunnen uitwerken.

Binnen het raadgevend comité is de discussie nu: welke dingen zijn voor ons bespreekbaar? Aanpassing bestedingsregels: ja of neen? Efficiëntiewinsten binnen vergunde zorgaanbieders: ja of neen? 10 procent, 15 procent? In percentage of in een andere regelgeving vastgelegd? Dat zijn globale debatten, die nu worden gevoerd. Volgens mij zullen ze niet concreet ingaan op welke manier ze zullen interveniëren in het nieuwe systeem.

We moeten afwegen in welke richtingen we kunnen zoeken om het beleid bij te sturen, en of er een consensus is over de precieze richting. Daarover zal het debat in het raadgevend comité gaan.

Waarom is er zo'n groot verschil tussen de becijfering van Perspectief 2020 en de huidige becijfering? Dat komt vooral omdat we nu meer cijfers hebben. We hebben nu gedetailleerde cijfers, het systeem werkt en toen hebben we een analyse moeten maken op basis van een theoretisch model waarvan we niet wisten wat de mogelijke effecten zouden zijn. We hadden ook geen idee of we automatischetoekenningsgroepen zouden hebben.

In een 7/7-discussie werd gezegd dat je een 'ticket nursing' zou krijgen. Dat wil zeggen dat je in de toenmalige overeenkomst met de directeur of een zorgaanbieder vijf dagen zorg kreeg. Dat was zo afgesproken. We hadden niet kunnen voorspellen dat iemand met een ticket nursing zou zeggen: neen, ik heb recht op 7/7 en men moet mij dat betalen. Vroeger bestond dat ook niet. Dat was geen recht van 7/7. Dat was wat er op dat moment binnen de vergunde zorgaanbieder aan personeels- en aan zorgkost was. Er werd een afspraak gemaakt met de cliënt: wij kunnen u vijf dagen zorg geven. Mocht de vraag van die cliënt na zeven dagen groeien, dan was er minder instroom, want die middelen werden herverdeeld.

Ten tijde van de opmaak van Perspectief 2020 kon men niet inschatten dat bepaalde discussies zouden worden gevoerd. Alles heeft uiteraard een budgettair effect. Wat we toen nog niet konden inschatten, kunnen we nu, enkele jaren verder, zeer gedetailleerd becijferen op basis van de vaststellingen van een aantal jaren en een doorgedreven monitoring. Uiteraard zitten we nu toch wel een pak hoger.

Hetzelfde met zittende gebruikers die de voordelen van PVF op dit moment nog niet zien. Ook dat zal een onderwerp van discussie over de toepassingen van het systeem zijn, wetende dat degenen die al twintig jaar bij een vergunde zorgaanbieder zitten, daar goed zitten. Er zijn veel ouders die niet willen veranderen omdat ze tevreden zijn over het aanbod, omdat ze daar goed zitten en omdat hun kind er goed zit.

Anderzijds zijn er ook ouders die zo snel mogelijk weg willen en een deel thuis-assistentie willen inkopen. We kunnen gebruikersorganisaties opleiden, we kunnen de gebruikersraden bij vergunde zorgaanbieders opleiden zodat ze de voordelen van bepaalde systeemwijzigingen kunnen zien. Echt pushen om te bekijken wat er op de markt is om te zien wat er anders kan, dat is moeilijk.

Dat is in balans met een vergunde zorgaanbieder. In welke mate heeft die voldoende middelen om zorggarantie te geven? In welke mate heeft hij voldoende

middelen om de werkbaarheid van zijn subsidie-eenheid te kunnen handhaven? Er zijn schaalvoordelen, er zijn andere kosten, maar dat is natuurlijk een afweging die binnen de sector zal worden gemaakt.

Het aanzuigeffect op de wachtlijst op dit moment bestaat uiteraard. Zolang mensen weten dat ze vrij lang moeten wachten, zullen ze vrij snel een aanvraag doen. Als het tien tot vijftien jaar duurt, staan ze liever nu al op de wachtlijst. Enkel met meer uitbreidingsbeleid zal die wachtlijst krimpen, zullen de wachttijden verkorten en zal het nieuwe systeem werken. We zitten nu twee jaar in het nieuwe systeem, en dat heeft ook wel wat tijd nodig om de systeemshift te kunnen maken.

Bij de vorige rapportering hebben we gezien dat van het aantal personen met een handicap die een budget toegekend kregen en dit ook beginnen te besteden, en die nieuw in het systeem komen, ongeveer 47 procent cash of de combinatie cash en voucher kiest. Bijna 90 procent van het oudere cliënteel dat in een voucher zit, blijft daar zitten. Het systeem werkt voor de nieuwe instromers. Zij willen de cash verkennen, zij gaan niet bij een vergunde zorgaanbieder. Dat heeft dus al effect, maar dat zal natuurlijk ook tijd nodig hebben. Hoe korter de wachtlijst en hoe korter de wachttijd, hoe kleiner het aanzuigeffect.

De voorzitter: De gedachtewisseling en de vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de spreiding van het aantal beroertecentra (type S2)
– 1004 (2018-2019)**

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, mensen die een beroerte krijgen, hebben twee soorten centra waar ze behandeld kunnen worden. Meer dan 90 procent van de patiënten wordt behandeld in een centrum type S1. Maar jaarlijks zijn er ook 700 tot 1000 met een ischemische beroerte, die nood hebben aan een type S2 vanwege een trombectomie.

Op de interministeriële conferentie van 25 maart 2019 heeft de federale minister van Volksgezondheid een voorstel tot beslissing voorgelegd om een maximum van 15 S2-centra te verdelen over de deelstaten. In de voorgestelde verdeling krijgt het Vlaamse Gewest 7 centra, het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest 3 centra en het Waalse Gewest 5 centra. Dat is mijns inziens een duidelijke scheeftrekking, omdat het Vlaamse Gewest op die manier 1 centrum krijgt per 935.000 inwoners, terwijl dat voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest neerkomt op 1 centrum per 397.000 inwoners. Bovendien is de gemiddelde leeftijd in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest lager dan in Vlaanderen, terwijl de gemiddeld leeftijd bij een beroerte ongeveer 75 jaar is.

Minister, wat denkt u van die geografische verspreiding van de S2-centra? Vindt u die correct? Hoe kunt u de tweetaligheid van de Brusselse centra garanderen, zodat de Vlaamse patiënten ook in het Nederlands verder kunnen worden geholpen? Hoe zult u dit in de komende tijd nog proberen bij te sturen?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega, de acute beroertezorg wordt georganiseerd in zorgprogramma's. Dat is een KB van 19 april 2014. Het basiszorgprogramma beroertezorg werd niet geprogrammeerd en kan dus in principe in elke ziekenhuis dat de erkenningsnormen haalt, worden georganiseerd. Om een voldoende groot

behandelingsvolume te garanderen en de expertise van de beroertezorgteams op peil te houden, werd er voorzien in een programmatie van het gespecialiseerde zorgprogramma acute beroertezorg met invasieve procedure, de S2.

De federale minister voor Volksgezondheid heeft zich bij het opstellen van de programmatie en de verdeling over de gewesten laten adviseren door een groep experts, onder andere de Belgian Stroke Council. Daarbij werd een afweging gemaakt tussen bevolkingsaantal, het huidige activiteitsniveau van centra en de geografische toegankelijkheid. Er werd berekend dat er ongeveer 18.000 patiënten met een ischemische beroerte per jaar zijn, waarvan er ongeveer 700 behandeld worden met trombectomie. Op basis van die gegevens werd de programmatie voor het rijk voor de S2-centra vastgelegd op een maximum van 15 centra.

Op de interministeriële conferentie van 25 maart jongstleden werd een verdeling voorgesteld van die vijftien S2-centra over de erkennende overheden. Er werd daarbij rekening gehouden met de reeds aanwezige expertise, met name op basis van de beschikbare gegevens over de uitgevoerde trombectomiebehandelingen per ziekenhuis, alsook met een correcte geografische spreiding. Daarbij werd onder meer rekening gehouden met een lagere bevolkingsdichtheid in Wallonië en werd er bijvoorbeeld ook gekeken dat er ook in de dunbevolkte provincie Luxemburg een mogelijkheid zou zijn om een centrum op te richten in het kader van geografische toegankelijkheid, hoewel er op dit ogenblik nog geen centrum actief is. Tegelijk werd voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest in aanmerking genomen dat de betrokken ziekenhuizen een ruimer hinterland bedienen. Het is dus ook niet juist om er voor de centra die voorzien zijn voor het gebied van het hoofdstedelijk gewest, van uit te gaan dat die hun hinterland zullen beperken tot het delen van het aantal inwoners uit dat gebied door het aantal centra. Die zullen een veel groter hinterland hebben, wat dan betekent dat het hinterland van de andere in Vlaanderen uiteraard ook kleiner zal zijn.

De verdeling werd in het protocolakkoord dan ook als volgt vastgelegd: het gebied van het Vlaamse Gewest krijgt maximaal zeven centra, het gebied van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest maximaal drie centra, en het gebied van het Waalse Gewest maximaal vijf centra.

De verdeling gebeurt op basis van het grondgebied. Dit wil zeggen dat binnen het grondgebied van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest drie centra een erkenning kunnen krijgen. Binnen het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest ligt ook een Vlaams ziekenhuis, met name het UZ Brussel, dat in aanmerking kan komen voor een erkenning. Inzake de verdeling van deze drie centra is vastgelegd dat er tussen de verschillende overheden die bevoegd zijn voor ziekenhuizen in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, gezamenlijk afspraken moeten worden gemaakt. Dit betekent uiteraard dat de Vlaamse Gemeenschap erover zal waken dat er minstens één een Vlaamse erkenning zal hebben. Ik neem aan dat ook bekend is dat het UZ Brussel een hinterland heeft tot in Vilvoorde en zelfs nog een stuk verder.

Met de zeven plus één te erkennen S2-centra hebben de Vlaamse ziekenhuizen dus een aanvaardbare proportie van de vijftien te verdelen centra toegewezen gekregen. De programmatie geeft ruimte om de huidige centra met een ontwikkelde trombectomieactiviteit van een planningsvergunning te voorzien.

Wat zal er nu verder gebeuren? Uiteraard moet er nu nog een koninklijk besluit komen dat de verdeling moet vastleggen. De vraag is of de federale overheid dit nog zal doen. Er is ondertussen ook een moratorium dat afloopt op het ogenblik dat de Kamer van volksvertegenwoordigers wordt geïnstalleerd. Uit de contacten die ik heb gehad, blijkt dat wie zich in Vlaanderen voor beroertezorg interesseert, hoopt dat de programmatie voldoende duidelijk zal zijn tegen het ogenblik dat het moratorium is opgeheven, want anders kan theoretisch iedereen in Vlaanderen die

erkenning vragen. Dan is er ook geen verdeling meer over het land, maar is alleen het macrocijfer van vijftien beschikbaar.

Ik wil nog een bedenking meegeven, maar dan trap ik waarschijnlijk een open deur in. De kwestie is niet zozeer het aantal S2-centra. Een ziekenhuis moet aan een heel aantal voorwaarden voldoen, niet het minst het exclusief vrijhouden van twee zalen. Er wordt nu ook al aan mijn deur geklopt om te zeggen dat die twee zalen met de nodige flexibiliteit geïnterpreteerd kunnen worden. Het KB is daar tot nu toe wel duidelijk over. Het is echter cruciaal dat dit gebeurt binnen een totaalprogramma om beroertes aan te pakken. Dat betekent kwaliteit van de aanrijtijden, functionering van de mug, ziekenhuizen met stroke-units enzovoort. Er moet dus een totaalplan worden gemaakt. In de mate dat alles aan alles hangt, is het wel dringend noodzakelijk dat er over deze kwestie een kader is waarbinnen er kan worden gewerkt. Anders riskeren we dat we zullen eindigen met de strijd om de S2-erkenning, terwijl goede beroertezorg wel veel meer zou moeten zijn dan dat.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik hoop dat u er in de komende weken bij uw federale collega toch nog op kunt aandringen dat het op zijn minst deftig wordt geregeld, ook al zijn wij dan niet tevreden met de aantallen. Ik denk dat wij een onderbenutting zullen hebben. Ook de Belgian Stroke Council had er twintig gevraagd. Ik weet wel dat zij maximalistisch vragen, terwijl dit niet altijd even gepast is, maar volgens mij blijven we toch met een geografische spreiding die niet klopt. Ik hoop ook wel dat we niet in het andere straatje terechtkomen en dat de beroertezorg toch op een eerlijke, goede en kwaliteitsvolle manier georganiseerd wordt.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, ik denk dat u gelijk hebt: S2-centra voor acute beroertezorg zijn al gespecialiseerde centra. Het belangrijkste is dat er kwalitatieve zorg wordt verstrekt aan patiënten die er nood aan hebben.

Een van de elementen die terecht aangehaald werden door de expertengroep, en waar u zelf naar verwezen hebt, betreft de aanrijtijden. Niet alleen de bevolkingscijfers, mevrouw Sleurs, die zijn te beperkt als criterium. De aanrijtijd is absoluut van belang. Bijvoorbeeld, als de aanrijtijd voor de Kempen wordt gerekend naar Antwerpen-Stad, dan hebben wij in de Kempen geen beroertezorg, want wij geraken daar niet op een fatsoenlijk uur, op geen enkel moment van de dag, tenzij met een helikopter 's nachts, maar dan nog. Die kwalitatieve zorg moet dus ook in de buitengebieden in Vlaanderen verzekerd kunnen worden.

Minister, u hebt terecht gezegd dat de activiteitencentra een aantal activiteiten moeten doen om de kwaliteit hoog te kunnen houden. Geografische toegankelijkheid: tijd en afstand zijn belangrijk. Ik neem aan dat u daarbij – als het KB nog genomen wordt voor het moratorium afloopt, ik hoop dat we daar effectief niet in geraken en dat er een plejade aan vragen komt – mee bewaakt dat het een geografische spreiding is over het Vlaamse grondgebied voor de zeven centra. U hebt gelijk, ik denk dat we daar UZ Brussel bij kunnen tellen, voor het hinterland dat ook Vlaanderen deels bestrijkt.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: We organiseren nog een studiedag in mei om iedereen ervan te proberen overtuigen dat het een integraal plan moet zijn.

Ik denk niet dat we in deze legislatuur die erkenningen nog gaan geven. Dat lijkt me niet echt realistisch. Ik hoop wel natuurlijk dat we – en dat hebben we toch

met minister De Block altijd als lijn afgesproken – gaan voor de concentratie van de hoogspecialistische zorg en voor de nabijheid van de basisspecialistische zorg in ziekenhuizen. Dat is de redenering.

Het KB is zeer duidelijk, men kan dat niet gaan opsplitsen of delokaliseren. Ik heb al wel wat oefeningen gezien. Ik hoop dat men erin slaagt om met de kwaliteit van de zorg voor ogen ... In dit geval, en ik kijk naar de medici onder ons, is het volume en de routine een vrij significant criterium. We moeten ons daarop organiseren. Ik zou liegen als ik zou zeggen dat ik niet de eerste tekenen zie van een intens overlegmoment.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opmars van de mazelen en de sensibilisering van niet-beschermde jongvolwassenen – 1009 (2018-2019)

Voorzitter: de heer Bert Moyaers

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, vorige week werden we opnieuw opgeschrikt door berichten over de mazelen. We hebben het al dikwijls gehad over de vaccins. Vlaanderen is op dat vlak goed bezig. Ik wil zeker geen zware kritiek spuien, integendeel. Maar de berichtgeving van vorige week en de uitspraken van professor Pierre Van Damme, die zeer goed in deze materie thuis is, hebben een alarmbel doen rinkelen. Veel jongeren gaan ook op vakantie in gebieden waar de mazelen voorkomen.

Ik beperk me tot mijn vragen. Wat is uw standpunt inzake de sensibilisering van jongvolwassenen die geen tweede inenting hebben gekregen tegen de mazelen? Hoe zou een plan van aanpak werken?

Voor de griepvaccins komt er elk jaar een oproep naar de zorgverstrekkers, artsen en verpleegkundigen. Hoe staat u tegenover een sensibiliseringscampagne betreffende vaccinatie tegen de mazelen? Hierbij denk ik aan kinderverzorgsters. Dat is eerder iets onbekends. De mazelen kunnen bij de kinderen een epidemie veroorzaken. Hoe staat u daartegenover? Hoe zou u dat bewerkstelligen of promoten voor de komende jaren? We hopen in Vlaanderen zo een mogelijke epidemie te kunnen indijken.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Voorzitter, wie nooit mazelen heeft gehad en niet volledig is gevaccineerd, wordt het best gevaccineerd. Om beter beschermd te zijn, wordt een tweede vaccinatie ook aangeraden voor wie slechts één vaccinatie heeft gekregen.

Concreet vertaalt dit zich in een bepaalde leeftijdsspreiding. De systematische zuigelingenvaccinatie met een gecombineerd vaccin tegen mazelen, bof en rubella is in 1986 aangeboden voor in 1985 geboren kinderen. In 1996 is beslist een tweede dosis toe te voegen en aan te bieden op de leeftijd van 10 jaar. Het gaat praktisch om dezelfde doelgroep die het aanbod voor twee vaccinaties heeft gekregen. Bovendien was de vaccinatiegraad voor de tweede dosis op het einde van de jaren 1990 en in het begin van deze eeuw nog niet optimaal. Algemeen wordt aangenomen dat mensen die voor 1970 zijn geboren, wellicht mazelen hebben gehad en beschermd zijn. Voor hen is geen vaccinatie voorgesteld. Personen die tussen 1970 en 1985 zijn geboren, hebben geen systematisch aanbod voor vaccinatie

tegen mazelen gekregen en hebben ook minder kans zelf mazelen te hebben gehad. Zij zijn de belangrijkste aandachtsgroep bij de volwassenen. Om die reden is hierop in eerdere informatiecampagnes gefocust.

Vorige week heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) aan de alarmbel getrokken vanwege de toename van mazelen in de Europese regio. In september 2018 is voorgesteld toe te laten de gratis beschikbare mazelenvaccins ook voor eventuele inhaalvaccinaties voor volwassenen te gebruiken. We hebben hierover gecommuniceerd ten aanzien van alle vaccinatoren die het vaccin hiervoor mogen gebruiken.

Mevrouw Sleurs, als voormalig lid van de Vlaamse Vaccinatiekoepel weet u dat de meeste informatiecampagnes met de Vlaamse Vaccinatiekoepel worden besproken en voorbereid. Hierbij gaat telkens bijzondere aandacht naar de voorbereiding van de Europese Vaccinatieweek in het voorjaar. In het verleden is hierbij al aandacht geschonken aan de mazelenvaccinatie voor volwassenen en zijn al gratis vaccins ter beschikking gesteld voor inhaalvaccinaties. Dit is gebeurd in 2015 en in 2016. Er is toen campagne gevoerd. Er zijn via de huisartsen en de kinderartsen affiches en folders verspreid. Dit campagnemateriaal is voor het breder publiek nog steeds te vinden op de vaccinatiewebsite van Zorg en Gezondheid.

Dit is ook de website die voor de Europese Vaccinatieweek wordt gebruikt. Dit jaar loopt die week nu: namelijk van 22 tot 28 april 2019. De focus ligt op vaccinatie voor niet zo verre reizen of reizen die als niet zo ver worden ingeschat. We schenken speciale aandacht aan de vaccinatie tegen hepatitis A, maar ook aan mazelen-vaccinatie. In samenspraak met het Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen, de gesubsidieerde partnerorganisaties voor reisgeneeskunde die de reisadviezen coördineert, worden de risicolanden voor mazelen op de website opgelijst en maandelijks geactualiseerd. Voor reizen met baby's die nog te jong voor een volwaardige vaccinatie zijn, wordt vanaf de leeftijd van 6 maanden een voorlopige vaccinatie tegen mazelen aanbevolen.

Wat de griepvaccinatie betreft, hebben we de voorbije twee jaar een aparte campagne opgezet ten aanzien van de zorgverstrekkers, vooral de ziekenhuizen en de woonzorgcentra. Ook kinkhoestvaccinatie wordt ten stelligste aanbevolen voor wie met pasgeborenen en jonge kinderen werkt. Dit is trouwens mee opgenomen in de gezondheidsdoelstelling met betrekking tot vaccinaties.

Het is de bedoeling dat iedereen die met jonge kinderen werkt, volledig tegen mazelen is gevaccineerd. Dit staat expliciet vermeld in de communicatie die de vaccinatoren in september 2018 hebben ontvangen. Momenteel is evenwel nog niet in een specifieke campagne voorzien. Het lijkt me zeker zinvol dit expliciet op te nemen in de komende herziening van de gezondheidsdoelstellingen inzake vaccinaties.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, het verheugt me te horen dat dit specifiek in het verdere beleid zal worden opgenomen, zeker nu de mazelen opgang maken en we met een zeer grote antivaccinatiebeweging te maken hebben. Ik hoop ook dat ik dit in de toekomst verder zal kunnen opvolgen.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, ik wil u gewoon bedanken voor uw omstandig en volledig antwoord. De mazelen vormen een goed voorbeeld van de discussies die we in deze commissie soms hebben gevoerd. We sluiten hier positief af. Ik heb geen verdere vragen, want uw antwoord was in onze ogen volledig en goed.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik maak van de gelegenheid gebruik om u allemaal te bedanken voor onze samenwerking tijdens de voorbije jaren. Het is toch allemaal snel voorbijgegaan. Ik wil ook de voorzitter bedanken voor de manier waarop hij onze commissie heeft geleid.

Ik wil in het bijzonder onze secretaris bedanken. Er is in onze commissie zeker tijdens de laatste maanden behoorlijk wat werk verzet. Hij heeft dat altijd op een zeer correcte manier gedaan. (*Applaus*)

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

Ik wil ook iedereen bedanken. Minister Vandeurzen voor de antwoorden, de secretaris omdat hij heel veel administratief werk heeft verricht, zeker ook de mensen van de Handelingen en de mensen die ons regelmatig voorzien van een kop koffie en hand-outs. Dank u wel daarvoor. (*Applaus*)