



Vlaams
Parlement

ingediend op **383** (2019-2020) – Nr. 2
17 maart 2021 (2020-2021)

Verslag van de hoorzitting

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid,
Gezin en Armoedebestrijding
uitgebracht door Vera Jans

over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Maurits Vande Reyde, Freya Saeys, Tom Ongena, Sihame El Kaouakibi,
Gweny De Vroe en Steven Coenegrachts

over het faciliteren van sociaal ondernemerschap
en innovatie in de gehandicaptenzorg

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Lorin Parys, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;
Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;
Maaïke De Rudder, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;
Ann De Martelaer, Jeremie Vaneeckhout;
Freya Van den Bossche.

Plaatsvervangers:

Allessia Claes, Piet De Bruyn, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier;
Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;
Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;
Gweny De Vroe, Sihame El Kaouakibi;
Johan Danen, Celia Groothedde;
Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:

Lise Vandecasteele.

Documenten in het dossier:

383 (2019-2020) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Leen Hulshagen, directeur Innovatie en Projecten, Sint Oda ..	4
1.	Sint Oda (vzw Stijn)	4
2.	Hulpmiddelen voor personen met een beperking	4
3.	Verhuren en/of uitlenen van hulpmiddelen	4
3.1.	Voorbeelden	5
4.	Hergebruik van hulpmiddelen	5
5.	Gedeeld gebruik van hulpmiddelen	5
6.	Bepaalde innovatieve oplossingen zijn nog niet op de markt	6
7.	VIPA-reglementering en reglementering hulpmiddelen	6
8.	Aanvraag hulpmiddelen	6
II.	Uiteenzetting door Bregt Vervisch, bestuurslid Bijs vzw	7
III.	Uiteenzetting door Patrick Vermeiren, algemeen secretaris BBOT	8
1.	Regionalisering mobiliteitshulpmiddelen	8
2.	Expertise erkende verstrekker mobiliteitshulpmiddelen	8
3.	Huidige kader mobiliteitshulpmiddelen	9
4.	Bevindingen	9
5.	Aandachtspunten bij wijziging van de reglementering	9
6.	Adviezen hulpmiddelenbeleid voor thuisgebruik	10
7.	Criteria ter overweging bij verdere uitrol van renting in het hulpmiddelenbeleid	10
8.	Andere oplossingen	10
IV.	Uiteenzetting door James Van Casteren, administrateur van het VAPH	11
1.	Basisprincipes van het hulpmiddelenbeleid	11
2.	Huidige mogelijkheden gedeeld gebruik hulpmiddelen	11
3.	Lopende initiatieven	12
4.	Aandachtspunten	12
V.	Vragen van de leden	13
1.	Vragen van Maurits Vande Reyde	13
2.	Vragen van Immanuel De Reuse	14
3.	Vragen van Koen Daniëls	14
4.	Vragen van Tine van der Vloet	14
5.	Vragen van Vera Jans	15
6.	Vragen van Ann De Martelaer	15
VI.	Antwoord van Leen Hulshagen	16
VII.	Antwoord van Bregt Vervisch	16
VIII.	Antwoord van Patrick Vermeiren en Mark Vossen, coördinator werkgroep Mobiliteitshulpmiddelen, BBOT	17
IX.	Antwoord van James Van Casteren	18
X.	Replieken	21
	Gebruikte afkortingen	22
	Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlament.be	

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding hield op woensdag 24 februari 2021 een hoorzitting over de conceptnota voor nieuwe regelgeving over het faciliteren van sociaal ondernemerschap en innovatie in de gehandicaptenzorg. Aan die hoorzitting namen de volgende sprekers deel:

- Leen Hulshagen, directeur Innovatie en Projecten, Sint Oda;
- Bregt Vervisch, bestuurslid Bijs vzw;
- Patrick Vermeiren, algemeen secretaris BBOT;
- Mark Vossen, coördinator werkgroep Mobiliteitshulpmiddelen, BBOT;
- Wouter Contreras, VAPH;
- en James Van Casteren, administrateur-generaal VAPH.

De bijlagen zijn terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

(Deze commissievergadering werd als videoconferentie georganiseerd.)

I. Uiteenzetting door Leen Hulshagen, directeur Innovatie en Projecten, Sint Oda

1. Sint Oda (vzw Stijn)

Leen Hulshagen zegt dat Sint Oda een vrij grote organisatie is voor mensen met een ernstige meervoudige beperking. Sint Oda telt een driehonderdtal zorggebruikers en behoort tot de koepelorganisatie vzw Stijn, waartoe nog negen andere organisaties behoren. Ze is ook moeder van een superheld, wat een meerwaarde kan betekenen omdat ze dit topic langs twee verschillende invalshoeken kan bekijken: als moeder en als directeur Innovatie in een instelling.

2. Hulpmiddelen voor personen met een beperking

Leen Hulshagen benadert het gedeeld hulpmiddelenbeleid als directeur Innovatie. Omdat ze geen hulpmiddelenexpert is, heeft ze overlegd met alle diensten van Sint Oda en vzw Stijn die in aanraking komen met hulpmiddelen: de sociale dienst, kinesithérapie, logopedie, bewegingstherapeuten, ergotherapeuten, pedagogen, de financiële dienst, de technische dienst en de logistieke dienst. Als het gaat over de optimalisatie van hulpmiddelen, dan komt men terecht bij innovatie.

Het is belangrijk om op te merken dat de zorgzwaarte van de zorggebruikers in Sint Oda zwaar is. Het gaat om mensen met een ernstige meervoudige beperking waarbij maatwerk vaak een vereiste is. Vaak zijn gepersonaliseerde en dure hulpmiddelen nodig.

De grote groep met gedragsmoeilijken kampt niet met orthopedische problemen maar heeft toch maatwerk nodig. Het is voor die groep belangrijk dat de arts achter dat maatwerk staat. Is dat niet zo dan is er geen recht op een terugbetaald hulpmiddel.

Waar Sint Oda tegenaan loopt, is de beschikbaarheid van betaalbare gepersonaliseerde oplossingen. Soms is maatwerk nodig maar niet te vinden op de markt. Wat wel te vinden is op de markt, is vaak enorm duur. Er is een groep zorggebruikers in Sint Oda en vzw Stijn, die baat heeft bij standaardhulpmiddelen of prefabhulpmiddelen. Zij zijn voorstander van efficiënte inzet van standaardhulpmiddelen.

3. Verhuren en/of uitleenen van hulpmiddelen

Uit de bevraging van de verschillende disciplines kwam de nood aan een gecentraliseerd verhuur- en/of een uitleensysteem naar voren, omdat hulpmiddelen soms

slechts tijdelijk gebruikt worden. Mensen – vooral kinderen – kunnen hun hulpmiddelen ontgroeien. Zorg kan complexer of minder zwaar worden, of er kan een evolutie optreden in de ontwikkeling van de persoon met een beperking. Hulpmiddelen zijn vaak duur en dan is huren handig. Er is ook nood aan de mogelijkheid om hulpmiddelen langer uit te testen. Firma's lenen hun hulpmiddelen vaak slechts uit voor een paar weken en dat is voor mensen met een beperking te kort. Bij verhuren of uitlenen kan het complexe onderhoud van de hulpmiddelen efficiënter aangepakt worden.

3.1. Voorbeelden

In Halle stelt de Fietsbieb fietsen ter beschikking voor kinderen met een beperking. Een bakfiets, die al snel 5000 euro kost, kan er worden geleend voor 250 euro per jaar. Het is moeilijk op voorhand uit te maken of een kind met de beperking baat heeft bij een verzwaringsdeken, dat ongeveer 750 euro kost. Het kan bijgevolg nuttig zijn om dat uit te testen. Een 'eye tracker' maakt het mogelijk met de ogen te communiceren. Men weet evenmin op voorhand of de persoon met een beperking er baat bij zal hebben. Een eye tracker kost 160 euro maar de bijhorende software enkele duizenden euro's.

4. Hergebruik van hulpmiddelen

Leen Hulshagen is, sowieso vanuit ecologisch standpunt, voorstander van hergebruik van hulpmiddelen. Een belangrijke opmerking hierbij is dat maatwerk vaak niet te hergebruiken valt omdat de problematiek van de zorggebruiker dikwijls ernstig en specifiek is. Zo zijn er kinderen in Sint Oda met ernstige scoliose die in een speciale zitschelp moeten zitten. Als dat kind groeit, wordt die zitschelp te klein. Die zitschelp kan niet hergebruikt worden omdat die op maat gemaakt is. Het onderstel is standaard en kan wel hergebruikt worden. De kinesitherapeuten vragen ouders om het onderstel te doneren. Ook bij overlijden wordt gevraagd om hulpmiddelen te schenken aan Sint Oda. Dat wordt door Sint Oda zelf geregeld omdat er geen wettelijk kader voor is. Het zou een voordeel zijn als daarin verandering kwam.

Infento produceert en verkoopt een bouw pakket waarmee verschillende fietsen gebouwd kunnen worden: een driewieler, een tweewieler of een gewone fiets. Dergelijk systeem zou de sector van personen met een handicap veel voordelen bieden. Van een modulaire rolstoel kan de zitting en de grootte van de wielen aangepast worden. Er zijn rolstoelen die omgebouwd kunnen worden tot een rolator. Dat enkele firma's daar al mee bezig, biedt voordelen.

Het team Innovatie van Sint Oda en de school Thomas More hebben samen het TETRA-project opgezet, gesubsidieerd door de overheid, dat focust op 3D-hulpmiddelen. Een rolstoel met een joystick bedienen vergt enige motorische handigheid. Thomas More heeft daarvoor een hulpmiddel ontwikkeld. Voor een kind met een aandoening aan de hand, heeft de hogeschool een hulpmiddel ontwikkeld dat zijn handwervels volgt en op de joystick geplaatst kan worden. Dit is een voorbeeld hoe in plaats van een bedrijf aan te spreken om een dure joystick te maken die volledig afgestemd is op mensen met een beperking, een hulpmiddel is gemaakt dat past op een joystick, wat een goedkopere oplossing is.

5. Gedeeld gebruik van hulpmiddelen

Leen Hulshagen is voorstander van een regeling voor het gedeeld gebruik van hulpmiddelen, omdat hulpmiddelen vaak duur zijn en omdat meerdere mensen met een beperking baat kunnen hebben bij hetzelfde hulpmiddel. Door dat gedeeld te gebruiken, wordt het maximaal en efficiënt ingezet.

De rolstoelfiets is een voorbeeld van een hulpmiddel waarvoor Sint Oda telkens een oplossing moet zoeken. In een leefgroep van bijvoorbeeld tien zorggebruikers, offert één zorggebruiker zich op om op zijn naam een rolstoelfiets aan te kopen die dan door de hele leefgroep gebruikt wordt. Die zorggebruiker ontvangt een gedeeltelijke terugbetaling maar kan gedurende de refertetermijn geen nieuwe rolstoelfiets meer aankopen. Het zou goed zijn mocht daar verandering in komen.

De 'innowalker' is een voorbeeld van een duur apparaat van 30.000 euro dat op proef gebruikt wordt in Sint Oda. Dit vindt Leen Hulshagen een mooi voorbeeld van persoonsvolgende financiering. De innowalker is gekocht door een vader die zijn zoon enkele keren per week een stapervaring wil aanbieden. Die jongen kan zijn innowalker maar een aantal keren per week gebruiken omdat het heel belastend is. Ook andere kinderen in Sint Oda kunnen hier baat bij hebben. De innowalker wordt evenwel niet terugbetaald.

6. Bepaalde innovatieve oplossingen zijn nog niet op de markt

Bepaalde innovatieve oplossingen zijn nog niet beschikbaar op de markt en moeten zelf bedacht worden. Daarvoor heeft Sint Oda een dienst Materiële Aanpassingen, waar de technische dienst, pedagogen en leefgroep samenwerken voor de bewoners van Sint Oda. Er komen echter ook vragen van andere personen met een beperking die in de kou blijven staan. Zij vinden de zaken die Sint Oda voor de bewoners maakt evenmin op de markt. Bedrijven hebben daar geen interesse voor omdat de afzetmarkt te klein is.

Leen Hulshagen pleit voor een centraal platform waar kennis en expertise, bouwplannen, printbestanden en dergelijke meer tussen voorzieningen uitgewisseld kan worden. Ze denkt dat er tijd en middelen verloren gaan doordat iedereen zelf maatwerk moet bedenken. Dergelijk project kan worden opgezet in een instelling als Sint Oda, maar dan in samenwerking met een partner zoals het VAPH.

Een voorbeeld van een innovatieve oplossing die Sint Oda zelf bedacht heeft, is de fixatiestoel. Daar is veel tijd aan besteed. De fixatiestoel bestaat niet op de markt, en is bedoeld voor gasten met een gedragsproblematiek, zoals automutilatie. Het automutilantenbed is een ander voorbeeld. Dat is te vinden op de markt maar vaak zijn aanpassingen aangewezen waardoor de waarborg vervalt.

7. VIPA-reglementering en reglementering hulpmiddelen

Het VAPH subsidieert geen hulpmiddelen als een voorziening aanspraak kan maken op VIPA-subsidies. Het is evenwel niet zo dat alle woningen met zorggebruikers door het VIPA gesubsidieerd worden hoewel hulpmiddelen noodzakelijk zijn. De vraag is hoe dit betaalbaar blijft met persoonsvolgende financiering voor woningen die niet door het VIPA gesubsidieerd worden. Daarnaast is de grens tussen thuis of in een voorziening wonen vaag geworden.

8. Aanvraag hulpmiddelen

Terugbetaling van hulpmiddelen vragen is nog steeds complex. De doorlooptijd tot goedkeuring kan oplopen tot een jaar. Het zou goed zijn mocht de doorlooptijd bij een erkend MDT bij het VAPH vastgelegd worden op maximaal zes tot negen weken. Zo verneemt men sneller of een hulpmiddel terugbetaald wordt. Meer inzetten op vereenvoudigde aanvragen, wat kan voor een aantal hulpmiddelen, zou meerwaarde betekenen.

II. Uiteenzetting door Bregt Vervisch, bestuurslid Bijs vzw

Bregt Vervisch zegt dat Bijs vzw een ouderinitiatief is. De laatste jaren zijn er almaar meer ouderinitiatieven ontstaan. Waarin Bijs vzw verschilt van veel andere ouderinitiatieven, is de zorgzwaarte van de jongeren. De meesten hebben een matige tot ernstige, meestal mentale, handicap. Twee van de jongeren in Bijs vzw kennen ook een zware fysieke problematiek. Ze zijn gebonden aan een rolstoel en moeten sondevoeding krijgen.

Een ouderinitiatief koopt zorg in bij een erkende zorgverlener. Er wordt geprobeerd om de persoonsvolgende financiering of het PAB in solidariteit in te zetten. Nog niet alle jongeren beschikken daarover maar door het samen inbrengen van de middelen worden ze geholpen en wordt hun thuissituatie ontlast. De ouders blijven de regie in handen houden en vormen het directieorgaan. De ouders zijn onder meer actief aanwezig in de zorg, bij uitstappen of tijdens de vrijetijdsbesteding.

In 2017 is Bijs vzw gevraagd om met Sint-Jozef Luchtbal en GiPSo samen te werken aan het SeRenADe-project om na te denken over een beleid inzake gedeelde hulpmiddelen. Dit is opgenomen in de conceptnota. Er is een olijsting gemaakt van de hulpmiddelen die elk kind nodig heeft. Evenals in Sint Oda zijn er in Bijs vzw veel hulpmiddelen die door verschillende personen gebruikt worden. Bij het uittesten van het SeRenADe-project werd uitgegaan van regelluwte voor gedeeld hulpmiddelenbeleid maar daar is nog niets van in huis gekomen. Bijs vzw is opengegaan in 2018. De hulpmiddelen zijn er. De aanvragen werden per kind ingediend met de vermelding dat ze in Bijs vzw verblijven. Daarop reageerde het VAPH dat het ging om een instelling en dat het bijgevolg niet tussenkwam voor hulpmiddelen omdat hiervoor een beroep gedaan moet worden op het VIPA. De procedure loopt nog om Bijs vzw door het VIPA te laten erkennen als niet-vergunde zorgaanbieder. De eerste stap daarvoor is gezet. De vraag is of Bijs vzw zal voldoen aan de normen die het VIPA stelt. Zo heeft Bijs vzw ervoor geopteerd om de prijs te drukken door gedeelde badkamers te gebruiken. De twee fysiek zwakste jongeren delen een badkamer waarbij de rail van de stalen verpleegster van het plafond doorloopt naar de beide slaapkamers. Dit gedeelde hulpmiddel is noodzakelijkerwijs door de vzw aangekocht. Alle hulpmiddelen zijn door de vzw aangekocht, omdat alle dossiers in het slop zitten. Bregt Vervisch is moeder van een Bijs'ër. Haar bed maken ze zelf zonder subsidies. Ze steken er eigen middelen in want de dossiers zitten vast bij het VAPH en het VIPA. Ze zullen nog actie ondernemen: de badkamer wordt dubbel gebruikt wat niet kan volgens het VIPA. Ze hebben zelf geïnvesteerd in een lift, snoezelbadkamer en bus. Het dossier is individueel ingediend maar dat zou duurder uitkomen. Negen aangepaste wagens zouden absurd zijn.

Bregt Vervisch heeft ook haar ervaringen als moeder neergeschreven. Vroeger zat een rolstoel volledig bij het RIZIV. Haar dochter had geen aangepaste zitmodules nodig maar zelfs voor een eenvoudige rolstoel bestaat er geen beleid. Wat moet er met de rolstoel gebeuren als het kind die ontgroeid is? De rolstoel blijft zagezegd eigendom van het RIZIV maar Bregt Vervisch kon de ontgroeide rolstoel alleen kwijt bij het ziekenfonds. Hetzelfde geldt voor een staplank, waarvoor ze een verdeler aansprak. Het zou een opportuniteit zijn om daar eens over na te denken. Hulpmiddelen van tijdelijke aard huren zou een oplossing kunnen zijn. De tweedehandsmarkt kan een win-winsituatie zijn. De hulpmiddelen zijn soms duur.

De prijzen zijn gemaakt rond de terugbetaling. Op een REVA-beurs stond een verdeler van behandelafels, een soort kinetafels, die voldeden aan de verwachtingen van Bregt Vervisch. Ze wou een duurdere maar gemakkelijkere elektrische tafel in plaats van een hydraulische omdat de tafel op en neer moet kunnen. De kinetafel zat onder de referteprijs van terugbetaling en was goedkoper dan de hydraulische

tafel bij de hulpmiddelenproducenten. Zij kreeg echter het bericht dat het een verzorgingstafel moest zijn omdat een kinetafel niet hetzelfde was.

Bregt Vervisch wou een douchebrancard om haar dochter te verzorgen. Die kan onder de douche en een verzorgingstafel niet. Ze was echter niet voldoende gehandicapt aan de onderste ledematen en kwam niet in aanmerking. Ze heeft een speciale motivatie moeten schrijven. Tweedehands was dit vlot te verkrijgen in Nederland. Dat is uiteindelijk goedgekeurd. Anders had ze een gewone tussenkomst gevraagd voor een verzorgingstafel: dat had het VAPH 1500 euro gekost, en nu heeft het Bregt Vervisch 500 euro gekost. Tweedehands kan een goede oplossing zijn. Zeker standaardzaken zijn mogelijk en degelijk voor hergebruik.

Als dat gecontroleerd zou worden door een goede organisatie, zou er heel wat bespaard worden aan beide kanten want niet alles wordt gedekt door het VAPH. Een aangepaste tandem met elektrische ondersteuning kost de ouders 5000 euro. Ze krijgen een tussenkomst van 1800 tot 2000 euro.

Er zitten wel degelijk mogelijkheden in een gedeeld hulpmiddelenbeleid. Er moet een visie worden uitgewerkt rond de ouderinitiatieven die volop groeien.

Niet iedereen kan VIPA-ondersteuning krijgen, omdat er niet wordt voldaan aan de bouwnormen. Zonder VIPA-dossier wordt niet tussengekomen voor woningaanpassingen. Bregt Vervisch heeft brede gangen en deuren. Als ze die aanvraag indient en geen goedkeuring krijgt, is dat voor de eigen portemonnee. Een gewoon huis met standaarddeuren is voor de twee rolstoelbehoeftige jongeren niet haalbaar.

III. Uiteenzetting door Patrick Vermeiren, algemeen secretaris BBOT

1. Regionalisering mobiliteitshulpmiddelen

Patrick Vermeiren zegt dat BBOT 85 procent van de bandagisten vertegenwoordigt. Die werken hoofdzakelijk in thuiszorgwinkels. Sinds 1 januari 2019 is deze materie naar Vlaanderen getransfereerd na de laatste staatshervorming. Het is een bevoegdheid van de VSB. In de nieuwe regelgeving staat de patiënt centraal, en dienen zijn problemen en beperkingen verholpen te worden. Een oplossingsgerichte werkmethode staat centraal. Hiervoor is een goede wisselwerking nodig tussen patiënten, verstrekker en industrie. Coördinatie en verantwoordelijkheid zijn in de regelgeving gelegd bij de erkende bandagist gespecialiseerd in mobiliteitshulpmiddelen.

2. Expertise erkende verstrekker mobiliteitshulpmiddelen

Patrick Vermeiren legt uit dat een bandagist dankzij de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen erkend wordt voor zijn expertise. Een specifieke opleiding, namelijk een professionele bachelor in de orthopedische technieken, samen met een stage en een RIZIV-examen, garanderen de expertise. De opleiding heeft als doel de zorgverstrekker patiëntgericht te laten werken aan een individuele en aangepaste oplossing. Dat gebeurt tijdens een technische oplossingsgerichte opleiding waar anatomie, pathologie, ergonomie, mechanica en deontologie centraal staan in het curriculum. Oplossingen worden geboden rond de patiënt. Anatomie, integratie, zelfredzaamheid en individuele aanpassingen worden bereikt door een goede wisselwerking tussen patiënt, verstrekker en industrie.

3. Huidige kader mobiliteitshulpmiddelen

Het huidige kader bestaat uit twee grote pijlers. Ten eerste is er een circuit van verstrekkingen waarbij de patiënt een mobiliteitshulpmiddel verschaft via tussenkomst van de VSB, en ten tweede een circuit van 'renting' of hergebruik voor vijf specifieke doelgroepen: inloop na revalidatie, patiënten boven 85 jaar in thuiszorgsituaties, bewoners van woonzorgcentra, mensen met snel degeneratieve aandoeningen voor wie zowel het mobiliteitshulpmiddel, het communicatiemiddel als de opvolging na levering zijn opgenomen in dit model, en als laatste palliatieve patiënten.

Er zijn twee problemen in deze situatie. Bij de snel degeneratieve aandoening was er een verkeerde berekening bij aanvang van het systeem wat geleid heeft tot twee aanpassingen in de regelgeving in evenveel jaar. Voor de palliatieve patiënten is er een tarifair probleem. Hier werden dezelfde tarieven als voor de woonzorgcentra gehanteerd, maar voor meer werk en kortere duur. Dat werd reeds aangehaald in de VSB-adviescommissie maar werd tot op vandaag nog niet aangepast.

Het systeem kende een moeizame start en ondervond veel invloed van corona. Er is een enorme inspanning geleverd door de verstrekkers die in de vuurlinie stonden voor de verzorging in de woonzorgcentra. Vandaag zijn er nog veel administratieve en inhoudelijke weigeringen bij aanvragen. Sommige dossiers moeten vier tot zes keer worden ingediend, onder andere omdat er geen rechtstreeks contact mogelijk is tussen de verstrekker en de zorgkassen: 40 procent van de eerste aanvragen wordt geweigerd. De invoering van het systeem heeft een zware administratieve last gelegd bij de verstrekker die geregeld geërgerd is door het strenge systeem.

4. Bevindingen

Zowel aankoop en verstrekking als renting kunnen worden overwogen voor de verdere uitbouw van het hulpmiddelenbeleid. Een systeem van aankoop of verstrekking heeft zeker als positieve punten dat onder andere mobiliteitshulpmiddelen perfect individueel aangepast kunnen worden. Verdere aanpassingen aan het hulpmiddel blijven mogelijk. Ten tweede is het ideaal voor patiënten die gedurende lange tijd het mobiliteitshulpmiddel nodig hebben. De patiënt kan in dit systeem volledig individueel uitgerust worden, en het is kostenefficiënt, zeker op lange termijn.

Renting of hergebruik biedt ook voordelen. Het is inclusief onderhoud en herstel opgezet. Het is flexibel omdat de gebruiker van typehulpmiddel kan wisselen afhankelijk van zijn behoefte. Het voordeel voor de overheid – en een nadeel voor de verstrekkers – is dat de financiering van het systeem volledig ligt bij de zorgverstrekkers. Nog negatieve punten zijn: producten zijn minder aangepast aan de individuele behoeften van de patiënt, het is duur voor langetermijnoplossingen, de tarieven liggen zeker voor zeer zwaarzorgbehoevenden te laag, het vertraagt de invoering van innovatieve producten omdat men rekening moet houden met de afschrijvingsperiode van de producten, en er is een zware administratieve last.

5. Aandachtspunten bij wijziging van de reglementering

Aangezien het om medische hulpmiddelen gaat, is iedereen gehouden aan de Europese regelgeving om de veiligheid van de patiënt te garanderen. De regelgeving is ook geldig voor hergebruik en heeft hierin grote kosten. Alle kosten en baten moeten in zulke systemen in overweging worden genomen. Corona leert dat men zelfs geen balpen mag aannemen van een collega, maar men denkt er wel aan om patiënten hetzelfde hulpmiddel te laten gebruiken, al dan niet na elkaar of zelfs samen. Veiligheidsprotocollen voor deze infectie dienen opgesteld en gerespecteerd te worden. Voor hygiëneproducten dienen specifieke oplossingen geboden te

worden voor alternatieven van matrassen, toiletstoelen of doeken van tilliften. Hergebruik is niet evident.

Kleinschalige initiatieven zijn aangewezen voor proefprojecten maar zijn niet altijd één-op-één kopieerbaar naar het dagelijkse systeem. Ze zijn fantastisch als zweep-functie om iedereen wakker te houden.

De persoonsvolgende financiering is niet aangewezen voor mensen die het budget niet zelf kunnen beheren, zoals dementerenden en ouderen. De roep van enkelen, brengt soms veel mensen in de problemen bij toepassing.

6. Adviezen hulpmiddelenbeleid voor thuisgebruik

In de ideale wereld krijgt een patiënt wat hij nodig heeft. Hij heeft niet gekozen voor zijn beperking of handicap. Een persoonlijk budget houdt automatisch in dat er keuzes gemaakt moeten worden, maar niet iedereen kan dat. Dementerenden en parkinsonpatiënten kunnen dat niet. Wie dat overweegt, moet toetsingsinstrumenten opzetten om de controle te behouden.

Standaardisatie kan mogelijks tot op een bepaald niveau oplossingen bieden, maar de vraag blijft of zelfredzaamheid en zelfstandigheid toenemen door een standaardhulpmiddel. Het universele hulpmiddel dat na wat aanpassingen geschikt is voor iedereen, blijft een utopie. De ene beperking is niet de andere. Patrick Vermeiren is van oordeel dat de hulpmiddelen moeten worden aangepast aan de patiënt en niet omgekeerd.

De ervaring leert dat de verstrekte hulpmiddelen moeten worden geïndividualiseerd, lange tijd moeten worden gebruikt, en daarnaast ook goedkoop en hygiënegevoelig moeten zijn. Renting kan worden overwogen voor gestandaardiseerde hulpmiddelen, bijvoorbeeld een patiëntlift, of voor hulpmiddelen die kortstondig worden gebruikt, onder andere in palliatieve zorg. Patrick Vermeiren vraagt om altijd in een aparte vergoeding te voorzien voor aflevering en installatie. Dat zou een oplossing kunnen zijn voor het tarifaire probleem voor palliatieve verzorging binnen de mobiliteitshulpmiddelen.

7. Criteria ter overweging bij verdere uitrol van renting in het hulpmiddelenbeleid

Kan er voldoende oplossingsgericht gewerkt worden? Staat de patiënt centraal? Is er nood aan aanpassingen of personalisering? Wat is de gebruiksduur van het hulpmiddel? Hoeveel tijd per dag? Voor hoelang? Wat is de prijs? Welke expertise en advies zijn er nodig op het gebied van maatneming, levering, aanpassingen en afstellingen? Is de hygiëne gegarandeerd? Welke dienstverlening is er supplementair nodig? Houdt dit systeem rekening met de bestaande regelgeving?

8. Andere oplossingen

Patrick Vermeiren wijst tot slot op nog twee andere opportuniteiten voor het beleid inzake medische hulpmiddelen. Woningaanpassingen zijn duur. Zorgwoningen en zorgcontainers kunnen hierop een antwoord bieden.

Er is geen gereguleerd kader voor een volledige woonomkadering van ouderen. Thuisverzorgingsbedden, patiëntliften, douchestoelen en dergelijke kunnen helpen om mensen langer thuis te houden, en om ervoor te zorgen dat hun partner langer zorg kan dragen zodat de nood aan thuisverzorging nog kan worden uitgesteld. Dat kan een alternatief bieden voor toekomstige overbevraging van woonzorgcentra door de verouderende bevolking.

Patrick Vermeiren dankt de medewerkers van de VSB die zich de voorbije twee jaar met de regelgeving van de mobiliteitshulpmiddelen hebben beziggehouden, voor de goede samenwerking. Dat heeft geholpen bij de soepele overgang na de regionalisering van de mobiliteitshulpmiddelen.

IV. Uiteenzetting door James Van Casteren, administrateur-generaal VAPH

1. Basisprincipes van het hulpmiddelenbeleid

Hulpmiddelen zijn noodzakelijk op drie niveaus: om zo zelfstandig mogelijk probleemactiviteiten uit te voeren; om vanuit de eigen behoeften aan alle aspecten van de samenleving deel te nemen; en om de zorg te vergemakkelijken. Dat is vraaggestuurd en op maat van de situatie van de persoon met een handicap. Het gaat om individuele materiële bijstand of IMB. Het gaat niet om collectieve settings. Dit is van belang want de vraag rijst of men bij het VAPH een aanvraag moet indienen voor terugbetaling of bij het VIPA. Dat evenwicht moet telkenmale worden bewaard.

Voor complexere zorgvragen is ondersteuning mogelijk van erkende multidisciplinaire teams, die vanuit verschillende invalshoeken onderzoeken wat het beste hulpmiddel is. Een continu aandachtspunt is dat de lijst van eenvoudige aanvragen altijd moet worden vergroot: voor steeds meer hulpmiddelen kan een eenvoudige aanvraag worden ingediend zonder verslag van een multidisciplinair team.

2. Huidige mogelijkheden gedeeld gebruik hulpmiddelen

Het VIPA financiert de infrastructuur, met inbegrip van courante bijhorende uitrusting. Met de vergunde zorgaanbieders en de uitrol van de persoonsvolgende financieringen vanaf 2016 kwam de vraag om dat ook voor ouderinitiatieven mogelijk te maken.

James Van Casteren vindt de uiteenzetting over de aanvraag van vzw Bijs interessant omdat het om een fundamenteel principe gaat. Infrastructuur en de bijbehorende uitrusting worden door het VIPA gefinancierd omdat het VIPA niet alleen een instrument is om infrastructuursubsidies te geven maar ook om alle inspanningen en investeringen van zorgaanbieders te controleren op kwaliteitsnormen, bouw fysica, energetische componenten en brandveiligheid. Zo is het VIPA ook een instrument om de kwaliteitsvolle huisvesting voor mensen met een handicap te garanderen.

De IMB gebeurt via het VAPH op individuele basis. Het gaat om tegemoetkomingen voor individuele hulpverlening op maat, na advies van een MDT. Een van de permanente werkgroepen van het raadgevend comité houdt zich bezig met de toeleiding en alle mogelijke hulpmiddelen. Wat komt er op de refertelijst? Wat zijn de bedragen? Wat zijn de mogelijke uitzonderingen? Dat wordt continu besproken met alle stakeholders van het VAPH, die ook nagaan wat het VIPA financiert en wat het VAPH financiert via de IMB. De refertelijst-bis bevat IMB-hulpmiddelen gefinancierd door het VAPH voor wie bij een vergunde zorgaanbieder of in een collectieve setting zit. Er is continu debat nodig over wat het VAPH extra geeft aan wie in een collectieve setting zit. Dat kan gaan over onder meer fietsoplossingen, communicatieapparaten, autoaanpassingen, signaleringssystemen of de zendertjes voor een automatische deuropener.

3. Lopende initiatieven

Door corona zijn alle lopende initiatieven wat uitgesteld. Na de vaccinatie kan alles opnieuw worden opgestart.

In 2021 was een onderzoek gepland naar het breder toepasbaar maken van het gebruik van hulpmiddelen voor vergunde zorgaanbieders, ouderinitiatieven en kleinschalige initiatieven, met onder meer privé-initiatieven zonder ouders. Hoe gebruikt men daar de hulpmiddelen? Waar botst men met de regelgeving? Welke principes kloppen niet? Welke regelgeving is er voor kleinschalige initiatieven en welke regelgeving is beter toepasbaar? Worden er concurrentiële voordelen gecreëerd door aan grootschalige initiatieven andere tegemoetkomingen te geven dan aan kleinschalige initiatieven?

Uiteraard worden de kleinschalige initiatieven onderzocht. Door de invoering van de persoonsvolgende financiering heeft iedereen een rugzak. Meer mensen gaan op zoek naar andere huisvestingsinitiatieven. Men is flexibeler. Er is een grotere waaier van initiatieven mogelijk waar zorg en ondersteuning kunnen worden ingekocht. Daarom wordt de omgevingsanalyse van de kleinschalige initiatieven gemaakt. In welk juridisch kader organiseren zij zich? Hoe realiseren zij infrastructuur? Vragen zij VIPA-ondersteuning aan? Waarom niet? Is het VIPA te complex? Worden problemen zoals bijvoorbeeld een gedeelde badkamer met het VIPA uitgeklaard? Heeft de Vlaamse overheid een infrastructuursubsidie om dan later een aanpassing te doen omdat een volgende klant niet akkoord gaat met een bepaalde gedeelde infrastructuur? Welk ondersteuning wordt aangeboden? Hoe zit het met de kwaliteitsnormering? Is die niet te streng? Zitten er mogelijkheden of drempels in de huidige regelgeving?

Deze omgevingsanalyse moet duidelijk maken welke nood aan bijkomende ondersteuning, naast de mogelijkheden van het VIPA en de IMB, de stakeholders ervaren, en hoe het zit met het beleid inzake gedeelde hulpmiddelen. Moet dat verruimd worden? Wat zijn de mogelijke consequenties?

Het voorbeeld van Sint Oda maakt duidelijk dat er een schemerzone is. Vroeger verbleef men bij de vergunde zorgaanbieder of thuis. Nu wonen de mensen steeds meer op beide locaties. Hebben ze dan dezelfde hulpmiddelen nodig op de andere locatie? Wie betaalt dat? Het IMB-budget bij het VAPH bedraagt ongeveer 33 miljoen euro. Zijn er uitbreidingsmiddelen? Hoeveel procent daarvan gaat naar persoonsvolgende budgetten en naar de mensen op de wachtlijst? Zijn er nog budgetten voor de uitbreiding van de hulpmiddelen? De schemerzone veroorzaakt een toename van de kosten. James Van Casteren begrijpt dat men vraagt om dit te bekijken vanuit de vergunde zorgaanbieder of vanuit een kleinschalig initiatief. Maar op macroniveau moeten het VAPH en het VIPA samen bekijken wat de mogelijke kostendrijvers zijn en hoe er met de bestaande budgetten aan die kosten kan worden tegemoetgekomen.

4. Aandachtspunten

Men moet voorzichtig zijn wanneer er met twee systemen van gemeenschappelijk gebruikte hulpmiddelen wordt gewerkt. De doorlooptijden voor aanvragen van complexe hulpmiddelen zijn lang. Er is het MDT-verslag. Experts debatteren over het gepaste hulpmiddel. Er is een administratieve doorlooptermijn bij het VAPH. Er is eventueel de heroverwegingscommissie of een procedure bij de arbeidsrechtbank. Specifieke hulpmiddelen kunnen bij de BBC worden aangevraagd. James Van Casteren vraagt altijd procedures eenvoudig te houden maar weet dat het in de praktijk niet altijd mogelijk is. Als er verschillende aanvraagprocedures worden ingevoerd voor gebruikte hulpmiddelen, mag het voor de gebruikers niet nog complexer worden.

Vergoedingen verschillen naargelang de aanvraag wordt ingediend bij het VIPA of bij het VAPH. De subsidies van het VIPA zijn forfaitair: een jaarlijks bedrag op basis van de bezettingsgraad. De VIPA-financiering is ondertussen aangepast aan de persoonsvolgende financiering. Men voorziet in een aantal generiek te gebruiken hulpmiddelen op basis van de gedeelde noden. Aanvullend financiert het VAPH een aantal hulpmiddelen vanuit de IMB, op maat van de specifieke behoeften van de persoon met een handicap. Werkt men met een 'VIPA light'? Werkt men op basis van de IMB? Wat is het samenspel tussen die twee regelingen? Komt er een derde regeling, een wisselwerking tussen generieke hulpmiddelen, op maat van specifieke handicaps? Hoeveel systemen zijn er? Voor welk systeem kiest men? Is er gelijke behandeling voor alle noden van personen met een handicap? Er is het risico van een dubbele verwijzing. James Van Casteren verwijst hier naar de discussie over de woon- en leefkosten bij de invoering van de persoonsvolgende budgetten. In welke mate moet een vergunde zorgaanbieder die met VIPA goedkoper infrastructuur heeft kunnen realiseren, dat doorrekenen in de huur van de kamer?

Het is niet altijd duidelijk welk deel van het gebouw VIPA heeft gefinancierd. Moet elk initiatief op een plan aangeven welke delen VIPA-gefinancierd zijn? Omdat de mogelijkheid bestaat dat er dubbele gefinancierd wordt, is het belangrijk om te controleren.

Wie gedeeld gebruik toestaat voor een aantal hulpmiddelen, moet ook voor bijkomende middelen zorgen. Het VAPH is altijd bereid na te gaan welke bijkomende vragen en modaliteiten er zijn, maar dat heeft een prijs die van het uitbreidingsbeleid moet komen.

Bij gedeeld gebruik is gesplitste terugbetaling mogelijk. James Van Casteren vraagt evenwel wat er met het aangekochte hulpmiddel gebeurt als een bewoner verhuist. Hoe wordt dat verrekend? Komt de administratie tussen? Bij gesplitste terugbetalingen bestaat de kans dat men gaat debatteren over de verdeling van de kosten. Het lijkt eenvoudiger om bij gedeeld gebruik van hulpmiddelen op het niveau van de zorgaanbieder aan te kopen, die zelf kan beslissen hoe het gedeeld gebruik en de splitsing van de kosten verlopen. Zo verhindert men dat de administratie met al die aanvragen zit.

V. Vragen van de leden

1. Vragen van Maurits Vande Reyde

Maurits Vande Reyde stelt dat er in de praktijk nood is aan meer gebruik van hulpmiddelen. Anderzijds is er bij de administratie een begrijpelijke bezorgdheid voor het praktisch haalbare. Men moet gaan naar een beter systeem dat voor de gebruiker kostenefficiënter is.

Hij vraagt of het VAPH een principiële probleem mee heeft met een systeem dat het gedeelde hulpmiddelenbeleid meer ingang laat vinden. Of geeft het VAPH de voorkeur aan het huidige individuele systeem? Hij wil ook weten of daar gegevens over worden bijgehouden. Wordt hergebruik van complexe hulpmiddelen gemonitord?

Het zal in de regelgeving niet evident zijn om dat over meerdere personen aan te rekenen. Maar Maurits Vande Reyde denkt dat dit ook een grote kostenbesparing met zich mee kan brengen, in tegenstelling tot de hogere implementatiekosten die het VAPH verwacht. Die besparing kan worden ingezet voor de wachtlijsten. Hij vraagt hoe het VAPH tot de conclusie komt dat het systeem duurder zou zijn.

Er is aangetoond dat wat producenten leveren modulair en aanpasbaar moet zijn. Ziet het VAPH mogelijkheden om dat in de toekomst te verbeteren in het bestaande hulpmiddelenbeleid?

Het is een algemeen probleem voor de overheid dat veel leveranciers hun prijzen afstemmen op de financiering. Er is weinig informatie over de daadwerkelijk kosten. Analyseert het VAPH of prijzen marktconform zijn en niet uitsluitend op de subsidies afgestemd?

Steeds meer initiatieven maken bewust geen gebruik van VIPA-infrastructuur-ondersteuning. Een van de redenen is een eigen visie die niet afgestemd is op de VIPA-regels. Als de praktijk evolueert, moet de regelgeving mee evolueren. Maurits Vande Reyde vraagt of het VAPH de regeling nog nuttig acht voor initiatieven die gebouwd worden zonder VIPA-subsidie waardoor er van dubbele financiering geen sprake kan zijn.

2. Vragen van Immanuel De Reuse

Immanuel De Reuse heeft onthouden dat er nog veel mogelijkheden zijn voor constante verbetering: enerzijds voor de betaalbaarheid voor gebruiker en maatschappij, en anderzijds in het spanningsveld tussen hulpmiddelen op maat en algemene hulpmiddelen.

De kruisbestuiving tussen de regelgeving van het VIPA en het VAPH maakt het voor de aanvrager complexer. Kan een eengemaakt loket ongelijke behandeling en dubbele financiering vermijden? Dat zou het proces vereenvoudigen wat iedereen ten goede komt.

Immanuel De Reuse vraagt waarom 40 procent van de aanvragers geweigerd wordt. Is het een administratieve weigering wegens gebrek aan juiste gegevens of is het omdat het aangevraagde hulpmiddel niet complementair is met de medische aandoening?

3. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls voelt de frustratie: de oplossing voor het probleem kan goedkoper als op een andere manier wordt gewerkt. Hij vraagt waarom eenvoudige en goedkopere oplossingen niet toegestaan worden. Juridische beletsels moeten worden opgelost.

Voorzieningen, zowel kleinschalige en private als geïnstitutionaliseerde, werken met de middelen die ze hebben. Is een centrale verhuur- of leasingdienst op lange termijn te overwegen? Is er een belemmering in de regelgeving? Kan die worden weggewerkt?

Koen Daniëls kent geen creatiever wezen dan de Vlaming: als hij ruimte krijgt, maakt hij er helaas misbruik van. Is de terughoudendheid ingegeven door misbruik? Hoe groot is het misbruik? Kan dat op andere manieren tegengegaan worden?

4. Vragen van Tine van der Vloet

Tine van der Vloet stelt vast dat er bij sociaal ondernemerschap veel papierwerk aan te pas komt, en dat er nog veel onduidelijkheden bestaan. Moet men bij het VIPA of het VAPH aankloppen? Ook de refertelijst zorgt voor frustraties. Meer transparantie is belangrijk.

Volgens Leen Hulshagen zijn op maat gemaakte hulpmiddelen vaak nodig. Die zijn echter moeilijk te vinden of duur. Heeft ze daar een oplossing voor? Een rolstoelfiets wordt door één persoon aangekocht maar vaak door meerderen gebruikt. Hier speelt het probleem dat de eigenaar thuis of in een voorziening kan wonen. Heeft Leen Hulshagen daar een oplossing voor, bijvoorbeeld een groepsaankoop?

Een centraal platform voor plannen lijkt een goed idee. Kan het VAPH ondersteuning bieden om goede ideeën uit te wisselen?

De doorlooptijd bij nieuwe hulpmiddelen zorgt voor frustraties. Leen Hulshagen pleit voor een doorlooptijd van zes tot negen weken. Is een verkorting van de wachttijd volgens het VAPH mogelijk? Kan men de administratie vereenvoudigen zodat mensen sneller aan hulpmiddelen raken?

Ook Bregt Vervisch klaagt de onduidelijkheden, het vele papierwerk en de dure refertelijst aan. Kent zij mogelijke oplossingen en aanpassingen?

Tine van der Vloet gaat in op de opmerking van Patrick Vermeiren dat er veel inhoudelijke en administratieve weigeringen zijn. Waarom is er geen digitaal contact mogelijk tussen de ziekenfondsen en aanvragers? Zijn criteria voor renting zijn duidelijk. Patrick Vermeiren heeft vragen bij de zin van renting. De prijs daarvan is een belangrijk punt.

Het VAPH stelt dat de refertelijst constant wordt besproken hoewel die aanbodgestuurd is. De persoonsvolgende financiering is vraaggestuurd. In een proefproject is gewerkt met een korf waarin een bepaald budget zat. Gebruikers konden zo zelf beslissen welke hulpmiddelen ze nodig hadden. Hoe staat het VAPH tegenover een persoonsvolgende korf? Heeft dat proefproject niet de gewenste resultaten opgeleverd?

Tine van der Vloet sluit zich tot slot aan bij de quote van Patrick Vermeiren: het hulpmiddel moet worden aangepast aan de patiënt en niet omgekeerd.

5. Vragen van Vera Jans

Vera Jans vraagt Leen Hulshagen hoe het hulpmiddelenbeleid beter afgestemd kan worden op de gebruikers. Er is nood aan hypergespecialiseerde, haast unieke hulpmiddelen voor mensen met een bijzonder zware zorgnood. Bestaan die niet in de juiste vorm? Komt wat op de refertelijst staat daaraan tegemoet?

Wat denkt Leen Hulshagen van de suggestie om de aankoop en terugbetaling op het niveau van de erkende zorgaanbieders te brengen? Is dat louter een manier om het probleem door te schuiven of biedt het een oplossing? Valt dat te rijmen met het idee van een centraal platform tussen voorzieningen?

Mensen gaan onder andere in Nederland en het Verenigd Koninkrijk op zoek naar gespecialiseerde hulpmiddelen, omdat de hulpmiddelen daar vaak goedkoper of geschikter zijn. Vera Jans stelt vast dat dergelijke verhalen vaak naar boven komen. Mensen gaan op zoek naar oplossingen die buiten de regelgeving vallen of niet in aanmerking komen voor terugbetaling.

6. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer pleit voor een vereenvoudiging van de regelgeving, en wil erop vertrouwen dat mensen zelf naar oplossingen zoeken. Ze verwijst naar het systeem met korven dat vroeger is gebruikt. Waarom werd dat systeem afgeschaft? Is dat geëvalueerd?

De doorlooptijd van dossiers is een aandachtspunt. Mensen moeten vaak lang wachten bij de aanvraag van een hulpmiddel, zonder dat ze enig idee hebben wanneer hun dossier in orde komt. Het gebeurt ook dat men bepaalde rapporten opnieuw moet voorleggen aan het VAPH.

Ann De Martelaer stelt vast dat het huren van gepast materiaal soms moeizaam verloopt. Soms zijn bepaalde toestellen helemaal niet te krijgen, omdat de zorgaanbieder ze niet voorhanden heeft. Men is dan genoodzaakt om een toestel te gebruiken dat wel voorradig is maar minder geschikt blijkt. Ze vindt dat het VAPH daar nog meer op moet inzetten.

Mensen zoeken op hun manier naar oplossingen, en het lijkt een goed idee om een platform waarop tips gedeeld kunnen worden open te stellen voor de hele bevolking zodat iedereen ervaringen en expertise kan delen. Dat zou vandaag al een meerwaarde kunnen zijn. Kan het VAPH zo'n gemeenschappelijk platform ondersteunen?

VI. Antwoord van Leen Hulshagen

Voor dure hulpmiddelen die niet op de markt zijn wil *Leen Hulshagen* verder inzetten op projecten, al is het niet gemakkelijk om financiering te vinden. Voor de overheid is dit vaak geen interessante piste omdat de markt eerder klein is. De economische voordelen zijn beperkt.

Ze merkt op dat er bij Sint Oda nog geen platform in gebruik is, hoewel dat grote meerwaarde lijkt te bieden. Zo kan men de oplossingen die intern worden bedacht, delen met andere instellingen en mensen met een beperking. Technische diensten en pedagogen kunnen op zo'n platform met elkaar in contact komen om onder meer bouwtekeningen met elkaar te delen. Het gaat vaak om oplossingen waar bedrijven geen interesse tonen wegens de beperkte afzetmarkt.

Vera Jans gaf aan dat de hypergespecialiseerde oplossingen niet op de refertelijst staan. Leen Hulsagen stelt vast dat bedboxen op de refertelijst staan. De boxen die door bedrijven worden gemaakt voldoen evenwel niet altijd aan de kwaliteitsvereisten. In de praktijk kiest men er dan voor om zelf bedboxen te bouwen of bestaande boxen aan te passen.

Bij gedeeld hulpmiddelengebruik kiest men voor een gedeelde aankoop en terugbetaling. Wanneer een bewoner verhuist of overlijdt, rijst er een probleem. Een oplossing kan erin bestaan dat de budgetten aan de zorgaanbieder toe te kennen om op die manier administratieve belasting te vermijden.

VII. Antwoord van Bregt Vervisch

Volgens *Bregt Vervisch* bestaat er een oplossing voor de refertelijst, in die zin dat men altijd een uitzondering kan aanvragen. Weinig mensen maken daar gebruik van omdat het omslachtig is. Mensen zoeken vaak zelf naar alternatieven en goedkopere oplossingen, los van de refertelijst.

Of hulpmiddelen via de zorgaanbieder of individueel moeten worden toegekend, is een complexe afweging. Er zijn argumenten voor beide opties maar persoonsvolgende financiering en vraaggestuurd werken maken alles complexer. Daarnaast is er de vermaatschappelijking van de zorg. Vroeger zaten personen met een handicap in een instelling en moesten hun ouders zich aanpassen aan de regels van die instelling. Er was geen keuze en gezien de wachtlijsten was verhuizen niet evident. Heel veel ouderprojecten zijn ontstaan omdat men wou anticiperen. Als de aanvrager van een hulpmiddel verhuist naar een andere voorziening, dan moet het

hulpmiddelen volgen. Mogelijks moet het hulpmiddel bij die nieuwe zorgaanbieder helemaal worden aangepast omdat de infrastructuur er anders is.

VIII. Antwoord van Patrick Vermeiren en Mark Vossen, coördinator werkgroep Mobiliteitshulpmiddelen, BBOT

De 40 procent weigeringen gaan volgens *Mark Vossen* niet over prefabhulpmiddelen zoals een rollator of standaardrolwagen maar vooral over uitgebreide plusprocedures, waarvoor een voorschrift wordt opgesteld door een multidisciplinair rolstoeladviesteam, bestaande uit een specialist en een kinesitherapeut of een ergotherapeut. Zij nemen de tijd om met de patiënt te bekijken welk hulpmiddel die nodig heeft. In 2020 ging dat over 7594 aanvragen. Daarvan zijn er 2014 administratief en 1001 inhoudelijk geweigerd. Die administratieve weigeringen hebben voornamelijk te maken met de opstart van het systeem dat sinds 2019 gedigitaliseerd is. Sommige verstrekkers ervaren problemen bij het uploaden en correct indienen van documenten. Dat zijn terechte weigeringen die gemakkelijk worden opgelost. Er zijn daarnaast redelijk wat absurde weigeringen, bijvoorbeeld omdat het handschrift van de arts niet leesbaar is. Het is frustrerend want dan loopt vooral voor de wachtende gebruiker de doorlooptijd op.

De inhoudelijke weigeringen vertegenwoordigen ongeveer 13 procent van alle aanvragen. Dat zijn weigeringen door de vroegere adviserende geneesheren. Zij bekijken de vraag van een gebruiker, ondersteund door een specialist en een kinesist, en beslissen vervolgens dat het hulpmiddel niet nodig is. In veel gevallen is dat absurd. Hoewel zij gemakkelijk verduidelijking kunnen vragen aan een specialist, beslissen ze in de praktijk snel om te weigeren. BBOT ontvangt de weigering en moet opnieuw van nul beginnen: contact opnemen met specialisten, bijkomende informatie vragen, en bijkomend medische dossiers opvragen, wat niet altijd gemakkelijk is. Dat moet opnieuw worden ingediend waardoor er veel vertraging is.

Samengeteld liep het aantal weigeringen van aanvragen voor gespecialiseerde hulpmiddelen in 2020 op tot 39,7 procent, wat toch redelijk onthutsend is. Dat behelst veel administratieve last, en gebruikers moeten lang wachten voor ze hun hulpmiddel uiteindelijk toch krijgen. Het probleem zit bij het contact tussen de verstrekker en de adviseurs van de zorgkassencommissie. Er is nog altijd geen rechtstreeks contact tussen verstrekker en zorgkassencommissie, hoewel dat al twee jaar wordt gevraagd. Op 9 maart 2021 zal er eindelijk overleg plaatsvinden, twee jaar en drie maanden na het invoeren van het systeem. Mark Vossen hoopt dat dat zoden aan de dijk brengt. Dat zijn gesprekken die veel kunnen oplossen. Nu wordt er gewoon geweigerd en moet alles opnieuw worden ingediend, wat gemakkelijk is voor de zorgkassencommissie maar belastend voor de sector.

De zorgkassencommissie zou bestaan uit twee voltijdse artsen en twintig parttime medewerkers, wier competenties vooralsnog onbekend zijn. BBOT vraagt zich af of twee artsen voldoende zijn om alle Vlaamse aanvragen te behandelen. Is het voor hen niet gemakkelijker om te weigeren dan om het dossier uit te spitten? Is er voldoende tijd om alles goed te bekijken? Zijn het de medewerkers die een dossier voorbereiden voor het naar de arts gaat? Heeft een zorg- of verpleegkundige de bevoegdheid om dergelijke redelijk complexe dossiers voor te bereiden en om een specialist die een hulpmiddel voorschrijft, te overrulen met een negatief advies? Het probleem is dat BBOT daarover niet in discussie kan gaan.

Een gebruiker kan een negatieve beslissing alleen maar voor de arbeidsrechtbank aanvechten. Voor veel gebruikers is dat een te grote en te zware stap, en daardoor besluiten ze om hun plan te trekken. Voor sommige situaties is het schrijnend dat het zo ver moet komen. Mark Vossen hoopt daar verbetering in te zien.

Verhuren gebeurt thans vanaf 85 jaar. Dat is gebaseerd op de levensverwachting van ouderen. Ten tijde van de studie was die voor mannen 83 en voor vrouwen 85 jaar. Verhuur voor redelijk kortstondig gebruik is rendabel. Het gaat om standaard-producten die op enkele punten moeten worden aangepast. Er wordt gewerkt met een all-in prijs, waarbij de verstrekker gratis instaat voor onderhoud en herstel. Uitbreiden tot 75 jaar heeft grote budgettaire impact. Een relatief simpel hulpmiddel verhuren aan een 75-jarige betekent dat die daar mogelijks nog tien jaar gebruik van maakt waardoor dat hulpmiddel te duur wordt. In dat geval is verkoop beter. Dat is ook aangehaald bij de besprekingen met de VSB, en verklaart waarom dit in eerste instantie voor 85-plussers werd ingeschreven.

Patrick Vermeiren zegt dat rolstoelfietsen onder de terugbetalingen door het VAPH vallen, terwijl een eenvoudige rolstoel onder de VSB-terugbetalingen valt. Bij VSB gaat men ervan uit dat het een individueel hulpmiddel moet zijn. Een rolstoelfiets worden niet beschouwd als individueel hulpmiddel: ouder en kind fietsen samen. Die vallen er tussenuit, net als bijvoorbeeld tandems.

Voor de verhuur van rolstoelen aan bijvoorbeeld woonzorgcentra wordt gewerkt met een centraal platform.

De verstrekkers spelen een centrale rol omdat ze het financieren. De vraag is altijd of het systeem blijft. Als de regelgeving verandert, moeten zij die investering, die mogelijks nog niet is terugbetaald, afschrijven. Dat zorgt voor terughoudendheid. De drang om regelmatig alles te veranderen is geen goede drijfveer. Dat is een mogelijkheid mits beslissingen voor een lange termijn gelden.

De doorlooptijden van dossiers voor mobiliteitshulpmiddelen wordt bepaald door de VSB-regelgeving. Vroeger was daar ook commentaar op. Die timing ligt vast. De zorgkas moet bijvoorbeeld binnen een bepaald aantal dagen antwoorden. Er staat ook in dat het hulpmiddel automatisch wordt toegekend indien die timing niet wordt gerespecteerd. Dat zet ook de administratie of andere spelers ertoe aan om zich aan de timing te houden.

De regelgeving voor rolstoelen is ondertussen opgenomen in de regeling voor de snel degeneratieve aandoeningen. Die materialen worden verhuurd.

Wie overstapt op een verhuursysteem, moet keuzes maken over de in te zetten materialen. Die materialen moeten worden afgeschreven, wat innovatieve materialen tegenhoudt. Daardoor is het meest aangewezen toestel soms niet beschikbaar, wat een van de nadelen is van een verhuursysteem. Bij verstrekking kiest de patiënt voor het hulpmiddel dat hij nodig heeft. Gezien de levensverwachting van zes maanden tot een jaar kunnen die rolstoelen, die in sommige gevallen tot 30.000 euro kosten, worden gerecupereerd en opnieuw ingezet.

IX. Antwoord van James Van Casteren

Bij gedeeld hulpmiddelenbeleid en verhuur wijst *James Van Casteren* vooral op de kosten, en op de voor- en nadelen van administratieve systemen. Het VAPH staat altijd achter aanpassingen aan regelgeving en systemen waardoor gebruikers en hun ouders flexibeler, gemakkelijker en efficiënter hulpmiddelen kunnen inzetten. De spreker is vragende partij voor verdere stappen in de richting van gedeeld hulpmiddelenbeleid en verhuur, maar elk systeem heeft voor- en nadelen. Daarmee moet men rekening houden bij flexibilisering. De administratie moet bekijken welke aspecten daarmee samenhangen, wat de kostenstructuur is en wat de impact is op het huidige budget.

Er zijn geen gegevens waaruit blijkt dat er veel fraude is bij hergebruik of aankoop. Er zijn evenmin signalen van fraude in de sector. In sommige dossiers is het VAPH controlegericht. Wanneer een gebruiker het advies van MDT en VAPH over de aankoop van een hulpmiddel in de wind slaat, waardoor het hulpmiddel verkeerd wordt gebruikt en het binnen de refertetermijn meermaals stuk gaat, krijgt het VAPH immers de vraag om dat binnen de refertetermijn opnieuw te vergoeden.

James Van Casteren begrijpt de kritiek van gebruikers dat het VAPH hen een hulpmiddel niet flexibel laat gebruiken. Het VAPH houdt rekening met de afschrijftermijn. Kan het in de huidige budgettaire context dat een hulpmiddel meermaals vervangen moet worden omdat de gebruiker de gebruiksadviezen in de wind slaat? Het beeld is genuanceerd. Het VAPH weigert niet telkens maar in een aantal gevallen verwacht het MDT problemen en moet strenger worden opgetreden.

Op niveau van een kleinschalig initiatief leidt gedeelde inzet tot een besparing. De prijs van die hulpmiddelen per persoon mag evenwel niet uit het oog worden verloren. Hoeveel keer moet een hulpmiddel in een bepaalde setting gefinancierd worden voor een persoon met een handicap die in een voorziening woont, tegelijk thuis woont en bijvoorbeeld ook naar de grootouders gaat? De volledige keten moet in rekening worden gebracht. Welk hulpmiddelen wordt ingezet? Waar wordt het gebruikt? Hoe vaak wordt het daar gebruikt? Het VAPH wil dat uitklaren op zoek naar eventuele kostendrijvers.

Een kleinschalig initiatief kan beslissen niet met het VIPA te werken als het vanwege een andere visie bepaalde normeringen niet wil toepassen. Het VIPA is er echter niet uitsluitend om in infrastructuurtoelagen te voorzien bij aanvragen. Het is eveneens een instrument om kwalitatieve en bouwfysische normen te controleren en toe te zien op de brandveiligheid.

Verruimen naar kleinschalige initiatieven, die geen VIPA-steun aanvragen maar toch de voordelen van aanvullende subsidies, infrastructuur en hulpmiddelen genieten, moet bekeken worden met de koepelorganisaties van de vergunde zorgaanbieders. Het lijkt alsof met twee maten en twee gewichten wordt gewerkt. Waarom zou een vergunde zorgaanbieder, die samen met een huisvestingsmaatschappij of projectontwikkelaar kleinschalige initiatieven bouwt, nog VIPA-steun aanvragen, als een aantal voordelen ook op een andere manier kunnen worden verkregen? Wie versoepeling en andere alternatieve financieringsbronnen toestaat, moet zorgen voor alternatieve kwaliteitseisen voor kleinschalige initiatieven zodat voor alle huisvestingsinitiatieven of zorginitiatieven voor mensen met een handicap of een langdurige aandoening een minimum aan infrastructurele kwaliteitsnormen gelden.

In Vlaanderen komt het meer en meer tot zorgzame buurten dankzij een geïntegreerd beleid in samenwerking met de lokale besturen. Het eengemaakte loket moet op het niveau van de eerstelijnszone of de zorgregio worden bekeken. Een groep van multidisciplinair experts gaat op basis van de specifieke zorgvraag na welke administratie bevoegd is. Vervolgens moet de achterliggende administratie de doorlooptijden faciliteren en versnellen. De vraag naar een eengemaakt loket moet in de totaliteit van de zorgvragen, en van de welzijns- en de gezinsdoelstellingen bekeken worden. Het beleidsdomein Welzijn moet de drempel om een vraag te stellen verkleinen. Er moet een systematiek worden gevonden om dat dichterbij de mensen te brengen.

Er is gevraagd naar goedkopere oplossingen voor hulpmiddelen. James Van Casteren wijst op de BBC-procedure. Wat niet op de refertelijst staat, kan bij de BBC worden aangevraagd om alsnog een tegemoetkoming te krijgen. De permanente werkgroep gaat continu na of de refertelijst moet worden aangepast. Er is samenwerking tussen BBC-uitspraken en de refertelijst. Als veel mensen zich voor een

bepaalde goedkopere oplossing tot de BBC richten, omdat alleen de duurdere oplossing via de refertelijst wordt terugbetaald, wordt die BBC-beslissing op termijn opgenomen in de refertelijst. Men bekijkt altijd of de refertelijst up-to-date is. Zijn er nieuwe hulpmiddelen in trek en goedkoper, dan wordt de refertelijst aangepast. Gezien het grote aantal hulpmiddelen, kan dat niet allemaal tegelijk. Daarnaast zal er altijd wel een uitzondering zijn waar men niet snel genoeg bij is.

James Van Casteren stelt vaak vast hoe creatief voorzieningen zijn om op maat van een specifieke handicap te zoeken naar een hulpmiddel of om zelf een aangepast hulpmiddel te knutselen. Een instelling als Zevenbergen wordt geconfronteerd met veel agressie- en gedragsproblematiek maar legt grote creativiteit aan de dag om de settings te beveiligen. De koepels van vergunde zorgaanbieders hebben een aantal werkgroepen die kennis over een aantal problemen uitwisselen. Hij stelt contact op te nemen met de koepel om te bekijken of zij al aan kennisdeling doen. Daarnaast kan het VAPH dat ook doen in samenwerking met de koepels. Bepaalde oplossingen kunnen aldus standaardoplossingen worden als er genoeg tijd en energie in wordt gestopt.

James Van Casteren vraagt zich als leidend ambtenaar geregeld af waarom procedures complex zijn. Alles begint met een origineel en goed idee, waarover vervolgens wordt overlegd met de sector. Dat leidt uiteindelijk tot regelgeving die aan alle belangen tegemoetkomt. De vertaling daarvan in administratieve procedures staat mijlenver van de beoogde eenvoudige procedure. Het VAPH maakt, ook voor de aanvraag van een persoonsvolgend budget, indicatoren om te onderzoeken waar de procedure vertraagt. De aanvraagprocedure voor een persoonsvolgend budget kan tot twee jaar duren terwijl de administratieve behandeltermijn door het VAPH 45 dagen bedraagt. Er is een wachttijd bij de DOP en het MDT. Het kan dat de commissie niet in aantal was of het verslag niet goedgekeurd. Er kan beroep aangetekend zijn bij de HOC. Men kan niet akkoord gaan met de HOC en een tweede HOC-beslissing aanvragen. Daarom probeert het VAPH de doorlooptijden van alle partners in een aanvraagprocedure te objectiveren om de lange doorlooptijden te verklaren en te zoeken waar er problemen zijn. Het voorstel is om te objectiveren waar de problematiek zit en gericht in te grijpen in de procedures. Gebruikers hebben enkel contact met het VAPH, en vragen zich daarom af hoe het kan dat het 120 dagen duurt bij het VAPH. Gezien de verschillende achterliggende procedurestappen, moet dat geobjectiveerd worden om te zien waar de problematiek specifiek zit.

Wouter Contreras, VAPH, zegt dat bij het bepalen van een tegemoetkoming altijd wordt gekeken naar de oplossingen die op de markt voorhanden zijn. Het VAPH heeft geen transparante toegang tot de prijsontwikkeling van leveranciers. Men kan dat vragen en er zijn al initiatieven genomen maar dat is niet evident. Een leverancier bepaalt zijn prijs op basis van factoren die hij belangrijk vindt. Het VAPH heeft geen recht om die gegevens op te eisen maar bekijkt het volledige aanbod op de markt en de verschillende prijzen. Het VAPH zoekt bij het bepalen van een tegemoetkoming in de eerste plaats naar een adequate oplossing voor de grootste groep van gebruikers. In het segment van kwalitatieve oplossingen wordt de vergoeding gebaseerd op de meest interessante prijs. Daarnaast wordt het aandeel van de meerkosten meegerekend. De IMB-regelgeving vergoedt de meerkosten in functie van de handicap, wat ertoe kan leiden dat het hulpmiddel volledig wordt vergoed. Dat is een aandachtspunt waar het VAPH consequent aan probeert te werken.

De korven zijn ingevoerd in 2002 bij het opstarten van de IMB-regelgeving. Het systeem vereist dat gebruikers voor een periode van vier jaar vooruitkijken en de nood aan hulpmiddelen gedurende die periode inschatten. Bij de opstart en de toepassing van het systeem zijn er heel wat problemen opgedoken, wat ertoe geleid heeft dat de regelgeving in de loop van 2004 werd aangepast in de richting

van het huidige systeem. Mensen moeten niet langer een korf van hulpmiddelen samenstellen op lange termijn maar kunnen wanneer er nood aan is een aanvraag indienen en een gepaste terugbetaling krijgen. Het korvensysteem had een aantal nadelen zowel qua budget als qua doorlooptijden voor de MDT's. Over een bepaalde periode de nood aan hulpmiddelen voorzien, is niet altijd evident.

X. Replieken

James Van Casteren verwijst voor het platform naar de koepels maar *Ann De Martelaer* ziet het ruimer dan de zorgaanbieders en de mensen die in residentiële settings verblijven. Er zijn mensen die thuis verblijven en los van een koepel innovatieve aanpassingen voor hun hulpmiddelen vinden. Ook zij moeten de kans krijgen om te kijken wat voorzieningen hebben uitgevonden en om zelf ideeën aan te brengen. Op die manier wordt een maatschappelijk platform gecreëerd. De vraag is of dat verruimd kan worden, en of het VAPH dat kan ondersteunen.

James Van Casteren vindt dat *Ann De Martelaer* een punt heeft. Deze vraag moet worden bekeken door de permanente werkgroep hulpmiddelen. Zitten kleinschalige zorginitiatieven en ouderinitiatieven bij een koepel? Werken koepels die vergunde zorgaanbieders zijn voor de uitwisseling van ideeën? Moet dat verruimd worden tot kleinschalige initiatieven? Onder welke regie past dat dan? Hij verwijst naar de refertelijst op de website die volledige informatie geeft. Of het overleg kan worden gefaciliteerd, moet worden bekeken in de permanente werkgroep hulpmiddelen. Kan er een initiatief genomen worden vanuit alle actoren die daarbij betrokken zijn?

Wouter Contreras verwijst naar de hulpmiddelendatabank op de website van het VAPH. Alle concrete producten die gekend zijn na aanmelding door de leveranciers en na registratie worden er ter informatie aangeboden aan de gebruikers. Er staan ook prijsindicaties bij. Misschien kunnen daar initiatieven aan toegevoegd worden die niet van leveranciers komen maar met behulp van 3D-printing gemaakt kunnen worden.

Leen Hulshagen is bijvoorbeeld bereid de plannen van de fixatiestoel die bij Sint Oda is ontwikkeld te delen met andere voorzieningen zodat ze dezelfde oefening niet hoeven over te doen. Zij hebben die fixatiestoel op basis van hun lange ervaring kunnen aanpassen. Het zou andere voorzieningen tijd besparen als zij die ervaring kunnen gebruiken. Het zou daarnaast ook ten goede komen van personen met een beperking.

Patrick Vermeiren benadrukt het belang van de Europese regelgeving op het vlak van veiligheid van medische hulpmiddelen. Die regelgeving verandert in mei 2021 en legt fabrikanten en verstrekkers verplichtingen op inzake kwaliteit, risicoanalyses en dergelijke meer. Het is niet altijd evident om oplossingen die in kleine initiatieven worden geboden, uit te werken met die regelgeving. Als een instelling dat doet, is dat perfect omdat de patiënt wordt geholpen. Als er nadien iets gebeurt, is het risico voor instelling of fabrikant groot. Hij pleit ervoor dat verstrekkers zich bezighouden met materialen en verzorgingsinstellingen met verzorgen. Het is belangrijk dat beide groepen samenwerken om uiteindelijk goede oplossingen te vinden voor de patiënt die altijd centraal moet staan, rekening houdend met de gestelde voorwaarden.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Vera JANS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

BBC	Bijzondere Bijstandsc commissie
BBOT	Belgische Beroepsvereniging voor Orthopedische Technologieën
DOP	dienst ondersteuningsplan
HOC	heroverwegingscommissie
IMB	individuele materiële bijstand
MDT	multidisciplinair team
PAB	persoonlijke assistentie budget
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SeRenADe	Service/Reuse for Assistive technology Delivery/Design
TETRA	Technologietransfer door Instellingen voor Hoger Onderwijs
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VSB	Vlaamse sociale bescherming