

1736 (2022-2023) – Nr. 1
ingediend op 2 juni 2023 (2022-2023)

Verslag van de gedachtewisseling

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

over de stand van zaken
van de persoonsvolgende financiering
in de sector van personen met een handicap

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

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Veerle Geerinckx, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;

Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;

Maike De Rudder, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;

Ann De Martelaer, Jeremie Vaneeckhout;

Freya Van den Bossche.

Plaatsvervangers:

Allessia Claes, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier, Jeroen Tiebout;

Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;

Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;

Gweny De Vroe, Emmily Talpe;

Johan Danen, Celia Groothedde;

Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:

Lise Vandecasteele.

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	5
II.	Uiteenzetting door James Van Casteren, administrateur-generaal van het VAPH.....	5
1.	Inleiding	5
2.	Algemene cijfers	5
2.1.	VAPH-ondersteuning	5
2.2.	VAPH-ondersteuning 2022	6
2.3.	Zorginvesteringsplan – oorspronkelijk uitbreidingsbeleid	6
2.4.	Uitbreidingsbeleid 2020-2024	6
2.5.	Budgetten – bijkomende middelen bovenop het uitbreidingsbeleid.....	6
2.6.	PVB en PAB	7
2.7.	2022-2024: monitoring en predicties PVB	7
2.8.	2022-2024: conclusie monitoring en predicties PVB.....	8
2.9.	2023-2024: noodprocedure.....	8
2.10.	Persoonsvolgende budgetten – prioriteitengroepen	8
2.11.	Persoonsvolgende budgetten: situatie in de prioriteitengroepen ..	9
2.12.	Deelbudgetten in prioriteitengroep 2	9
2.13.	Bevraging in prioriteitengroep 3.....	9
2.14.	Persoonsvolgende budgetten – besteding.....	10
2.15.	Monitoring en besteding PAB	10
3.	Onderbenutting	11
3.1.	Evolutie benuttingspercentage	11
3.2.	Evolutie bedrag per punt.....	11
3.3.	Algemeen – resultaten 2022.....	11
3.4.	Persoonsvolgende budgetten – onderbenutting	11
3.5.	Algemeen – inzet onderbenutting.....	12
4.	Beleid.....	12
4.1.	Transparantie	12
4.2.	Model individuele dienstverleningsovereenkomst.....	12
4.3.	Geplande optimalisaties	13
4.4.	Bijzondere uitdaging: complexe zorgnoden	15
4.5.	Minderjarigen	15
III.	Vragen van de leden	15
1.	Vragen van Maurits Vande Reyde.....	15
2.	Vragen van Tine van der Vloet.....	16
3.	Vragen van Vera Jans.....	18
4.	Vragen van Hannes Anaf.....	19
5.	Vragen van Ann De Martelaer.....	20

IV. Antwoorden van James Van Casteren	21
V. Antwoorden van minister Hilde Crevits	26
VI. Repliek	27
Gebruikte afkortingen	28
Bijlage: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding hield op 2 mei 2023 een gedachtewisseling over de stand van zaken van de persoonsvolgende financiering in de sector van personen met een handicap.

De commissie wisselde van gedachten met:

- Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;
- James Van Casteren, administrateur-generaal van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

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

I. Uiteenzetting door Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering en Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Minister *Hilde Crevits* vindt de toelichting van James Van Casteren over de persoonsvolgende financiering zeer belangrijk. Het VAPH moet hierover ook jaarlijks aan het Vlaams Parlement rapporteren.

Het perscommuniqué van de ochtend van 2 mei 2023 had te maken met de diensten van de statistiek, die om 10 uur statistische gegevens publiceerden. De timing had nog slechter gekund, maar de minister begrijpt dat men beter in de namiddag had gecommuniceerd. Ze vindt het wel belangrijke cijfers: het gaat over ondersteuning aan mensen en het is van belang om te kijken hoe de budgetten daarvoor worden ingezet.

James Van Casteren zal de cijfers van 2022 over toekenningen, besteding, noden en predicties gedetailleerd toelichten. Op die manier krijgt het Vlaams Parlement zicht op de uitvoering van het Zorginvesteringsplan. Het is daarnaast de bedoeling om in te gaan op de vragen die de commissieleden al stelden omtrent de wijzigingen in de procedure noodsituatie. Minister Crevits lichtte eerder ook al uitgebreid de onderbenutting toe (*Vraag om uitleg* VI.Parl. 2022-23, nr. 1933). Ook de aanvullende vragen die daarover werden gesteld, zullen beantwoord worden.

De minister wijst er ook op dat de gedetailleerde rapportering enkel mogelijk is omdat gedreven mensen bij het VAPH hiervoor een efficiënte monitoring opzetten. Ze wil hen bedanken voor de inspanningen die op dat vlak geleverd worden.

II. Uiteenzetting door James Van Casteren, administrateur-generaal van het VAPH

1. Inleiding

James Van Casteren zegt dat het VAPH zijn jaarverslag normaal op 26 mei 2023 publiceert. De halfjaarlijkse cijfers worden stevast eind november gepubliceerd. De cijfers die hij in deze toelichting presenteert, zijn nog niet de officieel geconsolideerde cijfers en kunnen verschillen van het uiteindelijke jaarverslag.

2. Algemene cijfers

2.1. VAPH-ondersteuning

Slide 4 toont hoeveel mensen met een handicap een bepaalde ondersteuningsvorm nodig hadden op 31 december 2022. De verschillende ondersteuningsvormen zijn: een zorgbudget, RTH, GIO, opvang door een MFC, een PAB, een PVB en IMB. Daarnaast

wordt ook weergegeven hoeveel mensen die in een prioriteitengroep zitten, aan het wachten zijn. Uit dit overzicht blijkt dat het VAPH ondersteuning geeft of het dossier behandelt van meer dan 106.000 mensen. Zonder wachtenden gaat het om 103.423 mensen. Op slide 5 worden deze gegevens weergegeven op een grafiek, die aantoont dat het aantal ondersteunde personen jaar na jaar stijgt. De knik naar beneden in 2020 is volgens James Van Casteren wellicht te wijten aan de coronaperiode, wanneer er minder collectieve opvang en rechtstreeks toegankelijke hulp was. Daarnaast werd de bevoegdheid over de GES+-units dat jaar ook overgeheveld naar het agentschap Opgroeien, waardoor deze doelgroep niet meer in de cijfers opgenomen is.

2.2. VAPH-ondersteuning 2022

Het diagram op slide 6 tracht op een eenvoudige manier de verschillende ondersteuningscombinaties weer te geven en hoeveel mensen ervan gebruikmaken. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat iemand wachtend is in een prioriteitengroep maar al NRTH heeft. Omdat deze weergave een duidelijk beeld geeft van de bestaande combinaties wordt ze elk jaar in het jaarverslag opgenomen.

2.3. Zorginvesteringsplan – oorspronkelijk uitbreidingsbeleid

In de meerjarenbegroting werd een extra recurrent budget van 270 miljoen euro vrijgemaakt voor de periode 2020-2024. In 2020 werd al 40 miljoen euro extra geïnvesteerd. De overige 230 miljoen euro is beschikbaar gemaakt vanaf 2021. Daartoe werd het Zorginvesteringsplan goedgekeurd. Verspreid over de rest van de legislatuur werden enkele voorafnames gedaan. Er werd 1 miljoen euro gereserveerd als bijkomende subsidie voor de bijstandsorganisaties, vanwege een stijgend aantal leden. Er is 15 miljoen euro gereserveerd voor de inkanteling van de IPO's en MPIGO's in het beleidsdomein Welzijn. Dat is een proces dat momenteel in de laatste fase zit en waarbij veel en intensief is gedebatteerd met alle stakeholders. De eerste internaten worden MFC's in september 2023. Klassiek werd ook de verdeelsleutel tussen meerder- en minderjarigen toegepast: 85 procent voor meerderjarigen en 15 procent voor minderjarigen. Het budget voor meerderjarigen bedraagt 181,9 miljoen euro en voor minderjarigen 32,1 miljoen euro. Van het budget voor de minderjarigen gaat 3 miljoen euro naar persoonsvolgende convenanten, wat vaak complexe dossiers zijn. Er is 29,2 miljoen euro bedoeld voor de prioritaire PAB-dossiers en de wachtenden op een PAB.

2.4. Uitbreidingsbeleid 2020-2024

De tabel op slide 8 geeft het uitbreidingsbeleid van deze legislatuur 2019-2024 weer. Rij 1 toont de initiële verdeling per jaar en rij 2 is de cumulatieve weergave daarvan. Bij de discussie over het Zorginvesteringsplan zijn een aantal keuzes gemaakt, wat weerspiegeld wordt in de jaarlijkse reële aangroei cijfers op rij 3: de investering van enkele middelen is vooruitgeschoven. Rij 4 is de cumulatieve weergave, die aangeeft dat in 2024 270 miljoen euro zal zijn uitgegeven. Vanuit het Zorginvesteringsplan werd daarnaast in zowel 2022 als 2023 extra geïnvesteerd, onder andere met VIA-middelen. Dat staat vermeld in rij 5. Alles opgeteld zal aan het einde van de legislatuur in 2024 342,7 miljoen euro uitgegeven zijn, wat meer is dan de initieel begrote 270 miljoen euro.

2.5. Budgetten – bijkomende middelen bovenop het uitbreidingsbeleid

Van de bijkomende recurrente middelen bovenop het uitbreidingsbeleid komt 53,2 miljoen euro uit het beleidsdomein: 21,2 miljoen euro wordt ingezet voor het crisis- en investeringsplan voor de jeugdhulp en 32 miljoen euro gaat naar het PVB voor meerderjarigen. In dat laatste geval wordt vooral toegeleid naar automatische toekenningsgroepen. Als er extra automatische toekenningen gedaan worden, worden

de uitbreidingsmiddelen die vrijkomen ingezet om bijkomende budgetten voor de prioriteitengroepen te kunnen toekennen.

Daarnaast wordt vanuit VIA 6 nog eens 19,5 miljoen euro geïnvesteerd. Dat wordt ingezet voor de uitbreiding van RTH in het kader van de proefprojecten die gestart zijn vanaf januari 2023.

2.6. PVB en PAB

Op slide 10 is te zien hoeveel PVB's en PAB's het VAPH de voorbije jaren ter beschikking heeft gesteld. Tussen 2019 en 2022 daalde het aantal voor de automatische toekenningsgroepen van 2203 naar 1573. Dat komt omdat een deel van de mensen uit die groepen ook tot een prioriteitengroep behoren, waaraan meer PVB's worden toegekend. Uit kolom 3 blijkt dat de terbeschikkingstellingen voor PVB's in de prioriteitengroepen fors zijn toegenomen. Dat is te danken aan de inspanningen uit het Zorginvesteringsplan. Ook het aantal toekenningen van PAB's is gestegen. Logischerwijze liggen ook de aantallen budgethouders van beide budgettypes hoger. De grafieken op slide 11 visualiseren duidelijk het effect van het Zorginvesteringsplan in dit verband.

Slide 12 verduidelijkt de verdeling van de terbeschikkingstellingen uit 2022. In de tabel links worden de verschillende automatische toekenningsgroepen opgesomd: maatschappelijke noodzaak, tijdelijke noodsituatie, verlenging noodsituatie, definitief PVB na noodsituatie, spoed, PVB na jeugdhulp MFC, PVB na jeugdhulp PAB en definitief PVB geïnterneerden. In deze groepen werden in totaal 1573 budgetten toegekend. De tabel rechts vermeldt het aantal terbeschikkingstellingen in de prioriteitengroepen. In prioriteitengroep 1 werden 867 budgetten toegekend. Op het moment dat de presentatie werd gemaakt, stond het aantal deelbudgetten in prioriteitengroep 2 op 972. Er werd echter vertrokken van 1100 deelbudgetten. Daarvan zijn er 972 effectief opgenomen. Van de overblijvende budgetten werd een deel stopgezet en werd een deel door de persoon met een handicap geweigerd. Er zijn nog altijd negentien mensen die een procedure hebben lopen bij de arbeidsrechtbank. De deelbudgetten die geweigerd werden door de mensen zelf, zullen in de loop van 2023 aan andere wachtenden worden toegekend, zodat het doel van 1100 toegekende deelbudgetten zo dicht mogelijk benaderd wordt.

2.7. 2022-2024: monitoring en predicties PVB

Het overzicht op slide 13 betreft de monitoring van en de voorspellingen voor het PVB. Het toont hoeveel middelen er jaarlijks kunnen vrijkomen: de vrijgekomen bedragen bij overlijden en wanneer mensen hun budget stopzetten, verminderd met de aftrek bijdrage A. Deze bijdrage A zijn loonkosten van vergunde zorgaanbieders die ze sinds de invoering van het PVF-systeem niet meer mogen recupereren via de eigen bijdragen van hun klanten. De bijdrage wordt geraamd op 2,1 miljoen euro per jaar. Wie de vrijkomende middelen aftrekt van de middelen voor de automatische toekenning, ziet hoeveel miljoen euro er netto nog nodig is uit het uitbreidingsbeleid. In 2022 was dat 1,5 miljoen euro. In 2024 zal 4,9 miljoen euro nodig zijn. In het verleden lag dit bedrag soms veel hoger en bedroeg het tot 20 miljoen euro.

Slide 14 zoomt in op de raming van het aantal en de kostprijs van de PVB's in prioriteitengroep 1. De oorspronkelijke doelstelling van het zorginvesteringsplan was om binnen de achttien maanden na de aanvraag een budget ter beschikking te kunnen stellen. Dat betekent dat tijdens deze legislatuur aan iedereen tot en met prioriteringsdatum 30 juni 2023 een budget kan worden gegeven. Maar er zijn eenmalige overschotten en ook eenmalige recurrente overschotten, die jaarlijks een zekere omvang hebben en waarover met het Departement Financiën en Begroting stevig gediscussieerd is. De onderbenutting wordt strikt opgevolgd, wat impliceert dat er vervroegd al een aantal extra toekenningen kunnen worden

gedaan. Het efficiënt inzetten van de onderbenutting betekent dat iedereen in 2023 een budget zou krijgen tot het einde van het jaar. De oorzaken van de vermelde overschotten zijn een hogere uitstroom door overlijden, lagere kosten dan initieel geraamd bij automatische toekenningsgroepen en de inzet van de onderbenutting bij PVB's. Er wordt voor gezorgd dat elke eurocent die aan PVB's uitgegeven kan worden, ook uitgegeven wordt.

2.8. 2022-2024: conclusie monitoring en predicties PVB

Voor 2023 worden ongeveer 1920 terbeschikkingstellingen in de automatische toekenningsgroepen verwacht. Voor 2024 gaat het over meer dan tweeduizend terbeschikkingstellingen. De nettokosten van de automatische toekenningsgroepen bedragen nog 7,4 miljoen euro voor 2023 en 4,9 miljoen euro voor 2024, rekening houdend met de vrijkomende middelen. De wachttijd in prioriteitengroep 1 is op dit moment weggewerkt. Mensen krijgen momenteel een budget zodra zij de toeleidingsprocedure doorlopen hebben en opgenomen worden in prioriteitengroep 1. Op basis van de huidige prognoses kan voor prioriteitengroep 1 zelfs de prioriteringsdatum 31 december 2023 gehaald worden in deze legislatuur. Dat is goed nieuws.

2.9. 2023-2024: noodprocedure

In 2022 waren er 586 aanvragen voor een tijdelijke noodsituatie, waarvan gemiddeld 55 procent werd goedgekeurd. Dat komt overeen met een besteding van 7,7 miljoen euro. Van de 314 MaNo-aanvragen werd gemiddeld 48 procent goedgekeurd, wat een budgettair effect had van 7,8 miljoen euro.

Naar aanleiding van enkele verontrustende dossiers die in de pers verschenen, werd aangestuurd op een versoepeling van de noodprocedure. Het VAPH nam dit ter harte en op 1 februari 2023 werd de MaNo-procedure geïntegreerd met de procedure voor een noodsituatie. Hierdoor werd de aanvraagprocedure korter en hoeft men in geval van een MaNo niet meer langs de VTC, waardoor de terbeschikkingstelling maanden op zich kon laten wachten. Ook de doelgroep werd begin februari 2023 aangepast zodat personen met een handicap die ernstig verwaarloosd worden door het langdurig ontbreken van een sociaal netwerk ook in aanmerking komen. Er wordt geschat dat deze aanpassing zal leiden tot een 75-tal extra goedkeuringen per jaar, met een jaarlijkse kost van 4,7 miljoen euro.

De discussie over de begroting leidde ertoe dat op 13 maart 2023 enkele interne richtlijnen van het VAPH aangaande noodsituaties onder de loep werden genomen en versoepeld. Dat gebeurde met de voorzitter van de permanente werkgroep Toeleiding van het raadgevend comité en aan de hand van een debat in het raadgevend comité en het bureau. Het plots en onvoorzienbaar wegvallen van de ondersteuning wordt voortaan beoordeeld vanuit het perspectief van de persoon met een handicap. Zo kunnen dossiers waarin er sprake is van een echtscheiding of uithuiszetting goedgekeurd worden via de noodprocedure. Men schat dat er zo per jaar een 35-tal goedkeuringen bij zullen komen, wat jaarlijks 2,1 miljoen euro zou kosten. Daarnaast werd de definitie van wegvallen van de ondersteuning verruimd. Ook een mantelzorger die de zorg fysiek niet meer aankan, zit er nu in vervat. Dat zou resulteren in een 45-tal extra goedkeuringen, wat ongeveer 2,7 miljoen euro per jaar zou kosten.

2.10. Persoonsvolgende budgetten – prioriteitengroepen

Slide 17 toont het aantal wachtenden in de verschillende prioriteitengroepen op 31 december 2022. Dankzij het Zorginvesteringsplan is de wachtlijst voor prioriteitengroep 1 sinds 2019 fel gekrompen. Er kan aan bijna iedereen uit deze groep momenteel een budget worden toegekend. In prioriteitengroep 2 stijgt het aantal wachtenden. Voor prioriteitengroep 3 is tussen 2019 en 2022 een lichte daling

merkbaar. Dat zijn logische cijfers omdat er jaarlijks achthonderd à negenhonderd nieuwe aanvragen voor een PVB bijkomen. Tegelijkertijd vraagt een bepaald percentage uit prioriteitengroep 3 een herprioritering naar prioriteitengroep 2 of 1 aan. Het aantal toekenningen in de automatische toekenningsgroepen is bovendien gestegen, en daar zitten ook mensen uit prioriteitengroepen 2 en 3 bij: 35 procent stond op de wachtlijst in prioriteitengroep 2; 61 procent stond op de wachtlijst in prioriteitengroep 3; en slechts 4 procent stond op de wachtlijst in prioriteitengroep 1. In totaal stonden op 31 december 2022 16.702 personen op een wachtlijst.

Op slide 18 zijn de wachttijden van de langst wachtende in elke prioriteitengroep te zien: drie maanden in prioriteitengroep 1; zes jaar en drie maanden in prioriteitengroep 2; en twintig jaar en elf maanden in prioriteitengroep 3. James Van Casteren koppelt deze situatie aan de beleidskeuze om vooral te investeren in de hoogste zorgnood, en om daarnaast een proefproject met deelbudgetten op te starten voor prioriteitengroep 2 en om voor prioriteitengroep 3 te kijken of er eventueel op een andere manier geholpen kan worden. De prognose voor 2023 is dat de budgetten voor prioriteitengroep 1 onmiddellijk ter beschikking gesteld kunnen worden. Personen met een prioriteringsdatum tot en met 17 januari 2018 in prioriteitengroep 2 beschikken over een deelbudget. Het staafdiagram op slide 19 toont dat er een grotere vertegenwoordiging van lage budgetcategorieën is bij de wachtenden in prioriteitengroep 3, en een grotere vertegenwoordiging van hoge budgetcategorieën in prioriteitengroep 1.

2.11. Persoonsvolgende budgetten: situatie in de prioriteitengroepen

Slide 20 geeft de situatie weer van mensen met een handicap die zich in de verschillende prioriteitengroepen bevinden. Er is, per prioriteitengroep, te zien wie beschikt over een zorgbudget in combinatie met RTH, een zorgbudget of RTH, wie opgevangen wordt door een MFC of een PAB ontvangt en een meervraag heeft gesteld, wie over een deelbudget beschikt en wie geen enkele ondersteuning krijgt. Ook dat zijn tekenende cijfers, meent James Van Casteren.

2.12. Deelbudgetten in prioriteitengroep 2

Het was de bedoeling om vanaf 1 december 2022 1100 deelbudgetten uit te delen in prioriteitengroep 2: 116 personen weigerden hun deelbudget en 76 daarvan werden intussen al vervangen. De deelbudgetten werden toegekend aan mensen tot en met prioriteringsdatum 8 februari 2018. De wachttijd van de langst wachtenden zonder deelbudget bedraagt ongeveer vijf jaar. Het vervangen van de stopzettingen en de weigeringen van deelbudgetten gebeurt nog in 2023 en niet meer in 2024. Het gaat immers om een proefproject waaraan een wetenschappelijk onderzoek is gekoppeld dat in januari 2024 afloopt. Zodra het onderzoek achter de rug is, wordt bekeken of het toekennen van deelbudgetten een meer recurrent systeem kan worden.

2.13. Bevraging in prioriteitengroep 3

In prioriteitengroep 3 liep van november 2021 tot februari 2022 een survey. Aan dit kwantitatieve deel werd een kwalitatief onderzoek met individuele gesprekken gekoppeld. Er werd gevraagd naar de huidige ondersteuning en of die voldoende was, en naar de gewenste ondersteuning per type aanbieder. Er werden 958 reacties opgenomen in het wetenschappelijk onderzoek. Daaruit blijkt onder andere dat deze prioriteitengroep sterk divers is qua leeftijd, handicap, huidige ondersteuning en gewenste ondersteuning. Er is daarnaast een grote nood aan praktische hulp. Het blijkt bovendien opportuun om de mensen uit deze groep ruimer te laten kennismaken met hun rechten: niet alle wegen hoeven te leiden naar een PVB want er zijn nog veel andere mogelijkheden. Daarbij kan het belang van individuele gesprekken niet onderschat worden. Ook zijn er in deze prioriteitengroep significante

verschillen tussen hoge en lage ondersteuningsvragen, wat om een gediversifieerde aanpak vraagt. Het onderzoek stuurt tevens aan op een actualisatie van de zorgvraag voor die mensen die automatisch in prioriteitengroep 3 beland zijn vanuit de vroegere centrale registratie van zorgvragen. Tot slot moet ook de belasting van de mantelzorgers in kwestie bekeken worden.

De bevraging kent een vervolgtraject, waarbij de mogelijkheden tot samenwerking met reguliere diensten verkend zullen worden om eventueel al deels een antwoord te kunnen bieden op de vele vragen naar praktische hulp. Concreet is het VAPH een samenwerking opgestart met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid om een beter zicht te krijgen op de mogelijkheden en grenzen van reguliere thuiszorg voor personen met een handicap. Vinden personen met een handicap de weg naar de thuiszorgdiensten? Ondervinden ze specifieke drempels om van deze diensten gebruik te maken, omdat de diensten zich bijvoorbeeld enkel op ouderen richten en niet op mensen met een handicap? Ervaren de thuiszorgdiensten problemen in het bieden van ondersteuning? Is er voldoende capaciteit? Momenteel worden er ad hoc data uitgewisseld tussen het VAPH en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Men hoopt dat zo snel mogelijk structureler te kunnen doen zodat er ook cijfermatige analyses op uitgevoerd kunnen worden. Er zal ook bekeken worden welke mogelijkheden er voor wachtenden in prioriteitengroep 3 zijn binnen RTH.

2.14. Persoonsvolgende budgetten – besteding

De tabel op slide 24 toont de evolutie van de middelenbesteding van de persoonsvolgende budgetten tussen 2019 en 2022. Daaruit blijkt dat steeds meer middelen worden ingezet via cashbesteding in plaats van vouchers. Het aandeel cash is op vier jaar tijd met 5 procent gestegen. Dezelfde trend is logischerwijze te zien bij de besteders van de budgetten, zo toont de tabel op slide 25: steeds meer mensen besteden via cash of combineren cash met voucher. Kolom 5 bevat de mensen die pas gestart zijn en nog niet aan het besteden zijn. De PVF werd in 2017 ingevoerd met het oog op meer zelfregie en minder aanbodgericht denken. De cijfers tonen duidelijk aan dat deze systeemshift zich geleidelijk doorzet. Dat geldt zeker voor de mensen die pas gestart zijn en enkel het nieuwe systeem kennen. Slide 26 biedt een overzicht waaraan cashmiddelen in 2021 en 2022 besteed werden. Deze cijfers tonen aan dat een bijstandsorganisatie bijvoorbeeld van groot belang is. Een zorgbudget wordt ook af en toe ingezet om vervoer te betalen omdat het openbaar vervoer minder toegankelijk is.

2.15. Monitoring en besteding PAB

De monitoring van het PAB voor 2022, 2023 en 2024 wordt gevisualiseerd op slide 27. Daarop is te zien dat in 2023 3,35 miljoen euro extra wordt vrijgemaakt vanuit de crisisjeugdhulp. Ook kunnen de beschikbare startbudgetten van de drie jaren met elkaar vergeleken worden. Pas na het in rekening brengen van de kosten voor lopende PAB's, restmiddelen, spoedprocedures en herzieningen, en de vrijkomende middelen uit stopzettingen, zorgcontinuïteit, combinatie met een MFC en onderbenutting, is duidelijk hoeveel budget er beschikbaar is voor toekenningen van PAB's. In 2023 gaat het om 19 miljoen euro en in 2024 zal dat 15,8 miljoen euro zijn. Samen met het agentschap Opgroeien is afgesproken dat in 2023 10 miljoen euro besteed zal worden aan de priordossiers en 9 miljoen euro aan personen op de PAB-wachlijst. Op slide 28 wordt opgelijst waaraan mensen met een PAB hun middelen besteden. Deze cijfers komen min of meer overeen met die voor de PVB's. Wel wordt een PAB vaker besteed aan een familielid, zeker wanneer het over minderjarigen gaat.

3. Onderbenutting

3.1. Evolutie benuttingspercentage

Slide 30 toont de evolutie van de benuttingspercentages tussen 2019 en 2022 bij de PVB's. Volledig nieuwe cliënten benutten in 2022 bijna 60 procent van hun budget. Cliënten met een gewijzigde terbeschikkingstelling zaten aan een bestedingspercentage van 90 procent. Cliënten die sinds de invoering van het systeem altijd al hetzelfde budget hebben gehad en intussen meer dan vijf jaar in het systeem zitten, gebruikten in 2022 gemiddeld 84 procent van hun budget. Transitiecliënten, die meestal enkel vouchers gebruiken, besteedden er zo'n 98 procent van. Het globale benuttingspercentage voor 2022 bedraagt 91,6 procent. De cijfers bij de PAB's liggen lager, leert slide 31. Nieuwe cliënten zaten in 2022 aan 71,6 procent, ongewijzigde cliënten die al langer een PAB hebben, aan 87,5 procent. In totaal werd 85,1 procent van het PAB-budget benut. James Van Casteren merkt op dat er in de cijfers zeker ook corona-effecten zitten.

3.2. Evolutie bedrag per punt

Een PVB wordt uitgedrukt in een bedrag per punt. Met elk zorggebonden punt komt een budget overeen. Het bedrag per punt is voor cash geëvolueerd van 856 euro in 2019 naar 988 euro in 2023. Deze stijging is puur te wijten aan de inflatie. Er komen ook nog beheerskosten bij, die volgens de afspraken in het regeerakkoord gedaald zijn van 11,94 naar 10,35 procent. Het bedrag per punt bij het inzetten van vouchers bij een vergunde zorgaanbieder is geëvolueerd van 957 euro naar 1191 euro. Deze stijging wordt evenwel niet enkel veroorzaakt door de inflatie, ook de anciënniteit van het zorgpersoneel wordt meegenomen in de zorgkost, en ook de VIA-middelen zijn inbegrepen. De bedragen per punt voor cash- en voucherbesteding kunnen niet zomaar met elkaar vergeleken worden, stipt James Van Casteren aan. Bij cashbesteding komen de VIA-middelen er nadien nog bij, als er overeenkomsten ingediend worden die voor deze middelen in aanmerking komen.

3.3. Algemeen – resultaten 2022

Uit de geconsolideerde uitvoeringscijfers voor 2022 komt naar voren dat er 5 miljoen euro aan meerontvangsten waren. Dat komt deels door wettelijke subrogatie, waarbij verzekeringsmaatschappijen onder druk werden gezet. Het belangrijkste is echter dat er 144,3 miljoen euro minder werd uitgegeven dan gepland. Zo was er maar 16,4 miljoen euro in plaats van de begrote 30 miljoen euro nodig voor terugvorderbare voorschotten. Er is daarnaast 16,7 miljoen euro minder uitgegeven dan verwacht aan facturen uit de voorgaande jaren. Minderuitgaven die betrekking hebben op 2022 betreffen onder andere hulpmiddelen, waarvoor 8,6 miljoen euro minder werd uitgegeven. Voor de RTH-proefprojecten was 11 miljoen euro vrijgemaakt, maar de projecten werden pas in 2023 opgestart. Voor NRTH werd 87,3 miljoen euro minder uitgegeven. Tot slot werd ook nog 4,3 miljoen euro minder besteed aan een amalgaam van verschillende begrotingsposten.

3.4. Persoonsvolgende budgetten – onderbenutting

Onderbenutting is inherent aan een persoonsvolgend systeem, in het bijzonder in het geval van uitbreidingsbeleid. Budgetten worden immers gespreid ter beschikking gesteld en opstarters hebben ook een maandenlange opstartperiode nodig, waardoor kosten die ingeschreven moeten worden in de begroting, pas later volledig zullen worden gemaakt. Ook vertraging bij het opstarten door het zoeken naar een zorgaanbieder of andere vormen van zorg en ondersteuning zorgt voor onderbenutting. Een groeiend aandeel cashbesteders brengt eveneens onderbenutting met zich mee. Mensen die cash uitgeven, zijn in het begin immers voorzichtiger. Cash is ook goedkoper dan vouchers, omdat de omslagsleutel bedrag per punt voor

cash 928 euro bedraagt versus 1116 euro voor vouchers. Cash wordt bovendien aangevuld met 10,35 procent beheerskosten, terwijl er bij vouchers 16,18 procent organisatiegebonden kosten bij komen.

Onderbenutting wordt ook veroorzaakt door de beperking die op de omzetting van niet-aangewende personeelspunten naar organisatiegebonden kosten staat. Door het tekort aan zorgpersoneel worden tegenwoordig veel personeelspunten niet aangewend. Een MFC mag daarvan maximum 3 procent omzetten. Vergunde zorgaanbieders kunnen maximaal 65 procent van de organisatiegebonden punten omzetten. Organizatiegebonden punten worden bij voucherbesteding bovendien met vertraging toegekend. Tot slot wordt men zowel in de crisisjeugdhulp als bij meerderjarigen geconfronteerd met een groeiende problematiek van zeer complexe aandoeningen, waardoor het moeilijk is om voor bepaalde doelgroepen onmiddellijk een geschikte zorgaanbieder te vinden. Ook dat leidt tot onderbenutting.

3.5. Algemeen – inzet onderbenutting

James Van Casteren beklemtoont dat de onderbenutting niet onder de mat wordt geveegd. Als meer dan 100 miljoen euro, zelfs op een budget van ruim 2 miljard euro, niet benut wordt, moet daar iets mee gedaan worden. Alle centen moeten zo goed mogelijk ingezet worden. Het VAPH heeft de onderbenutting aan de hand van intensief studiewerk geobjectiveerd en heeft onderhandeld met het Departement Financiën en Begroting. Om met de onderbenutting meer budgetten te kunnen toekennen, moet het departement er immers mee akkoord gaan dat het VAK van het VAPH verhoogd wordt, zodat het VEK vollediger kan worden ingezet. Het departement is er uiteindelijk mee akkoord gegaan om een deel van de onderbenutting opnieuw in te zetten. Zodra een onderbenutting elk jaar terugkomt en telkens min of meer van dezelfde grootteorde is, beschouwt het departement ze als een recurrente onderbenutting en gaat ermee akkoord om voor een bepaald percentage het VAK te verhogen.

In de begroting van 2023 zit het reguliere uitbreidingsbeleid van 77,7 miljoen euro voor PVB's en 8,5 miljoen euro voor PAB's. Het VAPH heeft een extra VAK van 100,2 miljoen euro gekregen, bovenop het VEK voor PVB's, en 16 miljoen euro extra VAK voor de PAB's. Vandaar dat er in 2023 veel meer budgetten toegekend kunnen worden, wat zich weerspiegelt in de al aangehaalde cijfers. Omdat het VAPH een systematiek ontwikkeld heeft waarbij de onderbenutting continu geobjectiveerd kan worden, zal het agentschap opnieuw onderhandelen met het departement om eventueel nog iets grotere VAK's in het begrotingsakkoord te krijgen. James Van Casteren besluit dat er iets positiefs wordt gedaan met al die miljoenen euro's die onderbenut worden, en dat ze ten goede komen aan de mensen die op wachtlijsten staan.

4. Beleid

4.1. Transparantie

De belangrijkste doelstelling voor het VAPH is transparantie. De zorg en ondersteuning van vergunde aanbieders moet op een transparante wijze worden toegelicht aan de budgethouders. De budgethouder heeft ook recht op een transparante weergave van de kosten die een vergunde zorgaanbieder aanrekent voor zorg- en ondersteuningsfuncties die met een PVB worden vergoed, en dat uitgedrukt in punten en euro's.

4.2. Model individuele dienstverleningsovereenkomst

Naar aanleiding van een analyse van de IDO's werd beslist om een model-IDO op te stellen, waarbij wordt gestreefd naar eenduidigheid, helderheid en leesbaarheid.

Zo'n model-IDO bevat afspraken over de prijs, het type, de frequentie van de ondersteuning, de woon- en leefkosten en of deze forfaitair aangerekend worden dan wel op basis van effectief verbruik betaald moeten worden. Daarnaast worden ook afspraken over afwezigheden vermeld, bijvoorbeeld wanneer iemand tijdelijk in de psychiatrie verblijft of thuis wordt opgevangen. Ook het handelingsplan komt aan bod in een model-IDO: wanneer en hoe wordt er geëvalueerd? Tot slot bevat de overeenkomst ook afspraken over het aanpassen en eventueel opzeggen van de IDO. Er bestaan vier versies van een model-IDO: voor een PVB, bij RTH, bij MFC-begeleiding en wanneer MFC-begeleiding met een PAB wordt ingekocht.

Dat zo'n modelovereenkomst een duidelijke meerwaarde heeft, staat voor James Van Casteren buiten kijf. Ze werd uitgewerkt in cocreatie met en gedragen door verschillende stakeholders, en is opgemaakt volgens het kwaliteitsbesluit, met aandacht voor extra afspraken aanbevolen in het kader van transparantie. De overeenkomst werd bovendien juridisch nagekeken door een advocatenkantoor dat gespecialiseerd is in overeenkomstenrecht, en taalkundig onder de loep genomen door Wablieft. Een model-IDO is bovendien gericht aan zowel gebruikers als zorgaanbieders, die op hetzelfde moment dezelfde informatie krijgen. Een model-IDO gaat vergezeld van een document met extra informatie. Beide documenten worden het best samen gelezen. Er wordt waar nodig extra uitleg toegevoegd en moeilijke woorden worden in de bijlage onderlijnd en uitgelegd in de alfabetische begrippenlijst.

James Van Casteren merkt op dat het gebruik van zo'n modelovereenkomst niet verplicht is: de keuze is aan de zorgaanbieder. Ze wordt in eerste instantie gebruikt bij nieuwe cliënten, maar verwacht wordt dat het gebruik zal toenemen eens meer mensen ermee vertrouwd raken. De modelovereenkomst wordt in elk geval een belangrijke leidraad voor zowel vergunde zorgaanbieders als budgethouders. Het bestaan ervan werd uitgebreid toegelicht in nieuwsbrieven, in webinars en door stakeholders uit de werkgroep. In het VAPH-magazine Sterk werd er een artikel aan gewijd. De modelovereenkomst is een dynamisch document: als blijkt dat bepaalde zaken niet werken, zal opnieuw rond de tafel worden gezeten om het model te verfijnen.

4.3. Geplande optimalisaties

4.3.1. Vereenvoudigde toeleidingsprocedure

De mediaan van de huidige doorlooptermijnen van een reguliere aanvraag voor een PVB in 2022 is 207 dagen. 147 dagen gaan naar de MDT's, die tijd nodig hebben om een multidisciplinair verslag op te maken. De interne behandeltijd van het VAPH beslaat slechts 13 dagen. Het voorbereiden van de beslissingsdossiers van de VTC door het VAPH neemt 21 dagen in beslag. De VTC heeft zelf nog eens 25 dagen nodig. Gaat men daartegen in heroverweging, dan komen er nog 76 dagen bij.

Als doelstellingen in het regeerakkoord staan de vereenvoudiging van de aanvraagprocedure voor een PVB, de eliminatie van overbodige systeemkosten en het terugdringen van de wachtlijst. Dat laatste hangt af van veel factoren. De eerste twee doelstellingen kon het VAPH gemakkelijk opnemen. Samen met alle partners werd een voorstel tot aanpassing van de toeleidingsprocedure uitgewerkt. De nieuwe procedure is klantgerichter. Zo gebeuren de opmaak van het ondersteuningsplan en de objectivering van de noden via het ZZI voortaan achteraf, idealiter tijdens het jaar waarin iemand verondersteld wordt zijn budget te krijgen. Van belang aan het begin van de verkorte procedure zijn de erkenning van de handicap en de bepaling van de prioriteitengroep. Door enkel voor diegenen die binnen het jaar hun budget krijgen, een ondersteuningsplan op te maken en de noden te objectiveren, wordt bovendien kostenefficiënt gewerkt. Op die manier zijn zowel het ondersteuningsplan

als de zorgzwaartemeting actueel. Omdat deze aanpak meer op maat van de cliënt en kostenefficiënt is, is er draagvlak voor in de sector.

Om de vereenvoudigde toeleidingsprocedure te kunnen implementeren, is uiteraard een aanpassing van de regelgeving in de vorm van een decreet en uitvoeringsbesluiten nodig. Daarop volgt een concrete operationalisering aan de hand van herzieningsvragen en overgangsmaatregelen. De nieuwe procedure moet ook technisch geïmplementeerd worden in de IT-systemen van het VAPH. Men is daar momenteel mee bezig.

4.3.2. *Vernieuwen RTH-beleid*

In de vorige periode werd sterk ingezet op trap 2 van de PVF, nu wordt er ook gefocust op trap 1. De sector smeekt om extra RTH-middelen omdat er een grote nood is. De middelen worden uitgebreid met 19,5 miljoen euro uit VIA 6. De RTH-proefprojecten leggen de nadruk op meer vraagsturing, meer flexibiliteit en meer inbedding in lokale en intersectorale trajecten. De RTH-proeffase waarin nieuwe RTH-mogelijkheden verkend en uitgeprobeerd worden, startte op 1 januari 2023 en loopt tot 31 december 2023. Een definitieve aanpassing van het RTH-besluit zou voor midden 2024 zijn.

Voorafgaand aan de start van de proeffase hebben 231 verschillende organisaties 341 initiatieven ingediend. Het gaat om ouderinitiatieven, groenezorginitiatieven, niet-erkende organisaties en vergunde VAPH-organisaties. Daaruit werden 111 initiatieven van 113 organisaties geselecteerd. Tijdens de proeffase worden twee hoofddoelstellingen vooropgesteld. De eerste is het ontwikkelen en implementeren van vernieuwende vormen van RTH. De tweede is dat de nieuw aangeboden rechtstreeks toegankelijke ondersteuning aan de volgende voorwaarden moet voldoen: ze moet snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar zijn, ze is laagdrempelig en nabij, vraaggericht en op maat, en VAPH-RTH-ondersteuning wordt geïntegreerd in en afgestemd op andere niet-VAPH-ondersteuning. Daarnaast zijn er ook twee afgeleide doelstellingen. De organisaties betrokken bij de RTH-proeffase zijn voldoende matuur en wendbaar om in te spelen op en zich aan te passen aan wijzigende omstandigheden en kansen. Beginnende organisaties tonen overigens voldoende potentieel en bereidheid om te groeien. Alle initiatieven moeten daarnaast in lijn zijn met het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, met de principes, de missie en de doelstellingen van het VAPH en met de principes die momenteel uitgewerkt worden in het kader van 'Vroeg en nabij'.

Verschillende stakeholders hebben tot slot diverse verwachtingen aangaande het vernieuwen van het RTH-beleid. Er zijn ook uitspraken nodig op verschillende vlakken: budgettair, juridisch, inhoudelijk, technisch, organisatorisch en intersectoraal. Er is ook nood aan verschillende soorten informatie, waaronder kwantitatieve en kwalitatieve gegevens, ervaringen, inzichten en reflecties. De context waarin de proeffase opgevolgd en geëvalueerd moet worden, is complex. Men probeert optimaal gebruik te maken van beschikbare informatie en niet te veel nieuwe informatie op te vragen. De proefprojecten zijn gekoppeld aan een wetenschappelijk onderzoek, er zijn interviews en er is ook een reflectiegroep met daarin alle stakeholders. Wie meer wil weten, kan de url op slide 50 raadplegen en alle informatie terugvinden.

4.3.3. *Aanbevelingen evaluatie PVF*

James Van Casteren is van oordeel dat het evalueren van de PVF niet op één moment, maar eigenlijk continu gebeurt. Als iets niet goed loopt, wordt er geprobeerd om bij te sturen. Het VAPH gaf de UGent opdracht om te bekijken hoe de PVF het best geëvalueerd kan worden. De universiteit formuleerde daarop aanbevelingen aangaande zes thema's: continuïteit en zekerheid met betrekking tot zorg en ondersteuning, goed geïnformeerde zorggebruikers, toeleidingsprocedures, betaalbaarheid,

zelfregie en samenleving/inclusie. Naar aanleiding daarvan maakt het VAPH samen met de stakeholders een actieplan. Daarin staan de acties die al lopende zijn, de acties die het VAPH bijkomend zal initiëren en de acties waarvoor gerekend wordt op de stakeholders.

4.3.4. *Inclusieve oriëntering*

Een laatste geplande optimalisatie is de bijzondere aandacht die aan inclusieve oriëntering wordt gegeven. Er zijn al heel wat verschillende projecten en acties in het VAPH en, ruimer, het Steunpunt WVG die inzetten op goed informeren van personen met een zorgvraag, snel en laagdrempelig ondersteuning bieden, optimaal en geïntegreerd benutten van informatie die over verschillende administraties zit, reguliere en specifieke ondersteuning enzovoort. Naast de RTH-proefprojecten lopen er ook enkele proefprojecten met de ouderenzorg. Van daaruit wordt bekeken hoe de inclusieve oriëntering aangepakt zal worden en gekozen wordt tussen een formeel proces in de sector of een intersectorale opzet. De ideeën op dat vlak zijn aan het rijpen.

4.4. Bijzondere uitdaging: complexe zorgnoden

Een bijzondere uitdaging vormen ten slotte de complexe zorgnoden: zowel bij de meerder- als de minderjarigen wordt een aantal ondersteuningsnoden steeds maar complexer. Een PVB op maat volstaat in dergelijke gevallen niet altijd. Organisaties en personeel haken ook af vanwege complexe problematieken. Oplossingen liggen onder andere in gedeelde zorg over de sectoren heen, met inbegrip van tijdelijke terugvalmogelijkheden en tijdelijke zorgovernames. Er zit ook heil in de gezamenlijke inzet van financiële middelen, personeel en expertise, en in aangepaste infrastructuur. Er is sowieso dringend nood aan een kader voor geïntegreerde, langdurige zorg voor personen met zeer complexe zorg- en ondersteuningsnoden, die zowel een handicap als een langdurige chronische medische aandoening, een psychische aandoening of gedragsproblematiek kunnen betreffen.

4.5. Minderjarigen

Voor minderjarige cliënten wordt sterk ingezet op intersectorale acties, zowel binnen als buiten het beleidsdomein. Voor minderjarigen kan men bijvoorbeeld niet zonder Onderwijs. Er is een taskforce Crisisjeugdhulp die tot enkele actieplannen heeft geleid, waarover de Vlaamse Regering beslissingen heeft genomen. Ook de transitie van MPIGO's en een aantal instellingen naar het beleidsdomein Welzijn is lopende. Daarbij wordt vooral ingezet op coachende trajecten om sterke welzijnsvoorzieningen te kunnen creëren. Ook 'Vroeg en nabij' is in deze context van belang. Tot slot gaat er speciale aandacht naar jonge kinderen met een vermoeden van handicap en jongvolwassenen, waarbij via de GIO zowel met onderwijs als met de kinderopvang afgestemd wordt, en men aan sensibilisering en onderzoek doet.

III. Vragen van de leden

1. Vragen van Maurits Vande Reyde

Maurits Vande Reyde is het met James Van Casteren eens dat verstandig moet worden omgesprongen met de onderbenutting in samenspraak met het Departement Financiën en Begroting. Hij vraagt of er een duidelijk beeld is van het aantal PVB's en PAB's dat met de onderbenutting in totaal kan worden ingezet. Voor prioriteitsgroep 1 is de terbeschikkingstellingsdatum verder verkleind. Men krijgt bijna meteen het budget ter beschikking. Hij vraagt of het verder verkleinen van die termijn proportioneel is met de kostprijs ervan. Is dat de juiste keuze ten opzichte van het extra inzetten op budgetten in bijvoorbeeld prioriteitengroep 2? Is daar een denkoefening over geweest? Oorspronkelijk was het achttien maanden, en dat wordt tot bijna nul herleid.

Er loopt onderzoek naar de effecten van deelbudgetten in prioriteitengroep 2. Is er al zicht op de voornaamste redenen waarom mensen weigeren? Het is positief dat men de weigeringen onmiddellijk inzet zodat men toch tot 1100 deelbudgetten komt.

De spreker vindt de uitleg over prioriteitengroep 3 interessant, maar er is meer onderzoek nodig om te kijken hoe RTH beter kan worden ingezet. Voor prioriteitengroep 3 zal men toch tot een beslissing moeten komen in het kader van het meerjarenperspectief dat op het einde van de legislatuur volgt. Hij vraagt of er voor deze groep uitzicht is op een aantal oplossingen die meegenomen kunnen worden in dat meerjarenperspectief op het einde van de legislatuur. Dat is de cruciale factor om de wachtlijsten weg te werken. Men kan daar niet eindeloos onderzoek naar doen. Is er uitzicht op een finaliteit?

Ook de toelichting over RTH vindt hij interessant. Is er zicht op het aantal minder- en meerderjarigen dat op een wachtlijst staat en geen beroep doet op RTH? Wat zijn de redenen daarvoor en zijn die redenen voldoende gekend?

Het regeerakkoord voorzag in een volledig persoonsvolgend systeem voor minderjarigen. Men is daarop teruggekomen, en er werd een PAB+ in het vooruitzicht gesteld. Er zou dan een ruimere besteding toegelaten worden, met meer budgetcategorieën voor minderjarigen die de voorzieningen verlaten. De spreker ziet dat systeem van PAB+ onvoldoende terugkomen. Komt daar nog iets van in deze legislatuur of wordt dat begraven? Hij zou dat een jammere zaak vinden want bij minderjarigen zijn de keuzemogelijkheden om zelf te beslissen noodzakelijk.

Als het over de hulpmiddelen gaat, wijst hij op de belangrijke regeling over de aanrekening van hulpmiddelen bij gedeeld gebruik. Is daar al enige vooruitgang in geboekt?

Hij vindt de toelichting over het systeem van cash en voucher nuttig omdat de verschillen pertinent naar voren komen. De cijfers spreken voor zich. Hij is het ermee eens dat er nog een aantal parameters bijgerekend kunnen worden. De vaststelling is dat de verschillen groot blijven en almaar stijgen. Maurits Vande Reyde roept op om daar iets aan te doen.

Het commissielid heeft een berekening gemaakt van waar men met het meerjarenperspectiefplan naartoe kan, rekening houdend met een aantal grote parameters. Als het meerjarenperspectief door het VAPH berekend wordt, is er dan in de Vlaamse Regering bereidheid om te bekijken of er een realistisch plan kan worden opgesteld om de wachtlijsten volledig weg te werken? Zijn eigen berekening gaat uit van 578 miljoen euro, wat volgens hem realistisch is. Een opstap van 115 miljoen euro in 2025 kan de Vlaamse begroting aan op voorwaarde dat men de keuze maakt om op andere domeinen te besparen. Is de minister bereid om dat debat aan te gaan? Hij vraagt de andere parlementsleden of daarover een voorstel van resolutie kan worden opgesteld, om de volgende Vlaamse Regering tot actie aan te zetten.

2. Vragen van Tine van der Vloet

Tine van der Vloet onthoudt uit de presentatie dat er hard gewerkt wordt. Op slide 6 leest ze dat 2585 mensen nog geen ondersteuning hebben. Kan er een opdeling gemaakt worden om te zien in welke prioriteitengroep die zich bevinden? Er blijkt een bijkomende subsidie van 1 miljoen euro te zijn uitgetrokken voor de bijstandsorganisatie vanwege het stijgend aantal leden. Ze vraagt of die 1 miljoen euro zal volstaan want ze neemt aan dat heel wat mensen een beroep doen op een bijstandsorganisatie.

De spreker heeft ook toegelicht waar de mensen vandaan komen die naar een automatische toekenningsgroep gaan. In het verleden kwamen er ook veel mensen in automatische toekenningsgroepen terecht die nog niet op een wachtlijst stonden. Is daar een duidelijk zicht op?

Bij prioriteitengroep 3 ziet men een grote groep in de onderste twee budgetcategorieën. Tine van der Vloet verwijst naar het programma De zevende dag, waar een rolstoelgebruiker aangaf dat hij weinig behoefte had aan al die verschillende proefprojecten. Waarom kan men met RTH niet alles doen zoals met een cashbudget want daar zou men ook veel mee kunnen oplossen?

Die groep is groot, en het lid is het ermee eens dat men die groep zou moeten actualiseren. Het is goed dat er een grote bevraging is geweest, maar het lijkt nog beter om iedereen te bevragen, en dat te actualiseren. Vanaf dan kan men echt met prioriteitengroep 3 beginnen te werken.

Wat de deelbudgetten betreft, blijft de grootste vraag wat het perspectief is. Er komt een eindrapport in 2024. Ze hoopt dat men dan in januari 2024 kan beslissen wat het verdere perspectief is voor die mensen.

Er is gezegd dat mensen misschien hulp kunnen vinden in de thuiszorg, en daar is ze het mee eens. Al vindt ze dat men dan niet alleen naar de capaciteit mag kijken, maar dat ook de expertise belangrijk is. Als men in de toekomst meer richting de thuiszorg kijkt, lijkt het niet slecht om die mensen op te leiden voor deze doelgroep.

Er is een budget van 9 miljoen euro voor de langst wachtenden op de wachtlijst voor een PAB. Ze stelt vast dat er goed gewerkt wordt om die wachtlijst te beperken. In een schriftelijke vraag kwam naar boven dat in het eerste kwartaal van 2023 enkel budget naar de priorgroep is gegaan en niet naar de langst wachtenden (*Schriftelijke vragen* VI. Parl. 2022-23, nr. 416, van Tine van der Vloet aan minister Hilde Crevits).

Ze is tevreden dat er kan worden beslist dat de onderbenutting opnieuw naar mensen met een beperking gaat want daar pleit ze al lange tijd voor. Ze is tevreden dat dat nu in kaart wordt gebracht want daar dient het geld voor. Hoeveel staat de minister met die onderbenutting? Welke keuzes maakt men?

Bij cashbudgetten stelt men meer onderbenutting vast dan bij vouchers. Een eerste reden zou zijn dat mensen voorzichtiger zijn, maar ten tweede vindt men ook moeilijk assistenten. Worden er tijdens opleidingen ook stages gehouden als assistenten van personen met een handicap? Zijn de studenten daar voldoende vertrouwd mee? Als men voorzichtiger is bij het beheren van hun budget, dan is de vraag ook of de vergunde zorgaanbieders dan minder voorzichtig zijn. Transparantie is enorm belangrijk.

Tine van der Vloet stelt vast dat er lang gewerkt is aan de IDO's met verschillende werkgroepen. Het maakte ook deel uit van het regeerakkoord. Ze vindt het model goed en het is juridisch volledig afgedekt, maar ze betreurt dat het niet verplicht wordt.

Wat de vereenvoudigde toelidingsprocedure betreft, denkt ze dat daar in de toekomst grote stappen vooruit worden gezet. Maar men zou pas in 2025 starten, en ze vraagt waarom dat nog zo lang duurt.

Over de proeffases werd gezegd dat het meer vraaggestuurd is. Maar als het vraaggestuurd is, begrijpt ze niet waarom de punten op voorhand worden verdeeld. In haar ogen is dat geen vraaggestuurd systeem. Men kan op voorhand niet weten wie er op welk proefproject wil inschrijven, en welke vraag er zal komen van de persoon in kwestie.

Voor mensen met een beperking en een psychische aandoening is het moeilijk om een voorziening en personeel te vinden. De minister gaf aan dat daarvoor een werkgroep is opgestart. Hoever staat men? Is de werkgroep nog bij elkaar gekomen? Zijn er al tussenoplossingen? Ze vindt het belangrijk om daar blijvende aandacht voor te hebben.

Het is belangrijk om voor kinderen die in een MFC zaten de omschakeling te kunnen doen naar een persoonsvolgend budget. Tine van der Vloet vraagt hoeveel kinderen die omschakeling effectief al hebben gedaan. Wordt dat nog eens onder de aandacht gebracht? Elk kind moet die keuze hebben. Ze vraagt naar een stand van zaken.

3. Vragen van Vera Jans

Vera Jans dankt voor de uitvoerige en informatieve uiteenzetting. Ze vindt dat belangrijk, niet alleen omdat het een decretale verplichting is, maar ook omdat de sector van personen met een handicap voor deze Vlaamse Regering een werkpunt is. Bij geen enkele begrotingsopmaak zijn de budgetten gestagneerd of werd erop bespaard. Ze stelt vast dat het basisbudget dat vanuit Vlaanderen naar het VAPH gaat de laatste twee jaar met 500 miljoen euro extra is gestegen.

Haar fractie heeft altijd een punt gemaakt van investeren in de mensen met de hoogste zorgnood. Dat zijn ook de hoogste budgetten. De hoogste budgetten worden vooral in prioriteitengroep 1 benut en toch is men erin geslaagd om daar de wachtlijsten weg te werken. Er werd nochtans niet alleen in prioriteitengroep 1 geïnvesteerd want ook aan prioriteitengroep 2 blijft men volop werken.

Ze beklemtoont dat het wegwerken van de wachtlijsten in prioriteitengroep 1 een enorme realisatie is, zeker omdat ook de automatische toekenning behouden blijft. Ook mensen die in een noodsituatie of een onverwachte situatie terechtkomen krijgen het toegekende budget zonder enige wachttijd.

De vraag is hoe men verder perspectief kan geven. De wachtlijsten in prioriteitengroep 1 zijn weggewerkt maar hoe kan men dat consolideren in de toekomst of in een volgende legislatuur? Zijn daar mechanismen voor? Wordt daarover nagedacht? Wat kan het Vlaams Parlement of de commissie daarin betekenen?

Voor prioriteitengroep 2 loopt er wetenschappelijk onderzoek tot eind 2023. Dan stoppen de deelbudgetten en worden de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek bekeken om van daaruit nieuwe beslissingen te nemen.

Vera Jans noemt prioriteitengroep 3 een moeilijk verhaal. Uit een nodenbevraging is gebleken dat sommige mensen niet weten dat ze op een lijst staan, en dat er veel praktische vragen zijn. Er is ook nood aan rechtenverkenning en aan individuele gesprekken. Het lijkt niet onoverkomelijk om aan die noden tegemoet te komen. Op welke manier kan men een nog beter zicht krijgen op de mensen in prioriteitengroep 3? Hoe kan men die mensen helpen met de vaak eenvoudige en praktische vragen die zij hebben? Daar moet men werk van maken, vindt Vera Jans. Er is immers een grote rijkdom aan niet-handicapspecifieke hulp. Ze is het ermee eens dat de rechtstreeks toegankelijke hulp nog toegankelijker moet worden. Er bestaat al veel, en in het verleden werd er te veel naar de handicapspecifieke hulp gekeken.

De toeleidingsprocedure duurt met 207 dagen te lang. Het is belangrijk dat die procedure eenvoudiger wordt gemaakt. Het VAPH kan op dit punt goede resultaten voorleggen maar de omgeving van de personen met een handicap ziet vooral de wachttijd. Waar het dossier op dat moment precies zit, is minder relevant.

Men moet bij alle stappen die worden gezet, rekening houden met de draagkracht van de mantelzorger. Uit een nodenbevraging van prioriteitengroep 3 blijkt dat mantelzorgers veel en krachtig werk verrichten. Als er iets gebeurt met een mantelzorger, dan komt men in een noodprocedure terecht. Hoe kan men beter anticiperen op het feit dat veel mantelzorgers op hoge leeftijd zijn? Hoe kan men de noodprocedure meer vermijden?

Vera Jans heeft het ten slotte nog over de complexe zorgnoden, wat ook in andere beleidsdomeinen aan bod komt zoals ouderenzorg of kinderopvang. Ook bij personen met een handicap stelt ze vast dat heel wat vergunde zorgaanbieders met complexe zorgnoden geconfronteerd worden. In die voorzieningen wil men die mensen op een goede manier helpen. Mensen hebben vaak kleinere netwerken, een sociaal zwakke context, een armoedeproblematiek en een complexe fysieke problematiek. Daarvoor hebben ze zeven dagen op zeven zorg nodig.

De organisatiegebonden ondersteuning is afgenomen, maar voor die voorzieningen moet het wel mogelijk zijn om goede zorg te blijven garanderen. Dat zijn vaak innovatieve plekken die verschillende projecten opzetten, en veel doen om te zorgen dat de bewoners een goede thuis hebben. Maar de zorgnoden nemen enorm toe en de zorgprofielen zijn complex. Men gaat meer en meer naar individuele oplossingen kijken, wat het streven van de persoonsvolgende financiering was. Maar ze vindt het cruciaal dat waar mensen samen zorg dragen voor elkaar, men in staat wordt gesteld om de zware zorgprofielen 24 uur per dag de nodige zorg te geven. De werkingsmiddelen zijn niet geïndexeerd en de organisatiegebonden punten staan onder druk. Ze vraagt hoe men ervoor kan zorgen dat die weerbare en sterke zorgorganisaties kunnen doen wat ze goed en graag doen: de beste zorg geven aan mensen met een handicap.

4. Vragen van Hannes Anaf

Voor *Hannes Anaf* blijkt uit de toelichting nog maar eens dat de uitdaging inzake de wachtlijsten er een is van mensen correct financieren voor de zorgzwaarte die ze hebben, en niet van aangroei. Er zijn 106.000 personen met een handicap die zorg nodig hebben en 103.400 van hen krijgt iets van zorg. Er zijn tussen aanhalingstekens 'slechts' 2600 mensen die nog geen zorg krijgen, maar het woord 'iets' is cruciaal want er zijn ook zo'n 16.000 mensen die wachten op een persoonsvolgend budget. De grootste uitdaging is de toegenomen zorgzwaarte.

De automatische toekenningsgroepen worden in 2023 en 2024 vooral met natuurlijke uitstroom gefinancierd maar voor prioriteitengroep 1 is er eveneens meer mogelijk door meer overlappend van budgethouders. Wordt hetzelfde bedrag twee keer uitgegeven? Zo neen, waar komt het geld voor die automatische toekenningsgroepen dan vandaan?

Het totale uitbreidingsbeleid in de legislatuur 2019-2024, 342,7 miljoen euro, is al zo goed als volledig ingezet, onder andere voor de automatische toekenningsgroepen. Dat was ook zo aangekondigd, maar wat schiet er nog over voor de reële kosten in 2023 en 2024?

De wachtlijst voor eind 2022 bevatte percentages voor de verschillende budgetcategorieën. Op basis van een eigen, ruwe berekening zou het wegwerken van alle wachtlijsten zo'n 565 miljoen euro kosten: 11 miljoen euro voor prioriteitengroep 1, 272 miljoen euro voor prioriteitengroep 2 en 282 miljoen euro voor prioriteitengroep 3. Met dat bedrag zou iedereen de zorg krijgen waar hij recht op heeft. Klopt die berekening ongeveer?

565 miljoen euro is een bedrag dat niet van vandaag op morgen beschikbaar is, maar dergelijk bedrag is in een regio als Vlaanderen niet onoverkomelijk op middellange

termijn. Er is geen enkele reden om te blijven werken met deelbudgetten, daarmee de zorgnood van mensen impliciet in vraag te stellen en bijvoorbeeld budget van prioriteitengroep 3 te herbestemmen voor prioriteitengroep 1 of door te sluizen naar rechtstreeks toegankelijke hulp. Vlaanderen zou meer perspectief moeten kunnen bieden.

In de presentaties zaten een aantal interessante pistes, zoals het herbekijken van het onderscheid tussen cash en vouchers, en van wat er met onderbenutting gebeurt. Zeker dat laatste is logisch, want als er zulke grote noden zijn, zulke lange wachtlijsten, dan moeten alle middelen die voor die noden bedoeld zijn, zo efficiënt en goed mogelijk worden ingezet.

5. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer ziet in de eerste plaats dat een groot aantal mensen geholpen wordt, al zijn er nog zo'n drieduizend mensen die geen hulp krijgen. Wat is bijgebleven, zijn de beleidsinsteken die James Van Casteren gaf zoals de betere regelgeving inzake noodsituaties. Eveneens positief zijn de stappen om de onderbenutting aan te pakken.

Wanneer zijn de model-IDO's gestart? Waarom kunnen ze niet verplicht worden? Welke zekerheid hebben mensen die dat willen dat ervan wordt gebruikgemaakt?

De werking van de MDT's kwam niet aan bod tijdens de presentatie, maar is desondanks een bron van klachten. De MDT's zouden soms fout informeren of dossiers niet willen indienen of voorleggen. Worden de MDT's gescreend of geëvalueerd?

Dat de wachttijd voor prioriteitengroep 2 dankzij de deelbudgetten verkort is, is niet helemaal correct: de wachttijd is blijven staan op het moment dat die mensen ingeschreven zijn. Het systeem met de deelbudgetten zou misschien recurrent worden. In welke mate kan men garanderen dat mensen die niet of nauwelijks kunnen overleven met een deelbudget ooit hun volledige budget krijgen? Zal dat ook zo opgenomen worden in de begroting voor 2024?

Voor prioriteitengroep 3 is het de bedoeling dat iedereen in RTH terecht komt, maar een grote groep mensen zit in die groep omdat ze al een budget hebben en een verhoging hebben aangevraagd vanwege een gewijzigde situatie. Zal RTH dat kunnen oplossen? Het kan niet de bedoeling zijn dat mensen naar een voorziening moeten stappen om RTH-punten in te kopen.

Thuisdiensten met dienstencheques zijn een goede optie, maar bij dienstencheque-bedrijven zijn er in bepaalde regio's personeelstekorten. Kunnen daar prioriteiten in gesteld worden?

Voor mensen die met RTH-punten werken, zijn er ook wachtlijsten. Wordt dat gemonitord? De eerstelijnszones en zorgregio's worden betrokken, maar weten zij hoeveel mensen uit de prioriteitengroep in hun regio wonen?

Over de onderbenutting, de actualisering en het Mozaïekbesluit V is Ann De Martelaer in de maanden voorafgaand aan de gedachtewisseling al meerdere keren teruggekomen. Initieel was in een bedrag voorzien van 522 miljoen euro en na de actualisering bleek dat er 548 miljoen nodig was. Het VAPH is er echter in geslaagd om de ingreep uit te voeren en toch telkens 4 miljoen euro te besparen in 2021 en 2022. Het is spijtig dat dat bedrag niet terug te vinden is bij de onderbenutte middelen, zeker omdat zo'n 80 procent van de mensen met een handicap minder krijgen dan voorheen en dat geld wel goed zouden kunnen gebruiken.

Voor personen met een handicap die jonger zijn dan 65 jaar, maar vanwege een specifieke zorgnood al in een woonzorgcentrum wonen, betaalt de overheid een dagprijs aan het woonzorgcentrum, naast de helft van het initieel begrote zorgbudget. Met alleen het zorgbudget kunnen die mensen vaak niet zelfstandig wonen, maar met het bedrag dat de overheid via ouderenzorg aan het woonzorgcentrum betaalt erbij, zou dat misschien wel lukken. Waarom kunnen die mensen geen afdoende zorgbudget krijgen, wetende dat de overheid dat bedrag sowieso al neertelt? Daarnaast is het zorgwekkend dat de overheid niet weet hoeveel mensen jonger dan 65 jaar in een woonzorgcentrum wonen.

James Van Casteren wijst op een aantal problemen met het PAB. Ouders van kinderen met gedragsproblemen of ASS vinden nergens aangepaste opvang en moeten vaak wachten op een budget. Kan het VAPH op dat vlak geen extra inspanningen leveren?

Wie het niet eens is met een beslissing, kan telefonisch gehoord worden door de HOC. Een administratief medewerker luistert naar de situatie, maakt daar een verslag van en legt dat verslag voor aan de commissie. Hoe komt men erbij om zo'n systeem in te voeren? Waarom worden mensen niet fysiek gehoord? Een beperking telefonisch uitleggen is zo goed als onmogelijk. Kan het VAPH op dat vlak klantgericht werken?

IV. Antwoorden van James Van Casteren

James Van Casteren start met de vraag over de onderbenutting. De verhoging van het VAK met 100 miljoen euro maakt ongeveer tweeduizend extra PVB's mogelijk. Hoeveel er effectief bij komen, zal afhangen van de vraag hoeveel VAK de begrotingsaanpassing zal opleveren. In 2023 kunnen er 238 PAB's bij komen en in 2024 276.

In prioriteitengroep 1 was de kloof tussen de huidige en de gewenste ondersteuningnood het grootst. De keuze om daar extra op in te zetten was al met het Perspectiefplan 2020 gemaakt. Voor de andere prioriteitengroepen verwijst James Van Casteren naar het raadgevend comité, dat in september 2023 zal starten met de raming van prognoses en mogelijke pistes en beleidskeuzes, met het oog op de volgende legislatuur.

De voornaamste reden waarom sommige mensen in prioriteitengroep 2 hun deelbudget weigeren, is omdat ze geen meerwaarde zien in de combinatie van RTH en het zorgbudget dat ze al hebben, in vergelijking met een deelbudget. Ook zijn er mensen die andere oplossingen gevonden hebben, bijvoorbeeld een woonzorgcentrum, waardoor ze geen PVB meer nodig hebben.

Er is al heel wat onderzoek gebeurd naar prioriteitengroep 3, vooral rond praktische hulp. Het is de bedoeling om personen met een handicap gemakkelijker toegang te laten krijgen tot gezinszorg, maar dat moet met het toekomstige Departement Zorg bekeken worden.

Voorts moeten er links komen met RTH. Er lopen proefprojecten en met de inzichten die de projecten opleveren, zal het raadgevend comité aan de slag gaan. Zomaar iedereen van prioriteitengroep naar RTH verschuiven is niet eenvoudig. Dan zouden er ook massaal veel rechtszaken kunnen volgen.

De cijfers over het aantal minder- en meerderjarigen dat geen beroep doet op RTH, worden in het jaarverslag opgenomen, maar de redenen zijn moeilijk te achterhalen. Mogelijk hebben mensen die RTH weigeren, voorlopige oplossingen gevonden in een netwerk of in de reguliere ondersteuning.

Wat PAB+ betreft, is in het investeringsplan afgesproken om in te zetten op vrijwillige uitstap van jongeren uit een MFC naar een PAB. Die oefening loopt nog. Het agentschap Opgroeien schreef alle jongeren aan met het bericht dat ze kunnen kiezen voor een PAB. Ook de bestedingsmogelijkheden zijn al uitgebreid. De administratie wil zo weinig mogelijk inhoudelijke verschillen tussen PAB's en PVB's, omdat er dan meerdere complexe systemen zouden zijn. Het raadgevend comité heeft in dit kader voorgesteld om in het traject 'Vroeg en Nabij' te bekijken welke pistes er nog zijn, en de bijstandsorganisaties hadden al aangegeven dat zij andere verwachtingen hebben. De discussie is nog niet afgerond, maar er zijn wel al keuzes gemaakt inzake PAB+ en de vrijwillige uitstroom uit MFC's. Verdere stappen kunnen nadien bekeken worden.

De resolutie over aanbevelingen voor het beleid inzake hulpmiddelen noopt het VAPH om prioriteiten af te wegen (*Parl.St.* VI.Parl. 2021-22, nr. 997/3). Er is een werkgroep hulpmiddelen binnen voorzieningen, maar dat is geen gemakkelijke discussie. De discussie over gedeeld gebruik binnen en buiten een collectieve setting is voor de eerstvolgende samenkomst van de werkgroep. Daar zullen ook externe stakeholders en erkende zorgaanbieders bij betrokken worden.

Dan is er de discussie over het cash- en vouchersysteem en de VIA-middelen. VIA-middelen worden inderdaad enkel ingezet als er sprake is van arbeidsovereenkomsten. In de toelichting is het verschil tussen cash en voucher geduid, maar veel hangt af van de manier waarop geld wordt uitgegeven, het percentage organisatiegebonden kosten enzovoort. Uit een studie van Deloitte blijkt dat het aantal uren ondersteuning dat men kan realiseren met cash en vouchers, vrij gelijklopend is. Waar komen de verschillen vandaan? Uiteindelijk blijven het collectieve settings die, als ze een gebouw zetten, moeten onderhandelen met tal van instanties en handelen als een ondernemer die moet voldoen aan zeer veel verplichtingen. Dat brengt een andere kostprijs met zich mee.

Wat het meerjarenperspectief betreft, heeft James Van Casteren de planning geduid, alsook wat de verschillende bedragen mogelijk maken. Dat zijn moeilijke analyses met veel parameters. Op een budget van 2,1 miljard euro met een wachtlijst van meer dan zestienduizend mensen, heeft een kleine verkeerde assumptie onmiddellijk grote gevolgen voor de budgetten. Dat moet minutieus gebeuren.

Er zijn 2585 mensen die nog geen ondersteuning krijgen: 31 in prioriteitengroep 1, 789 in prioriteitengroep 2 en 1770 in prioriteitengroep 3.

Met 1 miljoen euro extra komen bijstandsorganisaties toe. Er zijn heel wat nieuwe budgetten en door de stijging van het aantal leden sinds 2020 zijn de subsidies al verhoogd met 875.000 euro. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat de subsidie gekoppeld is aan de index.

Het valt voor dat mensen die nog niet in een prioriteitengroep stonden, toch aan een automatische toekenning komen. Vaak is de verklaring een onverwacht wegvallen van de mantelzorgers. Soms gaat het ook om spoed wanneer iemand snel en fors achteruitgaat. In dergelijke gevallen is er doorgaans geen PVB aangevraagd maar komt men door de snelle achteruitgang toch in aanmerking voor een automatische toekenningsgroep.

Wat is het perspectief van mensen die door overlijden pas laat een deelbudget krijgen per kwartaal? Worden weigeraars en overlijdens vervangen? De deelbudgetten zijn levenslang en worden niet afgenomen, ongeacht de timing van de terbeschikkingstelling of de uitkomst van het onderzoek. Wanneer mensen een volledig budget krijgen, is afhankelijk van de volgende legislatuur.

Voor prioriteitengroep 3 en praktische hulp van gezinszorg zal het VAPH moeten nagaan wat er nodig is om de ondersteuning van die diensten beter toegankelijk te maken en om voor meer capaciteit en expertise te zorgen.

Er zijn een aantal pistes voor de inzet van onderbenutting: bijkomende terbeschikkingstelling van PAB's en PVB's, of traag maar gestaag de wachtlijsten afbouwen.

Er is meer onderbenutting bij cash dan bij vouchers omdat mensen voorzichtiger zijn.

Bij de evaluatie van PVF worden ook gebruikers bevraagd. Als daar aanbevelingen uit komen inzake opleiding van assistenten, dan moet het VAPH uiteraard met het onderwijs aan de slag gaan, alsook met Zorgambassadeur Candice De Windt, vanuit het perspectief van de zorgvernieuwing.

Wat betreft het gebruik van een IDO als een soort onderhandelingsmarge bij verschillende vergunde zorgaanbieders: wat was de redenering achter bepaalde keuzes? Bij vergunde zorgaanbieders die specifieke ondersteuning bieden, is de vergelijkbare basis al bijzonder moeilijk. Het VAPH heeft daarom in eerste instantie ingezet op de belangrijkste elementen waar het gros van de MFC's en vergunde zorgaanbieders mee geconfronteerd worden, om daar al een zekere openheid en transparantie in te bieden.

De IDO is verplicht maar het model niet. Daar zijn met alle stakeholders zware discussies over gevoerd en het model verplichten bleek een stap te ver. Bij de evaluatie zal het VAPH bekijken hoe het zit met het gebruik van de model-IDO, hoe algemeen aanvaard die is, hoeveel procent de model-IDO (niet) gebruikt en waarom (niet). Na eventuele aanpassingen kan de discussie over een verplichting opnieuw plaatsvinden.

Over de toelidingsprocedure is er veel gediscussieerd, onder andere over de vragen of de cesuur moet verhogen en of de toegang tot een PVB moeilijker moet worden. Dat is uiteindelijk niet gebeurd. Er is voor gekozen om ondersteuningsplannen en het zorgzwaarte-instrument op een later moment te doen. Die keuzes moeten nog uitgewerkt worden en daar is regelgeving voor nodig. Herzieningsvragen en overgangsmaatregelen zijn het moeilijkste aspect, want daarrond moeten er simulaties komen, en het moet ook juridisch kloppen. Dat zal nog tijd vergen. Daarna moeten ook de adviesorganen, de technische werkgroepen en de permanente werkgroepen van het raadgevend comité nog hun zeg kunnen doen. Dat is de reden waarom de implementatie pas voor 2025 zal zijn, en die termijn houdt dan nog geen rekening met de IT-aanpassingen, die ook nog minstens een halfjaar in beslag zullen nemen.

Het VAPH wil met het proefproject in de eerste plaats dat de zorg en ondersteuning die worden geboden, effectief vraaggestuurd worden. De concretisering van dat principe wordt nog onderzocht. Het is de bedoeling om een vragenlijst te ontwikkelen om bij gebruikers na te gaan hoe zij de basisprincipes ervaren. Ervaren zij de zorg uit de proefprojecten als vraaggestuurd? Is het aanbod effectief voldoende aangepast aan hun vragen? Na de evaluatie van het proefproject, kan het principe eventueel verruimd worden naar de bredere RTH.

Voor mensen met complexe zorgnoden zal het VAPH samen met het Departement Zorg deelnemen aan de Vlaamse intersectorale stuurgroep over dubbeldiagnose. Op basis van praktijkervaringen zal die stuurgroep naar oplossingen zoeken. Onder tussen lopen er in elke provincie dubbeldiagnosetrajecten. In die trajecten wordt al concreet bekeken hoe behandeltrajecten voor mensen met een verstandelijke handicap in combinatie met een psychische problematiek verlopen, ook op het vlak van samenwerking. De ervaringen daaruit kunnen dan op de langere termijn in de stuurgroep gebruikt worden om er gedragen oplossingen uit te distilleren.

Het VAPH werkt met een perspectiefplan: het maakt een meerjarenraming op basis van investeringen in de voorbije legislatuur en de effecten daarvan op het terrein, het maakt prognoses over de wachtlijsten en de bestaande noden en het bekijkt en onderzoekt pistes en de kostprijs ervan met het raadgevend comité. Dat perspectiefplan kan de basis vormen voor de onderhandelingen over het volgende regeerakkoord.

Op welke manier kan men zorgen voor een beter zicht op de mensen in prioriteiten-groep 3 en helpen met de eenvoudige en praktische vragen die ze hebben? Er zijn zeker nog mogelijkheden. Daarom is het VAPH met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een aantal trajecten aan het bekijken om op het terrein tot betere samenwerking te komen door onder meer informatiedeling en doorverwijzing. Dat zijn aandachtspunten die ook in de RTH-projecten worden bekeken.

Bij de noodprocedure en in de richtlijnen daarrond wordt de draagkracht van de mantelzorger mee in rekening gebracht bij het prioriteren onder het criterium netwerk. In situaties waarbij de draagkracht van het netwerk en de mantelzorger overschreden is of wegvalt, wordt er anders en acuter gescoord, zodat er sneller een budget kan komen.

De problemen die minderjarigen ervaren, spelen ook bij meerderjarigen. De task-force crisis jeugdhulp zoekt naar manieren om MFC's bijkomende middelen te geven om de centra wat te ontlasten, bijvoorbeeld voor dagopvang als dat niet lukt in scholen.

Het uitstroombudget door overlijden stijgt jaarlijks door een ouder wordende doelgroep. In 2022 en 2023 werden de automatische toekenningen ook gefinancierd met extra middelen vanuit het Zorginvesteringsplan, waardoor die automatische toekenningsgroepen volledig gefinancierd zijn geraakt en waardoor een deel van de uitstroom ook ingezet kon worden voor de prioriteitengroepen en het uitbreidingsbeleid.

Over het totale budget om de wachtlijsten weg te werken doet James Van Casteren geen uitspraken. Om alle verschillende mechanismen, de techniciteit en de assumpties op elkaar af te stemmen, loopt er een traject met het raadgevend comité. De eerste prognoses en simulaties zouden al in de zomer van 2023 komen en daarna volgen er gesprekken om pistes te bekijken en om na te gaan wat de kostprijs zou kunnen zijn. In de legislatuur 2014-2019 was de kostprijs grofweg op 1,6 miljard euro geschat. De bedoeling is om het bedrag fijnmaziger in te schatten.

Het VAPH gaat ervan uit dat MDT's als gemachtigde indicatiestellers een correcte inschatting maken van handicap en zorgzwaarte. Ze mogen nooit weigeren om personen verder te helpen, maar het is de taak van een MDT om correct te informeren en om te ontraden als een aanvraag niet veel zin heeft. Het is een gevoelige problematiek maar het VAPH volgt de kwaliteit van MDT's en hun dienstverlening op: er is regelmatig bilateraal overleg tussen de interdisciplinaire teams van het VAPH en de MDT's. Medewerkers van die MDT's krijgen constant opleidingen over kwaliteitsnormen en ook het Verwijzersplatform is ingeschakeld om die opleidingen te geven. In 2019 heeft het VAPH een aantal indicatoren en multicriteria bekeken om kwaliteitscontrole mogelijk te maken.

Kan prioriteitengroep 3 volledig in RTH terechtkomen? Volgens de sprekers is dat genuanceerd maar heel wat mensen kunnen geholpen worden met RTH in combinatie met andere hulp- en dienstverlening. Als het om een meervraag gaat, zou het systeem van prioritering ervoor moeten zorgen dat men in een hogere prioriteiten-groep terechtkomt en de wachttijd zo korter wordt.

De personeelstekorten bij dienstenchequebedrijven zijn een generiek probleem. De overheid heeft middelen maar er is niet voldoende personeel om ze op te nemen waardoor er een wachtlijst is.

Er worden geen wachtlijsten bijgehouden over RTH. Voor RTH wordt geen aanvraag ingediend want dat zou de drempel verhogen. Het is immers de bedoeling dat iemand bij een zorgverlener laagdrempelig een aantal punten toegekend kan krijgen zonder administratieve procedure of aanvraag, en bijgevolg ook zonder gegevens bij te houden of door te sturen naar het VAPH of de eerstelijnszones.

Wat is het effect van de actualisering van de budgetten in het kader van Mozaïek-besluit V? Macrobudgettair is er sprake van een verlaging maar op persoonsniveau is dat niet voor iedereen het geval. Met de aftopping hebben sommigen een verhoging gekregen en anderen een verlaging. Het VAPH evalueert continu het systeem, of de budgetten goed besteed worden, en of ze voldoende op maat zijn. Door de discussie over gelijkwaardige budgetten voor gelijkwaardige zorgprofielen tijdens de legislatuur 2014-2019 waren er heel wat mensen die een te hoog budget kregen terwijl anderen een te laag budget kregen. Dat kan enkel worden rechtgetrokken door het budget aan de ene kant te verlagen en aan de andere kant te verhogen. Ondertussen zijn er meer en fijnmazigere budgetcategorieën om die middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Maar er zullen waarschijnlijk altijd voor- en tegenstanders zijn van de actualisering.

Een persoon met een handicap die in een woonzorgcentrum verblijft, zit in een aanbodgerichte – weliswaar zorgzwaartegerelateerde – financiering met een bepaalde dagprijs. Als die persoon vervolgens vraagt om zorggerelateerde taken die vervat zitten in die dagprijs te financieren met een persoonsvolgend budget, gaat dat in tegen de huidige financiering van woonzorgcentra. In de ouderenzorg is beslist dat het persoonsvolgend financieringssysteem een soort van zorgzwaartegerelateerde financiering is die nog steeds gekoppeld is aan het aanbod. De financiële tegemoetkoming van de overheid per bed varieert als het ware naargelang de zorgzwaarte van de oudere in het bed. De vraag om ook dat aanbod meer vraaggestuurd te maken is een politieke discussie in de ouderenzorg waarin James Van Casteren niet kan tussenkomen.

Er waren vragen over kinderen met een PAB, over ouders van jongere kinderen met ASS en over GES. Het crisis- en investeringsbeleid zet in op extra middelen voor zowel MFC's als PAB's. Er gaat specifiek aandacht naar acties voor jonge kinderen op zoek naar oplossingen. Hoe kan men die groep zo goed mogelijk ondersteunen? De spreker ziet dat als een combinatie van RTH, MFC en een PAB-budget. Hoe kan de samenwerking verlopen met de geestelijke gezondheidszorg, met de voorziening en met het agentschap Opgroeien?

Het fysiek hoorrecht bij de HOC werd tijdens de coronapandemie tijdelijk opgeheven maar sinds 2022 is fysiek hoorrecht opnieuw mogelijk. De commissie vergadert ook opnieuw fysiek in Brussel. Het telefonische hoorrecht werd tijdens de pandemie geïntroduceerd maar bleef nadien behouden omdat een telefonisch hoorrecht vaak laagdrempeliger is. Als men de discussies met de commissie en met de andere sectoren bekijkt, dan wil men die laagdrempeligheid ook behouden. Bij zeer complexe materie kan men aanraden om naar Brussel te komen voor een fysiek hoorrecht. Het hoorrecht houdt in dat een administratieve kracht van de commissie de persoon in kwestie opbelt en op speaker zet tijdens de zitting. Het is niet zo dat de administratieve kracht een eigen interpretatie van het gesprek geeft. De commissievoorzitter en de leden luisteren mee naar het gesprek.

Er loopt ook een discussie met de data projection officer of men in dergelijke gevallen kan facetimen, zodat men de persoon in kwestie ook kan zien. James Van Casteren wacht op advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit daarover. Het

gebeurt soms dat de HOC een moeilijke uitspraak moet doen en leden geven er de voorkeur aan dat dat niet op beeld staat. Dat is ook een bekommernis van de vakbond. De data protection officer geeft aan dat men dat niet zomaar kan toelaten. Facetimen is mogelijk zolang het in het provinciaal kantoor gebeurt en men kan controleren dat er geen opnameapparatuur wordt gebruikt.

V. Antwoorden van minister Hilde Crevits

Minister *Hilde Crevits* begint met het Zorginvesteringsplan dat aan het begin van de legislatuur werd goedgekeurd. In dat plan werden keuzes gemaakt om te prioriteren. Als de minister bekijkt hoe de situatie ervoor staat, ziet ze voor prioriteitengroep 1 een duidelijke verbetering, beter dan vooropgesteld: alle vragen ingediend voor 31 december 2023 kunnen nog voor het eind van de legislatuur afgerond worden. Dat is een mijlpaal, want het gaat om de groep waaraan de grootste prioriteit wordt gegeven.

Een eerste bijsturing van het plan betreft de noodprocedure. De administratie heeft het nodige gedaan om situaties waarbij het evenwicht zoek is, op te pakken. De administratie mag echter niets verweten worden want het is de politiek die de modaliteiten en het budget bepaalt, en er is ook altijd een afweging.

Een tweede bijsturing die is doorgevoerd betreft de extra inspanningen voor minderjarigen in het kader van de automatische toekenningsgroepen. De minister heeft daar 21,2 miljoen euro voor kunnen uittrekken: 17,9 miljoen euro voor MFC- en OBC-voorzieningen, en 3,2 miljoen euro voor PAB's.

Wat de toekomst betreft, heeft de minister eerder al beloofd om een nieuw perspectiefplan op te stellen, samen met de sector. Of de Vlaamse Regering daar nog een beslissing over zal kunnen nemen, is een andere zaak maar de oefening op zich is ook belangrijk. Daaruit kan dan blijken, op basis van gedetailleerd cijfermateriaal, welke stappen een volgende Vlaamse Regering kan zetten. De puzzel zal bij de regeringsonderhandelingen al op tafel liggen. Budgetten zijn niet onbeperkt. Mensen met een handicap zijn een belangrijk thema in Welzijn maar daarnaast zijn er nog andere terechte noden, zoals kinderopvang of ouderenzorg.

Op korte termijn is er de budgetcontrole. Door onderbenutting kunnen er meer budgetten worden toegekend, en de minister hoopt op een bedrag van 30 à 35 miljoen euro.

De Vlaamse Regering heeft de afspraak gemaakt om op basis van prognoses van het VAPH te bekijken waar bijsturing mogelijk is. In de huidige situatie is er sprake van een recurrente onderbenutting, maar die moest jaarlijks ten aanzien van het Departement Financiën en Begroting verantwoord worden. Daar is inmiddels een doorbraak in gekomen, waardoor de minister verder kan kijken.

In het kader van het proefproject met prioriteitengroep 2 is het woord 'recurrent' gevallen, maar er is nog geen beslissing genomen op dat vlak. Wel is het van belang om mee te geven dat heel wat mensen tevreden zijn met het deelbudget. Ze zien dat als een erkenning van hun problematiek. De minister ziet dat niet als een experiment: mensen krijgen een deelbudget, de administratie gaat na wat ze daarmee kunnen doen, en nadien volgt er een evaluatie. Voor die evaluatie heeft plaatsgevonden, kunnen er nog geen conclusies worden getrokken.

De minister benadrukt vervolgens dat het wegnemen van schotten tussen sectoren een van de grootste uitdagingen is waar Welzijn voor staat, bijvoorbeeld tussen ouderenzorg en zorg voor mensen met een handicap. Ook mensen met een handicap zullen ooit ouderenzorg nodig hebben, boven op hun andere problematiek. Een geïntegreerde kijk op die verschillende gecombineerde problematieken is aangewezen. Al zullen er praktische bezwaren zijn die eerst weggewerkt moeten worden.

VI. Repliek

Maurits Vande Reyde is positief over het toekomstperspectiefplan en de manier waarop James Van Casteren en minister Hilde Crevits daarnaar kijken. Hij vindt dat het Vlaams Parlement en de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding tijdens het hele proces betrokken moeten worden en niet uitsluitend op het einde. Het mag niet enkel vanuit de sector of het raadgevend comité komen. Als de commissie eraan kan meewerken, is de kans ook groter dat er na de verkiezingen iets mee gebeurt.

Minister *Hilde Crevits* volgt *Maurits Vande Reyde*, maar of dat nog voor de verkiezingen kan, zal afhangen van de dynamiek en wat de Vlaamse Regering erover beslist. Maar het laatste woord is sowieso voor het Vlaams Parlement.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Vera JANS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

ASS	autismespectrumstoornis
GES	gedrags- en emotionele stoornis
GIO	globale individuele ondersteuning
HOC	heroverwegingscommissie
IDO	individuele dienstverleningsovereenkomst
IMB	individuele materiële bijstand
IPO	internaat met permanente openstelling
MaNo	maatschappelijke noodzaak
MDT	multidisciplinair team
MFC	multifunctioneel centrum
MPIGO	medisch-pedagogisch instituut van het GO!
NRTH	niet-rechtstreeks toegankelijke hulp
OBC	observatie- en behandelingscentrum
PAB	persoonlijkeassistentiebudget
PVB	persoonsvolgend budget
PVF	persoonsvolgende financiering
RTH	rechtstreeks toegankelijke hulp
UGent	Universiteit Gent
VAK	vastleggingskrediet
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VEK	vereffeningskrediet
VIA	Vlaams intersectoraal akkoord
VN	Verenigde Naties
VTC	Vlaamse Toeleidingscommissie
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)
ZZI	zorgzwaarte-instrument