

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Proefkader voor de inzet van het persoonsvolgend budget  
voor personen met een handicap binnen de erkende  
capaciteit van een ouderenvoorziening**

Sintia Farah  
Annemie Nys  
Prof. dr. Koen Decanq



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2019/06

SWVG-Rapport 22

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Proefkader voor de inzet van het persoonsvolgend budget voor personen met een handicap binnen de erkende capaciteit van een ouderenvoorziening

Promotor: Prof. dr. Koen Decancq

Onderzoekers: Sintia Farah, Annemie Nys

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegeleverde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
<b>KU Leuven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy</li><li>· Instituut voor Sociaal Recht</li><li>· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving</li><li>· Leuven Instituut voor Gezondheidsbeleid</li><li>· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel  Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>Ugent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement</li><li>· Vakgroep Publieke Governance, Management en Financiën</li><li>· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg</li></ul>	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum OASeS, Departement Sociologie</li></ul>	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum voor Statistiek</li></ul>	
<b>Thomas More Hogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Opleiding Toegepaste Psychologie</li></ul>	dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst onderzoek en dienstverlening</li></ul>	
<b>Hogeschool Gent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Mens en Welzijn</li></ul>	
<b>UC Leuven-Limburg</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Groep Gezondheid en Welzijn</li></ul>	

## Rapport 22

### Proefkader voor de inzet van het persoonsvolgend budget voor personen met een handicap binnen de erkende capaciteit van een ouderenvoorziening

Onderzoekers: Sintia Farah, Annemie Nys

Promotor: Prof. dr. Koen Decanq

## Samenvatting

In 2017 werd de persoonsvolgende financiering geïntroduceerd in de sector voor personen met een handicap. Deze financiering gaat rechtstreeks naar de budgethouders en laat hen toe om zelf de wijze te kiezen waarop ze hun ondersteuning organiseren. In de sector ouderenzorg, daarentegen, wordt tot op heden een instellingsfinanciering gehanteerd. De hoogte van deze financiering wordt bepaald op basis van een aantal parameters op het niveau van de ouderenvoorziening, het personeel en de bewoners. Personen met een handicap die een persoonsvolgend budget hebben, kunnen, indien ze dit wensen, onder bepaalde voorwaarden opgenomen worden binnen de erkende capaciteit van een ouderenvoorziening. Door deze keuze komt het perspectief van de persoonsvolgende financiering in contact met het perspectief van de instellingsfinanciering van de ouderenvoorziening.

Deze studie onderzoekt enkele uitdagingen wanneer een budgethouder opgenomen wordt binnen de erkende capaciteit van de ouderenzorg. In het bijzonder bekijken we twee uitdagingen. Ten eerste onderzoeken we de mate waarin er aan de zorg- en ondersteuningsvraag van de persoon met een handicap tegemoet kan gekomen worden in een ouderenvoorziening. Ten tweede lichten we toe wanneer er dubbele financiering kan voorkomen. De studie maakt gebruik van een proefkader aan de hand van acht theoretische casussen om deze uitdagingen in kaart te brengen. Deze theoretische casussen werden besproken in drie focusgroepen met experts uit beide sectoren.

In het **eerste hoofdstuk** van dit rapport wordt de onderzoeksvraag gesitueerd en geplaatst binnen de bredere context van de introductie van de persoonsvolgende financiering.

Het **tweede hoofdstuk** bekijkt enkele methodologische aspecten van het proefkader en bakent de onderzoeksvraag af. We bespreken ook het onderzoeksplan en gaan dieper in op de organisatie van de focusgroepen.

In het **derde hoofdstuk** brengen we de financiering van de sector voor personen met een handicap in kaart. We besteden hierbij vooral aandacht aan het persoonsvolgend budget binnen de pijler van de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. We gaan dieper in op de aanvraagprocedure voor het persoonsvolgend budget en bespreken daarbij hoe het ondersteuningsplan wordt opgesteld door enerzijds de activiteiten in kaart te brengen waarbij de persoon met een handicap ondersteuning nodig heeft en anderzijds op te lijsten voor welke van deze activiteiten ze reeds ondersteuning verkrijgt. De resterende ondersteuningsvraag wordt samengevat aan de hand van ondersteuningsfuncties en hun frequentie. Voor de bepaling van de toegekende budgetcategorie is zowel de gevraagde als de geobjectiveerde

ondersteuningsvraag van belang. Ten slotte bekijken we de eigen bijdrage door budgethouders voor hun woon- en leefkosten.

Het **vierde hoofdstuk** neemt de instellingsfinanciering in de sector ouderenzorg onder de loep. Hierbij wordt vooral gekeken naar de financiering van de woonzorgcentra en de centrale rol van het instellingsforfait. De hoogte van het instellingsforfait wordt bepaald aan de hand van het normpersoneel, de erkenningsstatus van de ouderenvoorziening en het gemiddeld zorgprofiel van de bewoners. Om het zorgprofiel van de bewoners te bepalen wordt de Katz-schaal gebruikt. Tot slot bekijken we de dagprijs die de bewoners uit eigen middelen betalen. Naast woon- en leefkosten kan de dagprijs ook een zorg- en beleidscomponent bevatten.

Het **vijfde hoofdstuk** vergelijkt de financiering van beide sectoren en zoomt in op dubbele financiering. Allereerst wordt een conceptueel onderscheid gemaakt tussen ondersteuning en zorg, waarbij ondersteuning in aanmerking komt voor financiering in de sector voor personen met een handicap en zorg gefinancierd wordt in de sector ouderenzorg. De concepten ondersteuning en zorg overlappen in belangrijke mate, maar zijn niet identiek aan mekaar. Elke sector heeft dan ook zijn eigen instrumentarium om ze in beeld te brengen. De ondersteuningsnood in de sector voor personen met een handicap wordt geobjectiveerd aan de hand van B/P-waarden, terwijl de zorgzwaarte in de sector ouderenzorg wordt weergegeven aan de hand van de Katz-schaal. Het gebruik van twee afzonderlijke instrumenten maakt evenwel transitie tussen beide sectoren niet eenvoudiger. Dubbele financiering kan enkel voorkomen wanneer de concepten ondersteuning en zorg overlappen, en enkel voor die ondersteuningsnooden waarvoor een persoonsvolgend budget is toegekend.

Het **zesde hoofdstuk** bekijkt hoe dubbele financiering vermeden kan worden. Uit de discussies tijdens de focusgroepen kwamen drie principes naar voren. Deze principes maken de uitgangspunten expliciet en bieden een analysekader waarbinnen dubbele financiering kan bekeken worden.

- Een eerste principe, ondersteuningsneutraliteit voor personen met een handicap, vat het idee dat een budgethouder met haar persoonsvolgend budget aan haar ondersteuningsvraag tegemoet moet kunnen komen, los van haar keuze om opgenomen te worden in de sector voor personen met een handicap of de sector ouderenzorg.
- Het tweede principe, budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening, gaat uit van het idee dat de totale financiering van een ouderenvoorziening ongewijzigd dient te blijven wanneer een budgethouder met een persoonsvolgend budget opgenomen wordt in de plaats van een bewoner zonder een persoonsvolgend budget maar met dezelfde zorgzwaarte.
- Het derde principe, budgetneutraliteit voor de overheid, houdt in dat de keuze van een budgethouder om opgenomen te worden in de sector voor personen met een handicap of in de sector ouderenzorg, geen implicaties mag hebben op het totale budget van de overheid. Dit principe impliceert dat dubbele financiering vermeden dient te worden.

Een eerste procedure om dubbele financiering te vermijden is om het **ondersteuningsplan te herzien** wanneer een budgethouder opgenomen wordt binnen de erkende capaciteit van een ouderenvoorziening. Door deze opname wordt er ondersteuning geboden door een nieuwe actor, de ouderenvoorziening, waardoor de resterende ondersteuningsvraag van de persoon met een handicap mogelijk vermindert en de budgetcategorie aangepast dient te worden. Een herzieningsprocedure voldoet aan de drie bovenvermelde principes.

In deze studie bekijken we nog een alternatieve procedure om dubbele financiering te vermijden, wanneer het bijvoorbeeld onmogelijk zou zijn om een volledige herziening van het ondersteuningsplan uit te voeren. Dit alternatief gaat uit van het idee dat een **forfaitaire bijdrage wordt afgetrokken van het persoonsvolgend budget** bij opname van de budgethouder in de sector ouderenzorg. In deze studie exploreren we twee specifieke mogelijkheden om de hoogte van deze forfaitaire bijdrage te bepalen.

- Een eerste mogelijkheid is om te werken met een **voorzienings-specifieke forfaitaire bijdrage** die afhangt van de hoogte van het instellingsforfait van de betrokken ouderenvoorziening. Deze mogelijkheid heeft belangrijke nadelen en gaat in tegen de individuele logica van het persoonsvolgend budget.
- Een tweede mogelijkheid is om te werken met een **Katz-specifieke forfaitaire bijdrage** die afhangt van het zorgprofiel van de persoon met een handicap, gemeten aan de hand van haar Katz-score. Deze mogelijkheid heeft minder nadelen dan de voorzienings-specifieke forfaitaire bijdrage, maar er blijft echter een open vraag naar de mate waarin het belangrijke principe van ondersteuningsneutraliteit voor personen met een handicap voldaan is.

In **hoofdstuk zeven** bekijken we daarom de acht voorgestelde theoretische casussen in detail. De leden van de focusgroepen maakten hiervoor telkens een inschatting van de ondersteuningsvraag en bekeken de mate waarin binnen de erkende capaciteit van de sector ouderenzorg aan deze nieuwe ondersteuningsvraag tegemoet kon worden gekomen. Vervolgens werd er nagegaan of het resterende ondersteuningsbudget, dat overblijft wanneer een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage wordt afgetrokken van het persoonsvolgend budget, toereikend was om tegemoet te komen aan de ingeschatte ondersteuningsvraag. In twee gevallen (scenario 2 van Casus 1 en 4) blijkt dit niet het geval te zijn. In deze gevallen kan er dus niet aan het belangrijke principe van ondersteuningsneutraliteit voor personen met een handicap tegemoet gekomen worden. Op basis van de exploratieve analyse van de acht theoretische casussen lijkt een volledige herziening van het persoonsvolgend budget de aangewezen wijze om dubbele financiering te vermijden.

In het **achtste en laatste hoofdstuk**, maken we vier concrete aanbevelingen voor het beleid en verder onderzoek.

- **Aanbeveling 1a.** Maak een herziening van de budgetcategorie van het persoonsvolgend budget bij opname in een ouderenvoorziening.
- **Aanbeveling 1b.** Wanneer een herziening van de budgetcategorie niet mogelijk is, wordt best een forfaitaire bijdrage van het persoonsvolgend budget afgetrokken bij opname in een ouderenvoorziening.
- **Aanbeveling 2.** Ontwikkel een geïntegreerd instrumentarium om ondersteunings- en/of zorgzwaarte te objectiveren.
- **Aanbeveling 3.** Onderzoek de impact van een opname in een ouderenvoorziening op de eigen bijdrage van de persoon met handicap.



## Inhoud

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Enkele methodologische aspecten van het theoretisch proefkader</b>	<b>13</b>
1	Onderzoeksvraag	13
2	Onderzoeksplan	14
2.1	Literatuurstudie	14
2.2	Focusgroepen	15
2.3	Rapport	16
3	Organisatie focusgroepen	16
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Financiering binnen de sector voor personen met een handicap</b>	<b>19</b>
1	Situering	19
2	Eerste pijler: rechtstreeks toegankelijke hulp en basisondersteuningsbudget	20
2.1	Rechtstreeks toegankelijke hulp	20
2.2	Basisondersteuningsbudget	21
3	Tweede pijler: Het persoonsvolgend budget	21
3.1	Een persoonsvolgend budget aanvragen	22
3.2	Het ondersteuningsplan	23
3.3	Objectivering van de ondersteuningsnood	26
3.4	De hoogte van het persoonsvolgend budget	28
3.5	Besteding en verantwoording van het persoonsvolgend budget	30
4	Persoonlijke bijdrage voor woon- en leefkosten	32
4.1	Vier kostensoorten	32
4.2	Woon- en leefkosten	33
5	Andere tegemoetkomingen en bijstandsregelingen	34
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Financiering binnen de sector ouderenzorg</b>	<b>37</b>
1	Situering	37
2	Financiering van de woonzorgcentra	38
2.1	De RIZIV-financiering	39
2.2	Financiering op Vlaams niveau	44
3	Financiering van de dagverzorgingscentra	45
4	Financiering van de centra voor kortverblijf	47
5	Dagprijs	47
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Vergelijking sector voor personen met een handicap en ouderenzorg</b>	<b>49</b>
1	Vergelijking van beide sectoren	49
2	Dubbele financiering	51

<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Principes en beleidskeuzes</b>	<b>53</b>
1	Principes	53
2	Beleidskeuzes	55
	2.1 Herziening van het ondersteuningsplan	55
	2.2 Verlaging van het persoonsvolgend budget met een forfaitaire bijdrage	57
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Bespreking theoretische casussen</b>	<b>61</b>
1	Casus 1	62
	1.1 Bespreking van de casus	62
	1.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	63
	1.3 Samenvatting	65
2	Casus 2	65
	2.1 Bespreking van de casus	65
	2.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	66
	2.3 Samenvatting	67
3	Casus 3	67
	3.1 Bespreking van de casus	68
	3.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	69
	3.3 Samenvatting	70
4	Casus 4	71
	4.1 Bespreking van de casus	71
	4.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	72
	4.3 Samenvatting	73
5	Casus 5	74
	5.1 Bespreking van de casus	74
	5.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	75
	5.3 Samenvatting	76
6	Casus 6	77
	6.1 Bespreking van de casus	77
	6.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	78
	6.3 Samenvatting	78
7	Casus 7	79
	7.1 Bespreking van de casus	79
	7.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag	80
	7.3 Samenvatting	81
8	Casus 8	82
	8.1 Bespreking van de casus	82
	8.2 Samenvatting	83
<b>Hoofdstuk 8</b>	<b>Aanbevelingen voor beleid en onderzoek</b>	<b>85</b>
<b>Bibliografie</b>		<b>89</b>



## Lijst Tabellen

Tabel 1	Planning van de drie onderzoeksfases	14
Tabel 2	Verdeling van de casussen over de focusgroepen	17
Tabel 3	Personeelspunten en maximale eigen bijdrage per ondersteuningsvorm	20
Tabel 4	Ondersteuningsfuncties en gewichten	25
Tabel 5	Begeleidingsniveau (B-waardes)	27
Tabel 6	Permanentieniveau (P-waardes)	27
Tabel 7	Budgetcategorieën in zorggebonden punten en monetaire bedragen	28
Tabel 8	Schematische weergave van kostenstructuur	32
Tabel 9	Maximale eigen persoonlijke bijdrage	34
Tabel 10	Onderdelen instellingsforfait	39
Tabel 11	Zorgprofielen in de sector ouderenzorg	40
Tabel 12	Normpersoneel per kwalificatie, zorgprofiel en erkenningsstatus	41
Tabel 13	Derde luik financiering, vanaf 01/02/2012 (index 117,27)	43
Tabel 14	Subsidies dagverzorgingscentra	46
Tabel 15	Gemiddelde dagprijs in woonzorgcentra, naar eigendomsstructuur op 1 mei 2017	47
Tabel 16	Vergelijking instellingsforfait en ondersteuningsfuncties	50
Tabel 17	Katz-specifieke forfaitbijdragen per erkenningsstatus	59
Tabel 18	Centrale parameters (Casus 1)	63
Tabel 19	Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 1)	64
Tabel 20	Centrale parameters (Casus 2)	66
Tabel 21	Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 2)	66
Tabel 22	Centrale parameters (Casus 3)	69
Tabel 23	Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 3)	70
Tabel 24	Centrale parameters (Casus 4)	72
Tabel 25	Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 4)	73
Tabel 26	Centrale parameters (Casus 5)	75
Tabel 27	Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 5)	76
Tabel 28	Centrale parameters (Casus 6)	78
Tabel 29	Centrale parameters (Casus 7)	80
Tabel 30	Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 7)	81

## Lijst Figuren

Figuur 1	Schematische voorstelling van de concentrische cirkels ( <i>Bron: website VAPH</i> )	23
Figuur 2	Geobjectieerde en gevraagde budgetcategorie ( <i>Bron: Eigen bewerking</i> )	29
Figuur 3	Schematische voorstelling van ondersteuning en zorg ( <i>Bron: Eigen bewerking</i> )	49
Figuur 4	Schematische voorstelling van dubbele financiering ( <i>Bron: Eigen bewerking</i> )	52
Figuur 5	Geobjectieerde en gevraagde budgetcategorie na opname in ouderenvoorziening ( <i>Bron: Eigen bewerking</i> )	56

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

**Persoonsvolgend budget.** Geïnspireerd door het VN-verdrag inzake de rechten en plichten van personen met een handicap is het ondersteuningsmodel voor de sector voor personen met een handicap recent fundamenteel gewijzigd (Gevers en Sebrechts, 2012). De financiering van de sector evolueerde van een instellingsfinanciering naar een persoonsvolgende financiering voor de persoon met een handicap. In 2017 werd het persoonsvolgend budget veralgemeend van kracht voor meerderjarige personen met een handicap. Het persoonsvolgend budget is een ondersteuning op maat waarmee de persoon met een handicap zelf kan bepalen hoe zij haar ondersteuning organiseert. Eind 2017 waren er ongeveer 24.200 personen met een handicap met een persoonsvolgend budget en wachtten er nog ongeveer 14.500 personen met een handicap op hun budget (Website VAPH).

**Sector ouderenzorg.** Tot op heden hanteert de sector ouderenzorg een instellingsfinanciering. Ouderenvoorzieningen<sup>1</sup> ontvangen een instellingsfinanciering van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) op basis van een aantal parameters op het niveau van de voorziening, het personeel en de bewoners. In 2017 werden er in Vlaanderen 219 openbare voorzieningen, 448 private non-profit en 134 commerciële woonzorgcentra uitgbaat. Van de 78792 aangeboden woongelegenheden namen ze respectievelijk 31%, 55% en 14% op zich (Parlementaire vraag nr. 710, 15/06/2017).

**Persoonsvolgend budget in de sector ouderenzorg.** Budgethouders die dat wensen kunnen reeds opgenomen worden binnen de sector ouderenzorg (BVR van 24 juni 2016). Hiertoe zijn er op dit moment drie mogelijkheden. In de eerste mogelijkheid laat een ouderenvoorziening die erkend is door het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) zich eveneens vergunnen door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). In de tweede mogelijkheid neemt een ouderenvoorziening die erkend is door het departement WVG het initiatief om buiten haar erkende capaciteit maximum 15 budgethouders op te nemen. In de derde mogelijkheid neemt een ouderenvoorziening die erkend is door het departement WVG de persoon met een handicap met een persoonsvolgend budget op binnen de erkende capaciteit van de (semi-) residentiële ouderenzorg. Deze laatste mogelijkheid vormt het voorwerp van dit onderzoek.

**Theoretisch proefkader.** Om de mogelijkheden en beperkingen bij opname van een budgethouder binnen de erkende capaciteit van de ouderenzorg te kunnen verkennen, maken we in dit project gebruik van een theoretisch proefkader aan de hand van acht theoretische casussen die besproken werden met zes experts in drie gestructureerde focusgroepen, georganiseerd in het najaar van 2018.

---

<sup>1</sup> In deze studie verstaan we onder ouderenvoorzieningen de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra.

**Structuur.** Dit rapport bestaat uit 4 onderdelen.

- **Het eerste deel** bevat dit inleidend eerste hoofdstuk en een tweede hoofdstuk dat enkele methodologische aspecten en beperkingen van het proefkader bespreekt.
- **Het tweede deel** bestaat uit drie hoofdstukken die de bevindingen van de voorbereidende literatuurstudie samenvatten. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van het financieringssysteem in de sector voor personen met een handicap met bijzondere aandacht voor het persoonsvolgend budget. Hoofdstuk 4 bekijkt de sector ouderenzorg, met bijzondere aandacht voor de financiering van ouderenvoorzieningen (woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra). De hoofdstukken bieden een beknopt overzicht en belichten vooral de aspecten die relevant zijn voor het onderzoeksopzet. Lezers die reeds op de hoogte zijn van de wijze waarop de financiering in één of beide sectoren georganiseerd is, kunnen Hoofdstuk 3 en/of Hoofdstuk 4 overslaan. Het vijfde hoofdstuk vergelijkt beide sectoren en bespreekt wanneer dubbele financiering voorkomt.
- **Het derde deel** vat de bevindingen uit de besprekingen in de focusgroepen samen. Dit deel bestaat uit twee hoofdstukken. Hoofdstuk 6 bekijkt de algemene principes en centrale beleidskeuzes die naar voor kwamen in de besprekingen. Hierbij wordt uitgebreid ingegaan op verschillende strategieën om dubbele financiering te vermijden en op het afstemmen van zorgvraag en zorgaanbod. Hoofdstuk 7 gaat vervolgens gedetailleerd in op acht theoretische casussen en bespreekt de impact van de centrale beleidskeuzes.
- **Het vierde deel** van dit rapport formuleert tot slot enkele beleids- en onderzoeksaanbevelingen.

## Hoofdstuk 2

### Enkele methodologische aspecten van het theoretisch proefkader

We bespreken in dit hoofdstuk enkele methodologische aspecten en beperkingen van het theoretisch proefkader. We starten hierbij door de onderzoeksvraag af te bakenen. Daarna bespreken we het onderzoeksplan in detail. Vervolgens gaan we dieper in op de focusgroepen die een cruciale rol spelen in het derde en centrale deel van deze studie.

#### 1 Onderzoeksvraag

**Persoonsvolgend budget binnen ouderenzorg.** Op dit moment (december 2018) zijn er drie mogelijkheden wat betreft de opname van een budgethouder binnen de sector ouderenzorg:

##### **Mogelijkheid 1:**

De door het departement WVG erkende ouderenvoorziening laat zich eveneens vergunnen door het VAPH. De persoon met een handicap wordt gefinancierd door het VAPH en de ouderenvoorziening en zijn bewoners door het RIZIV. Door de dubbele vergunning valt elke bewoner binnen zijn respectievelijk financieringskader en doet dubbele financiering zich niet voor. Deze mogelijkheid is geen voorwerp van het proefkader.

##### **Mogelijkheid 2:**

De door het departement WVG erkende ouderenvoorziening neemt initiatief om buiten de erkende capaciteit maximum 15 budgethouders ondersteuning te bieden (BVR van 24 juni 2016). Het persoonsvolgend budget kan dan enkel in cash ingezet worden en dit zowel voor individuele ondersteuningsfuncties als voor globale ondersteuningsfuncties zoals dag- en woonondersteuning. Deze optie is en blijft mogelijk en is geen voorwerp van het proefkader.

##### **Mogelijkheid 3:**

De door het departement WVG erkende ouderenvoorziening neemt personen met een handicap die een persoonsvolgend budget hebben toegekend gekregen op binnen de erkende capaciteit van de (semi-) residentiële ouderenzorg (BVR van 24 juni 2016). Door de opname ontstaan er twee financieringsstromen die potentieel overlappen: één financieringsstroom naar de instelling vanuit het RIZIV en één financieringsstroom naar de persoon met een handicap vanuit het VAPH.

**Dit project** bestudeert enkel de laatste mogelijkheid om een persoon met een handicap met een persoonsvolgend budget binnen de erkende en gesubsidieerde capaciteit van een ouderenvoorziening op te nemen.<sup>2</sup>

**Onderzoeksvragen.** Wanneer een budgethouder met een persoonsvolgend budget binnen de erkende en gesubsidieerde capaciteit van een ouderenvoorziening opgenomen wordt, komt het persoonsvolgend budget in aanraking met de instellingsfinanciering van de ouderenvoorziening. De interactie tussen beide perspectieven leidt tot nieuwe uitdagingen. Het proefkader tracht deze uitdagingen in

---

2 Deze optie wordt in afwachting van de resultaten van dit project regelgevend uitgesloten.

kaart te brengen aan de hand van acht theoretische casussen. Bij de studie van de theoretische casussen nemen we twee aspecten in het bijzonder onder de loep.

- Ten eerste bekijken we de mate waarin er aan de zorg- en ondersteuningsvraag van een budgethouder tegemoet kan gekomen worden binnen de ouderenvoorziening.
- Ten tweede bekijken we of er dubbele financiering kan voorkomen wanneer een budgethouder wenst opgenomen te worden binnen de erkende en gesubsidieerde capaciteit van een ouderenvoorziening.

**Afbakening van het onderzoek.** De studie focust op deze twee aspecten van de onderzoeksvraag en beschouwt daarbij de uitgangspunten en contouren van de onderzoeksvraag **op het moment van schrijven** (december 2018) als vaststaand en buiten het onderwerp van deze studie. Zo worden belendende onderzoeksvragen over bijvoorbeeld 1) de wenselijkheid van een opname van een budgethouder binnen de *erkende* capaciteit van een ouderenvoorziening en 2) de assymetrische rol die gespeeld wordt door de *maximumleeftijd* van 65 jaar bij toekenning van een persoonsvolgend budget niet behandeld in deze studie. We laten ze voor verder onderzoek.

## 2 Onderzoeksplan

Het onderzoek werd uitgevoerd tussen 1 juli 2018 en 31 december 2018 en kan opgedeeld worden in drie onderzoeksfases. Elke fase nam ongeveer twee maanden in beslag, zie Tabel 1. Hieronder bespreken we kort deze onderzoeksfases.

Tabel 1 Planning van de drie onderzoeksfases

	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December
Fase 1: literatuurstudie	x	x				
Fase 2: focusgroep discussie			x	x		
Fase 3: Rapporteren					x	x

Bron: Eigen bewerking

### 2.1 Literatuurstudie

**Literatuurstudie.** In de eerste fase werden door middel van een literatuurstudie en bilaterale interviews met experts de financieringsstromen in de sector voor personen met een handicap en de sector ouderenzorg in kaart gebracht.

Hierbij besteedden we specifieke aandacht aan de definitie van de onderscheiden kosten in beide sectoren en het fenomeen van dubbele financiering. Een gedetailleerde bibliografie kan men achteraan dit rapport vinden.

Gegeven de veranderende institutionele en juridische context, proberen we in deze studie zo nauw mogelijk de actuele situatie te beschrijven. We proberen dan ook om de huidige institutionele context te beschrijven en actuele cijfers te gebruiken op het moment van schrijven en geven aan wanneer dit niet het geval is.

## 2.2 Focusgroepen

In de tweede fase van het onderzoek werden acht theoretische casussen onderzocht door middel van gestructureerde focusgroep discussies.

**De theoretische casussen** zijn fictief en werden opgesteld door experts van het VAPH in samenspraak met de stuurgroep van dit project.<sup>3</sup> Hierbij werd zoveel mogelijk uitgegaan van achterliggende informatie uit reële dossiers en werd voorkeur gegeven aan een variatie aan casussen volgens demografische en andere kenmerken (leeftijd, gezinssituatie, budgethoogte, zorg- en ondersteuningsvraag, etc.). Daarna werd nog een zorgzwaarte-inschaling aan de hand van een Katz-score toegevoegd door een ortho-agoog van het OCMW Gent.<sup>4</sup> De acht casussen worden verbatim weergegeven in Hoofdstuk 7 van dit rapport.

Gegeven de korte tijdshorizon van het project, werd gekozen om met theoretische casussen te werken. Dit heeft voordelen en nadelen. Een voordeel is dat op deze manier proactief nagedacht kan worden over specifieke gevallen die mogelijk kunnen voorkomen in de toekomst, maar tot op heden nog niet zijn voorgekomen. Bovendien zijn fictieve en theoretische casussen eenvoudiger vanuit praktisch oogpunt en worden tal van complexe vragen omtrent de bescherming van persoonlijke gegevens van de betrokkenen vermeden. Er zijn echter ook nadelen aan het werken met theoretische en fictieve casussen verbonden. Het belangrijkste nadeel is dat de beoordeling van de casussen per definitie een hypothetische oefening wordt en dat zeer gedetailleerde informatie nodig is om precies en eenduidig te weten hoe de betrokken sectoren met de casussen zouden omgaan. Zoals naar voren zal komen in Hoofdstuk 7, bleken de casussen op sommige vlakken weinig gedetailleerd. In deze gevallen werden bijkomende veronderstellingen gemaakt die het hypothetische en speculatieve karakter van de discussie tijdens de focusgroepen verder versterkten.

**Focusgroep discussies.** Bij de focusgroep discussies over de casussen werd bijzondere aandacht besteed aan de mate waarin er aan de zorg- en ondersteuningsvraag van een budgethouder tegemoet kan gekomen worden binnen de ouderenvoorziening en aan het opsporen van dubbele financieringsstromen. Daarnaast kwamen ook meer algemene overwegingen en discussies over beleidskeuzes naar voren. We bespreken deze algemene overwegingen in Hoofdstuk 6 van dit rapport. De organisatie van de focusgroepen bespreken we in de volgende sectie.

Er werd gekozen om focusgroepen te organiseren in plaats van sequentiële bilaterale vergaderingen met de zes experts omdat op deze wijze de kennis van verschillende experts uit beide sectoren onmiddellijk samengelegd kan worden. Bovendien lieten de focusgroepen ook toe om discussiepunten onmiddellijk te identificeren en de argumentatie te verduidelijken waar nodig.

---

3 De casussen werden besproken en goedgekeurd op de stuurgroep van 27 juni 2018. De finale casussen werden doorgestuurd naar de onderzoekers op 31 augustus 2018.

4 Dit gebeurde op 20 september 2018.

### 2.3 Rapport

**Literatuurstudie.** De Hoofdstukken 3, 4 en 5 in dit rapport vormen een neerslag van de literatuurstudie uit fase 1. Deze hoofdstukken kijken respectievelijk naar de sector voor personen met een handicap (Hoofdstuk 3), de sector ouderenzorg (Hoofdstuk 4) en maken een vergelijking tussen beide sectoren (Hoofdstuk 5). Aan de financiering van beide sectoren afzonderlijk kan zonder problemen een lijvig onderzoeksrapport gewijd worden. We betrachten in dit rapport niet zozeer om exhaustief alle details in beide sectoren te bespreken, maar wel om een overzicht van elke sector te bieden. We focussen daarbij op de aspecten die van belang zijn voor de tweede fase van het onderzoek.

**Focusgroep discussies.** Hoofdstuk 6 en 7 van dit rapport vatten de belangrijkste bevindingen van de focusgroep discussies in fase 2 samen. Hoofdstuk 6 gaat daarbij in op de algemene principes en beleidskeuzes die uit de discussies naar voren kwamen. Deze principes reiken een algemeen kader aan dat toelaat om op een transparante en expliciete wijze beleidsafwegingen te maken. Hoofdstuk 7 bespreekt de acht theoretische casussen aan de hand van deze algemene principes. Hierbij trachten wij als onderzoekers, tegen de achtergrond van de literatuurstudie uit fase 1 van het project, op een gestructureerde wijze weer te geven wat de mening van de leden van de focusgroepen is.

**Aanbevelingen.** Hoofdstuk 8 maakt enkele aanbevelingen voor het beleid en verder onderzoek. Deze beleidsaanbevelingen geven de mening weer van de onderzoekers en worden niet noodzakelijk gedeeld door de experts die deelnamen aan de focusgroepen.

Een eerste ontwerpversie van deze studie is besproken op de stuurgroep van 20 december 2018.

## 3 Organisatie focusgroepen

**Praktische organisatie.** De focusgroepen werden georganiseerd op woensdag 19 september 2018, 10 oktober 2018 en 24 oktober 2018 in een lokaal van de Universiteit Antwerpen. De discussies duurden telkens 3 uur. De discussie werd tijdens de focusgroepen telkens met een audio-recorder opgenomen. De experts gaven hiertoe toestemming.

**Deelnemers.** De focusgroepen hadden negen deelnemers: zes experts en drie onderzoekers.

- **Experts.** De zes experts werden voorgedragen door de leden van de stuurgroep. Drie experts werden voorgedragen door vertegenwoordigers van de sector voor personen met een handicap en drie experts werden voorgedragen door vertegenwoordigers van de sector ouderenzorg. Een expert kon helaas niet aanwezig zijn tijdens de laatste focusgroep.
- **Onderzoekers.** De onderzoekers modereerden en structureerden de discussie tijdens de focusgroepen. De onderzoekers stelden zich hierbij zo terughoudend mogelijk op. Onvermijdelijk namen zij echter ook deel aan de discussie (door specifieke vragen te stellen, discussies te structureren en samen te vatten en de agenda op te stellen, bijvoorbeeld). Hierdoor dient het verslag van de focusgroep discussies in Hoofdstuk 6 en 7 gelezen te worden als een neerslag van de mening van alle deelnemers van de focusgroepen: de experts en de onderzoekers. Na elke focusgroep werd een kort informeel verslag opgesteld door de onderzoekers en intern doorgestuurd naar alle deelnemers.

**Chatham house regel.** De discussies tijdens de focusgroep werden georganiseerd volgens de zogenaamde Chatham house regel: *“Wanneer een vergadering, of een deel daarvan, wordt gehouden onder*



de Chatham House Rule zijn de deelnemers vrij om de ontvangen informatie te gebruiken, maar noch de identiteit noch de connectie van de spreker(s), noch die van een andere deelnemer, mag worden onthuld.” Deze regel is ontstaan in 1927 aan het Londense Royal Institute of International Affairs, ook wel bekend als Chatham House. Door de discussie op deze wijze te organiseren, konden alle deelnemers vrijuit spreken. In dit rapport worden bijgevolg geen uitspraken toegeschreven aan deelnemers van de focusgroepen, noch wordt de identiteit van de experts die deelnamen aan de focusgroepen onthuld.

**Presentatie.** Elke focusgroep startte met een inleidende presentatie door de onderzoekers. De presentatie van de eerste focusgroep verduidelijkte de onderzoeksvragen en besprak het fenomeen van dubbele financiering (zoals besproken in Hoofdstuk 5 van dit rapport). De presentatie van de tweede focusgroep ging dieper in op bijkomende vragen die naar voor kwamen tijdens de eerste focusgroep (over dubbele financiering, de forfaitaire bijdrage, de definitie van zorg en de berekening van de dagprijs). De laatste presentatie besprak de algemene principes en beleidskeuzes zoals weergegeven in Hoofdstuk 6 van dit rapport. Daarnaast werden enkele casussen ook hernomen tegen de achtergrond van deze algemene principes en beleidskeuzes.

**Casussen.** Tijdens elke focusgroep werden 2 of 3 casussen besproken (zie Tabel 2). Hierbij werden de casussen verbatim weergegeven aan de leden van de focusgroep via projectie en op papier. Bij de bespreking van de casussen wijzigden de onderzoekers enkel de volgorde van de casussen ten opzichte van de oorspronkelijke nota van het VAPH. Deze aangepaste volgorde liet toe om soortgelijke casussen te behandelen tijdens dezelfde focusgroep.

Tabel 2 Verdeling van de casussen over de focusgroepen

	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Casus 4	Casus 5	Casus 6	Casus 7	Casus 8
Focusgroep 1 (19/9/2018)	x	x						
Focusgroep 2 (10/10/2018)			x	x	x			
Focusgroep 2 (24/10/2018)						x	x	x

Bron: Eigen bewerking



## Hoofdstuk 3

### Financiering binnen de sector voor personen met een handicap

#### 1 Situering

**Definitie.** De organisatie van de Vlaamse sector voor personen met een handicap kende de afgelopen decennia ingrijpende veranderingen. In navolging van het Art.19 van het VN-verdrag inzake de rechten en plichten van personen met een handicap definieert het Perspectief 2020 van de Vlaamse overheid het begrip handicap als volgt: “elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren”. De definitie en het VN-verdrag leggen een sterke klemtoon op de mogelijkheden, individuele vaardigheden en persoonlijke autonomie van de betrokkene.

**Persoonsvolgende financiering.** Om de persoonlijke autonomie van de personen met een handicap te vergroten, paste de Vlaamse overheid de financiering van zorg en ondersteuning binnen de sector grondig aan. In 2017 werd de persoonsvolgende financiering ingevoerd voor meerderjarige personen met een handicap. Deze aanpassing introduceerde een financiering van zorg en ondersteuning op maat van de persoon met een handicap en berust op het idee dat de betrokkenen zelf best kunnen inschatten welke zorg en ondersteuning zij nodig hebben zonder paternalistische inmenging (Gevers en Sebrechts, 2012). De invoering ambieert eveneens zorggarantie te bieden voor de personen met de grootste ondersteuningsnood.

**Twee pijlers.** Om deze doelstellingen te bereiken, werd de rechtstreeks toegankelijke hulp stelselmatig uitgebreid en werd het zorgbudget voor mensen met een handicap (basisondersteuningsbudget) als eerste pijler van de persoonsvolgende financiering geïnstalleerd. De eerste pijler beoogt om personen met een handicap en hun omgeving in staat te stellen om op laagdrempelige wijze hun zorg en ondersteuning te organiseren. Personen voor wie de eerste pijler ontoereikend is, kunnen via het persoonsvolgend budget (de tweede pijler van de persoonsvolgende financiering) toegang krijgen tot meer intensieve vormen van handicapspecifieke ondersteuning. Na een verantwoording kunnen deze zorggebruikers dan zelf bepalen welke zorg en ondersteuning zij wensen te verwerven.

**Leeftijd.** Om ondersteuning te krijgen vanuit het VAPH, moet de persoon met een handicap jonger zijn dan 65<sup>5</sup>. Indien ze reeds erkend is door het VAPH als persoon met een handicap, dan is deze voorwaarde niet van toepassing.

---

<sup>5</sup> Wanneer een aanvraag werd ingediend voor de 65<sup>ste</sup> verjaardag van de aanvrager, dan kan zij na haar 65<sup>ste</sup> blijven gebruik maken van de dienstverlening van het VAPH. Na de leeftijd van 65 is wel nog enkel een tegemoetkoming mogelijk voor beperkingen die verband houden met een aandoening van voor de 65<sup>ste</sup> verjaardag.

## 2 Eerste pijler: rechtstreeks toegankelijke hulp en basisondersteuningsbudget

De eerste pijler van de persoonsvolgende financiering biedt de persoon met een handicap en haar omgeving ondersteuning op een laagdrempelige wijze. We bespreken in deze sectie de twee ondersteuningsvormen van de eerste pijler: rechtstreeks toegankelijke hulp en het basisondersteuningsbudget.

### 2.1 Rechtstreeks toegankelijke hulp

**Rechtstreeks toegankelijke hulp** omvat laagdrempelige zorg en ondersteuning (BVR van 22 februari 2013). Deze hulp is beperkt in de tijd, met een laagfrequente nood aan ondersteuning. Hiervoor dient geen aanvraag bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) ingediend te worden. Voor rechtstreeks toegankelijke hulp moet er namelijk geen specifieke erkenning van de handicap zijn. Een vermoeden van handicap vastgesteld door de aanbieder of voorziening zelf volstaat. Indien echter blijkt dat de rechtstreeks toegankelijke hulp binnen de eerste pijler ontoereikend is, kunnen personen met een hogere ondersteuningsvraag een aanvraag indienen bij het VAPH voor meer intensieve zorgvormen binnen de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Dit betreft zorg en ondersteuning waarvan de intensiteit, duur en frequentie de rechtstreeks toegankelijke hulp overschrijdt.

**Ondersteuning.** De rechtstreeks toegankelijke hulp binnen de eerste pijler kan verschillende ondersteuningsvormen aannemen: ambulante en mobiele begeleiding en outreach, groepsbegeleiding, dagopvang en nachtverblijf. Aan elke ondersteuningsvorm binnen rechtstreeks toegankelijke hulp wordt een hoeveelheid personeelspunten toegekend, zoals wordt weergegeven in de tweede kolom van Tabel 3. De ondersteuningsvormen zijn combineerbaar tot een grenswaarde van 8 personeelspunten per persoon per jaar bereikt is (VAPH, 2017a). Deze grenswaarde van 8 personeelspunten wordt bijvoorbeeld bereikt bij 51 ambulante begeleidingen, 36 mobiele begeleidingen, 91 groepsbegeleidingen, 91 dagen dagopvang (36,8 dagen in combinatie met nachtverblijf), of 61 nachten nachtverblijf (36,8 nachten in combinatie met dagopvang).

Tabel 3 Personeelspunten en maximale eigen bijdrage per ondersteuningsvorm

ondersteuning	personeelspunten (per prestatie)	maximale eigen bijdrage
Ambulante begeleiding en outreach	0,155	€5,13
Mobiele begeleiding en outreach	0,220	€5,13
Groepsbegeleiding	0,087	€5,13
Dagopvang	0,087	€9,75
Nachtverblijf	0,130	€24,52

Bron: VAPH, 2017a en VAPH(website)

**Financiering.** De financiering van rechtstreeks toegankelijke hulp volgt de logica van de instellingsfinanciering. Het VAPH financiert erkende voorzieningen die rechtstreeks toegankelijke diensten aanbieden via de aanbodzijde. Om financiering te bekomen, dient een voorziening te voldoen aan de erkennings- en subsidiëringsvoorwaarden opgelegd door het VAPH (BVR van 22 februari 2013). De

voorziening ontvangt vervolgens een werkingstoelage van 89 euro per personeelspunt. Als er echter minder prestaties worden verricht, worden de werkingstoelagen proportioneel verminderd.

**Eigen bijdrage.** Wat betreft de eigen financiële bijdrage van de persoon met een handicap zijn er door het VAPH maximale dagelijkse bedragen vastgelegd per ondersteuningsvorm (BVR van 22 februari 2013). Deze maximale bedragen zijn weergegeven in de derde kolom van Tabel 3.

## 2.2 Basisondersteuningsbudget

**Gebruik.** Het basisondersteuningsbudget of zorgbudget voor mensen met een handicap, is een Vlaamse tegemoetkoming die 300 euro per maand bedraagt. Dit bedrag kan aangewend worden ter bekostiging van niet-medische dienstverlening die de zelfredzaamheidsgraad van de persoon met een handicap verhoogt zoals dienstencheques, thuiszorg, poetshulp, enz. Het basisondersteuningsbudget kan ook gebruikt worden om meer ondersteuning te kopen binnen de rechtstreeks toegankelijke hulp en kan bovendien ook ingezet worden om de eigen bijdrage voor rechtstreeks toegankelijke hulp te betalen. Het basisondersteuningsbudget kan gecombineerd worden met rechtstreeks toegankelijke hulp, maar niet met niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. De zorggebruiker hoeft geen specifieke verantwoording af te leggen over de aanwending van het basisondersteuningsbudget.

**Voorwaarden.** Het basisondersteuningsbudget is bedoeld voor mensen met een erkende handicap en een vastgestelde ondersteuningsnood. Sinds 2016 komen volwassenen met een handicap die op de wachtlijst staan voor gehandicaptenzorg in aanmerking. In 2017 werd dit uitgebreid naar minderjarigen en jongvolwassenen tot 25 jaar met een handicap die al geregistreerd zijn en bestaande attesten hebben. Om het budget te verkrijgen, mogen ze verder geen gebruik maken van de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp en moeten ze bovendien aangesloten zijn bij een zorgkas.

**Zorgkassen.** De personen die mogelijk in aanmerking komen voor een basisondersteuningsbudget worden door het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) doorgegeven aan de zorgkas waarbij de persoon lid is. De zorgkas onderzoekt of de persoon effectief gerechtigd is en brengt de persoon vervolgens schriftelijk op de hoogte van de beslissing. Het basisondersteuningsbudget wordt zodanig automatisch toegekend en uitbetaald door de zorgkassen.

**Financiering.** Het agentschap voor de Vlaamse Sociale Bescherming beschikt over verschillende financieringsbronnen (Decr. van 24 juni 2016), nl. de solidaire bijdragen van de aangeslotenen bij de zorgkassen, de inkomsten uit beleggingen van het reservefonds, dotaties, schenkingen en legaten en andere bijkomende middelen.

## 3 Tweede pijler: het persoonsvolgend budget

Personen voor wie de eerste pijler of eerste trap ontoereikend is, kunnen via het persoonsvolgend budget (tweede trap van de persoonsvolgende financiering) toegang krijgen tot meer intensieve vormen van handicapspecifieke ondersteuning. Een persoonsvolgend budget kan aangevraagd worden door een meerderjarige persoon die door het VAPH erkend is als een persoon met een handicap en die door haar handicap intensieve of frequente ondersteuning nodig heeft.

We gaan hier dieper in op een aantal specifieke aspecten van het persoonsvolgend budget die nuttig zullen blijken om onze onderzoeksvraag te kunnen behandelen. Een meer volledig overzicht over het

persoonsvolgend budget in de sector voor personen met een handicap kan gevonden worden in VAPH (2017b; 2017c; 2017d) en het Decreet van 25 april 2014.

### 3.1 Een persoonsvolgend budget aanvragen

Om een persoonsvolgend budget te verkrijgen, dient de aanvrager een aanvraag te doen bij het VAPH (BVR van 27 november 2015). De aanvraagprocedure kan samengevat worden in vier belangrijke fasen. De doorlooptermijn van het indienen van de aanvraag tot de goedkeuring van de uitkomst bedroeg in 2017 gemiddeld 26,9 dagen. De effectieve uitbetaling van het persoonsvolgend budget volgt na een wachttijd die afhankelijk is van de prioriteit van de vraag.

**Fase 1: Opstellen ondersteuningsplan.** Het opstellen van het ondersteuningsplan start met het proces van de vraagverheldering. Tijdens de vraagverheldering verzamelt de persoon met een handicap, eventueel samen met personen uit haar netwerk, gebruikersorganisaties, de dienst ondersteuningsplan (DOP) van het VAPH, of een online tool de noodzakelijke informatie om het ondersteuningsplan op te stellen. Het ondersteuningsplan wordt vervolgens ingediend bij het VAPH en beschrijft de persoonlijke situatie van de aanvrager en haar omgeving. Het lijst eveneens de activiteiten op waarbij de persoon met een handicap hulp nodig heeft en brengt de zorg- en ondersteuningsvraag van de aanvrager in kaart.

**Fase 2: Objectivering ondersteuningsnood.** De aanvrager wendt zich tot een multidisciplinair team van haar keuze voor de opmaak van een multidisciplinair verslag. Het multidisciplinaire verslag is het resultaat van een multidisciplinair onderzoek waar de nood aan ondersteuning geobjectiveerd wordt aan de hand van een beschrijving, ofwel aan de hand van het zorgzwaarte-instrument. Op basis van dit onderzoek wordt het multidisciplinair verslag opgesteld, met een advies gericht aan het VAPH over de budgetcategorie.

**Fase 3: Bepaling maximale budgetcategorie.** In deze fase wordt het ondersteuningsplan uit fase 1 en het multidisciplinaire verslag uit fase 2 voorgelegd aan de Provinciale Evaluatiecommissie. Op basis van het multidisciplinair verslag bepaalt de evaluatiecommissie of de aanvrager al dan niet getroffen is door een handicap. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het bekomen van een persoonsvolgend budget. Bovendien bepaalt de evaluatiecommissie samen met het VAPH de maximale budgetcategorie waartoe de aanvrager zal behoren. Tijdens de evaluatie kan een bijkomend (fysiek) onderzoek van de aanvrager plaatsvinden.

**Fase 4: Bepaling van de prioriteit.** In deze fase wordt de prioriteit van de aanvraag vastgesteld door de Regionale Prioriteitencommissie aan de hand van de dringendheid van de vraag. Bij haar beoordeling maakt de commissie onderscheid tussen drie prioriteitsgroepen: groep één, groep twee en groep drie. Op basis van de dringendheid van de aanvraag en de grootte van de ondersteuningskloof (de discrepantie tussen de ondersteuning die de aanvrager nodig heeft en de huidige ondersteuning zij momenteel krijgt) wordt de prioriteitsgroep vastgelegd (BVR van 4 maart 2016). Tot slot brengt het VAPH de aanvrager op de hoogte van de beslissing. In het geval van een goedkeuring informeert het VAPH de persoon eveneens over de aanvangsdatum van de financiering.

**Herziening.** Indien er zich een significante wijziging voordoet in de situatie van de persoon met een handicap sinds de meest recente beslissing van het VAPH, kan de persoon met een handicap een herziening aanvragen. Hierbij wordt de hele aanvraagprocedure opnieuw doorlopen en wordt een nieuw ondersteuningsplan opgesteld waarin vermeld wordt waaruit de significante wijziging van de

situatie bestaat en wat de consequenties zijn voor de vraag, de inschaling van de zorgzwaarte en de dringendheid van de vraag. Ook het VAPH kan initiatief nemen tot een herziening wanneer er zich een zodanig belangrijke wijziging voordoet dat een herziening van de beslissing nodig blijkt en de persoon met een handicap zelf geen initiatief neemt.

In de volgende secties gaan we dieper in op de eerste drie fases van de aanvraagprocedure. Hoewel de bepaling van de prioriteit in de vierde fase zeer belangrijk is voor de persoon met een handicap en het maatschappelijk draagvlak van de persoonsvolgende financiering, is deze fase minder van belang voor het proefkader dat het onderwerp vormt voor deze studie. Voor dit proefkader wordt immers gekeken naar personen met een handicap die reeds een persoonsvolgend budget toegekend kregen.

### 3.2 Het ondersteuningsplan

Het ondersteuningsplan wordt opgesteld aan de hand van een uitgebreide vragenlijst (BVR van 27 november 2015). In deze vragenlijst geeft de persoon met een handicap de activiteiten weer waarbij ze hulp nodig heeft. Daarna geeft de persoon met een handicap weer welke ondersteuning ze reeds verkrijgt. Ten slotte wordt de overblijvende zorg- en ondersteuningsvraag in kaart gebracht op basis van ondersteuningsfuncties en hun frequentie. Hieronder bekijken we de reeds verkregen ondersteuning en de zorg- en ondersteuningsvraag, in detail.

#### 3.2.1 Reeds verkregen ondersteuning

**Gedeelde verantwoordelijkheid.** Bij de bepaling van de reeds verkregen ondersteuning wordt uitgegaan van een gedeelde verantwoordelijkheid van verschillende actoren in de samenleving. Figuur 1 visualiseert deze actoren zoals beschreven in Perspectief 2020, het hervormingsplan van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. In deze figuur staat de persoon met een handicap in het middelpunt van vijf concentrische cirkels die de verschillende actoren weergeven.



Figuur 1 Schematische voorstelling van de concentrische cirkels (*Bron: Website VAPH*)

**Concentrische cirkels.** In de eerste concentrische cirkel wordt gekeken naar de mogelijkheden van de persoon met een handicap om zelf zorg en ondersteuning op te nemen. In de tweede concentrische cirkel wordt de dagelijkse zorg van het eigen gezin in rekening gebracht. Hiermee wordt gedacht aan de gebruikelijke ondersteuning die gezinsleden aan elkaar geven. In de derde concentrische cirkel wordt gekeken naar wat de persoon aan ondersteuning krijgt van haar vrienden, familie en kennissen (mantelzorg, buurtwerk, vrijwilligerswerk, enz.). De vierde concentrische cirkel bevat de reguliere welzijns- en gezondheidsvoorzieningen (poetshulp, CAW, kinderopvang, enz.). De vijfde cirkel bevat ten

slotte de professionele diensten voor personen met een handicap (vergunde of niet-vergunde zorgaanbieders) die het VAPH vergoedt.

De vijf concentrische cirkels geven verschillende actoren weer die een ondersteuningsbron kunnen zijn voor de persoon met een handicap (Website VAPH). Naargelang de specifieke ondersteuningsvraag kunnen de verschillende actoren samen of onafhankelijk van elkaar ingezet worden. Het model van de concentrische cirkels gaat er niet van uit dat het netwerk van de persoon met een handicap eerst helemaal uitgeput moet worden vooraleer er beroep gedaan kan worden op professionele, gespecialiseerde en meer intensieve ondersteuning.

### 3.2.2 Zorg- en ondersteuningsvraag

**Ondersteuningsfuncties.** In het ondersteuningsplan geeft de persoon met een handicap haar zorg- en ondersteuningsvraag weer, opgesplitst in specifieke ondersteuningsfuncties (VAPH 2016, VAPH 2017d). Om op flexibele wijze aan de specifieke vraag van de persoon met een handicap tegemoet te komen, kunnen verschillende ondersteuningsfuncties gecombineerd worden. De eerste twee ondersteuningsfuncties worden in groepsverband aangeboden en aangeduid als globale ondersteuningsfuncties, terwijl de volgende drie ondersteuningsfuncties worden geclassificeerd als individuele ondersteuningsfuncties.

- **Dagondersteuning** omvat begeleiding en permanentie die overdag plaatsvindt tussen 9u en 17u. Dagondersteuning wordt steeds georganiseerd in groep. De begeleider is daarbij verantwoordelijk voor meerdere personen tegelijkertijd en de geleverde ondersteuning is niet individueel planbaar of toewijsbaar. De ondersteuning kan zowel bij de zorgaanbieder zelf als op andere locaties gebeuren en is van niet-instrumentele aard. Het kan gaan om een opvang overdag, maar bijvoorbeeld ook om psychosociale begeleiding in groep. Een concreet voorbeeld is de dagopvang in een atelierwerking van een dagcentrum.
- **Woonondersteuning** omvat begeleiding en permanentie die gedurende de nacht plaatsvindt, met inbegrip van ochtend- en avonduren. Net zoals bij de dagondersteuning wordt woonondersteuning georganiseerd in groep en staat de begeleider in voor de ondersteuning van meerdere personen tegelijkertijd zodat de ondersteuning niet-individueel planbaar of toewijsbaar is. Ook woonondersteuning is van niet-instrumentele aard. Een voorbeeld van woonondersteuning zijn personen met een handicap die in een voorziening overnachten. Bij een volledige residentiële opname in een VAPH-voorziening wordt er een combinatie gemaakt van dag- en woonondersteuning.
- **Psychosociale begeleiding** wordt op een individuele basis georganiseerd om de persoon met een handicap samen met haar sociale omgeving bij te staan in het organiseren van haar dagelijks leven. Een voorbeeld van psychosociale begeleiding is om samen met de persoon met een handicap of haar netwerk na te denken over de uitvoering van bepaalde taken of het plannen van activiteiten. Psychosociale begeleiding kan ook gebruikt worden als contextbegeleiding waarbij bemiddeld wordt met bijvoorbeeld gezinsleden en werkgevers die samenleven of werken met de persoon met een handicap. Psychosociale begeleiding kan ook georganiseerd worden op afstand (via de telefoon bijvoorbeeld).
- **Praktische hulp** is hoofdzakelijk van instrumentele aard. Meer bepaald gaat het om een praktische begeleiding bij dagdagelijkse activiteiten in een één-op-één relatie. De aangeboden begeleiding wordt volledig verschaft door de zorgaanbieder. Een concreet voorbeeld is eten



geven of het wassen van de persoon met een handicap. Praktische hulp is niet combineerbaar met dag- of woonondersteuning.

- **Globale individuele ondersteuning** vormt een combinatie van psychosociale begeleiding en praktische hulp. Het is een één-op-één begeleiding die ruimer van aard is dan louter praktische hulp en meerdere levensdomeinen omvat. Een concreet voorbeeld is de bespreking van verschillende deeltaken binnen het kookproces en eventueel het aanleren of het samen uitvoeren ervan. Globale individuele ondersteuning is niet combineerbaar met dag- en/of woonondersteuning.
- **Oproepbare permanentie** betreft de beschikbaarheid van begeleiding die na een oproep binnen een bepaalde tijd één-op-één ondersteuning kan aanbieden. Oproepbare permanentie is niet planbaar. Een concreet voorbeeld is een permanentie waarbij een persoon met een handicap hulp kan oproepen na een val.

**Frequentie.** In het ondersteuningsplan wordt de ondersteuningsvraag in kaart gebracht op basis van de bovengenoemde ondersteuningsfuncties en hun frequentie. Dagondersteuning wordt uitgedrukt in een gemiddeld aantal dagen per week en woonondersteuning wordt uitgedrukt in een gemiddeld aantal nachten per week. De individuele ondersteuningsfuncties – psychosociale begeleiding, praktische hulp en globale individuele ondersteuning – worden bepaald op basis van het aantal gebruikte uren op weekbasis. Het vervoer naar en van de zorgaanbieder wordt hierbij ook meegeteld. Voor de oproepbare permanentie wordt enkel onderscheid gemaakt tussen het al dan niet nodig hebben van deze vorm van ondersteuning (VAPH, 2015).

Tabel 4 Ondersteuningsfuncties en gewichten

Globale ondersteuningsfuncties	Gewicht per dag/nacht									
	Basis-gewicht (B3/P3)	B3/P5	B4/P4	B4/P5	B5/P4	P4/P6 en B5/P5	B5/P6	B5/P7 en B6/P5	B6/P6	B6/P7
Dag-ondersteuning	1,80	2,00	2,20	2,40	2,70	2,80	3,60	3,60	4,10	4,10
Woon-ondersteuning	1,80	2,10	2,70	3,00	4,00	4,50	4,70	5,10	5,10	5,60
Individuele ondersteuningsfuncties	Gewicht per uur									
Psychosociale begeleiding	2									
Praktische hulp	0,75									
Globale individuele ondersteuning	1,4									
Permanentie	Gewicht									
Oproepbare permanentie	4,5									

Bron: Besluit van Vlaamse Regering van 27 november 2015

### 3.3 Objectivering van de ondersteuningsnood

In de tweede fase van de aanvraag wordt een multidisciplinair verslag opgemaakt dat de ondersteuningsnood objectiviert. Een eerste stap bij de opmaak van dit verslag is nagaan welke methode van objectivering nodig is om de ondersteuningsnood van de persoon in kaart te brengen. Er zijn twee mogelijke manieren van objectivering: enerzijds aan de hand van beschrijvende informatie en anderzijds aan de hand van het zorgzwaarte-instrument (ZZI). Indien het totale gewicht van de vraag in het ondersteuningsplan gelijk is aan 20 of meer, dan dient de ondersteuningsnood met het zorgzwaarte-instrument geobjectiveerd te worden.

**Totale gewicht van de vraag.** Het totale gewicht van de vraag wordt bepaald door de gevraagde frequentie van een bepaalde ondersteuningsfunctie te vermenigvuldigen met het gewicht dat aan deze ondersteuningsfunctie wordt toegekend. Zo bekomt men een score per ondersteuningsfunctie. Het totale gewicht van de ondersteuningsvraag wordt vervolgens berekend door de scores van alle ondersteuningsfuncties op te tellen. Tabel 4 biedt een overzicht van de verschillende gewichten die bij de ondersteuningsfuncties horen. Wanneer het totale gewicht berekend wordt om de methode van objectivering te bepalen, worden steeds de basisgewichten gebruikt.

**Beschrijvende objectivering.** Bij de beschrijvende methode wordt voor verschillende levensdomeinen nagegaan in welke mate een persoon met (een vermoeden van) een handicap hierbinnen beperkingen ervaart. De levensdomeinen die bevraagd worden zijn communicatie, zelfredzaamheid, mobiliteit, deelname aan het maatschappelijke leven en gedrag.

**Zorgzwaarte-instrument.** Bij objectivering op basis van het zorgzwaarte-instrument wordt de ondersteuningsnood van personen met een handicap op een zo objectief mogelijke manier in kaart gebracht. De zorgzwaarte geeft in deze context weer hoeveel ondersteuning een persoon met een handicap nodig heeft om binnen de sociaal-maatschappelijke context te kunnen functioneren volgens de gangbare normen en gebruiken (VAPH, 2017d; BVR van 27 november 2015). De zorgzwaarte wordt gemeten door middel van een reeks vragenlijsten, het zogenaamde zorgzwaarte-instrument en wordt uitgedrukt aan de hand van drie parameters (Molleman en Heymans, 2013): het begeleidingsniveau (B-waarde), het permanentieniveau (P-waarde) en het niveau van nachtpermanentie (N-waarde). Het instrument wordt afgenomen door een medewerker van het multidisciplinair team in aanwezigheid van minstens één vertrouwenspersoon. Bij de bepaling van de hoogte van een persoonsvolgend budget wordt enkel rekening gehouden met de B- en P-waarde. We bespreken we deze hieronder in meer detail.

- **Begeleidingsniveau (B-waarde).** De B-waarde drukt de nood aan ondersteuning overdag uit door andere personen, ongeacht de mate van professionaliteit. De B-waarde kan zeven niveaus aannemen (van B0 tot B6). Tabel 5 geeft een overzicht.

Tabel 5 Begeleidingsniveau (B-waardes)

Begeleidingsniveau	Definitie
B0	Er is geen nood aan ondersteuning.
B1	Er wordt maximaal 1 keer per week ondersteuning geboden
B2	Er wordt niet elke dag, maar meerdere keren per week ondersteuning geboden. Er is hoofdzakelijk opvolging nodig.
B3	Er wordt dagelijks en continu ondersteuning geboden, de ondersteuning is beperkt in reikwijdte en intensiteit (geen continue ondersteuning)
B4	Er wordt dagelijks en continu ondersteuning geboden. De ondersteuning is ruim in reikwijdte en intensiteit
B5	Er wordt dagelijks en continu intensief ondersteuning geboden op alle levensdomeinen.
B6	Er wordt dagelijks zeer intensieve ondersteuning geboden in functie van uitzonderlijke ondersteuningsbehoeften. (uitzonderingswaarde)

Bron: Molleman en Heymans, 2013

- **Permanentieniveau (P-waarde).** De P-waarde drukt de nood aan toezicht en oproepbaarheid uit bij onverwachte (en niet-planbare) situaties. Tabel 6 bespreekt de acht niveaus van permanentie (P0 tot en met P7).

Tabel 6 Permanentieniveau (P-waardes)

Permanentie overdag	Definitie
P0	Geen enkele vorm van permanentie is nodig
P1	De persoon kan op elk moment iemand telefonisch bereiken om raad te vragen
P2	De persoon kan iemand telefonisch bereiken die raad kan geven en indien nodig langs kan komen
P3	De persoon kan iemand telefonisch bereiken of oproepen die onmiddellijk fysieke aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden
P4	Er moet gedurende grote delen van de dag iemand in de nabijheid van de persoon aanwezig zijn. Bij afwezigheid kan de persoon iemand telefonisch bereiken of oproepen die onmiddellijk fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden
P5	Er moet voortdurende iemand aanwezig zijn, maar die persoon hoeft niet voortdurend toezicht uit te oefenen. Indien nodig moet onmiddellijk iemand fysiek aanwezig zijn om ondersteuning te bieden
P6	Er moet voortdurend iemand aanwezig zijn en toezicht uitgeoefend worden. dit betekent dat er op elk ogenblik iemand in contact staat met de persoon, ofwel rechtstreeks ofwel onrechtstreeks
P7	De persoon heeft nood aan voortdurende toezicht en dit binnen een beveiligende infrastructuur en omkadering. Dit impliceert een gespecialiseerde setting (uitzonderingswaarde)

Bron: Molleman en Heymans, 2013

### 3.4 De hoogte van het persoonsvolgend budget

Zowel het ondersteuningsplan als de objectivering van de ondersteuningsnood leiden tot een budgetcategorie. Deze budgetcategorieën worden vergeleken en het persoonsvolgend budget bedraagt de laagste waarde uit deze vergelijking (BVR van 27 november 2015).

**Gevraagde budgetcategorie.** Om de budgetcategorie op basis van het ondersteuningsplan te bepalen, wordt het totale gewicht van de ondersteuningsvraag opnieuw berekend. Dit totale gewicht kan verschillen van het totale gewicht dat gebruikt werd om de manier van objectivering te bepalen wanneer blijkt dat de persoon na afname van het ZZI in een hoger zorgzwaarte-profiel terechtkomt. In dat geval moeten namelijk niet de basisgewichten, maar de hogere gewichten uit Tabel 4 gebruikt worden. Aan de hand van dit totale gewicht wordt dan een budgetcategorie bepaald, zie kolom 3 van Tabel 7.

Tabel 7 Budgetcategorieën in zorggebonden punten en monetaire bedragen

Budgetcategorie	Zorgzwaarte van de persoon met een handicap	Gewicht van de vraag van de personen met een handicap	Zorggebonden punten (jaarlijks maximum)	Monetair bedrag (jaarlijks maximum)
I		2 - 5,9	12,2345	€10.273,92
II		6 - 8,9	17,1283	€14.383,49
III		9 – 13	24,4690	€20.547,84
IV		13,1 – 19,9	33,6449	€28.253,30
V	B3/P3; B3/P4; B4/P3	20 - 25,4	42,8208	€35.958,77
VI	B3/P5	25,5 - 29,9	50,1615	€42.123,12
VII	B4/P4	30 - 34,3	53,2201	€44.691,58
VIII	B4/P5	34,4 - 39,4	55,0553	€46.232,69
IX	B5/P4	39,5 – 50	59,9491	€50.342,26
X	B4/P6; B5/P5; B5/P6	50,1 – 60	70,9602	€59.588,83
XI	B5/P7; B6/P5; B6/P6	60,1 – 65	88,0885	€73.972,32
XII	B6/P7	> 65	103,9933	€87.328,37

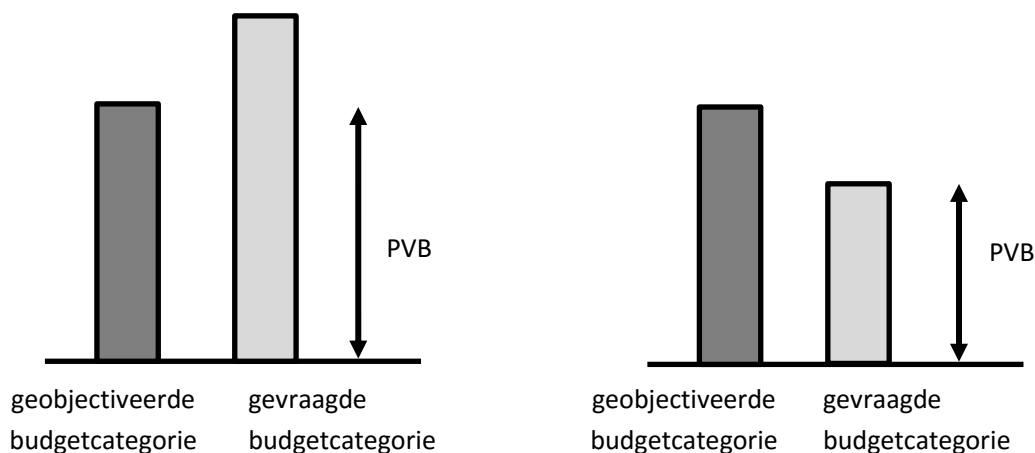
Bron: Besluit van Vlaamse Regering van 27 november 2015

In totaal zijn er twaalf budgetcategorieën. Zo varieert het gewicht van budgetcategorie II bijvoorbeeld tussen 6 en 8,9 (BVR van 27 november 2015).

**Geobjectiveerde budgetcategorie.** Wanneer de ondersteuningsnood werd geobjectiveerd aan de hand van een beschrijvende objectivering, wordt de geobjectiveerde budgetcategorie ingeschat door het multidisciplinair team. In deze gevallen kan er enkel een geobjectiveerde budgethoogte bepaald worden tussen budgetcategorie I en IV. Wanneer de ondersteuningsnood werd geobjectiveerd aan de hand van het zorgzwaarte-instrument, wordt de geobjectiveerde budgetcategorie bepaald op basis van de B- en P-waarden die als resultaat van het ZZI werden bekomen, zie kolom 2 van Tabel 7.

**Toegewezen budgetcategorie.** De budgetcategorie die uiteindelijk wordt toegekend is de laagste waarde van de vergelijking tussen de gevraagde budgetcategorie op basis van het ondersteuningsplan en de geobjectiveerde budgetcategorie, zie Figuur 2. Deze figuur geeft twee scenario's weer. In beide

scenario's is de zorgzwaarte precies even hoog, weergegeven door het donkergrijze balkje. In het linker paneel is de gevraagde budgetcategorie hoger dan de geobjectiveerde budgetcategorie. In het rechterpaneel, daarentegen, doet zich het tegenovergestelde voor, bijvoorbeeld omdat in dit scenario de persoon met een handicap meer beroep kan doen op ondersteuning vanuit de omgeving. De toegewezen budgetcategorie van het persoonsvolgend budget in het linker paneel ligt lager dan de gevraagde budgetcategorie, terwijl in het rechterpaneel de toegewezen budgetcategorie overeenstemt met de gevraagde budgetcategorie.



Figuur 2 Geobjectiveerde en gevraagde budgetcategorie (Bron: Eigen bewerking)

**Omslagsleutel.** Elke budgetcategorie wordt uitgedrukt in zorggebonden punten (weergegeven kolom 4 van Tabel 7). De omslagsleutel voor de omzetting van een zorggebonden punt naar een bedrag in euro (weergegeven in kolom 5 van Tabel 7) wordt jaarlijks herzien aan de hand van de omslagsleutel van het vorige jaar en de afgevlakte gezondheidsindex (BVR van 27 november 2015). In 2018 bedraagt de omslagsleutel 839,75 euro.

**Cumulverbod.** Indien er sprake is van een blijvende handicap als gevolg van een ongeval, medische fout, beroepsziekte en/of ander ongeval dan is de persoon met een handicap verplicht om een schadevergoeding aan te vragen bij een vergoedingsdebiteur zoals een verzekeringsmaatschappij. Hierbij wordt het principe van het cumulverbod gehanteerd. Volgens het cumulverbod geeft het VAPH geen tegemoetkoming voor de kosten die de vergoedingsdebiteur reeds betaald heeft. In het geval dat de schadevergoeding lager is dan de hoogte van het persoonsvolgend budget waarop de persoon met een handicap recht heeft, dan betaalt het VAPH het verschil (VAPH, 2018a).

### 3.5 Besteding en verantwoording van het persoonsvolgend budget

**Besteding.** De persoon met een handicap kan het persoonsvolgend budget besteden aan de – hierboven opgesomde – ondersteuningsfuncties aangeboden door zorgaanbieders (thuishulp, individuele begeleider, vervoersbedrijf, VAPH vergunde zorgaanbieders, ...). Hiertoe dient een overeenkomst te worden opgesteld waarin de ondersteuningsnood wordt samengevat in de opgesomde ondersteuningsfuncties. Er zijn echter een aantal bestedingen die het VAPH expliciet oplist waarvoor het persoonsvolgend budget niet kan worden aangewend (VAPH, 2018b):

- hulpmiddelen en aanpassingen;
- medische en paramedische behandelingen die gegeven worden door zorgaanbieders die niet door het VAPH vergund zijn;
- pedagogische en didactische begeleiding zoals aangeboden door het onderwijs;
- kosten die al gesubsidieerd worden door het VAPH of door de federale, communautaire, regionale of lokale overheden;
- woon- en leefkosten.

**Budgetvorm.** De persoon met een handicap heeft de mogelijkheid om het persoonsvolgend budget in voucher, in cash of in een combinatie van beide in te zetten (BVR van 24 juni 2016). In 2017 besteedden 86,3% van de budgethouders hun budget in voucher bij een vergunde zorgaanbieder (Website VAPH).

#### 3.5.1 Voucher

**Vergunde aanbieder.** Zorgaanbieders kunnen een vergunning aanvragen bij het VAPH (BVR van 24 juni 2016). Wanneer de budgethouder het persoonsvolgend budget wenst in te zetten bij een vergunde aanbieder<sup>6</sup>, dan kan het persoonsvolgend budget worden uitgekeerd in de vorm van een voucher. Dit wil zeggen dat het VAPH rechtstreeks uitbetaald aan de vergunde zorgaanbieder. De vergunde zorgaanbieder staat op zijn beurt in voor het administratief beheer en de facturatie aan het VAPH. De hoogte van de voucher wordt uitgedrukt in zorggebonden punten, die overeenstemmen met de budgetcategorie, zie Tabel 7. Concreet stelt de persoon met een handicap samen met de vergunde zorgaanbieder een voucherovereenkomst op waarin de verscheidene ondersteuningsfuncties en de frequentie ervan, en de overeenstemmende zorggebonden punten, duidelijk worden weergegeven.

**Organisatiegebonden punten.** Daarnaast heeft de vergunde zorgaanbieder recht op 21,18% punten bovenop de zorggebonden punten die de budgethouder bij hen besteedt. De extra punten zijn bedoeld als een vergoeding voor de organisatiegebonden kosten, en worden organisatiegebonden punten genoemd.

**Loonfinanciering.** Het aantal zorggebonden punten dat een budgethouder via een voucher dient in te zetten om een bepaalde zorg of ondersteuning te verwerven is onafhankelijk van de zorgaanbieder. Niet alle zorgaanbieders hebben echter dezelfde kosten om deze zorg aan te bieden. Zo kan het personeel bij verschillende zorgaanbieders een verschillende anciënniteit hebben, bijvoorbeeld. Om hieraan tegemoet te komen is er enige flexibiliteit ingebouwd in de wijze waarop zorggebonden punten worden omgezet in financiering voor de zorgaanbieder (VAPH, 2017e). Zo krijgt de zorgaanbieder van het VAPH

---

6 Of een hoogdrempelige individuele bijstand door een vergunde bijstandsorganisatie (BVR van 24 juni 2016). Bijstandsorganisaties zijn instanties die personen met een handicap met een persoonsvolgende financiering bijstaan bij de organisatie van zorg. Ze worden vergund door het VAPH en zijn bovendien tenminste met 2/3 uit personen met een handicap samengesteld.

een financiering die (quasi) overeenstemt met de effectieve loonkosten van het personeel, terwijl de budgethouder hetzelfde aantal zorggebonden punten uit haar budget dient te besteden.

### 3.5.2 Cash

**Cash.** De persoon met een handicap kan echter ook voor een uitbetaling van het persoonsvolgend budget in cash opteren. De persoon met een handicap staat dan zelf in voor het beheren van haar budget. Het cashbudget kan besteed worden bij zowel vergunde als niet-vergunde professionele zorgaanbieders.

**Beheerskosten.** Als een budgethouder met een cashbudget kiest voor een niet-vergunde aanbieder, ontvangt ze een bedrag van 11,94% van het budget voor de vergoeding van haar beheerskosten. Dit dient ter compensatie van de kosten die de persoon met een handicap maakt bij de organisatie en het beheer van haar budget. Wanneer de persoon met een handicap haar cashbudget echter inzet bij een vergunde zorgaanbieder, dan betaalt het VAPH een vergoeding ter hoogte van 21,18% van het ingezette budget aan de vergunde aanbieder. De persoon met een handicap kan dan geen aanspraak meer maken op de 11,94% beheerskosten.

**Begeleidende maatregelen.** Het VAPH kan in specifieke gevallen begeleidende maatregelen opleggen voor het beheren van het cashbudget. Indien echter na evaluatie blijkt dat de begeleidende maatregelen niet volstaan, wordt het cashbudget omgezet in een voucher (BVR van 24 juni 2016).

### 3.5.3 Verantwoording

Het persoonsvolgend budget kan enkel ingezet worden op basis van specifieke overeenkomsten voor de aankoop van ondersteuning bij vergunde of niet-vergunde zorgaanbieders. De budgethouder verantwoordt de besteding van het budget, met uitzondering van het vrij besteedbare bedrag. De verantwoording voor de besteding van het budget gebeurt verschillend naargelang het budget in voucher of in cash wordt uitgekeerd (BVR van 24 juni 2016).

**Cash.** De keuze voor een persoonsvolgend budget in cash gaat hand in hand met de keuze om zelf het budget te beheren. De persoon met een handicap dient de besteding van het budget dan ook volledig te verantwoorden aan het VAPH. Ze dient daarvoor een lijst van facturen of kostenstaten voor te leggen aan het VAPH gedurende zeven jaar thuis. Bovendien is de persoon verplicht om een nieuwe bankrekening te openen waarop de voorschotten van het cashbudget (1/4<sup>de</sup> van het budget) gestort mogen worden. Deze bankrekening mag enkel gebruikt worden voor de aankoop van ondersteuning. Op deze wijze kan het VAPH op een gedetailleerde en eenvoudige wijze volgen wat de persoon met haar persoonsvolgend budget aankoopt.

**Voucher.** Voor het deel van het budget dat de persoon met een handicap in de vorm van een voucher inzet bij een vergunde zorgaanbieder is slechts een minimale verantwoording noodzakelijk (het meedelen van de gegevens van de persoon). De Zorginspectie van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin controleert of de bepalingen betreffende de besteding van het budget correct worden nageleefd.

**Vrij besteedbaar deel.** Niet het ganse persoonsvolgend budget dient verantwoord te worden. Het zogenaamd vrij besteedbaar deel van het persoonsvolgend budget kan vrij besteed worden door de persoon met een handicap. Het vrij besteedbare bedrag bedraagt 1800 euro voor de budgetcategorieën I tot en met IV en 3600 euro voor de budgetcategorieën V tot en met XII.

## 4 Persoonlijke bijdrage voor woon- en leefkosten

Aan personen met een handicap wordt bij opname een persoonlijke bijdrage gevraagd voor zogenaamde woon- en leefkosten. We bespreken in deze sectie eerst de vier verschillende kostensoorten van vergunde aanbieders en gaan dan dieper in op de regeling voor de persoonlijke bijdrage.

### 4.1 Vier kostensoorten

In de sector voor personen met een handicap worden vier verschillende kostensoorten onderscheiden: zorggebonden kosten, organisatiegebonden kosten, woonkosten en leefkosten.

- **Zorggebonden kosten.** Dit zijn de kosten die samenhangen met het verlenen van directe of indirecte zorg aan personen met een handicap. Met directe zorg worden de basisbehoeften aan zorg en ondersteuning bedoeld zoals het aankleden en wassen. Indirecte zorg heeft betrekking op activiteiten ter ondersteuning van de directe zorg zoals teamoverleg, coaching en supervisie van medewerkers.
- **Organisatiegebonden kosten.** Deze kosten worden gemaakt voor de organisatie van de voorziening en bevatten bijvoorbeeld kosten voor directie, administratie, management en beleid, logistiek en onderhoud.
- **Woonkosten.** Met woonkosten worden de kosten voor huisvesting bedoeld zoals de huur, kosten van verzekeringen en energie.
- **Leefkosten.** Deze kosten worden gemaakt om aan dagelijkse behoeften te voldoen zoals maaltijden, kledij, ontspanningsactiviteiten, enz.

De eerste twee kostensoorten kunnen nog verder opgedeeld worden in kosten voor personeel en kosten voor werking. Tabel 8 geeft een schematische weergave en duidt aan welke actor deze kosten hoofdzakelijk draagt.

Tabel 8 Schematische weergave van kostenstructuur

	Personeel	Werking
<b>Zorggebonden kosten</b>	A (door PVB)	B (door PmH)
<b>Organisatiegebonden kosten</b>	C (door VAPH)	D (door VAPH)
<b>Woonkosten</b>	E (door PmH)	
<b>Leefkosten</b>	F (door PmH)	

Bron: Eigen bewerking

**Tussenkomst door het VAPH in de kostensoorten.** Het VAPH komt niet volledig tussen in alle vier kostensoorten (Hendrickx, Sabbe en Verbeeck (z.d.)). De zorggebonden personeelskosten (cel A in Tabel 8) kunnen met het persoonsvolgend budget worden gefinancierd. De zorggebonden werkingskosten (cel B in Tabel 8) zijn daarentegen voor de rekening van de persoon met een handicap. Het VAPH komt tussen in de betaling van zowel de organisatiegebonden personeels- als werkingskosten (cel C en D in Tabel 8) (BVR van 24 juni 2016). Tot slot is de persoon met een handicap zelf verantwoordelijk voor haar woon- en leefkosten (cel E en F in Tabel 8).



## 4.2 Woon- en leefkosten

We zagen reeds dat het persoonsvolgend budget niet gebruikt kan worden voor, o.a. de woon-en leefkosten (zie Tabel 8). Dit is een grote verandering ten opzichte van het oude systeem, de zogenaamde bijdrage regeling. In het oude systeem was de financiële bijdrage in vergunde voorzieningen namelijk geplafonneerd. In het nieuwe systeem kunnen vergunde zorgaanbieders zelf de woon- en leefkosten in hun voorziening berekenen. In de huidige transitieregeling blijven personen met een handicap die vóór de inwerkingtreding van de persoonsvolgende financiering door een voorziening ondersteund werden en de financiële bijdrage betaalden, uiterlijk tot 31 december 2020 in dit systeem tenzij de zorgaanbieder overschakelt naar het nieuwe systeem (BVR van 8 juni 2018). Personen met een handicap die na de inwerkingtreding van de persoonsvolgende financiering met hun ondersteuning startten, vallen automatisch onder het nieuwe systeem.

**Bijdrage regeling.** In het oude systeem legt het VAPH maximale financiële bijdragen op per ondersteuningsfunctie (zie Tabel 9). Zo is de eigen financiële bijdrage in 2018 bv. geplafonneerd tot 34,70 euro per dag. Hoewel de persoon met een handicap verbonden kan zijn aan meerdere zorgaanbieders, kan haar persoonlijke bijdrage nooit hoger zijn dan deze maximale bijdrage (Website VAPH). Om te verzekeren dat de persoon met een handicap genoeg geld overhoudt voor andere kosten (kleding, uitstapjes, ...) wordt de financiële bijdrage verder beperkt door middel van een Gewaarborgd Persoonlijk Inkomen (GPI). Voor personen bij wie het inkomen te laag is om dit GPI over te houden, komt het VAPH tussen in de persoonlijke bijdrage.

**Woon- en leefkosten.** Indien de persoon met een handicap onder het nieuwe systeem valt, heeft ze geen wettelijk gereserveerd inkomen meer. De vergunde zorgaanbieder mag dan de individueel toewijsbare woon- en leefkosten aanrekenen. De zorgaanbieder bepaalt zelf hoe hij deze kosten berekent maar omschrijft wel in de dienstverleningsovereenkomst (IDO) welke kosten er gedekt zijn. De richtlijnen van het VAPH omschrijven de woon- en leefkosten als volgt:

Woonkosten:

- huurprijs kamer/studio/appartement en eventuele gemeenschappelijke ruimtes;
- vergoeding van normale en kleine herstellingen aan de woning;
- vergoeding voor nutsvoorzieningen (water, elektriciteit, gas).

Leefkosten:

- tv, internet, telefoon;
- abonnementen;
- voeding en drank;
- kleding;
- gezondheid en persoonlijke verzorging (medicatie, verzorgingsproducten, ...);
- was- en strijkservice;
- onderhoud en schoonmaak van de woning en de gemeenschappelijke ruimtes;
- ontspanning (uitgaan, vakantie, uitstappen, ...);
- vervoer (fietsonderhoud, abonnement openbaar vervoer, ...);
- verzekeringen.

Tabel 9 Maximale eigen persoonlijke bijdrage

Ondersteuningsfunctie	Frequentie	Maximale bijdrage (in 2018)
Individuele psychosociale begeleiding	Per begeleiding en maximum 2 begeleidingen per dag	€5,20
Individuele praktische hulp		Geen bijdrage
Globale individuele ondersteuning		Geen bijdrage
Oproepbare permanentie		Geen bijdrage
Woonondersteuning	Per nacht	€34,70
Dagondersteuning zonder vervoer	Volledige dag	€9,90
	Halve dag	€4,95
	Anderhalve dag	€14,85
Dagondersteuning met vervoer	Volledige dag	€12,40
	Halve dag	€6,20
	Anderhalve dag	€18,60

Bron: Website VAPH

## 5 Andere tegemoetkomingen en bijstandsregelingen

De sector voor personen met een handicap wordt gekenmerkt door een complex financieringssysteem dat over verschillende beleidsniveaus verspreid is (Cantillon, Sebrechts en De Maesschalck, 2012). Naast het persoonsvolgend budget, is er op het federale en Vlaamse niveau een mix van maatregelen en beleidsinstrumenten ter ondersteuning van personen met een handicap. De federale overheid voorziet in rechtstreekse en onrechtstreekse tegemoetkomingen. Hieronder bekijken we enkele voorbeelden.

**Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).** De Inkomensvervangende tegemoetkoming is een rechtstreekse tegemoetkoming van de federale overheid voor personen met een erkende handicap wiens vermogen om geld te verdienen op de arbeidsmarkt beperkt is tot 1/3 van wat een gezond persoon kan verdienen. De hoogte van de Inkomensvervangende tegemoetkoming is inkomensafhankelijk waarbij het maximumbedrag vooral afhankelijk is van het gezinstype (Sociale zekerheid, 2016).

**Sociale integratie tegemoetkoming (IT).** Een andere federale rechtstreekse tegemoetkoming is de Sociale Integratie tegemoetkoming. Deze tegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een handicap die bijkomende onkosten heeft door een vermindering van haar zelfredzaamheid. Een beperking betekent dat de handicap de uitvoering van dagdagelijkse activiteiten bemoeilijkt. Om hierop aanspraak te maken, moet de persoon minstens 7 punten behalen op een "zelfredzaamheid" schaal die de invloed van de handicap op het dagdagelijkse leven meet.

**Tegemoetkoming voor hulp aan Bejaarden (THAB).** Sinds 1 januari 2017 is de bevoegdheid voor de Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden overgedragen van de FOD Sociale Zekerheid naar Vlaanderen en noemt het voortaan het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (Vlaamse Zorgkas, z.d.). Het zorgbudget is bedoeld voor 65+ers met een beperkt inkomen en gezondheidsproblemen en wordt

maandelijks uitbetaald. Hiervoor moet men aangesloten zijn bij één van de zorgkassen. De tegemoetkoming is vrij te spenderen en bedraagt maximaal 583 euro per maand.

**Onrechtstreekse tegemoetkomingen.** Deze tegemoetkomingen vindt men terug bij de regelingen voor de terugbetaling van medische prestaties in België. Hieronder valt bijvoorbeeld de terugbetaling, de derdebetalersregeling en de maximum factuur (MAF). Medische zorgen die vermeld zijn op de lijst van erkende prestaties, de zogenaamde nomenclatuur, komen in aanmerking voor terugbetaling. Het bedrag kan variëren naargelang het statuut (rechthebbende/niet-rechthebbende, ...). Naast de terugbetaling is er ook de derdebetalersregeling. Deze regeling is vooral van toepassing voor geneesmiddelen en de sector van ambulante verzorging. Tot slot is er de maximum factuur die de persoonlijke bijdragen boven een bepaald bedrag terugbetaald. Zodra een persoonlijke bijdrage voor medische zorgen een grensbedrag hebben bereikt, is er gedurende de rest van het jaar een 100% terugbetaling.

**Individuele materiële bijstand.** Op Vlaams niveau is er sprake van Individuele Materiële Bijstand (IMB). De persoon met een handicap kan vanuit het VAPH een tegemoetkoming bekomen voor bepaalde hulpmiddelen en aanpassingen in de privé situatie. De hulpmiddelen zijn gericht op verschillende activiteiten zoals het voorzien van een automatische deuropener bij het onderdeel wonen. Daarnaast kan het VAPH of het RIZIV tegemoetkomingen uitbetalen voor de kosten van incontinentiemateriaal<sup>7</sup> (Website VAPH).

Andere niet-handicap specifieke tegemoetkomingen zijn bijvoorbeeld de ziekte- of invaliditeitsuitkering, het leefloon, het pensioen en de werkloosheidsuitkering.

---

<sup>7</sup> Hieronder verstaat men absorberend en afschermend materiaal zoals wegwerppluiers, plastic broekjes, enz.



## Hoofdstuk 4

### Financiering binnen de sector ouderenzorg

#### 1 Situering

**Bevoegdheidsverdeling.** De ouderenzorg voorziet zowel in *huisvesting* als in *zorg*. Voor de 6e staatshervorming vielen de kwaliteit en het wonen in hoofdzaak onder de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen, waarbij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor Vlaanderen. Sinds de 6e staatshervorming werden vanaf 1 juli 2014 de financiering en verscheidene tewerkstellingsmaatregelen, die voorheen onder de bevoegdheid van de FOD Sociale Zekerheid (en meer bepaald onder het RIZIV) vielen, overgedragen naar de gemeenschappen en gewesten. Tot en met 31 december 2018 werd de financiering van de erkende voorzieningen en de tewerkstellingsmaatregelen nog verder uitgevoerd door het RIZIV. Met ingang van 1 januari 2019 worden deze uitgevoerd door het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid.<sup>8</sup>

Daarnaast staat het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid ook in voor de regels en controles voor verhogingen van de dagprijs. Ook deze bevoegdheid werd overgeheveld naar de regio's bij de 6e staatshervorming. Om de continuïteit van de dienstverlening te garanderen werd een overgangsprotocolakkoord ondertekend voor de prijzencontrole tot 1 januari 2015. Vanaf dat ogenblik werd de Vlaamse overheid bevoegd voor het prijzenbeleid. Voorheen was de Vlaamse overheid reeds verantwoordelijk voor een transparante prijszetting.

Hierbij werd gekozen om de financieringsmodaliteiten grotendeels te behouden, wat de continuïteit van de financiering verzekert. Gezien de modaliteiten in aanzienlijke mate ongewijzigd zijn gebleven en deze studie de situatie beschrijft op het moment van schrijven, richten we ons in het verdere verloop van de studie op de financieringswijze zoals van toepassing op 31 december 2018.

**Organisatiestructuur.** Met (semi-)residentiële ouderenzorg worden voorzieningen bedoeld waar een oudere persoon tijdelijk of permanent kan verblijven als bewoner. Een bewoner heeft er haar residentie en kan er ook geheel of gedeeltelijk gebruik maken van huishoudelijke hulp, hulp bij dagdagelijkse taken, verzorging en verpleging. In deze studie verstaan we onder ouderenvoorzieningen de woonzorgcentra, de centra voor kortverblijf en de dagverzorgingscentra (BVR van 24 juli 2009).

- *Woonzorgcentra* bieden permanente opvang en verzorging aan 65-plussers die niet meer thuis kunnen wonen. De voorzieningen bieden zowel huisvesting als ouderenzorg in een thuisvervangend milieu aan (artikel 37/38 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009).
- *Centra voor kortverblijf* bieden tijdelijke verzorging en opvang aan 65-plussers. Een oudere kan er verblijven voor een periode van maximaal 60 opeenvolgende dagen en maximaal 90 dagen per jaar. De centra zijn verbonden aan een woonzorgcentrum. De dienstverlening is er grotendeels hetzelfde als in het woonzorgcentrum of centrum voor herstelverblijf (artikel 30/32 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009).

---

<sup>8</sup> Vanaf 1 januari 2019 is de decretale basis voor de financiering het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming. De concrete financieringsbepalingen werden uitgewerkt in het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018. Wat betreft de sociale akkoorden (verschillende tewerkstellingsmaatregelen) zal sinds 1 januari 2019 het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 van toepassing zijn.

- *Dagverzorgingscentra* bieden opvang en verzorging overdag aan 65-plussers. Het centrum neemt tijdelijk de opvang en zorg over van de mensen die normaal de zorg thuis opnemen (mantelzorgers of thuiszorgdiensten). Eventueel organiseert een DVC ook nachtopvang (artikel 25/27 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009).

**Eigendomsstructuur.** Naast de organisatiestructuur, kunnen centra verder ook nog verschillen wat betreft de eigendomsstructuur. Het beheer van een voorziening kan namelijk in handen zijn van een vzw, een privébestuur of een OCMW. De eigendomsstructuur maakt een belangrijk verschil uit in doelstellingen, beleid, effectiviteit en efficiëntie, en de manier waarop ze gesubsidieerd worden.

**Bewoners.** Er wordt een onderscheid gemaakt tussen rechthebbende en niet-rechthebbende bewoners. Rechthebbende bewoners zijn volgens het Ministerieel besluit van 6 november 2003 de “[...] *patiënten opgenomen in een inrichting of in een deel van een inrichting, erkend als rust- en verzorgingstehuis, en die aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 1, 20<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 29 december 1997 [...]*”. Iedereen die in België bijdragen voor de sociale zekerheid betaalt via zijn inkomen (de RSZ-bijdrage) en de personen die hem ten laste vallen, behoren aldus tot rechthebbenden. Niet-rechthebbenden zijn personen die geen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (bv. Europese ambtenaren).

**Leeftijd.** Hoewel de sector ouderenzorg in principe opvang biedt aan gebruikers van 65 jaar of ouder, mag een erkend woonzorgcentrum, dagverzorgingscentrum of centrum voorkortverblijf jongere gebruikers opnemen. Dit mag enkel indien er in de woonomgeving van de gebruiker geen andere voorzieningen beschikbaar zijn die de zorgvraag gepast kunnen beantwoorden. Ze moeten hiertoe een verslag ter beschikking stellen waaruit dit blijkt (BVR van 24 juli 2009). Het BVR van 24 juli 2009 stelt verder dat “*per erkend woonzorgcentrum [] het aantal gebruikers jonger dan 65 jaar, maximaal 10% van het totale aantal erkende woongelegenheden van dat woonzorgcentrum [mag] bedragen.*”

## 2 Financiëring van de woonzorgcentra

**Instellingsfinanciering.** Het huidige financieringssysteem van de ouderenzorg is een instellingsfinanciering. Een woonzorgcentrum kan rekenen op drie belangrijke financieringsbronnen: de inkomsten uit de RIZIV-financiering, de door de bewoner betaalde dagprijs en diverse subsidies, zowel op federaal (tewerkstellingsmaatregelen) als op Vlaams niveau (werkingssubsidies).

In wat volgt zullen we de RIZIV-financiering kort toelichten. Daarna worden de overige financieringsstromen overlopen, gaande van werkingssubsidies tot de eigen bijdrage van de bewoner. De werkingsubsidies betreffen het infrastructuurf forfait van het VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden aangelegenheden) en de animatiesubsidies. De dagprijs komt ten slotte ten rekening van de bewoner zelf en bevat niet enkel de woon-en leefkosten, maar ook alle kosten die niet elders gedekt zijn.

---

<sup>9</sup> De verstrekkingen die worden verleend door rust en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en dagverzorgingscentra die door de bevoegde overheid zijn erkend, alsmede de verstrekkingen die worden verleend door diensten en inrichtingen die zijn erkend met toepassing van artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging.

Via verscheidene tewerkstellingsmaatregelen draagt de federale overheid eveneens bij tot een indirecte financiering van de ouderenvoorzieningen. Deze financiering van personeelskosten is een belangrijke bron van indirecte financiering voor de ouderenvoorzieningen, maar is van minder belang voor het proefkader dat het onderwerp vormt voor deze studie. Om die reden zullen we hier niet verder op ingaan.

## 2.1 De RIZIV-financiering

**RIZIV-financiering.** De RIZIV-financiering draagt het grootste deel van de zorgkosten van een woonzorgcentrum. Dit gebeurt vooral door de financiering van personeelskosten. Voorts bevat het ook subsidies gekoppeld aan bepaalde tewerkstellingsmaatregelen (vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan) en het uitvoeren van sociale akkoorden (loonharmonisering, jobcreatie mobiele equipes en personeel dementie, premies voor verpleegkundigen die houder zijn van bepaalde titel of beroepsbekwaamheid). De RIZIV-financiering bestaat uit drie onderdelen: het instellingsforfait, de tegemoetkoming derde luik en de eindeloopbaanmaatregelen. Het financieringsbesluit van de rust- en verzorgingstehuizen en de rustoorden dat het instellingsforfait reguleert, kan worden teruggevonden in het Ministerieel besluit van 6 november 2003.

### 2.1.1 Instellingsforfait

Het instellingsforfait dient voornamelijk om de verzorgingskost van de bewoners te dekken. Deze forfaitaire tegemoetkoming wordt voor de bewoner bijgedragen door het RIZIV via de mutualiteit van de bewoner, en is gericht op de vergoeding van 13 onderdelen:

Tabel 10 Onderdelen instellingsforfait

Deel	Omschrijving
A1	Personeelskost zorgpersoneel volgens normering
A2	Bepaalde vergoeding voor bovennormpersoneel
A3	Vergoeding baremaharmonisering zorgkundigen
B1	Vergoeding voor zorgmateriaal
B2	Producten en materiaal ter voorkoming nosocomiale ziekten
C	Palliatieve functie
D	Administratiekost (RIZIV-administratie)
E1	Functiecomplement voor hoofdverpleegkundige in RVT
E2	Functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, hoofdparamedici en verpleegkundig coördinatoren in RVT en ROB
E3	Financiering referentiepersoon dementie
F	Coördinerend en raadgevend arts
G	Leegstand kortverblijf
H	Functie begeleiding demente bewoners

In wat volgt gaan we eerst dieper in op het centrale deel A van het instellingsforfait. De hoogte van deel A wordt bepaald aan de hand van drie parameters: de zorgomkadering (kenmerken van het normpersoneel), de erkenningsstatus van het woonzorgcentrum en het zorgprofiel van de bewoners. Daarna lichten we de andere onderdelen toe.

- **Normpersoneel.** Elke instelling moet voldoen aan een aantal verplichte personeelsnormen die uitgerekend worden in functie van de zorgbehoevendheid van de bewoners. De eerste drie subonderdelen van het instellingsforfait zijn dan ook specifiek gericht op de RIZIV personeelsnormen.<sup>10</sup> Deze normen zijn reglementair bepaald in het financieringsbesluit van de rust- en verzorgingstehuizen en de rustoorden (MB van 6 november 2003). Het is voornamelijk de loonkost van het normpersoneel dat via het instellingsforfait vergoed wordt op basis van de invulling van deze normen.
- **Erkenningsstatus.** Een woonzorgcentrum beschikt over drie mogelijke types van *erkenningen*. Naast de erkende capaciteit “Rustoord voor Bejaarden” (ROB) gaat het om erkenningen “Rust- en Verzorgingstehuizen” (RVT) en “Kortverblijf” (KVB). In functie van de erkenning wordt een bepaalde zorgomkadering gefinancierd. De normering van ROB en KVB-erkenningen zijn erg gelijkend. Enkel voor de RVT-erkenningen wordt een ruimere zorgomkadering gefinancierd, vooral omdat deze erkenningen bedoeld zijn voor bewoners met een relatief zware nood aan zorg (KB van 21 september 2004).
- **Zorgprofiel.** Niet enkel de erkenningsstatus, maar ook het *zorgprofiel* van de bewoners bepaalt het gesubsidieerde normpersoneel. De bewoner heeft een bepaalde mate van zorg nodig en die wordt vastgesteld aan de hand van criteria betreffende dagelijkse activiteiten zoals de mate waarin men zich zelfstandig kan wassen, kleden, verplaatsen, eten... De evaluatie van deze vragen gebeurt door een arts en resulteert in één van de vijf verschillende categorieën van de Katz-schaal (zie Tabel 11). Elke categorie komt overeen met een bepaald zorgprofiel:

Tabel 11 Zorgprofielen in de sector ouderenzorg

Katz-Score	Omschrijving
O	Bijna geen zorg of hulp nodig, zelfstandig: hiervoor wordt geen profiel toegekend in de thuisverpleging.
A	Lichte zorg: beperkte hulp nodig
B	Zorgafhankelijk: uitgebreide hulp nodig van derden
C	Zwaar zorgafhankelijk: volledige afhankelijkheid van derden, deze categorie omvat ook de comateuze bewoners (type Cc) en bewoners met dementie (type Cd)
D	De rechthebbenden waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd. Het bilan voor dementie dient uitgevoerd te worden door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag.

<sup>10</sup> Naast de RIZIV-normen die bepalend zijn voor de financiering, zijn er ook specifieke personeelsnormen in de Vlaamse basiserkenning en specifieke personeelsnormen voor de RVT-erkenning. Deze normen zijn beslissend voor de erkenning. Bij een tekort aan personeel, verliest men zijn erkenning en bijgevolg ook zijn RIZIV-financiering.



**Normbepaling.** De erkenningsstatus samen met het zorgprofiel van de bewoners bepaalt hoeveel normpersoneel er gesubsidieerd *kan* worden. Dit normpersoneel wordt opgesplitst in vier groepen: (1) verpleegkundigen, (2) zorgkundigen, (3) kinesisten/ergotherapeuten/logopedisten en (4) personeel voor reactivering. Tabel 12 toont per 30 bewoners in een bepaald zorgprofiel en in een bepaalde erkenningsstatus, het normpersoneel per kwalificatie (uitgedrukt als VTE). Voor elk woonzorgcentrum wordt het normpersoneel berekend. Voor de bepaling van de loonkost van het normpersoneel wordt rekening gehouden met de gemiddelde baremieke anciënniteit per personeelskwalificatie (met een beperkt aantal anciënniteitsdrempels).

Tabel 12 Normpersoneel per kwalificatie, zorgprofiel en erkenningsstatus

KATZ-score	Verpleegkundigen	Zorgkundigen	Kinesist en/of ergotherapeut en/of logopedist	Personeel voor reactivering	Personeel voor reactivering per 30 KVB-patiënten (liaisonfunctie KVB)
ROB - O	0,25				1,40
ROB - A	1,20	1,05			1,40
ROB - B	2,10	4		0,35	1,40
ROB - C	4,10	5,06		0,385	1,40
ROB - Cd	4,10	6,06		0,385	1,40
ROB - D	1,2	4		1,25	1,40
RVT - B	5	5,2	1	0,1	
RVT - C	5	6,20	1	0,65	
RVT - Cd	5	6,7	1	0,65	
RVT - Cc	7	12	1	1,5	

Bron: Ministerieel besluit van 6 november 2003

**Forfaitbepaling.** Het exacte bedrag van het instellingsforfait is aldus gebaseerd op 3 pijlers: (1) de erkenningsstatus van het woonzorgcentrum; (2) de zorgzwaarte van de bewoners en (3) de kenmerken van het normpersoneel (anciënniteit en kwalificaties). De subsidie wordt op basis van de invulling van de normen berekend. Dit wil zeggen dat enkel indien het woonzorgcentrum over voldoende personeel beschikt, het op het volledige bedrag aanspraak kan maken. Worden de personeelsnormen niet gehaald, dan wordt de financiering verminderd. Bepaalde compensatieregels laten wel toe het tekort voor een bepaalde kwalificatie op te vullen door het overschot van een andere kwalificatie. Zo wordt rekening gehouden met de krapte voor bepaalde beroepsprofielen op de arbeidsmarkt. Dit is het zogenoemde “**Deel A1**” van het instellingsforfait.

Indien er meer personeel aanwezig is dan bepaald door de norm en er dus vanuit het woonzorgcentrum een extra zorginspanning wordt geleverd, kan eveneens “**Deel A2**” worden gevorderd (een tegemoetkoming als aanmoediging voor bijkomende zorginspanningen). Deze tegemoetkoming bedraagt per bewoner en per dag maximaal 9,74% van deel A1. “**Deel A3**” is een bijkomstige tegemoetkoming bedoeld om de harmonisering van de barema’s te dekken voor het verzorgingspersoneel dat beschikt over een kwalificatie als zorgkundige. De medische honoraria en de terugbetaalbare geneesmiddelen zijn niet in het instellingsforfait vervat, maar worden vergoed volgens de normale regels van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.

**Andere delen.** Het instellingsforfait bestaat verder uit tien andere delen. Hieronder worden ze achtereenvolgens onder de loep genomen.

Het forfait voor het verzorgingsmateriaal ("**deel B1**") verschilt naargelang het zorgprofiel van de bewoner. De B1 forfaits per Katz-score zijn (MB van 6 november 2003):

- Cat. O: 0,13 euro
- Cat. A: 0,26 euro
- Cat. B: 0,39 euro
- Cat. C: 0,53 euro
- Cat. Cc: 8,60 euro
- Cat. D: 0,39 euro

De financiering voor producten en materiaal ter voorkoming van nosocomiale ziekten, i.e. infecties opgelopen tijdens het verblijf, ("**deel B2**") is hetzelfde voor alle zorgprofielen en bedraagt 0,07 euro in zowel ROB, RVT en CVK.

"**Deel C**" is een tegemoetkoming voor de financiering van de palliatieve functie, meer specifiek voor de financiering van de opleiding en de sensibilisatie voor palliatieve verzorging van het personeel. Deze tegemoetkoming bedraagt 0,35 euro per bewoner met een B of C, Cd-profiel in ROB, RVT of CVK.

"**Deel D**" is een tegemoetkoming in de beheerskosten en in de kosten voor gegevensoverdracht die dezelfde is ongeacht het zorgprofiel. Deze tegemoetkoming bedraagt 0,13 euro voor elk zorgprofiel in ROB, RVT of CVK.

"**Deel E1**" is een tegemoetkoming voor de functie van hoofdverpleegkundige in RVT. Deze tegemoetkoming bedraagt 0,71 euro voor elk zorgprofiel in RVT. "**Deel E2**" is een tegemoetkoming voor het functiecomplement van zorgcoördinatoren met een baremieke anciënniteit van minstens 18 jaar en die voldoen aan opleidingsvoorwaarden bepaald in het Ministerieel besluit van 6 november 2003. Uit de forfaitberekening 2017 blijkt dat 71% van de woonzorgcentra recht hebben op een deel E2 en dat voor deze voorzieningen het gemiddelde bedrag E2 dat gefinancierd wordt gelijk is aan 0,071 euro per verblijfsdag (Nota Vlaamse Regering, 2018). "**Deel E3**" is een tegemoetkoming voor het tewerkstellen van een referentiepersoon<sup>11</sup> dementie. Uit de forfaitberekening 2017 blijkt dat 53% van de woonzorgcentra recht hebben op een deel E3 en dat het gemiddelde bedrag E3 voor deze voorzieningen gelijk is aan 0,78 euro per verblijfsdag (Nota Vlaamse Regering, 2018).

"**Deel F**" is een tegemoetkoming voor de functie van coördinerend geneesheer in RVT. Deze tegemoetkoming is bepaald in het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en bedraagt 0,61 euro voor elk zorgprofiel in RVT.

"**Deel G**" is een tegemoetkoming voor de leegstand in centra voor kortverblijf. Deze tegemoetkoming is bepaald in het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en bedraagt 1,82 euro voor elke erkende woongelegenheden CVK.

"**Deel H**" is een forfaitaire tegemoetkoming voor de opleiding en de sensibilisering van het personeel op vlak van dementie. Deze tegemoetkoming is bepaald in het Ministerieel besluit van 6 november 2003 en bedraagt 0,35 euro voor bewoners met een zorgprofiel Cd in ROB, RVT of CVK.

---

<sup>11</sup> De referentiepersoon heeft bepaalde specifieke taken verbonden aan zijn functie. Hij treedt op als een raadgever in het kader van de omkadering van personen die lijden aan dementie, maakt het personeel bewust van beginnende dementie, en staat de directie bij in het organiseren van opleidingen rond dementie.

### 2.1.2 Tegemoetkoming “derde luik”

**Loonharmonisatie.** De tegemoetkoming “derde luik” regelt een financiering in uitvoering van de sociale akkoorden van 2000 (loonharmonisering) en 2011/2013 (jobcreatie: mobiele equipes en extra personeel voor bewoners met dementie). De woonzorgcentra ontvangen via dit financieringskanaal een tussenkomst voor de extra kost van loonsverhogingen, afgesproken voor het personeel van het woonzorgcentrum in het kader van loonharmonisering met de ziekenhuizen, en voor jobcreatie. Het derde luik heeft enkel betrekking op het personeel buiten de zorg en het zorgpersoneel boven de norm (administratief, onderhoud, etc.) en het personeel boven de norm. De baremaharmonisatie van het normpersoneel wordt namelijk opgenomen in het instellingsforfait A1.

In tegenstelling tot het instellingsforfait, dat via de mutualiteiten wordt betaald, wordt de tegemoetkoming derde luik door het RIZIV rechtstreeks aan de voorzieningen uitbetaald via voorschotten en een eindafrekening. De financiering is conditioneel op het correct toepassen van de bepalingen uit de sociale akkoorden. De voorziene financiering bestaat uit een jaarlijkse financiële tegemoetkoming per VTE. Dat bedrag werd berekend op basis van de extra kost door loonharmonisering specifiek voor dit barema. Tabel 13 geeft een overzicht van de tegemoetkoming derde luik per kwalificatie.

Tabel 13 Derde luik financiering, vanaf 01/02/2012 (index 117,27)

	Jaarlijkse financiële tegemoetkoming (per VTE)
<b>Verpleegkundige A1</b>	€6.735,73
<b>Verpleegkundige A2</b>	€6.381,85
<b>Zorgkundige</b>	€10.240,11
<b>Kine, ergo, logo, reactivering</b>	€3.030,10
<b>Andere (private voorziening)</b>	€9.863,62
<b>Andere (openbare voorziening)</b>	€3.530,40

Bron: VVSG, 2017

De tegemoetkoming voor niet-zorgpersoneel wordt anders ingevuld voor de private en de openbare voorzieningen. De private voorzieningen ontvangen een tegemoetkoming voor het niet-zorgpersoneel in functie van het effectieve aantal VTE niet-zorgpersoneel. De openbare voorzieningen ontvangen een tegemoetkoming berekend op basis van het aanwezige VTE-zorgpersoneel. De achterliggende verklaring ligt in de verwevenheid van OCMW-voorzieningen met andere OCMW-diensten.

### 2.1.3 Eindeloopbaanmaatregel

**Eindeloopbaan en arbeidsduurvermindering.** In het Federale Gezondheidsakkoord van 1 maart 2000 werd de maatregel eindeloopbaan en arbeidsduurvermindering ingevoerd. Het Gemeenschappelijk Comité van de overheidsdiensten heeft deze maatregel eveneens opgenomen (protocol nummer 120/2 van 28 november 2002), waardoor deze maatregelen ook gelden in de openbare gezondheidssectoren. De invoering ervan bleek noodzakelijk om de uitstroom van het zorgpersoneel te beperken. Het doel is personeel te stimuleren om langer aan het werk te blijven in de zorgsector.

In de rusthuissector is deze maatregel van toepassing voor de verpleegkundigen en de zorgkundigen, de maatschappelijke assistenten en psychologische assistenten, de psychologen, orthopedagogen en

pedagogen, de opvoeders begeleiders, de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, audiologen en diëtisten en werknemers in de artikelen 54bis en 54ter<sup>12</sup>. Het gelijkgesteld personeel is het personeel dat niet onder de voorgaande categorieën valt, maar voldoet aan een aantal extra voorwaarden.

De maatregel bestaat uit twee opties: een arbeidsduurvermindering met loonbehoud en/of een financiële premie. Wanneer aan een aantal voorwaarden voldaan zijn, gaan de maatregelen op in drie verschillende leeftijdssprongen met daaraan een verschillend niveau van arbeidsduurvermindering en/of premies gekoppeld. De keuze tussen de arbeidsduurvermindering en premie is enkel van kracht bij verpleegkundigen. Voor 50-plussers wordt de combinatie premie en arbeidsduurvermindering eveneens mogelijk. Werknemers die deeltijds werken, hebben ook recht op deze maatregel in verhouding tot hun gepresteerde arbeidstijd.

**Financiering.** De financiering van deze maatregelen bestaat uit een compensatie bedoeld om de kostprijs van de premies te dekken en de vervangers voor de uren arbeidsduurvermindering. Dit gebeurt enkel op voorwaarde dat de vrijgekomen uren na de arbeidsduurvermindering effectief ingevuld worden door een nieuwe aanwerving of door de verhoging van de werkelijke arbeidsduur van andere werknemers in de voorziening. De premie wordt berekend op basis van de gemiddelde jaarlijkse loonkost tijdens de referentieperiode en de tussenkomst voor de arbeidsduurvermindering komt neer op de kostprijs van de vervanger.

## 2.2 Financiering op Vlaams niveau

### 2.2.1 Het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)

**Infrastructuursubsidies.** Het VIPA heeft tot doel subsidies te verlenen aan welzijns- en gezondheidsinstellingen die infrastructuurwerken willen uitvoeren, voor zover zij opereren zonder winstoogmerk. Het komt tussen in de bouwkost voor een vast bedrag per m<sup>2</sup>, dat overeenkomt met ongeveer 60% van de geraamde bouwkost via een jaarlijkse gebruikstoelage die over 20 jaar loopt. Naar aanleiding van de studie van Pacolet et al. (2012) werd de VIPA-subsidie gewijzigd. In uitvoering van de resolutie van het Vlaams parlement van 19 juni 2013 zijn er vanaf 2015 geen nieuwe dossiers meer goedgekeurd onder de VIPA-subsidieregels. Begin 2017 is de regelgeving goedgekeurd voor de opstart van het infrastructuurforfait in de woonzorgcentra.

**Infrastructuurforfait.** Het uitgangspunt van de Vlaamse regering is dat de gebruiker nog steeds zelf instaat voor de huisvestingskost, maar dat een forfaitaire korting op de dagprijs helpt om de kosten te dragen van een infrastructuurinvestering verbonden aan het zorggerelateerd én collectief karakter van het gebouw. Het infrastructuurforfait wordt betaald aan de voorziening die de korting van 5 euro per dag zichtbaar op de factuur doorrekent ten voordele van de bewoner die een woongelegenheid gebruikt die het voorwerp uitmaakte van een investering (nieuwbouw, vernieuwbouw, verbouwing). Onderhoudsinvesteringen komen daarbij niet in aanmerking.

---

<sup>12</sup> Personeelsleden die niet voldoen aan de bekwaamheids- en kwalificatievoorwaarden om als verpleegkundige of als beoefenaar van een paramedisch beroep te worden erkend, maar die vanaf 1 januari 1990 minstens 3 jaar werkzaamheden hebben uitgeoefend in een verzorgingsinstellingen.

### 2.2.2 Subsidie voor de animatiewerking

**Subsidie.** Woonzorgcentra zijn verplicht om animatie te organiseren en daarbij te voldoen aan de personeels- en kwalificatienormen. Voor 2016 waren er enkel subsidies voor animatie in de private non-profit en de openbare woonzorgcentra. Deze subsidies waren gebaseerd op het aantal voltijdse werkrachten dat in de betrokken voorziening werkzaam was. Vanaf 1 juli 2016 subsidieert Vlaanderen de animatiewerking van alle woonzorgcentra, ongeacht hun rechtsvorm. De wijze waarop de subsidie wordt toegekend veranderde eveneens. De animatiesubsidies zijn niet langer gekoppeld aan de werkrachten, maar aan het zorgzwaarteprofiel van de bewoner en dus aan het instellingsforfait. Alle Vlaamse woonzorgcentra ontvangen vanaf 1 juli 2016 een supplement op hun instellingsforfait van 2,2318% indien ze voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. erkend zijn gedurende het werkingsjaar of het gedeelte ervan waarvoor de subsidies worden toegekend;
2. gedurende het werkingsjaar of het gedeelte ervan waarvoor de subsidies worden toegekend, voldoen aan de geldende personeelsnorm in de woonzorgcentra wat de animator betreft;
3. een jaarplan opmaken over de animatiewerking en de uitvoering ervan;
4. beschikken over een uitgeschreven visie met betrekking tot de animatiewerking.

De uitbetaling van de subsidie verloopt samen met het instellingsforfait (BVR van 24 juli 2009).

**Personeelsnorm.** De personeelsnorm bepaalt hoeveel animatoren er moeten zijn. Het gaat om 0,5 voltijds equivalent per 30 erkende woongelegenheden. Vanaf 120 woongelegenheden wordt dat teruggebracht tot 0,25 voltijds equivalent per 30 bijkomende woongelegenheden. Het aantal woongelegenheden van het woonzorgcentrum wordt samengeteld met het aantal woongelegenheden kortverblijf.

## 3 Financiering van de dagverzorgingscentra

Dagverzorgingscentra bevinden zich op het snijpunt tussen thuiszorg en residentiële zorg. Ze hebben als opdracht om gebruikers overdag verzorging, activering, animatie en psychosociale ondersteuning te bieden. Deze zorgvorm laat toe om ouderen langer thuis te houden en de mantelzorgers te ontlasten. In tegenstelling tot de woonzorgcentra, krijgen de dagverzorgingscentra jaarlijkse, vaste subsidiebedragen. Het bedrag is afhankelijk van de gemiddelde bezettingsgraad van het werkingsjaar in kwestie. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee types dagverzorging afhankelijk van de uitbating. Enerzijds zijn er de dagverzorgingscentra uitgebaat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (conform art 51.), anderzijds zijn er de "gewone" dagverzorgingscentra (niet-conform artikel 51) en de dagverzorgingscentra voor palliatieve zorg. Enkel de "gewone" dagverzorgingscentra zijn onderwerp van deze studie.

**Bezettingsgraad.** In de dagverzorgingscentra, conform art 51, betaalt de gebruiker per uur (prijs per uur). De gemiddelde bezettingsgraad wordt vervolgens berekend op basis van het totaal aantal gefactureerde uren per kalenderjaar, gedeeld door 1500. In de "gewone" dagverzorgingscentra en de dagverzorgingscentra voor palliatieve zorg wordt de berekening gebaseerd op basis het totaal aantal gefactureerde aanwezigheidsdagen per kalenderjaar, gedeeld door 250.

**Subsidies.** De eerste 3 jaar dat het in aanmerking komt voor subsidiëring, ontvangt het dagverzorgingscentrum het maximale subsidiebedrag, ongeacht de gerealiseerde gemiddelde bezetting. Vanaf het 4de erkenningsjaar moet het een minimale gemiddelde bezettingsgraad behalen van 4 om subsidies te ontvangen. Bij een gemiddelde bezettingsgraad van 10, wordt het maximale subsidiebedrag toegekend<sup>13</sup>.

De subsidies die toegekend worden aan dagverzorgingscentra (niet conform artikel 51 van bijlage IX over de erkenningsvoorwaarden van dagverzorgingscentra) en dagverzorgingscentra voor palliatieve zorg kunnen terugvonden worden op de eerste rij van Tabel 14. De tweede rij geeft vervolgens de subsidies weer voor de dagverzorgingscentra uitgebaat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (conform artikel 51 van bijlage IX over de erkenningsvoorwaarden van dagverzorgingscentra).

Tabel 14 Subsidies dagverzorgingscentra

	Gemiddelde bezettingsgraad						
	≥10	≥9	≥8	≥7	≥6	≥5	≥4
<b>Niet conform art. 51</b>	€37.883,75	€35.935,45	€33.987,13	€32.038,82	€30.090,52	€28.142,22	€26.193,92
<b>Conform art 51.</b>	€24.895,04	€24.245,59	€23.596,17	€22.946,73	€22.297,29	€21.647,85	€20.998,42

Bron: VVGS, 2017

Het jaarlijkse subsidiebedrag wordt toegekend op basis van de erkenning op 1 januari van het werkingsjaar in kwestie.

**Bijzondere erkenning.** Erkende dagverzorgingscentra (niet uitgebaat door een dienst voor gezinszorg, dus niet-conform artikel 51) kunnen bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een bijzondere erkenning aanvragen als centrum voor dagverzorging voor zorgafhankelijke ouderen. Met die bijzondere erkenning krijgen ze RIZIV-financiering op basis van een dagforfait (F-forfait) (bijlage 2 van het KB van 21 september 2004). De bijzondere erkenning is voor maximaal 5 verblijfseenheden. De voorwaarden voor erkenning zijn de volgende:

- Alleen dagverzorgingscentra niet-conform artikel 51 (niet uitgebaat door een dienst voor gezinszorg) kunnen een bijzondere erkenning aanvragen.
- Het dagverzorgingscentrum moet erkend zijn.
- Het centrum moet een functionele binding hebben met een rusthuis/woonzorgcentrum of een rust- en verzorgingstehuis (RVT).
- Als het centrum zich bevindt in een woonzorgcentrum of een rust- en verzorgingstehuis, wordt een aparte eenheid gecreëerd.
- Het centrum moet voldoen aan de personeelsnorm, namelijk per 15 gebruikers moet er minstens
  - 0,75 VTE verpleegkundig personeel;
  - 2,03 VTE verzorgend personeel;
  - 0,60 VTE-personeel dat instaat voor de reactivering van ouderen;
  - 0,35 VTE-kinesitherapeut of ergotherapeut of logopedist zijn;
  - En minstens één persoon die aan de voorwaarden van de personeelsnorm voldoet, moet permanent aanwezig zijn om de opvang en verzorging van de bewoners te verzekeren.

<sup>13</sup> Het aantal gebruikers in een dagverzorgingscentrum uitgebaat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende (conform art 51.) is op jaarbasis beperkt tot gemiddeld 10.

#### 4 Financiering van de centra voor kortverblijf

Het instellingsforfait, zoals besproken bij de financiering van de woonzorgcentra, is eveneens van toepassing op de centra voor kortverblijf. We verwijzen dan ook naar sectie 2.1 voor meer informatie. De personeelsnormen die van kracht zijn kunnen worden teruggevonden in Tabel 12. Daarnaast krijgen de centra voor kortverblijf, net zoals de dagverzorgingscentra, jaarlijkse, vaste subsidiebedragen toegekend. Het bedrag is afhankelijk van de gemiddelde bezettingsgraad van het werkingsjaar in kwestie.

**Bezettingsgraad.** De gemiddelde bezettingsgraad is het aantal gefactureerde aanwezigheidsdagen per kalenderjaar, gedeeld door 365 en gedeeld door het aantal erkende woongelegenheden op 1 januari.

Bij de berekening wordt geen rekening gehouden met dagen van onvoorziene afwezigheid en het aantal aanwezigheidsdagen dat de maximale verblijfsduur overschrijdt (maximaal 60 opeenvolgende dagen of maximaal 90 dagen per kalenderjaar) die niet gemotiveerd worden door het multidisciplinaire team dat de gebruiker verzorgd. Er wordt wel rekening gehouden met het aantal aanwezigheidsdagen dat de maximale verblijfsduur overschrijdt die wel gemotiveerd worden.

**Subsidies.** De eerste 3 jaar dat het centrum voor kortverblijf in aanmerking komt voor subsidiëring, ontvangt het een subsidie van 2.543,78 euro per woongelegenheden ongeacht de gerealiseerde gemiddelde bezetting. Vanaf het 4e erkenningsjaar moeten ze een minimale gemiddelde bezettingsgraad van 50% behalen (berekend in dagen) om de subsidie te ontvangen.

**Dagprijs en supplementen.** In een centrum voor kortverblijf betaalt een bewoner een dagprijs. Daarnaast kan het centrum nog supplementen aanrekenen voor kosten zoals internet of telefonie.

#### 5 Dagprijs

**Samenstelling.** De dagprijs betreft vooral de bijdrage van de bewoner in de onkosten voor het verblijf, de zogenaamde hotel- of woonfunctie (het gebruik van de infrastructuur, nutsvoorzieningen, maaltijden, onderhoud en zo meer...). Daarnaast zal het gedeelte van de zorgkost dat niet door de RIZIV-financiering en andere subsidies kan gedragen worden, ook deels in de dagprijs aangerekend worden. De dagprijs omvat dus individuele woon-en leefkosten, alsook sommige collectief gedragen zorg- en beleidskosten (de zogenaamd zorg- en beleidscomponent van de dagprijs). Daarnaast worden er eveneens zogenaamde supplementen aangerekend die de individuele en gepersonaliseerde uitgaven dekken (kapper, was, ...). Ten slotte zijn er “de vergoedingen ten gunste van derden”, waaronder de uitgaven vallen die de voorziening betaalt op naam van de bewoner en die door de bewoner wordt terugbetaald aan de voorziening (bv. facturen van de kinesist). Er kan eveneens een all-in dagprijs worden aangerekend, wanneer alle voorgaande kosten deel uitmaken van de dagprijs. Voorzieningen kunnen ook kortingen toestaan voor bewoners van eigen gemeente in de vorm van een korting of een extra vergoeding. Op 1 mei 2017 bedroeg de gemiddelde dagprijs in Vlaanderen 56,30 euro (Website Zorg en Gezondheid). Tabel 15 toont de gemiddelde dagprijzen in Vlaanderen, uitgesplitst naar eigendomsstructuur.

Tabel 15 Gemiddelde dagprijs in woonzorgcentra, naar eigendomsstructuur op 1 mei 2017

Eigendomsstructuur	Openbaar	Privé	VZW
Totaal Vlaanderen	€53,67	€61,96	€54,77

Bron: Website Zorg en Gezondheid

In bijlage 1 van het Ministerieel Besluit van 14 februari 2007 wordt de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden bepaald. Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende vier functies: de woonfunctie, de leeffunctie, de beleidsfunctie en de zorgfunctie. In de “Model for Automatic Resthome Analysis” (MARA)-analyse 2010-2013, uitgevoerd door Zorgnet Vlaanderen, Corilus en Belfius Bank werd een beeld geschetst over de verdeling van deze vier functies binnen de woonzorgcentra. De analyse geeft echter de verdeling van de totale financiering van de woonzorgcentra weer en niet enkel van de dagprijs.

**Tussenkomst.** Indien een bewoner over onvoldoende financiële middelen beschikt om de dagprijs van het woonzorgcentrum te betalen, kan het OCMW, onder bepaalde voorwaarden, een tussenkomst verlenen. Het lokale bestuur bepaalt de voorwaarden maar het vereist in de meeste gevallen een grondig financieel onderzoek.

**Controle.** De Vlaamse overheid bepaalt niet alleen wat er in de dagprijs mag worden opgenomen, maar ziet ook op toe op de betaalbaarheid voor de bewoners. Dit doen ze door controle uit te oefenen door de Vlaamse erkenningsinspectie. Bij elke wijziging van de dagprijs, is de voorziening verplicht om een aanvraag in te dienen bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. De Vlaamse administratie zal de wijziging controleren en al dan niet goedkeuren. De nieuwe prijs moet uiterlijk 30 dagen voor de toepassing meegedeeld worden. In het geval er geen tegenbericht plaatsvindt door het Agentschap Zorg en Gezondheid, mag de prijsaanpassing doorgevoerd worden door de voorziening. Indien de dagprijsverhoging meer dan 5 euro bedraagt, geldt een fasering (Pacolet et al., 2018).



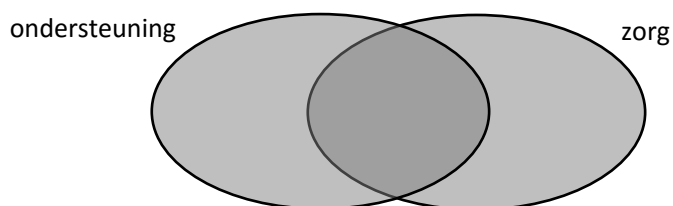
## Hoofdstuk 5

### Vergelijking sector voor personen met een handicap en ouderenzorg

In dit hoofdstuk vergelijken we beide sectoren. Hoewel er veel gelijkenissen en parallellen zijn tussen beide sectoren, zijn voor deze studie een aantal verschillen cruciaal. We bespreken deze verschillen hieronder kort en gaan dan dieper in op het fenomeen dubbele financiering.

#### 1 Vergelijking van beide sectoren

**Finaliteit.** In Hoofdstuk 3 van deze studie beschreven we hoe het persoonsvolgend budget kan gebruikt worden door de persoon met een handicap om de gewenste ondersteuning te verwerven. In Hoofdstuk 4 bespraken we de financiering van de aangeboden zorg binnen de sector ouderenzorg. De sector voor personen met een handicap en de sector ouderenzorg hebben elk een verschillend doelpubliek, maar ook een eigen finaliteit. Ook al is het onderscheid niet altijd eenvoudig eenduidig te maken, toch maken we in deze studie het conceptuele onderscheid tussen de *ondersteuning* die actoren binnen de sector voor personen met een handicap verlenen en de *zorg* die actoren binnen de sector ouderenzorg aanbieden. Zoals weergegeven in Figuur 3 overlappen de definities van zorg en ondersteuning gedeeltelijk, maar niet volledig.



Figuur 3 Schematische voorstelling van ondersteuning en zorg (Bron: Eigen bewerking)

Enkele voorbeelden kunnen het onderscheid tussen zorg en ondersteuning verder verduidelijken. Psychosociale ondersteuning behoort tot ondersteuning in de sector voor personen met een handicap, maar niet tot zorg in de sector ouderenzorg. Personeelskosten voor verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten en logopedisten, daarentegen, behoren wel tot zorg in de sector ouderenzorg, maar niet tot ondersteuning in de sector voor personen met een handicap. Praktische ondersteuning gegeven door zorgkundigen, ten slotte, behoort zowel tot zorg als ondersteuning.

**Inschaling van de zorgzwaarte.** Terwijl de sector voor personen met een handicap zich focust op handicap-specifieke ondersteuningsfuncties, richt de sector ouderenzorg zich meer op een medische/praktische invulling van het begrip zorg (hulp bij het wassen, etc.). Dit verschil in focus komt ook naar voren uit de keuze voor de instrumenten en de schalen om de relevante zorgzwaarte en ondersteuningsnood te objectiveren (B/P-waardes in de sector voor personen met een handicap en Katz-scores in de sector ouderenzorg). Vermits beide instrumenten een verschillend onderliggend concept hanteren (zie Figuur 3), wordt de zorgzwaarte anders gemeten en is er geen één-op-één relatie tussen de B/P-waardes en de Katz-scores.

**Leeftijd.** Zoals we bespraken in de vorige hoofdstukken, gaan beide sectoren anders om met de leeftijd van de betrokken persoon. De sector voor personen met een handicap richt zich in eerste instantie tot

personen jonger dan 65 jaar. Personen die ouder zijn dan 65 jaar en nog niet erkend zijn als persoon met een handicap, komen niet meer in aanmerking om een persoonsvolgend budget aan te vragen (wanneer de aanvraag voor de leeftijd van 65 werd ingediend, is er nog wel een tegemoetkoming mogelijk door het VAPH). De sector ouderenzorg richt zich in eerste instantie tot personen ouder dan 65 jaar. Personen die jonger zijn dan 65 jaar kunnen echter wel opgenomen worden in een ouderenvoorziening (met een maximale bezettingsgraad van 10%).

**Financieringswijze.** Naast een verschillende finaliteit en instrumentarium voor de inschaling van zorgzwaarte, is er een belangrijk verschil in de financieringswijze in beide sectoren. Zoals uitgebreid besproken in Hoofdstuk 3, heeft de sector voor personen met een handicap hoofdzakelijk gekozen voor een persoonsvolgende financiering waarvan de hoogte bepaald wordt op individuele wijze. De sector ouderenzorg, daarentegen, maakt (voorlopig) gebruik van een financiering die bepaald wordt op basis van een aantal parameters op het niveau van de voorziening, het personeel en de bewoners (zie Hoofdstuk 4). Het is bijgevolg zeer moeilijk om te bepalen hoeveel financiering er naar een specifieke bewoner gaat in de sector ouderenzorg, terwijl de budgetcategorie voor elke budgethouder in de sector voor personen met een handicap precies gekend is.

**Uitgavenposten.** De financiering verloopt niet enkel op een verschillende wijze, ook worden verschillende uitgavenposten gefinancierd in de twee sectoren. Binnen de sector ouderenzorg worden, via het instellingsforfait, vooral de personeelskosten nodig voor het verschaffen van zorg gefinancierd, terwijl het persoonsvolgend budget aangevraagd kan worden voor de ondersteuning die een persoon met een handicap nodig heeft om binnen de sociaal-maatschappelijke context te kunnen functioneren volgens de gangbare normen en gebruiken. In Tabel 16 vergelijken we de invulling van instellingsforfait met de bestedingsmogelijkheden van het persoonsvolgend budget. Uit de algemene bestedingsmogelijkheden van het persoonsvolgend budget leren we dat het budget *niet* aangewend kan worden voor “*medische en paramedische behandelingen die gegeven worden door zorgaanbieders die niet door het VAPH vergund zijn*” (zie Hoofdstuk 3). Deze worden namelijk via de RIZIV-nomenclatuur vergoed. De personeelskosten van de verpleegkundigen, kinesisten, ergotherapeuten en logopedisten die gesubsidieerd worden via het instellingsforfait vallen bijgevolg buiten de scope van de bestedingsmogelijkheden van het persoonsvolgend budget. We zien dat de overlap zich dus enkel situeert op niveau van personeelskosten voor zorgkundigen en personeel voor reactivering. En dit enkel onder de voorwaarde dat het persoonsvolgend budget voor dit soort ondersteuning werd toegekend.

Tabel 16      Vergelijking instellingsforfait en ondersteuningsfuncties

Instellingsforfait	Bestedingsmogelijkheden persoonsvolgend budget
Personeelskosten voor verpleegkundigen	Dagondersteuning
Personeelskosten voor zorgkundigen	Woonondersteuning
Personeelskosten voor kinesisten, ergotherapeuten en logopedisten	Psychosociale begeleiding
Personeelskosten voor personeel voor reactivering	Praktische hulp
	Globale individuele ondersteuning
	Oproepbare permanentie

*Bron: Eigen bewerking*

**Eigen bijdrage.** In het oude (uitdovende) systeem van de bijdrageregeling is de financiële bijdrage van de personen met een handicap geplafonneerd tot 34,70 euro per dag. Dit bedrag is aanzienlijk kleiner dan de gemiddelde dagprijs van 56,30 euro die gevraagd wordt van bewoners in een ouderenvoorziening. In het nieuwe systeem van woon-en leefkosten (dat vanaf december 2020 in de volledige sector voor personen met een handicap geïmplementeerd zal zijn) kan de eigen bijdrage hoger liggen. Er blijft echter een verschil bestaan in de kosten die aangerekend mogen worden in de twee systemen. Zo kunnen bewoners van een ouderenvoorziening gevraagd worden om bij te dragen in de zorg- en organisatiegebonden kosten via de zorg- en beleidscomponent van de dagprijs, terwijl dit niet het geval is in de sector voor personen met een handicap.

## 2 Dubbele financiering

**Dubbele financiering** doet zich voor wanneer een persoon met een handicap een persoonsvolgend budget gekregen heeft om een bepaalde ondersteuningsnood te financieren terwijl dezelfde ondersteuning reeds gefinancierd wordt via de instellingsfinanciering van de ouderenvoorziening. Dubbele financiering kan dus enkel voorkomen in de donkergrijze doorsnede in Figuur 3 (voor uitgaven die zowel tot ondersteuning als zorg behoren), en enkel voor die ondersteuningsfuncties waarvoor de budgethouder een persoonsvolgend budget toegewezen heeft gekregen. Dubbele financiering kan dus enkel op het individuele niveau worden vastgesteld.

**Schema.** Figuur 4 geeft een schematische voorstelling van beide financieringsstromen. Dubbele financiering ontstaat wanneer de Federale Sociale Zekerheid via het RIZIV en de mutualiteiten voor een bepaalde uitgave financiering biedt aan de ouderenvoorziening en het VAPH dezelfde uitgave financiert via het persoonsvolgend budget. In Figuur 4 wil dit zeggen dat er voor dezelfde ondersteuning zowel een financieringsstroom is van boven naar onder als van rechts naar links. Ter illustratie wordt in deze figuur door middel van stippellijnen de situatie na 31 december 2018 weergegeven, wanneer de Vlaamse Sociale Bescherming, het Agentschap Zorg en Gezondheid en de zorgkassen de financiering van de ouderenvoorziening zullen overnemen.

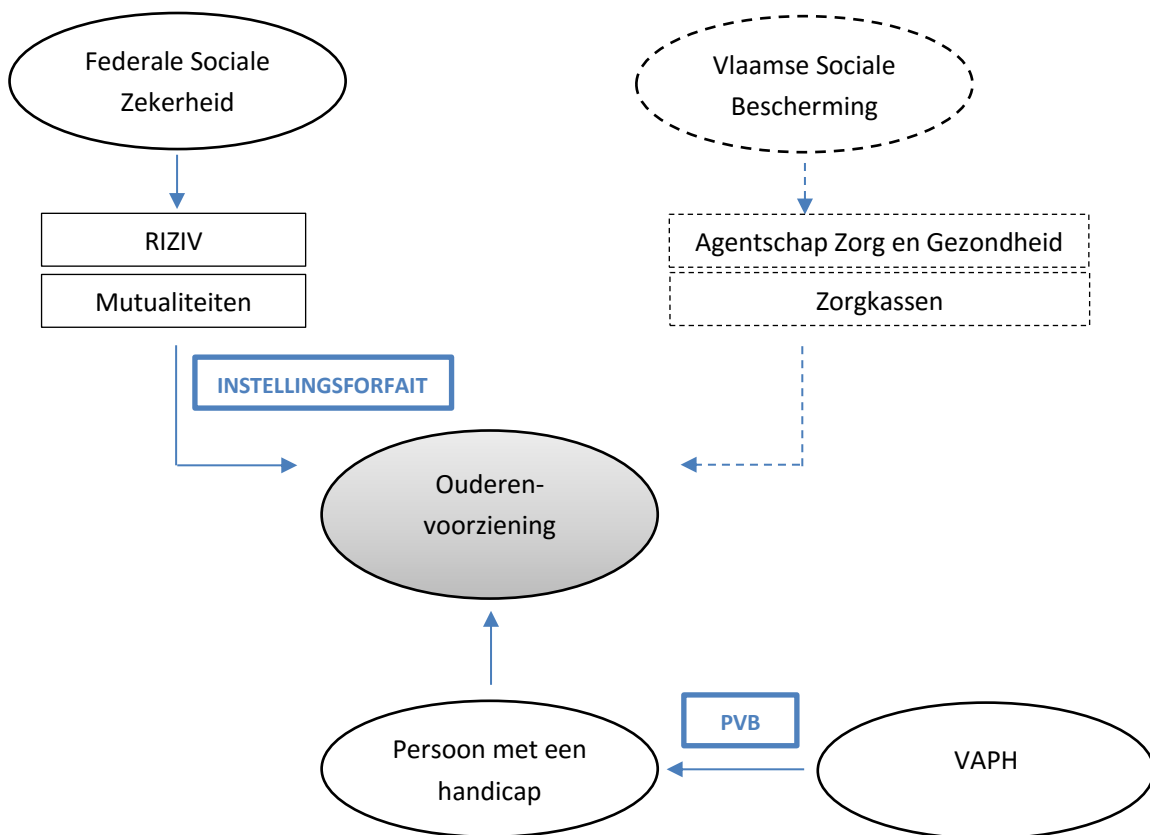
**Vermijden dubbele financiering.** Theoretisch kan dubbele financiering vermeden worden door één van beide financieringsstromen te verminderen met het bedrag dat reeds gefinancierd is. Deze werkwijze veronderstelt een sequentiële volgorde waarin de financiering uitgevoerd wordt door beide overheden (het RIZIV en het VAPH). We bekijken in deze studie het geval waarin het RIZIV eerst de hoogte (en de invulling) van het instellingsforfait bepaalt en daarna het VAPH de budgetcategorie van het persoonsvolgend budget bepaalt.<sup>14</sup> Wanneer het RIZIV eerst de hoogte en de invulling van het instellingsforfait heeft bepaald (de financieringsstroom van boven naar beneden in Figuur 4), dan kan – theoretisch althans- het VAPH rekening houden met de ondersteuningsfuncties die reeds gefinancierd zijn door het RIZIV wanneer het de hoogte van het persoonsvolgend budget bepaalt (de financieringsstroom van rechts naar links in Figuur 4). Het VAPH beschouwt de RIZIV-financiering aan de ouderenvoorziening als reeds verkregen hulp bij het opstellen van het individuele ondersteuningsplan

---

<sup>14</sup> In principe zou de sequentie ook omgekeerd kunnen worden. Wanneer het VAPH eerst de hoogte van persoonsvolgend budget bepaalt (zonder rekening te houden met eventuele dubbele financiering), dan kan het RIZIV daarna het instellingsforfait van de ouderenvoorziening met budgethouders verminderen met de hoogte van de dubbele financiering voor elk van deze budgethouders. Deze geïndividualiseerde benadering lijkt echter ver verwijderd van de collectieve logica van de instellingsfinanciering uit de sector ouderenzorg en wordt daarom niet verder uitgewerkt in deze studie.

van de bewoner (zie Hoofdstuk 3 van deze studie). Analoog aan het zogenaamde cumulverbod wordt er op deze manier geen persoonsvolgend budget toegekend voor de ondersteuningsfuncties die reeds verschaft worden door de ouderenvoorziening. Op deze wijze kan dubbele financiering vermeden worden.

**Flankerende transfers.** Vermits het VAPH geen persoonsvolgend budget dient toe te kennen voor de ondersteuningsfuncties die reeds verschaft worden door de ouderenvoorziening, dalen de totale uitgaven voor het VAPH. De totale uitgaven voor het RIZIV blijven echter ongewijzigd. Wanneer deze verdeling van de baten van het vermijden van dubbele financiering als ongewenst worden beschouwd, kunnen flankerende transfers georganiseerd worden, van het VAPH naar het RIZIV. Zo kunnen de baten in alle transparantie en naar wens herverdeeld worden. Deze flankerende transfers worden verder niet uitgewerkt in deze studie.



Figuur 4 Schematische voorstelling van de financieringsstromen (Bron: Eigen bewerking)

## Hoofdstuk 6

### Principes en beleidskeuzes

In de discussies tijdens de focusgroepen (Hoofdstuk 2 bespreekt enkele methodologische aspecten van de organisatie van de focusgroepen) kwamen een drietal principes of uitgangspunten naar voren. Deze principes hanteren respectievelijk het perspectief van de budgethouder, de ouderenvoorziening en de overheid. In de eerste sectie van dit hoofdstuk maken we deze principes expliciet zodat er in alle transparantie over gediscussieerd kan worden. Deze principes bieden een analysekader waarbinnen dubbele financiering kan benaderd worden. In de volgende sectie bekijken we enkele centrale beleidskeuzes door de lens van deze drie principes.

#### 1 Principes

##### Principe 1. Ondersteuningsneutraliteit voor de persoon met een handicap

Het eerste principe hanteert het perspectief van de persoon met een handicap aan wie een persoonsvolgend budget is toegekend. Het principe gaat uit van het idee dat deze persoon met haar budget aan haar zorg- en ondersteuningsvraag, zoals omschreven in haar ondersteuningsplan (zie Hoofdstuk 3), tegemoet moet kunnen komen. Dit staat los van haar keuze voor een opname in de sector voor personen met een handicap of de sector ouderenzorg. De verkregen ondersteuning is dan als het ware neutraal ten opzichte van de keuze voor de sector. We verwijzen naar dit principe als “ondersteuningsneutraliteit voor de persoon met een handicap”.

**Ondersteuningsneutraliteit.** De leden van de focusgroep benadrukten het belang van ondersteuningsneutraliteit vanuit de filosofie van een persoonsvolgend budget. Budgethouders verkrijgen hun persoonsvolgend budget om tegemoet te komen aan hun specifieke zorg- en ondersteuningsvraag die ze omschreven in hun aanvraag (zie Hoofdstuk 3). Hieraan werd toegevoegd door de experts in de focusgroep dat voldoen aan het principe van ondersteuningsneutraliteit soms niet eenvoudig is in praktijk. Niet alle ouderenvoorzieningen beschikken zelf over de middelen om aan handicapspecifieke ondersteuningsnoden te voldoen. Soms moeten daarvoor creatieve praktische oplossingen gezocht worden, zoals het opzetten van een samenwerking tussen actoren uit de sector voor personen met een handicap en de sector ouderenzorg.

##### Principe 2. Budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening

Het tweede principe geeft het idee van budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening weer. Volgens dit principe dient de totale financiering van een ouderenvoorziening (die ruwweg bestaat uit subsidies door de overheid en eigen bijdragen door de bewoners, zie Hoofdstuk 4), ongewijzigd te blijven wanneer een budgethouder opgenomen wordt in de plaats van een bewoner zonder een persoonsvolgend budget maar met dezelfde zorgnood.

**Financiële prikkels.** Het principe van budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening werd door de leden van de focusgroepen als zeer belangrijk aanzien. Immers, de vrees bestaat dat wanneer de totale financiering zou stijgen of dalen bij de opname van een budgethouder in de plaats van een bewoner

zonder persoonsvolgend budget, er financiële prikkels zouden ontstaan om budgethouders voorrang te geven of helemaal niet op te nemen.

- Wanneer de totale financiering voor de ouderenvoorzieningen *hoger* zou liggen bij de opname van een budgethouder, dan is het financieel voordelig voor een ouderenvoorziening om zoveel mogelijk budgethouders op te nemen. Ouderenvoorzieningen kunnen dan aan “cherry picking” doen.<sup>15</sup> Dit zou de bezettingsgraad van voorzieningen voor personen met een handicap laten dalen en het moeilijker maken voor reguliere bewoners van een ouderenvoorziening om een plaats te vinden in een ouderenvoorziening.
- Wanneer de totale financiering voor de ouderenvoorzieningen *lager* zou liggen bij de opname van een budgethouder, dan is het financieel nadelig voor een ouderenvoorziening om budgethouders op te nemen. De experts drukten de vrees uit dat een dergelijke opname bijgevolg niet, of slechts heel sporadisch, zou gebeuren. Wie wordt opgenomen in een ouderenvoorziening is namelijk tot op zekere hoogte afhankelijk van de beleidskeuzes van de ouderenvoorziening. Het opzet om budgethouders de mogelijkheid te bieden om opgenomen te worden binnen de erkende capaciteit van een ouderenvoorziening zou op deze wijze uitgehold worden.

Het principe van budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening werd dan ook door de leden van de focusgroepen als een belangrijk algemeen principe beschouwd.

**Administratieve last.** De leden van de focusgroepen merkten bovendien op dat wanneer de opname van de budgethouder gepaard zou gaan met hoge administratie lasten (wanneer bijvoorbeeld een afzonderlijk boekhoudsysteem voor bewoners met een persoonsvolgend budget dient opgezet te worden om kosten toe te schrijven aan specifieke ondersteuningsfuncties), dit zou leiden tot bijkomende kosten. Deze bijkomende kosten dienen meegerekend te worden wanneer gekeken wordt of het financieel nadelig is voor een ouderenvoorziening om een budgethouder op te nemen of niet. Dit impliceert dat de opname van een budgethouder in een ouderenvoorziening niet gepaard mag gaan met hoge administratieve lasten.

### Principe 3. Budgetneutraliteit voor de overheid

Het derde principe, budgetneutraliteit voor de overheid, houdt in dat de keuze van een budgethouder om opgenomen te worden in de sector voor personen met een handicap of in de sector ouderenzorg, geen implicaties mag hebben op het totale budget van de overheid. We beschouwen hierbij een ruim begrip van de overheid (die zowel het RIZIV als het VAPH omvat). Dit principe impliceert bijvoorbeeld dat dubbele financiering vermeden dient te worden. Dubbele financiering komt voor wanneer de overheid meerdere malen hetzelfde financiert via verschillende kanalen. Het vermijden van dubbele financiering werd door de experts beschouwd als een centraal uitgangspunt voor de betrokken overheden en administraties.

**Dubbele financiering.** Hoofdstuk 5 gaat dieper in op de vraag waar en wanneer dubbele financiering voorkomt in de context van dit project. Samenvattend gesteld, komt dubbele financiering voor wanneer de overheid tussenkomt in bepaalde kosten zowel via het kanaal van de RIZIV-financiering van de

---

<sup>15</sup> De mate waarin effectief aan “cherry picking” gedaan kan worden door ouderenvoorzieningen, wordt evenwel begrensd door de regel dat maximaal 10% van de bewoners jonger mag zijn dan 65 jaar.

ouderenvoorziening als via het kanaal van het persoonsvolgend budget van de persoon met een handicap. Om deze dubbele financiering precies te identificeren is er de bijkomende moeilijkheid dat de RIZIV-financiering voor ouderenvoorziening voornamelijk gebaseerd is op collectieve parameters van de ouderenvoorziening in haar totaliteit (de gemiddelde zorgzwaarte van de bewoners, de erkenningsstatus van de voorziening alsook de anciënniteit van het personeel), terwijl het persoonsvolgend budget gebaseerd is op de individuele zorgvraag van de persoon met een handicap.

**Wenselijkheid.** Dubbele financiering werd door de leden van de stuurgroep van dit project als maatschappelijk onwenselijk beschouwd, in het bijzonder in een sector met wachtlijsten. Het vermijden van dubbele financiering werd dan ook aanzien als één van de belangrijkste bestaansredenen van dit project.

**Administratieve last.** Ook hier kan de opmerking gemaakt worden dat budgetneutraliteit voor de overheid impliceert dat extra administratieve lasten voor de betrokken administraties vermeden dienen te worden wanneer een budgethouder zou opgenomen worden in de sector ouderenzorg. Deze extra lasten impliceren immers bijkomende kosten voor de overheid.

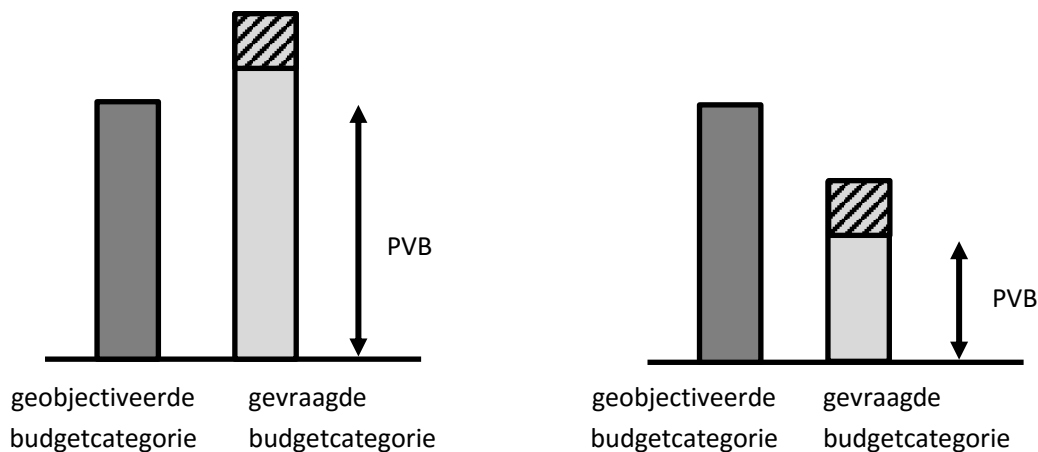
## 2 Beleidskeuzes

In deze secties bekijken we twee beleidskeuzes die trachten dubbele financiering te vermijden wanneer een budgethouder opgenomen wordt in een erkende ouderenvoorziening: (1) door een herziening van het ondersteuningsplan en (2) door een forfaitaire verlaging van het persoonsvolgend budget.

### 2.1 Herziening van het ondersteuningsplan

**Significante wijziging van de situatie.** Wanneer een budgethouder wordt opgenomen in een ouderenvoorziening kan dit beschouwd worden als een *“een significante wijziging [die zich] heeft voorgedaan in de situatie van de persoon”*. Volgens artikel 35 van het BVR van 27 november 2015 kan een dergelijke significante wijziging leiden tot een herziening van het ondersteuningsplan. Door de opname in een ouderenvoorziening wijzigt (in vele gevallen) de reeds verkregen hulp zoals die omschreven was in het oorspronkelijke ondersteuningsplan bij aanvraag van het persoonsvolgend budget (zie Hoofdstuk 3). De ouderenvoorziening is een nieuwe welzijns- en gezondheidsvoorziening in de vierde concentrische cirkel zoals beschreven in Figuur 1. De leden van de focusgroep vonden het dan ook logisch dat een dergelijke opname zou leiden tot een herziening van het ondersteuningsplan, waarbij in vele gevallen minder ondersteuningsfuncties noodzakelijk zijn.

**Impact op de budgetcategorie.** Figuur 5 geeft de mogelijke impact van de herziening op de toegekende budgetcategorie van het persoonsvolgend budget weer. Deze figuur herneemt Figuur 2 uit Hoofdstuk 3 waarbij de gearceerde lichtgrijze balkjes de impact op de budgetcategorie weergeven van de ondersteuningsfuncties die overlappen met de zorg die de ouderenvoorziening voorziet voor haar bewoners. In het linker paneel, waar de uiteindelijke budgetcategorie bepaald wordt door de geobjectiveerde budgetcategorie en niet door de gevraagde budgetcategorie in het ondersteuningsplan, heeft de herziening geen impact op de uiteindelijk toegekende budgetcategorie. In het rechterpaneel, echter, wordt de budgetcategorie wel bepaald door de gevraagde budgetcategorie en valt de toegekende budgetcategorie voor het persoonsvolgend budget lager uit.



Figuur 5 Geobjectiveerde en gevraagde budgetcategorie na opname in ouderenvoorziening (Bron: Eigen bewerking)

**Wijzigende zorgzwaarte.** Uit de discussies in de focusgroepen kwam verder naar voor dat de vraag van een persoon met een handicap om opgenomen te worden in een ouderenvoorziening vaak voorkomt uit een wijziging van de zorgzwaarte. Bij een herziening van de budgetcategorie heeft een wijziging van de zorgzwaarte (het donkergrijze balkje in Figuur 5) een impact op de hoogte van het uiteindelijk toegekende budget wanneer de nieuwe geobjectiveerde budgetcategorie lager ligt dan de gevraagde budgetcategorie (zoals weergegeven in het linker paneel van Figuur 5). De vraag of (en wanneer) de wijzigende zorgzwaarte vertaald dient te worden in een aanpassing van de hoogte van het persoonsvolgend budget, staat in principe los van de keuze van de persoon met een handicap om opgenomen te worden in de sector ouderenzorg.

We bekijken nu of de beleidskeuze om het ondersteuningsplan te herzien overeenstemt met de drie centrale principes die besproken werden in de vorige sectie.

1. **Ondersteuningsneutraliteit voor de persoon met een handicap.** De herziening van het ondersteuningsplan waarborgt dat het herziene budget overeenstemt met de nieuwe zorg- en ondersteuningsvraag van de persoon met een handicap. Zo is er voldaan aan het principe van ondersteuningsneutraliteit.
2. **Budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening.** De herziening van het ondersteuningsplan wijzigt eventueel iets aan de hoogte van het persoonsvolgend budget van de persoon met een handicap. De hoogte van de financiering van de ouderenvoorziening (zoals beschreven in Hoofdstuk 4) is niet afhankelijk van de vraag of bewoners budgethouders zijn of niet. Er is dus voldaan aan het principe van budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening.
3. **Budgetneutraliteit voor de overheid.** Zoals besproken in Hoofdstuk 5 doet dubbele financiering zich voor wanneer bepaalde ondersteuningsfuncties aanleiding geven tot financiering via het persoonsvolgend budget én tot financiering via het instellingsforfait. Bij de herziening van het ondersteuningsplan dient met de financiering uit de sector ouderenzorg zorgvuldig rekening gehouden te worden als reeds verkregen hulp door een reguliere welzijns- en gezondheidsvoorziening. De financiering kan dus geen aanleiding geven tot financiering via het persoonsvolgend budget. Er doet zich dus geen dubbele financiering voor en de keuze van een persoon met een handicap voor een opname in de sector ouderenzorg is budgetneutraal voor de overheid.



Een herziening van het ondersteuningsplan voldoet bijgevolg aan de drie centrale principes die voortkwamen uit de discussies in de focusgroepen.

**Aanvraag herziening.** Zowel de persoon met een handicap als het VAPH kunnen initiatief nemen tot een herziening van de toegekende budgetcategorie. Vermits deze herziening in vele gevallen leidt tot een verlaging van het persoonsvolgend budget<sup>16</sup>, zouden er financiële prikkels kunnen zijn voor personen met een handicap om deze herziening niet zelf aan te vragen. Een bijkomende reden voor de budgethouder om de herziening (naar beneden) niet aan te vragen is de onzekerheid of het persoonsvolgend budget opnieuw (naar boven) aangepast gaat worden, mocht de budgethouder nadien terug opgenomen wensen te worden in de sector voor personen met een handicap. Idealiter zou het VAPH dus op systematische wijze moeten onderzoeken of een volledige herziening van het ondersteuningsplan aangewezen is wanneer personen met een handicap opgenomen worden in de sector ouderenzorg.

**Administratieve kost.** Een dergelijke systematische herziening van het ondersteuningsplan kan echter leiden tot een bijkomende last voor de persoon met een handicap en extra administratieve kosten voor het VAPH. Bovendien kan een herzieningsprocedure kostbare tijd in beslag nemen voor alle betrokken actoren.

**Administratieve herziening.** Een alternatieve piste zou kunnen zijn om bij een opname van een persoon met een handicap in een ouderenvoorziening een administratieve herziening uit te voeren die start vanuit het oorspronkelijke ondersteuningsplan en daarop incrementeel de wijzigingen aanbrengt in de ondersteuningsfuncties die reeds vervat zitten in de zorg die bewoners krijgen in een ouderenvoorziening.

## 2.2 Verlaging van het persoonsvolgend budget met een forfaitaire bijdrage

**Forfaitaire bijdrage en ondersteuningsbudget.** Een alternatieve procedure is om het persoonsvolgend budget te verlagen met een vast bedrag wanneer de budgethouder wordt opgenomen in een ouderenvoorziening. Dit vast bedrag noemen we hierna de forfaitaire bijdrage. Wat er na de aftrek van de forfaitaire bijdrage nog over is van het persoonsvolgend budget noemen we het ondersteuningsbudget.

**Hoogte van de forfaitaire bijdrage.** De hoogte van de forfaitaire bijdrage stemt idealiter overeen met de hoogte van de dubbele financiering (i.e., de overlap tussen het persoonsvolgend budget en het instellingsforfait dat het RIZIV uitbetaalt aan de ouderenvoorziening). In de praktijk is het niet eenvoudig om de mate van dubbele financiering vast te stellen omdat deze afhangt van de individuele ondersteuningsfuncties waarvoor het persoonsvolgend budget is toegekend en omdat het instellingsforfait niet individueel toewijsbaar is. Bovendien kan de kostprijs voor deze ondersteuningsfuncties verschillen tussen beide sectoren.

We exploreren hieronder twee versies van deze forfaitaire bijdrage: een voorziening-specifieke forfaitaire bijdrage en een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage. Er zijn nog tal van andere mogelijkheden om de hoogte van de forfaitaire bijdrage te bepalen.

---

<sup>16</sup> De reden hiervoor is dat sommige ondersteuningsfuncties reeds vervat zitten in de zorg die bewoners krijgen in een ouderenvoorziening. Voor deze ondersteuningsfuncties dient bijgevolg geen budget voorzien te worden.

**Voorziening-specifieke forfaitaire bijdrage.** Een eerste mogelijkheid is om het persoonsvolgend budget te verlagen met een voorziening-specifieke forfaitaire bijdrage. De hoogte van deze voorziening-specifieke bijdrage kan bijvoorbeeld bepaald worden op basis van het instellingsforfait dat het RIZIV via de mutualiteiten van de bewoners uitbetaalt aan de betrokken ouderenvoorziening. Eens de hoogte van deze forfaitaire bijdrage is vastgelegd, is de toepassing administratief redelijk eenvoudig. De leden van de focusgroep benadrukten echter enkele nadelen van een dergelijke voorziening-specifieke forfaitaire bijdrage.

1. **Hoogte van de bijdrage.** De hoogte van de forfaitaire bijdrage waarmee het persoonsvolgend budget verlaagd wordt, hangt af van de hoogte van het totale instellingsforfait van de ouderenvoorziening. Zoals beschreven in Hoofdstuk 4 hangt deel A van het instellingsforfait af van drie parameters die bepaald worden op het niveau van de ouderenvoorziening: de zorgomkadering (kenmerken van het normpersoneel), de erkenningsstatus van het woonzorgcentrum en het zorgprofiel van de bewoners. Dit heeft als implicatie dat ook het ondersteuningsbudget afhangt van deze parameters. Een wijziging van het zorgprofiel van de medebewoners bepaalt zo hoeveel budget de persoon met een handicap overhoudt om ondersteuningsfuncties aan te kopen. Bovendien kan de hoogte van de forfaitaire bijdrage wijzigen van jaar tot jaar, wanneer één van de parameters van de ouderenvoorziening wijzigt. Dit werd beschouwd als onwenselijk door de leden van de focusgroep.
2. **Kruiselingse subsidie.** Een bijkomend nadeel van een voorziening-specifieke forfaitaire bijdrage is dat de forfaitaire bijdrage gelijk is voor alle bewoners van een ouderenvoorziening. Aan bewoners met een hoge zorgnood, gemeten aan de hand van hun Katz-score, wordt dezelfde forfaitaire bijdrage gevraagd als aan bewoners met een lage zorgnood of Katz-score. Toch behoeft de laatste groep in realiteit minder zorg en zal ook de effectieve dubbele financiering lager zijn. De forfaitaire bijdrage die gevraagd wordt aan bewoners met een lage Katz-score is bijgevolg hoger dan de verkregen zorg en vice versa. Er is met andere woorden een kruiselingse subsidie van de bewoners met een lage Katz-score naar bewoners met een hoge Katz-score. Ook dit werd beschouwd als onwenselijk door de leden van de focusgroepen.

**Katz-specifieke forfaitaire bijdrage.** Gebaseerd op de nadelen van de voorziening-specifieke bijdrage, stelden de leden van de focusgroepen voor om de forfaitaire bijdrage te laten afhangen van de zorgnood van de persoon met een handicap gemeten aan de hand van de Katz-score. Voor elke Katz-score kan namelijk berekend worden wat de forfaitaire bijdrage is aan de hand van het benodigde normpersoneel. Per Katz-score en erkenningsstatus (ROB of RVT) is vastgelegd hoeveel zorgkundigen en hoeveel personeel voor reactivering (al dan niet met bekwaamheid in de palliatieve zorg) er aanwezig dienen te zijn (Tabel 12 in Hoofdstuk 4). Het is de personeelskost van dit normpersoneel dat door het RIZIV gefinancierd wordt.

De personeelsnormen zijn uitgedrukt per 30 bewoners en de loonkost per kwalificatie is een jaarlijkse loonkost. Om de kost per zorgprofiel per dag van elke kwalificatie te bepalen wordt de personeelsnorm gedeeld door 30 en deze wordt vermenigvuldigd met de jaarlijkse loonkost gedeeld door 365<sup>17</sup>. Vervolgens worden alle categorieën van het normpersoneel die van toepassing zijn voor een bepaalde Katz-score gesommeerd. Wanneer we bijvoorbeeld uitgaan 12 jaar anciënniteit en barema's van 2013 geeft dit als forfaitaire bijdrage de bedragen vermeld in Tabel 17 (uitgedrukt in euro per dag).

---

<sup>17</sup> We maken in de berekening abstractie van het personeel voor reactivering voor bewoners in kortverblijf.

Een voorbeeld kan verder verduidelijken. Het normpersoneel voor een Katz-score in categorie A is 1,05 VTE-zorgkundigen per 30 bewoners. De gemiddelde jaarlijkse loonkost van een VTE bedraagt 50142,70€. Dit betekent een totale loonkost van 52649,835 euro per jaar per 30 bewoners (of 4,81 euro per dag per bewoner).

Tabel 17 Katz-specifieke forfaitbijdragen per erkenningsstatus

Katz-score	ROB	RVT
Cat 0	€0	n.a.
Cat A	€4,81	n.a.
Cat B	€20,18	€24,34
Cat C	€25,22	€31,58
Cat Cd	€29,80	€33,87
Cat C+	€29,80	€62,93
Cat D	€24,97	€37,65

Bron: Eigen berekeningen<sup>18</sup>

In Tabel 17 zien we dat de hoogte van de forfaitaire bijdrage, berekend op deze wijze, tussen 4,81 euro en 62,93 euro ligt. De bijdrage is duidelijk lager voor personen met een handicap die een lagere zorgnood hebben. Op deze manier wordt het probleem van kruiselingse subsidie van de voorzienings-specifieke forfaitaire bijdrage (gedeeltelijk) verholpen.

We besluiten door na te gaan of een beleidskeuze voor een forfaitaire bijdrage voldoet aan de drie centrale principes.

1. **Ondersteuningsneutraliteit voor de persoon met een handicap.** De forfaitaire bijdrage wordt afgetrokken van het persoonsvolgend budget om dubbele financiering te vermijden. Omdat het bijzonder moeilijk is om de mate van dubbele financiering precies vast te stellen zonder het ondersteuningsplan volledig te herzien, beschouwen we hier een voorzienings-specifieke of Katz-specifieke forfaitaire bijdrage. In sommige gevallen bedraagt de forfaitaire bijdrage echter meer dan de feitelijke dubbele financiering en wordt er teveel afgetrokken van het persoonsvolgend budget. In deze gevallen komt de ondersteuningsneutraliteit in gedrang. Hoofdstuk 7 geeft verschillende voorbeelden van dergelijke gevallen.
2. **Budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening.** Omdat de RIZIV-financiering van de ouderenvoorzieningen niet gewijzigd wordt, komt de budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening niet in gedrang.
3. **Budgetneutraliteit voor de overheid.** De mate waarin de forfaitaire bijdrage voldoet aan het principe van budgetneutraliteit voor de overheid hangt af van de exacte hoogte van de forfaitaire bijdrage. De voorzienings-specifieke forfaitaire bijdrage overschat allicht het probleem van

<sup>18</sup> Deze cijfers zijn vergelijkbaar met die uit bijlage A en B bij het Voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de regels voor het verlenen van een erkennings- of omzettingskalender en tot wijziging van de regels betreffende de voorafgaande vergunning Principiële goedkeuring (2018). De discrepantie is toe te schrijven aan het gebruik van een verschillende anciënniteit en barema's, en de exclusie van de verpleegkundigen in onze berekeningen.

dubbele financiering (vermits het ganse instellingsforfait wordt beschouwd als dubbele financiering). Bijkomend onderzoek moet uitwijzen of de Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op het geaggregeerde niveau een goede benadering vormt van de totale mate van dubbele financiering.

In dit hoofdstuk bespreken we twee manieren om de hoogte van de forfaitaire bijdrage te bepalen. De leden van de focusgroepen beschouwden de Katz-specifieke forfaitaire bijdrage als een betere beleids-optie dan de voorzienings-specifieke forfaitaire bijdrage. In het volgende hoofdstuk exploreren we dan ook de implementatie van de Katz-specifieke forfaitaire bijdrage in de acht theoretische casussen.

Beide opties werden door de leden van de focusgroep als problematisch aanzien omdat aan het centrale principe van ondersteuningsneutraliteit niet met zekerheid voldaan kan worden. Een volledige herziening van het ondersteuningsplan werd dan ook als de beste optie beschouwd.

## Hoofdstuk 7

### Bespreking theoretische casussen

In dit hoofdstuk worden de inzichten uit de vorige hoofdstukken toegepast op de acht theoretische casussen. De discussie van elke casus start met een korte omschrijving van de casus zoals die werd opgesteld door de stuurgroep (Hoofdstuk 2 bespreekt de keuze van de casussen in detail). Daarna bespreken we de inschatting van de leden van de focusgroep van drie belangrijke aspecten van de casussen: het persoonsvolgend budget, de zorgzwaarte en de ondersteuningsvraag na opname in de betrokken ouderenvoorziening. Gegeven de beknopte omschrijving van de casussen zijn vaak bijkomende veronderstellingen nodig om de inschatting van de ondersteuningsvraag te kunnen opstellen.

Zoals besproken in Hoofdstuk 6 is een volledige herziening van de budgetcategorie op basis van een nieuw ondersteuningsplan volgens de leden van de focusgroep de meest wenselijke oplossing. Wanneer dit niet mogelijk is, kan men het initiële budget verminderen met een forfaitaire bijdrage om eventuele dubbele financiering te vermijden. In dit hoofdstuk exploreren we de gevolgen van de Katz-specifieke forfaitaire bijdrage<sup>19</sup>. We kijken in het bijzonder naar de centrale vraag of het resterende budget, dat we het ondersteuningsbudget noemden in Hoofdstuk 6, toereikend is om te voldoen aan de handicapspecifieke ondersteuningsvraag zoals die is ingeschat door de leden van de focusgroep. Indien dit niet het geval is, kan onmogelijk aan het principe van ondersteuningsneutraliteit voldaan worden. Om de impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag in te schatten, gaan we te werk in drie stappen.

- **Stap 1. Bepaling budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** We starten van het initiële persoonsvolgend budget en brengen de Katz-specifieke forfaitaire bijdrage in mindering zoals die is weergegeven in Tabel 17 in Hoofdstuk 6. Vervolgens bekijken we tot welke budgetcategorie het resterende ondersteuningsbudget behoort.
- **Stap 2. Bepaling budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** Daarna berekenen we het gewicht van de handicapspecifieke ondersteuningsnood zoals die is ingeschat door de leden van de focusgroep. Hieraan koppelen we een budgetcategorie aan de hand van Tabel 4 uit Hoofdstuk 3.
- **Stap 3. Vergelijking van de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget met de budgetcategorie van de ondersteuningsvraag.** Ten slotte vergelijken we de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget (uit Stap 1) met de budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag (uit Stap 2). Er zijn drie mogelijkheden. Indien de budgetcategorie van de ondersteuningsvraag lager is dan de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget dan is het resterende ondersteuningsbudget voldoende hoog om aan de ingeschatte ondersteuningsnood te voldoen en is aan het principe van ondersteuningsneutraliteit voldaan. Indien het omgekeerde zich voordoet is ondersteuningsneutraliteit zeker geschonden. Indien de budgetcategorieën aan elkaar gelijk zijn, is bijkomende informatie over de exacte budgethoogtes uit Stap 1 en 2 nodig. In deze laatste gevallen is er mogelijk voldaan aan het principe van ondersteuningsneutraliteit, maar is er geen zekerheid.

---

<sup>19</sup> We gebruiken de Katz-specifieke forfaitaire bijdragen, berekend op basis van een ROB erkenning, 12 jaar anciënniteit en 2013 barema's (zie Hoofdstuk 6).

De conclusie omtrent de schending van het principe van ondersteuningsneutraliteit hangt in grote mate af van de inschatting van de handicapspecifieke ondersteuningsvraag na opname in een ouderenvoorziening. Om de lezer toe te laten een alternatieve inschatting te maken, geven we voor elke casus ook nog het gewicht van de ondersteuningsvraag weer dat realiseerbaar is met de budgetcategorie van haar ondersteuningsbudget. Omdat we niet weten welk gewicht exact aan het ondersteuningsbudget is gekoppeld, gebruiken we het maximale gewicht van één budgetcategorie lager. Dit kan gezien worden als de ondergrens van het resterende gewicht.

Tot slot merken we nog op dat in de omschrijving van de meeste casussen een specifieke leeftijd is vermeld (behalve voor de tweede en achtste casus). Alle personen beschreven in de casussen zijn jonger dan 65 jaar oud (en kunnen dus opgenomen worden in een ouderenvoorziening wanneer niet meer dan 10% van de bewoners jonger dan 65 jaar zijn). Tijdens de discussies in de focusgroepen werd de leeftijd echter zelden tot nooit beschouwd als een bepalende factor.

## 1 Casus 1

**Pmh:** Man 55 jaar, licht – matig verstandelijke handicap

**BC:** IV. Meneer heeft zijn budget recent ontvangen en is dit bijgevolg nog niet aan het besteden.

**B/P:** 4/3

**Katz-score:** A (of O)

**Samenvatting:** Deze 55-jarige man heeft steeds thuis gewoond. Hij verkreeg een getuigschrift lager onderwijs, waarna hij geen verder onderwijs volgde. Zijn carrière leidde hem langs verscheidene beschutte werkplaatsen, tot de werkdruk te hoog lag (zelfs bij deeltijdse tewerkstelling). Dat was ruim tien jaar geleden.

Sedertdien wordt de man voltijds ondersteund door zijn ouders, bij wie hij dan ook 24/7 inwoont. Omdat zij dit zelf jaren deden, heeft men ook nooit een aanvraag ingediend. Nu zij echter een dagje ouder worden kunnen zij de ondersteuning niet meer trekken en zijn beiden hulpbehoevend.

Ze wensen gebruik te maken van een koppelkamer in een WZC én hun zoon mee te nemen. Hij heeft immers nooit iets anders gekend dan steeds beroep te kunnen doen op zijn ouders. Een opname in een VAPH-voorziening, gepaard met de hulpbehoevendheid van de ondertussen bejaarde ouders, zou betekenen dat zij elkaar plots slechts enkele uren per week zullen zien. Nochtans is de VAPH – voorziening heel wat dichterbij in de buurt.

### 1.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** Op basis van zijn ondersteuningsplan wordt de persoon met een handicap een persoonsvolgend budget in categorie IV (€28.253,30) toegekend. In dit ondersteuningsplan werd vermoedelijk rekening gehouden met het feit dat de ouders niet langer in staat zijn ondersteuning te bieden, maar niet met de opname in het woonzorgcentrum.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is bepaald met een B-waarde van 4 en een P-waarde van 3. Dit wil zeggen dat hij dagelijks en continu ondersteuning nodig heeft die ruim is in

reikwijdte. Qua permanentienood moet hij steeds iemand telefonisch kunnen bereiken of oproepen die onmiddellijk fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.

**Ondersteuningsvraag.** De persoon met een handicap heeft steeds thuis gewoond, waar hij 24/7 ondersteund werd door zijn ouders. Hij heeft daarnaast nooit enige andere vorm ondersteuning ontvangen. Door een wijziging in de ondersteuning die zijn netwerk kan bieden (de ouders worden zorgbehoevend en kunnen de ondersteuning niet langer op zich nemen), dient de persoon met een handicap een aanvraag voor een persoonsvolgend budget in. Daarnaast wenst hij te worden opgenomen in het woonzorgcentrum waar zijn ouders verblijven. Volgens de focusgroep zijn hier duidelijk voor- en nadelen aan verbonden. Enerzijds blijft de band tussen ouders en zoon behouden, anderzijds komt hij terecht in een leefomgeving die niet het meest geschikt is qua ondersteuning in functie van zijn handicap en levenskwaliteit. De persoon met een handicap heeft immers geen of zeer weinig zorgkundige begeleiding nodig zoals blijkt uit zijn Katz-score O of A. Hij heeft daarentegen wel een relatief grote handicapspecifieke ondersteuningsnood (af te leiden uit het persoonsvolgend budget in categorie IV). Omdat het woonzorgcentrum hier niet aan tegemoet kan komen, meent de focusgroep dat een voltijdse handicapspecifieke begeleiding aan de orde is. De beschrijving van de casus geeft echter geen indicatie van wat die ondersteuning exact dient te zijn. Een residentieel verblijf in het woonzorgcentrum gecombineerd met handicapspecifieke ondersteuning in de vorm van een voltijdse dagondersteuning (scenario 1) of een individuele psychosociale begeleiding (scenario 2) lijkt dan ook een goede oplossing.

## 1.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Om de impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag te analyseren, geven we eerst in Tabel 18 enkele belangrijke parameters van Casus 1 weer. De persoon met een handicap heeft een persoonsvolgend budget in budgetcategorie IV toegekend gekregen. Dit budget werd toegekend op basis van zijn initiële ondersteuningsplan en objectivering van zijn zorgzwaarte B4/P3.

Tabel 18 Centrale parameters (Casus 1)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	IV
B/P-waarden	B4/P3
Katz-score	Cat A
Persoonsvolgend budget	€28.253,30
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€1.754,99
= Ondersteuningsbudget	€26.498,31

*Bron: Eigen berekeningen*

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** Om dubbele financiering te vermijden, stelden we in Hoofdstuk 6 voor om het persoonsvolgend budget te verlagen met een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage. De forfaitaire bijdrage impliceert voor deze casus dat er een bijdrage wordt berekend op basis van zijn Katz inschaling in categorie A (of O) ter hoogte van 1.754,99 euro per jaar (of 0 euro per jaar). De berekeningswijze van deze Katz-specifieke forfaitaire bijdrage is terug te vinden in de bespreking van Tabel 17 in Hoofdstuk 6. Na aftrek van de forfaitaire bijdrage heeft de persoon met een handicap een resterend ondersteuningsbudget van 26.498,31 euro. Om de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget te bepalen, maken we gebruik van Tabel 7 in Hoofdstuk 3. We zien dat het ondersteuningsbudget nog steeds binnen budgetcategorie IV valt.

**Budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** De leden van de focusgroep menen dat er, conditioneel op de residentiële opname in een woonzorgcentrum, nood is aan voltijdse handicap-specifieke ondersteuning. Daarbij werden twee scenario's voorgesteld. Scenario 1 gaat uit van 7 dagen dagondersteuning en scenario 2 van een dagelijkse psychosociale begeleiding (2u per dag). Om na te gaan of de persoon met een handicap dit met haar ondersteuningsbudget kan realiseren, bepalen we de budgetcategorie op basis van het gewicht van de ingeschatte ondersteuningsvraag. De gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties kunnen worden teruggevonden in Tabel 4 in Hoofdstuk 3. Tabel 19 geeft de berekening van het totaalgewicht van de ondersteuningsnood voor beide scenario's en de bijhorende budgetcategorie. De budgetcategorie werd bepaald aan de hand van het berekende totale gewicht.

Tabel 19 Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 1)

Ondersteuningsvraag	Freq. x gewicht	Totale gewicht	Budgetcategorie
7 dagen dagondersteuning	7 x 1,8	12,6	III
14 uur psychosociale ondersteuning	14 x 2	28	VI

*Bron: Eigen berekeningen*

**Vergelijking scenario 1.** Indien de persoon met een handicap gedurende 7 dagen per week dagondersteuning krijgt dan wordt het gewicht van deze ondersteuningsfunctie bij B4/P3 (=1,8) vermenigvuldigd met de frequentie (7 dagen) wat een totaal gewicht van 12,6 geeft. Het gewicht van de ondersteuningsvraag op basis van voltijdse dagondersteuning ligt in de range van budgetcategorie III (zie Tabel 7, Hoofdstuk 3). Vervolgens controleren we of budgetcategorie III onder of boven de budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget ligt. Gezien het ondersteuningsbudget in een hogere budgetcategorie (IV) valt, is deze ondersteuning (volgens de toekenningslogica) in principe te realiseren.

**Vergelijking scenario 2.** Voor 14 uur psychosociale begeleiding wordt het gewicht opnieuw vermenigvuldigd met de frequentie wat een totaal gewicht van 28 geeft. Het gewicht van de ondersteuningsvraag op basis van de 14 uur psychosociale ondersteuning ligt in de range van budgetcategorie VI. Deze budgetcategorie ligt boven de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget. Deze ondersteuning is bijgevolg niet te realiseren. Het principe van ondersteuningsneutraliteit wordt in dit geval geschonden.

**Mogelijke ondersteuning.** Het ondersteuningsbudget valt binnen budgetcategorie IV. We weten echter niet exact welk gewicht aan dit ondersteuningsbudget is gekoppeld. Indien we veronderstellen dat de persoon met een handicap een ondersteuningsbudget heeft dat aan de ondergrens van de range ligt, weten we met zekerheid dat hij het maximale gewicht uit de vorige budgetcategorie ter beschikking heeft. Voor deze casus betekent dit dat het maximale gewicht van budgetcategorie III besteed kan worden, nl. een gewicht van 13. In Tabel 4 van Hoofdstuk 3 kunnen de gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties teruggevonden worden.



### 1.3 Samenvatting

De persoon met een handicap in Casus 1 wenst, om familiale redenen, residentieel te worden opgenomen in een woonzorgcentrum. Hoewel het woonzorgcentrum de zorgkundige en praktische ondersteuning (partieel) op zich kan nemen, kan het niet tegemoetkomen aan de handicapspecifieke ondersteuning die de persoon met een handicap nodig heeft. De leden van de focusgroep zijn van mening dat hiertoe een voltijdse handicapspecifieke ondersteuning nodig is (bv. voltijdse dag-ondersteuning of dagelijkse psychosociale begeleiding).

Om de impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag te exploreren, werd een forfaitaire bijdrage in mindering gebracht van het persoonsvolgend budget. Vervolgens werd nagegaan of de persoon met een handicap nog steeds in staat is de handicapspecifieke ondersteuning, zoals ingeschat door de leden van de focusgroep, te realiseren. De bovenstaande oefening toont aan dat de ondersteuningsneutraliteit voor de persoon met een handicap in het gedrang komt wanneer een dagelijkse psychosociale begeleiding noodzakelijk is.

## 2 Casus 2

**BC:** X (65,01). Meneer realiseert hiermee 7/7 dagen en nachten ondersteuning.

**B/P:** 5/5.

**Katz-score:** A (of 0)

**Samenvatting:** Een meneer met een matig verstandelijke handicap en grotendeels rolstoelgebondenheid verblijft 7/7 bij een vergunde zorgaanbieder van het VAPH. Hij heeft hier reeds jaren deze ondersteuning gekregen en is hier dan ook bekend met alle bewoners en het personeel.

Toch wilt meneer vertrekken. Er is namelijk een plaatsje vrijgekomen in het WZC, vlakbij zijn ouders. De vergunde zorgaanbieder waar hij nu verblijft ligt meer dan een uur verder rijden. Het WZC ligt vlak om de hoek van zijn ouderlijk huis. Op die manier kan meneer terug dichterbij zijn ouders gaan wonen, die zelf een dagje ouder worden.

Zij ondervinden stilaan een mindere mobiliteit ten gevolge van hun ouderdom, veel ondersteuning zullen zij dus niet kunnen opnemen. Maar de kans om terug dichterbij hun zoon te zijn en hem veel te kunnen bezoeken, willen ze niet laten liggen. Bovendien hoopt men dat, wanneer ook de ouders niet langer thuis kunnen wonen, zij met het hele gezin terug samen in het WZC kunnen verblijven. Voor de ouders en meneer is dit de ideale oplossing.

### 2.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** Op basis van zijn initiële ondersteuningsplan werd de persoon met een handicap een persoonsvolgend budget in categorie X (€59.588,83) toegekend.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap in casus 2 is bepaald met een B-waarde van 5 en een P-waarde van 5. Hij heeft dagelijks continu en intensieve ondersteuning op alle levensdomeinen nodig. Qua permanentie nood moet er voortdurend iemand aanwezig zijn, maar die persoon hoeft niet voortdurend toezicht uit te oefenen. Indien nodig moet er echter onmiddellijk iemand fysiek aanwezig kunnen zijn om ondersteuning te bieden.

**Ondersteuningsvraag.** Na jaren 7/7 ondersteuning te hebben verkregen bij een vergunde zorgaanbieder van het VAPH, wenst de persoon met een handicap residentieel te worden opgenomen in een woonzorgcentrum in de buurt van zijn ouders. Hoewel het woonzorgcentrum kan instaan voor de beperkte zorgkundige ondersteuning die hij nodig heeft (de man werd ingeschaald in categorie A), is de ouderenvoorziening niet in staat om zijn handicapspecifieke ondersteuningsnood op te vangen. Deze ondersteuningsnood is echter niet gewijzigd en de leden van de focusgroep menen dan ook dat een verderzetting van de agogische begeleiding noodzakelijk is. Omdat de persoon met een handicap de transitie maakt van een 7/7 opvang in een VAPH-zorgaanbieder, is er consensus dat het in deze context zinvol is om de voltijdse dagondersteuning te continueren.

## 2.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Tabel 20 geeft enkele centrale parameters van de situatie beschreven in Casus 2 weer. De persoon met een handicap beschikt over een persoonsvolgend budget in categorie X (€59.588,83).

Tabel 20 Centrale parameters (Casus 2)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	X
B/P-waarden	B5/P5
Katz-score	Cat A
Persoonsvolgend budget	€59.588,83
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€1.754,99
= Ondersteuningsbudget	€57.833,84

*Bron: Eigen berekeningen*

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** De Katz-specifieke forfaitaire bijdrage wordt berekend op basis van zijn Katz-inschaling in categorie A (of O) en bedraagt 1.754,99 euro per jaar (of 0 euro per jaar). Na aftrek van deze bijdrage, heeft de persoon met een handicap een resterend ondersteuningsbudget van 57.833,84 euro. Dit ondersteuningsbudget valt in dezelfde budgetcategorie als het persoonsvolgend budget.

**Budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** De leden van de focusgroep menen dat er, conditioneel op de residentiële opname in het woonzorgcentrum, nood is aan een continuering van de voltijdse dagondersteuning. Om deze ondersteuning in beeld te brengen hernemen we de bepaling van de budgetcategorie op basis van het gewicht van de ondersteuningsvraag. Dit gewicht wordt berekend door de frequentie te vermenigvuldigen met het gewicht (2,80) van de dagondersteuning dat correspondeert met een zorgzwaarte van B5/P5. Dit geeft een totaalgewicht van 19,6. Het totaalgewicht ligt in de range van budgetcategorie IV (zie Tabel 21).

Tabel 21 Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 2)

Ondersteuningsvraag	Freq. x gewicht	Totale gewicht	Budgetcategorie
7 dagen dagondersteuning	7 x 2,80	19,6	IV

*Bron: Eigen berekeningen*

**Vergelijking van de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget en de ondersteuningsvraag.** Gezien het ondersteuningsbudget in een hogere budgetcategorie (IX) valt, is deze ondersteuning haalbaar en komt de ondersteuningsneutraliteit voor deze casus niet in het gedrang.

**Mogelijke ondersteuning.** Het ondersteuningsbudget valt binnen budgetcategorie X. We weten dus met zekerheid dat de persoon met een handicap het maximale gewicht uit budgetcategorie IX ter beschikking heeft. Voor deze casus betekent dit een gewicht van 50. In Tabel 4 van Hoofdstuk 3 kunnen de gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties teruggevonden worden.

### 2.3 Samenvatting

De persoon met een handicap in casus 2 beschikt over een ruim persoonsvolgend budget dat hem jarenlang toeliet voltijdse dag- en woonondersteuning te krijgen bij een vergunde zorgaanbieder. De man wenst nu echter residentieel te worden opgenomen in een woonzorgcentrum dichterbij zijn ouders. De leden van de focusgroep zijn van mening dat er geen indicatie is dat zijn ondersteuningsnood gewijzigd is en stelt daarom voor om zijn verblijf in het woonzorgcentrum met voltijdse dagondersteuning te combineren.

Om de impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag te exploreren, werd een forfaitaire bijdrage afgehouden van zijn initieel toegekend persoonsvolgend budget in categorie X. Na de budgetbepaling op basis van de nieuwe ondersteuningsvraag (nl. 7 dagen dagondersteuning) kunnen we concluderen dat de persoon in casus 2 in staat is om zijn handicapspecifieke ondersteuning te realiseren en dat aan ondersteuningsneutraliteit wordt voldaan.

## 3 Casus 3

**Pmh:** Man 50 jaar – ernstige scoliose, artrose en verstandelijke handicap

**BC:** V (33,64). Meneer krijgt hiermee 1 uur psychosociale begeleiding, 5 uur globale ondersteuning en 12 uur praktische ondersteuning per week.

**B/P:** 4/4 (eventueel reeds P5).

**Katz-score:** C

**Samenvatting:** Een man van 50 jaar met een verstandelijke handicap is door fysieke achteruitgang rolstoelgebonden geworden. Hoewel hij heel wat jaren met de nodige ambulante ondersteuning en hulpmiddelen kon functioneren, is dat na een verergering van de fysieke toestand niet meer mogelijk en dringt een residentiele opname zich aan.

De man wordt reeds jaren opgevolgd door een behandelend arts voor de ziektebeelden, de achteruitgang was dan ook aangekondigd en voorspelbaar. Desondanks werd pas laat een aanvraag bij het agentschap ingediend. Dat laatste betekent dat, ondanks de hoge ondersteuningsnood, deze man op de prioriteitenlijst terecht komt en niet snel aan een PVB zal raken. Nochtans zijn er al contacten gelegd met een lokale residentiele dienst, waar reeds duidelijk is geworden dat zij een perfect antwoord kunnen bieden op de vraag van meneer. Zij beloven dan ook dat hij er absoluut terecht kan, alleen weet men nog niet wanneer.

In de tussentijd zou meneer toch een plaats moeten krijgen in een andere residentiele voorziening, met alle noodzakelijke ondersteuningsmodaliteiten: Hiervoor is er een WZC in de buurt dat nog een plaatsje vrij heeft en goede ondersteuning kan bieden. Het WZC-personeel zal dan ook volledig voor de verzorging en ondersteuning instaan.

### 3.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** Ondanks de verergering van de fysieke toestand van de persoon met een handicap, werd pas laat een aanvraag ingediend voor een wijziging van zijn budget. Voorlopig komt hij op een prioriteitenlijst te staan, maar hij zal niet snel aan een (hoger) persoonsvolgend budget geraken. Op basis van zijn oude ondersteuningsplan werd de persoon met een handicap een persoonsvolgend budget in budgetcategorie V (€35.958,77) toegekend.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is bepaald met B-waarde van 4 en een P-waarde van 4. Dit wil zeggen dat hij dagelijks en continu ondersteuning nodig heeft die ruim is in reikwijdte. Qua permanentie nood moet er gedurende grote delen van de dag iemand in de nabijheid van de persoon aanwezig zijn. Bij afwezigheid moet de persoon iemand telefonisch kunnen bereiken of oproepen die onmiddellijk fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.

**Ondersteuningsvraag.** De persoon met een handicap maakte jaren gebruik van ambulante ondersteuning om tegemoet te komen aan zijn verstandelijke beperking en ziektebeelden. Hij kreeg daarbij 1u psychosociale ondersteuning, 5u globale ondersteuning en 12u praktische hulp per week. De man wordt reeds jaren opgevolgd door een behandelend arts die recent een verergering van zijn fysieke toestand constateerde. Hierdoor bevindt hij zich in de noodzaak van een volledige residentiële opname. Een verblijf in een woonzorgcentrum in de buurt wordt als een gepaste (tussentijdse) oplossing voorgesteld. De persoon met een handicap heeft door de verergering van zijn fysieke toestand een hoge nood aan zorgkundige ondersteuning en heeft bijgevolg ook een Katzinschaling in categorie C. Het woonzorgcentrum zal geheel tegemoetkomen aan deze zorgondersteuning. Er rest dan de vraag of er naast deze zorgkundige ondersteuning verdere nood is aan handicapspecifieke ondersteuning.

Tijdens de bespreking van deze casus werden 3 mogelijke scenario's geïdentificeerd door de leden van de focusgroep, gebaseerd op drie verschillende interpretaties van de omschrijving van de casus.

- Een eerste interpretatie is dat het woonzorgcentrum de bijkomstige zorgkundige nood, gelinkt aan de verergering van zijn fysieke toestand, opvangt. Deze lezing impliceert een continuering van zijn ondersteuningsnood vanuit het VAPH en aldus een continuering van zijn handicapspecifieke ondersteuningsfuncties.
- Een tweede interpretatie kan zijn dat door de residentiële opname een deel van de oorspronkelijke ondersteuning door het VAPH niet meer nodig is. De leden van de focusgroep opperden dat de praktische ondersteuning die hoofdzakelijk van instrumentele aard is niet meer noodzakelijk is bij een opname in het woonzorgcentrum. Om de nodige ondersteuning te bieden voor de verstandelijke handicap dient de psychosociale begeleiding en de globale ondersteuning gecontinueerd te worden.
- De laatste interpretatie op basis van de slotparagraaf uit de omschrijving ("*Het WZC-personeel zal dan ook volledig voor de verzorging en ondersteuning instaan*") impliceert ten slotte dat het woonzorgcentrum volledig zal instaan voor de zorg én ondersteuning van de persoon met een handicap. Er kan bijgevolg gesteld worden dat de persoon in kwestie geen nood meer heeft aan bijkomstige handicapspecifieke ondersteuning.

### 3.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Tabel 22 geeft, naast de beschrijvende parameters ook het ondersteuningsbudget van de persoon met een handicap weer. De persoon met een handicap heeft een persoonsvolgend budget in categorie V (€35.958,77) toegekend gekregen.

Tabel 22 Centrale parameters (Casus 3)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	V
B/P-waarden	B4/P4
Katz-score	Cat C
Persoonsvolgend budget	€35.958,77
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€9.205,34
= Ondersteuningsbudget	€26.753,43

Bron: Eigen berekeningen

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** De Katz-specifiek forfaitaire bijdrage voor een persoon met een Katz-score in categorie C bedraagt 9.205,34 euro per jaar (zie Tabel 17 in Hoofdstuk 6). Na aftrek van deze forfaitaire bijdrage, heeft de persoon met een handicap een resterend ondersteuningsbudget ter hoogte van 26.753,43 euro. Dit ondersteuningsbudget valt in een lagere budgetcategorie dan zijn persoonsvolgend budget, namelijk in budgetcategorie IV.

**Budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** De leden van de focusgroep zijn de mening toegedaan dat er, conditioneel op de residentiele opname in het woonzorgcentrum, drie mogelijke scenario's zijn, op basis van drie verschillende interpretaties van de resterende handicapspecifieke ondersteuningsnood:

- **Scenario 1:** Continuering van alle oorspronkelijke ondersteuningsfuncties
  - 1 uur psychosociale begeleiding/week
  - 5 uur globale ondersteuning/week
  - 12 uur praktische ondersteuning/week
- **Scenario 2:** Continuering van de oorspronkelijke ondersteuningsfuncties die niet instrumenteel van aard zijn
  - 1 uur psychosociale begeleiding/week
  - 5 uur globale ondersteuning/week
- **Scenario 3:** Stopzetting van de oorspronkelijke ondersteuningsfuncties

Om de gevolgen van de drie scenario's in beeld te brengen, hernemen we de bepaling van de budgetcategorie op basis van het gewicht van de ondersteuningsvraag. Tabel 23 geeft de berekening van de gewichten weer in de drie scenario's.

Tabel 23 Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 3)

Ondersteuningsvraag	Freq. x gewicht	Totale gewicht	Budgetcategorie
1u psychosociale ondersteuning	$1 \times 2 = 2$	18	IV
5u globale ondersteuning	$4 \times 1,4 = 7$		
12u praktische hulp	$12 \times 0,75 = 9$		
1u psychosociale ondersteuning	$1 \times 2 = 2$	9	III
5u globale ondersteuning	$5 \times 1,4 = 7$		
/	/	0	/

*Bron: Eigen berekeningen*

**Vergelijking scenario 1.** De gewichten voor psychosociale, globale en praktische ondersteuning worden berekend per uur. Voor psychosociale ondersteuning wordt de frequentie vermenigvuldigd met een gewicht van 2. Dezelfde berekeningswijze wordt toegepast bij globale ondersteuning en praktische hulp met respectievelijke gewichten van 1,4 en 0,75. Het totaal gewicht voor de eerste lezing bedraagt 18. Het gewicht van de ondersteuningsvraag ligt in de range van budgetcategorie IV. Gezien het resterende ondersteuningsbudget in dezelfde budgetcategorie (IV) valt, is er twijfel of er voldoende ondersteuningsbudget is om dit te realiseren.

**Vergelijking scenario 2.** In het tweede scenario maakt de persoon met een handicap enkel gebruik van 1u psychosociale ondersteuning en 5u globale ondersteuning. Na de berekening van de gewichten bekomen we een totaal gewicht van 9. Het gewicht van de ondersteuningsvraag op basis van de tweede lezing ligt in de range van budgetcategorie III. Gezien het ondersteuningsbudget in een hogere budgetcategorie (IV) valt, is deze ondersteuning (volgens de toekenningslogica) in principe te realiseren.

**Vergelijking scenario 3.** Het derde scenario impliceert dat de persoon met een handicap geen nood heeft aan handicapspecifieke ondersteuning en in principe dus ook geen nood meer heeft aan een persoonsvolgend budget.

**Mogelijke ondersteuning.** Het ondersteuningsbudget valt binnen budgetcategorie V. We weten dus met zekerheid dat de persoon met een handicap het maximale gewicht uit budgetcategorie IV ter beschikking heeft. Voor deze casus betekent dit een gewicht van 19,9. In Tabel 4 van Hoofdstuk 3 kunnen de gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties teruggevonden worden.

### 3.3 Samenvatting

Zodra een persoon met een handicap naar een woonzorgcentrum gaat, is het niet noodzakelijk dat de initiële ondersteuning die door het VAPH werd gegeven, volledig wordt continueert. Het woonzorgcentrum kan namelijk de zorgkundige ondersteuning geheel of gedeeltelijk van het VAPH overnemen. Volgens de omschrijving van de casus heeft de persoon met een handicap na opname in het woonzorgcentrum geen resterende ondersteuningsbehoefte. De persoon kan echter, indien gewenst of genoodzaakt, zijn niet-instrumentele ondersteuning verderzetten.

## 4 Casus 4

**Pmh:** Vrouw, 50 jaar. Syndroom van Down.

**BC:** VI (33,64). 5 dagen dagondersteuning, 2 uur psychosociale ondersteuning.

**B/P:** 4/6

**Katz-score:** D

**Samenvatting:** Een vrouw met syndroom van Down woont reeds jaren bij haar ouders, met ambulante ondersteuning vanuit een VAPH-voorziening. Eigen aan het syndroom van Down is echter de achteruitgang op latere leeftijd en de relatief hoge kans op dementie (Alzheimer).

De ouders merkten de laatste tijd een gedragsverandering op, die hen doet vermoeden dat het dementieproces bij hun dochter begonnen is. Die verandering is vooral paniek bij situaties die haar niet meer bekend voorkomen, en kan zich uiten als fysieke agressie naar zichzelf of anderen toe.

Hoewel de ouders danig zijn geschrokken van de veranderingen die zich op korte tijd kunnen voordoen, zijn zij voor hun dochter blijven zorgen. In enkele maanden tijd ging mama echter achteruit en kwam te overlijden, papa maakte daarop zelf een sterke achteruitgang mee. Hij bevindt zich nu op de afdeling gerontologie van een plaatselijk ziekenhuis, in de palliatieve zorg.

Er moet absoluut een oplossing komen voor de dochter met dementie. Een WZC in de buurt heeft ervaring met personen met dementie, hoewel ze niet over een specifieke afdeling beschikken. Zij hebben mogelijks een plaats, maar twijfelen nog over de opname. De pmh heeft meerdere keren per week nood aan langdurige specifieke 1 op 1 begeleiding. Het WZC vreest dat zij niet voldoende personeel hebben om de 1 op 1 te kunnen voorzien, zonder dat gevolgen zou hebben voor andere ondersteuning.

### 4.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** De persoon met een handicap werd een persoonsvolgend budget in categorie VI (€42.132,12) toegekend.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is bepaald met een B-waarde van 4 en een P-waarde van 6. Dit wil zeggen dat ze dagelijks en continu ondersteuning nodig heeft die ruim is in reikwijdte. Qua permanentie nood moet er voortdurend iemand aanwezig zijn en moet er voortdurend toezicht uitgeoefend worden. Dat betekent dat er op elk ogenblik iemand in contact staat met de persoon met een handicap, ofwel rechtstreeks ofwel onrechtstreeks (via babyfoon, webcam of andere middelen).

**Ondersteuningsvraag.** De vrouw woont reeds jaren bij haar ouders die in grote mate voor haar ondersteuning instaan. Zij maakt gebruik van ambulante ondersteuning in de vorm van 5 dagen dagondersteuning en 2u psychosociale begeleiding per week. Eigen aan het syndroom van Down is de achteruitgang op latere leeftijd en de relatief hoge kans op dementie. Recent is er hierdoor dan ook een verandering in haar gedrag opgetreden waardoor ze vooral bij situaties die haar niet meer bekend voorkomen in paniek schiet met eventuele agressie naar zichzelf of anderen toe. Naast de achteruitgang ten gevolge van haar handicap, is er ook een verandering opgetreden in haar zorgomkadering. Meer specifiek is de fysieke toestand van haar ouders in enkele maanden erg achteruitgegaan. De moeder kwam te overlijden en de vader kwam terecht op de afdeling gerontologie van een plaatselijk ziekenhuis.

Door deze recente gebeurtenissen dringt een residentiële opname in een woonzorgcentrum in de buurt zich op. De zorgkundige ondersteuning die gepaard gaat met de diagnose van dementie kan opgevangen worden in het woonzorgcentrum. Ze werd namelijk ingeschaald op de Katz schaal in categorie D waarin personen gerangschikt zijn waarvoor op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan de diagnose van dementie is vastgesteld.

Door de jarenlange ervaring en de specialisatie inzake dementie zijn de leden van de focusgroep van mening dat het woonzorgcentrum een geschikte oplossing biedt. Ze twijfelen over de verdere handicapspecifieke ondersteuning omwille van haar beginnend dementieproces. Opnieuw zijn er verschillende scenario's mogelijk. Mogelijk vallen haar ondersteuningsfuncties vanuit het VAPH volledig weg maar dit is niet noodzakelijk zo. Het zou zelf kunnen dat de vrouw meer nood heeft aan handicapspecifieke ondersteuning nu haar ouders zijn weggevallen. Het woonzorgcentrum zelf twijfelt namelijk of ze voldoende personeel ter beschikking hebben om de vrouw de nodige één-op-één begeleiding te geven. Eventueel kan een dagelijkse individuele begeleiding vanuit het VAPH hier soelaas bieden. Er wordt verder getwijfeld over haar hoge (en uitzonderlijke) permanentienood. De leden van de focusgroep zijn echter van mening dat deze permanentienood ook moeilijk te accommoderen is in een (collectieve) VAPH-voorziening. Hierdoor is het onduidelijk of het woonzorgcentrum effectief nood heeft aan bijkomend personeel en hoe dit dan exact ingevuld zou moeten worden.

#### 4.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Tabel 24 geeft het persoonsvolgend budget en de beschrijvende parameters van Casus 4 weer. De persoon met een handicap beschikt over een budget in categorie VI (€42.123,12).

Tabel 24 Centrale parameters (Casus 4)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	VI
B/P-waarden	B4-P6
Katz-score	Cat D
Persoonsvolgend budget	€42.123,12
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€9.114,06
= Ondersteuningsbudget	€33.009,06

Bron: Eigen berekeningen

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** De Katz-specifieke forfaitaire bijdrage bedraagt 9114,05 euro per jaar (zie Tabel 17 in Hoofdstuk 6). De persoon met een handicap heeft na de aftrek van de berekende forfaitaire bijdrage een resterend ondersteuningsbudget ter hoogte van 33009,06 euro. Dit ondersteuningsbudget valt in een lagere budgetcategorie, nl. budgetcategorie V.

**Budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** De leden van de focusgroep stellen dat er verschillende interpretaties mogelijk zijn omtrent de ondersteuningsvraag:

- **Scenario 1:** Continuering van alle oorspronkelijke ondersteuningsfuncties (5 dagen dagondersteuning en 2 uur psychosociale ondersteuning).
- **Scenario 2:** Nieuwe ondersteuningsfuncties. Het kan evenzeer mogelijk zijn dat de vrouw additionele ondersteuningsnoden heeft ontwikkeld. Dit kan komen omdat het woonzorgcentrum



slechts gedeeltelijk de ondersteuning die haar ouders boden, kan overnemen. Bovendien geeft het woonzorgcentrum aan de één-op-één ondersteuningsnood niet te kunnen aanbieden. Om enerzijds de druk op het personeel in het woonzorgcentrum te verlichten en anderzijds de individuele ondersteuning te bieden die de persoon met een handicap nodig heeft, kan dagelijkse psychosociale ondersteuning nuttig zijn (een sessie van 2u per dag).

- **Scenario 3:** Stopzetting van de oorspronkelijke ondersteuningsfuncties. De ondersteuningsfuncties waarvan de vrouw in het verleden gebruik maakte zijn niet meer nodig omwille van haar beginnend dementieproces

Tabel 25 Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 4)

Ondersteuningsvraag	Freq. x gewicht	Totale gewicht	Budgetcategorie
5 dagen dagondersteuning 2u psychosociale ondersteuning	$5 \times 2,8 = 14$ $2 \times 2 = 4$	18	IV
14u psychosociale ondersteuning	$14 \times 2 = 28$	28	VI
/	/	0	/

Bron: Eigen berekeningen

**Vergelijking scenario 1.** In het eerste scenario maakt de persoon met een handicap gebruik van 5 dagen dagondersteuning en 2u psychosociale ondersteuning. Na de berekening van de gewichten bekomen we een totaal gewicht van 18. Het gewicht van de ondersteuningsvraag op basis van het eerste scenario ligt in de range van budgetcategorie IV. Gezien het ondersteuningsbudget in een hogere budgetcategorie valt, is een continuering van de oude ondersteuningsfuncties in principe te realiseren.

**Vergelijking scenario 2.** Voor de 14 uur psychosociale begeleiding uit het tweede scenario bedraagt het totale gewicht 28. Het gewicht van de ondersteuningsvraag op basis van de 14 uur psychosociale ondersteuning ligt in de range van budgetcategorie VI. Deze budgetcategorie ligt boven de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget. Deze ondersteuning is bijgevolg niet te realiseren. De ondersteuningsneutraliteit wordt in dit geval geschonden.

**Vergelijking scenario 3.** Het derde scenario impliceert dat de persoon met een handicap geen nood heeft aan handicapspecifieke ondersteuning en in principe dus ook geen nood meer heeft aan een persoonsvolgend budget.

**Mogelijke ondersteuning.** Het ondersteuningsbudget valt binnen budgetcategorie V. We weten dus met zekerheid dat de persoon met een handicap het maximale gewicht uit budgetcategorie IV ter beschikking heeft. Voor deze casus betekent dit een gewicht van 19,9. In Tabel 4 van Hoofdstuk 3 kunnen de gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties teruggevonden worden.

### 4.3 Samenvatting

Omwille van het optredend dementieproces, was het onduidelijk voor de leden van de focusgroep of er nog nood is aan handicapspecifieke ondersteuning. Indien het dementieproces reeds vergevorderd is, kan het volgens de focusgroep mogelijk zijn dat het woonzorgcentrum de volledige zorg en ondersteuning kan overnemen. Het is echter even plausibel dat de vrouw, door het wegvallen van haar ouders, net meer nood heeft aan ondersteuning. Indien dit het geval is, kan ze met haar ondersteuningsbudget niet de nodige ondersteuning aanschaffen.

## 5 Casus 5

**Pmh:** Man 43 jaar, vergevorderd dementieproces.

**BC:** X (17,13). Meneer krijgt enkele uren (4) psychosociale ondersteuning vanuit een vergunde zorgaanbieder.

**B/P:** 6/7

**Katz-score:** D

**Samenvatting:** Meneer is heel zijn leven zelfstandig geweest, hij was zaakvoerder van een eigen bedrijf. Slechts enkele jaren geleden stelde men vast dat meneer fouten begon te maken in de boekhouding, wat voorheen nooit zou gebeurd zijn. Bovendien begon meneer zich anders te gedragen, veel opener en ongeremder. Ook wanneer er klanten aanwezig waren, kon meneer schijnbaar enorm impulsief en onbeleefd uit de hoek komen.

Op enkele maanden tijd waren de karakteriële veranderingen zo groot, dat tewerkstelling niet langer mogelijk was. Meneer is luidruchtig en uitbundig op de meest ongepaste momenten, en vertoonde eveneens decorumverlies. Er werd fronto-temporale dementie vastgesteld.

Gezien de snelheid van achteruitgang en het specifieke karakter van de ziekte, was het bijzonder moeilijk om een geschikte plaats te vinden. Bovendien moest het ook snel gaan, omdat de veiligheid van meneer of zijn gezin niet langer meer gegarandeerd kon worden. Meneer werd gedurende de aftakeling agressiever en agressiever. Zowel op verbaal vlak als op fysiek vlak.

Na een incident waarbij politie diende tussen te komen, werd meneer gecolloqueerd. Na afloop van de collocatie was enkel een residentiële opname een mogelijkheid. Deze vond plaats in een 'dementie-afdeling' van het WZC in de buurt, vnl. vanuit de redenering dat men hier expertise heeft rond het ziektebeeld.

Meneer is echter 43 jaar, was zeer sportief en is fysiek in relatief goede gezondheid. Dat betekent dat hij een gevaar vormt voor verplegenden en verzorgenden, die iemand van deze grootte moeilijk in bedwang kunnen houden wanneer dit nodig is. Er vonden ook reeds incidenten plaats waarbij een collega enkele weken werkonbekwaam was.

Hoewel het WZC met zijn expertise de perfecte omgeving is, moet het personeel kunnen rekenen op momenten van time-out. Hierbij kan meneer naar een andere omgeving gebracht worden voor enkele dagen, zodat het personeel van het WZC even tot rust kan komen. Gezien de ernst van de problematiek en de snelheid van de achteruitgang groeit ook langzaam het besef dat een terugkeer naar huis, zelfs met intensieve ondersteuning, geen optie meer is. Ook voor het gezin van meneer zou dit een betere situatie zijn. Het is dan ook de bedoeling om een volledig residentiële ondersteuning te kunnen verkrijgen.

### 5.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** De persoon met een handicap heeft een persoonsvolgend budget in categorie X (€59.588,83) toegekend gekregen, maar is dit nog niet volledig aan het besteden.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is bepaald met een B-waarde van 6 en P-waarde van 7. Dit zijn uitzonderingswaarden die slechts in zeer specifieke situaties worden toegekend. De betrokken persoon heeft dus dagelijks zeer intensieve ondersteuning nodig in functie van zijn uitzonderlijke ondersteuningsbehoeften. De permanentie nood is zeer hoog. Meneer heeft nood aan

voortdurend toezicht en dat binnen een beveiligde infrastructuur en zorgomkadering in een gespecialiseerde setting.

**Ondersteuningsvraag.** De persoon met een handicap verbleef thuis bij zijn gezin en kreeg vanuit het VAPH 4 uur psychosociale ondersteuning. De man ging echter zeer snel achteruit, en gezien het specifieke karakter van de ziekte, konden zijn veiligheid en die van zijn gezin niet langer gegarandeerd worden. Na een incident werd de man gecolloqueerd. Na afloop van de collocatie werd hij residentieel opgenomen in een 'dementie-afdeling' van een woonzorgcentrum in de buurt gegeven de aanwezige expertise. Gezien de ernst van de problematiek en de snelheid van de achteruitgang, is een terugkeer naar huis, zelfs met intensieve ondersteuning, geen optie meer. Meneer heeft nood aan residentiële opvang in een gespecialiseerde setting. Het woonzorgcentrum waar hij na de collocatie werd opgenomen is in staat om deze opvang te bieden. De man heeft namelijk een Katz-score D. Meneer is echter 43 jaar, was zeer sportief en is fysiek in relatief goede gezondheid. Dat betekent dat hij een gevaar vormt voor het verplegend en verzorgend personeel. Hoewel het woonzorgcentrum met zijn expertise dus de perfecte omgeving is, moet het personeel kunnen rekenen op momenten van time-out. Gezien de ernst van de problematiek, is een terugkeer naar huis, zelfs met intensieve ondersteuning, geen optie meer. Om de residentiële opname in het woonzorgcentrum mogelijk te maken, is de combinatie met enkele dagen externe opvang noodzakelijk.

Het woonzorgcentrum met specialisatie inzake dementie is volgens de leden van de focusgroep een geschikte oplossing voor de persoon met een handicap. Het woonzorgcentrum zal instaan voor de zorgkundige ondersteuning die hij nodig heeft. De leden van de focusgroep twijfelen echter of er verdere handicapspecifieke ondersteuning nodig is. In de omschrijving van de casus vinden ze hier geen indicatie voor. De persoon in kwestie lijkt, op basis van de omschrijving, geen ondersteuningsnood te hebben. Het persoonsvolgend budget kan daarom niet aangewend worden in een VAPH-vergunde zorgaanbieder, omdat er geen ondersteuningsnood lijkt achter schuil te gaan. Eventueel kan de 4 uur psychosociale ondersteuning worden gecontinueerd maar het is onduidelijk voor de leden van de focusgroep waarom hij deze ondersteuning kreeg en op basis van wat zijn budget juist is toegekend. De leden van de focusgroep menen verder dat psychiatrische opvang een eventuele oplossing zou kunnen zijn om de personeelsleden een time-out te geven.

## 5.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Tabel 26 geeft de centrale parameters voor deze casus weer. De persoon met een handicap verkeert in een uitzonderlijke situatie en beschikt daarom over een hoog persoonsvolgend budget in categorie X (€59.588,83)

Tabel 26 Centrale parameters (Casus 5)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	X
B/P-waarden	B6/P7
Katz-score	Cat D
Persoonsvolgend budget	€59.588,83
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€9.114,06
= Ondersteuningsbudget	€50.474,77

Bron: Eigen berekeningen

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** Om tot het ondersteuningsbudget te komen trekken we de Katz-specifieke forfaitaire bijdrage af van zijn persoonsvolgend budget. De forfaitaire bijdrage op basis van een Katz-score D bedraagt 9.114,06 euro, zie Tabel 17 in Hoofdstuk 6. Het resterende ondersteuningsbudget van de persoon met een handicap bedraagt dan 50.474,77 euro. Dit ondersteuningsbudget valt in een lagere budgetcategorie, nl. categorie IX.

**Budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** De leden van de focusgroep konden geen indicatie vinden voor een verdere handicapspecifieke ondersteuningsnood. Eventueel kan de 4 uur psychosociale ondersteuning worden verdergezet. Tabel 27 toont het gewicht van de ondersteuningsvraag op basis van 4 uur psychosociale ondersteuning.

Tabel 27 Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 5)

Ondersteuningsvraag	Freq. x gewicht	Totale gewicht	Budgetcategorie
4 uur psychosociale ondersteuning	4 x 2	8	IV

*Bron: Eigen berekeningen*

**Vergelijking van de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget en de ondersteuningsvraag.** Het totaalgewicht van de ondersteuningsvraag is gelijk aan 8. Het gewicht van de ondersteuningsvraag ligt in de range van budgetcategorie II. Gezien het ondersteuningsbudget in een hogere budgetcategorie (IX) valt, is deze ondersteuning (volgens de toekenningslogica) perfect haalbaar.

**Mogelijke ondersteuning.** Het ondersteuningsbudget valt binnen budgetcategorie IX. We weten dus met zekerheid dat de persoon met een handicap het maximale gewicht uit budgetcategorie VIII ter beschikking heeft. Voor deze casus betekent dit een gewicht van 39,4. In Tabel 4 van Hoofdstuk 3 kunnen de gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties teruggevonden worden.

### 5.3 Samenvatting

Het woonzorgcentrum met specialisatie inzake dementie is volgens de leden van de focusgroep een zeer geschikte oplossing voor de persoon met een handicap. De persoon in kwestie lijkt, op basis van de omschrijving, geen handicapspecifieke ondersteuningsvraag te hebben. Hoewel het voor de leden van de focusgroep onduidelijk is waarom de persoon met een handicap gebruik maakt van 4 uur psychosociale ondersteuning, is een continuering ervan perfect haalbaar met het ondersteuningsbudget. De focusgroep meent verder dat psychiatrische opvang, om de personeelsleden een time-out te gunnen, een eventuele oplossing zou kunnen zijn voor het woonzorgcentrum.

## 6 Casus 6

**Pmh:** 40 jaar, vrouw. Matig verstandelijke handicap en spraakstoornissen.

**BC:** VI (17,13). Mevrouw maakt gebruik van een drietal uren psychosociale ondersteuning bij het vrijwilligerswerk.

**B/P:** 5/5

**Katz-score:** A

**Samenvatting:** Mevrouw verblijft reeds haar hele leven bij haar ouders. Zij heeft geen schoolse carrière kunnen lopen, maar bleef altijd thuis bij moeder en volgde haar overal. Beiden verloren elkaar nagenoeg nooit uit het oog en zijn op elkander aangewezen. Na verloop van tijd kwam hier een deeltijdse dagbesteding bij, vanuit een centrum voor personen met een handicap. Hier wordt o.a. vrijwilligerswerk uitgevoerd: zo gaat mevrouw enkele uren per week naar een WZC en brengt de koffie rond. Buiten deze ondersteuning valt echter alles op de moeder. Mama doet dit zeer graag, maar heeft zelf ook nood aan adempauzes. Die pauzes werden geregeld door haar zus, de tante van de pmh. Elke twee/drie maanden zorgde zij ervoor dat mevrouw een weekend voor zich alleen had. Nu zij echter overleden is, zijn deze momenten weggevallen. Papa kan dit niet overnemen omdat hij zichzelf hier absoluut niet toe in staat acht. Hij heeft ook nooit enige zorg opgenomen voor de kinderen.

Het WZC waar mevrouw ook koffie rondbrengt, en waar ze dus reeds een band heeft opgebouwd met bewoners (die haar ook reeds hebben leren 'verstaan' ondanks de spraakstoornissen), geeft aan dat zij soms voor het kortverblijf bij hen kan komen. Zij beschikken immers over een capaciteit als Centrum voor Kortverblijf. Zij moeten eerst echter nagaan of het structurele weekendregime (om de 3 maanden) op te vangen is binnen de regelgeving.

### 6.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** De persoon met een handicap heeft een persoonsvolgend budget in categorie VI (€42.123,12) toegekend gekregen. Ze heeft geen herziening ingediend om de additionele ondersteuning op te vangen.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is bepaald met een B-waarde van 5 en een P-waarde 5. Ze heeft dus dagelijks continu en intensieve ondersteuning op alle levensdomeinen nodig. Voor haar permanentie nood moet er voortdurend iemand aanwezig zijn, maar die persoon hoeft niet voortdurend toezicht uit te oefenen. Indien nodig moet er echter onmiddellijk iemand fysiek aanwezig kunnen zijn om ondersteuning te bieden.

**Ondersteuningsvraag.** De persoon met een handicap heeft altijd thuis gewoond en werd voltijds ondersteund door de moeder. Daarnaast verbleef ze elke twee/drie maanden een weekend bij haar tante om de moeder gedurende een korte periode te ontlasten. Vanuit het VAPH krijgt ze een drietal uren psychosociale ondersteuning bij het vrijwilligerswerk in het woonzorgcentrum.

Er heeft zich geen wijziging voorgedaan de handicapspecifieke ondersteuningsnood van de persoon met een handicap. Echter, de tante die elke twee/drie maanden de zorg een weekend op zich nam, is overleden. Om de weekends op te vangen die de tante op zich nam, wenst de vrouw graag in te tekenen op een structureel weekendregime (om de 3 maanden) in het Centrum voor Kortverblijf verbonden aan het woonzorgcentrum waar ze vrijwilligerswerk doet.

Het Centrum voor Kortverblijf kan volgens de leden van de focusgroep zonder problemen de structurele weekendopvang voorzien. De maximale verblijfsduur wordt namelijk niet overschreden (maximaal 60 opeenvolgende dagen of maximaal 90 dagen per kalenderjaar). De vrouw heeft geen of zeer weinig zorgkundige begeleiding nodig. Dit blijkt uit de inschaling op basis van de Katz-schaal in categorie O of A. Aangezien dit een additionele ondersteuning is, en niet als vervanging van een bestaande ondersteuning vanuit het VAPH optreedt, verandert de oorspronkelijke ondersteuningsnood niet.

## 6.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Tabel 28 geeft de centrale parameters van deze casus weer. De persoon met een handicap in Casus 6 heeft een persoonsvolgend budget in categorie VI toegekend gekregen. Omdat er gebruik wordt gemaakt van additionele ondersteuning, is er een continuering van de drietal uren psychosociale ondersteuning bij het vrijwilligerswerk. Uit de omschrijving van de casus weten we dat de vrouw hiervoor 17,13 personeelspunten inzet (of €14.384,92 aan de huidige omslagsleutel).

Tabel 28 Centrale parameters (Casus 6)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	VI
B/P-waarden	B5-P5
Katz-score	Cat A
Persoonsvolgend budget	€42.123,12
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€38,48
- huidige ondersteuning	€14.384,92
= Ondersteuningsbudget	€14.346,44

Bron: Eigen berekeningen

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** We passen hier dezelfde logica toe als in de voorgaande casussen en trekken een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage af van het persoonsvolgend budget om dubbele financiering te vermijden. Omdat de vrouw slechts één weekend om de drie maanden gebruik wil maken van de diensten van centrum voor kortverblijf, dient er slechts 8 maal een forfaitaire bijdrage te worden verrekend. Op basis van de KATZ-inschaling in categorie A (of O), betekent dit voor deze casus een mindering van 4,81 euro per dag of 38,48 euro per jaar. Deze lage forfaitaire bijdrage heeft geen significante impact op het ondersteuningsbudget. Na aftrek van de reeds gebruikte ondersteuningsfuncties en de forfaitaire bijdrage, heeft de persoon met een handicap een ondersteuningsbudget van 14.346,44 euro.

## 6.3 Samenvatting

Volgens de leden van de focusgroep behoudt de persoon met een handicap in deze casus de handicap-specifieke ondersteuning vanuit het VAPH (3u psychosociale ondersteuning). Ter vervanging van de informele ondersteuning die geboden werd door de tante, wordt er geopteerd voor weekendopvang (om de 3 maanden) in een centrum voor kortverblijf. Gezien de weekendopvang niet ter vervanging van VAPH-ondersteuning dient, is er ook geen verschuiving in de inzet van het persoonsvolgend budget. Om die redenen betwijfelt de focusgroep dat er hier dubbele financiering optreedt. Gezien de zeer beperkte opvang die het centrum voor kortverblijf aanbiedt, heeft dit echter geen significant effect op het ondersteuningsbudget van de vrouw in kwestie.

## 7 Casus 7

**Pmh:** Vrouw, 35 jaar. Autismespectrumstoornis en GES.

**BC:** IV (20,7). Mevrouw realiseert hiermee 2 dagen dagondersteuning en 3 uur psychosociale begeleiding in de week.

**B/P:** 3/3

**Katz-score:** A

**Samenvatting:** Een jonge vrouw van 35 jaar heeft een eigen woonst. 's Avonds kan zij hier zelf verblijven en is enorm zelfstandig in de eigen organisatie van het dagelijks leven. Aankoop van eten en huismiddelen, organisatie administratie & financiën, .... Ze is zeer structureel aangelegd en heeft een protocol voor alles. Kleine variaties hierin zijn oké, maar wanneer deze zich opstapelen is paniek niet veraf. Een eigen organisatie van het huishouden en huis, gaat echter niet samen met voltijds werk of dagbesteding. Mevrouw heeft duidelijke rustmomenten nodig, en een dagbesteding die zeer voorspelbaar is. Een VAPH-voorziening begeleidt haar bij dit zelfstandig leren wonen en kan eventueel wel een luisterend oor bieden. Wanneer de onvoorspelbaarheden zich echter opstapelen en mevrouw volledig in paniek gaat, heeft de voorziening niet de middelen of het personeel om dit telkens op te vangen.

Een DVC in de buurt heeft een doorgedreven inclusieve werking, waarbij mensen uit de buurt samen met de ouderen een traject kunnen lopen. Zeg maar een soort buddywerking. Daar wenst de PmH op in te tekenen. Ze moet hier echter voor de nodige ondersteuning kunnen krijgen, zowel van het DVC als van de VAPH-ondersteuner zelf. Mogelijks op hetzelfde moment, dat zal afhangen van hoe de samenwerking zal verlopen.

### 7.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** De persoon met een handicap heeft geen nieuwe aanvraag ingediend voor het persoonsvolgend budget. Haar budgetcategorie bedraagt IV (€28.253,30).

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is vastgesteld met een B-waarde van 3 en een P-waarde van 3. Ze heeft dus dagelijks ondersteuning nodig, die beperkt is in reikwijdte en intensiteit (geen continue ondersteuning). Qua permanentie nood moet ze steeds iemand telefonisch kunnen bereiken of oproepen die onmiddellijk (rekening houdend met de nodige verplaatsingstijd) fysiek aanwezig kan zijn om ondersteuning te bieden.

**Ondersteuningsvraag.** De persoon met een handicap woont zelfstandig en redt zich in de dagelijkse organisatie van haar leven. De dagelijkse organisatie combineert ze met 2 dagen dagondersteuning en 3 uur psychosociale ondersteuning in de week. Die ondersteuning vanuit de VAPH-zorgaanbieder is vooral gericht op hulp bij het zelfstandig leren wonen. Het personeel bij de zorgaanbieder van het VAPH biedt echter ook vaak een luisterend oor wanneer de vrouw, door een opeenstapeling van onvoorspelbaarheden, in paniek slaat. De zorgaanbieder beschikt echter niet over de middelen of het personeel om dit telkens op te vangen. Om die reden is er nood aan additionele ondersteuning. Om meer voorspelbaarheid te creëren in haar dagelijkse structuur, wil de vrouw graag intekenen op een buddytraject dat georganiseerd wordt door een dagverzorgingscentrum in de buurt. Tezamen met de ouderen in het centrum kan ze dan een traject lopen met een doorgedreven inclusieve werking. Ze moet hier echter de nodige ondersteuning voor kunnen krijgen, zowel vanuit het dagverzorgingscentrum als van de VAPH-ondersteuner.

De leden van de focusgroep menen uit de omschrijving van de casus te kunnen afleiden dat de buddywerking neerkomt op vrijwilligerswerk met de ouderen in het dagverzorgingscentrum. De persoon met een handicap heeft bijgevolg nood aan psychosociale begeleiding bij het uitvoeren van dit vrijwilligerswerk. De leden van de focusgroep twijfelen echter over het belang van de informatie dat de vrouw dit vrijwilligerswerk wil uitoefenen in een dagverzorgingscentrum. Enkel indien er wordt verondersteld dat het personeel van het dagverzorgingscentrum de ondersteuning gedeeltelijk overneemt, is de locatie van belang. De vrouw heeft echter een geschatte KATZ-score van O/A, wat resulteert in geen of een erg lage zorgkundige nood vanuit het dagverzorgingscentrum. Bovendien krijgen dagverzorgingscentra slechts RIZIV-financiering (F-forfait) door een functionele binding met rust en verzorgingstehuizen (zie Hoofdstuk 4). Aangezien de vrouw een Katz-score van A of O heeft, valt ze in de basis of ROB-erkenning. De leden van de focusgroep zijn daarom van mening dat het dagverzorgingscentrum geen RIZIV-financiering voor de vrouw in Casus 7 kan verkrijgen en betwijfelt of er sprake is van dubbele financiering.

## 7.2 Impact van een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage op de ondersteuningsvraag

Tabel 29 geeft de beschrijvende parameters weer van de persoon met een handicap in Casus 7. Ze heeft een persoonsvolgend budget in categorie IV toegekend gekregen. Ze werden bovendien ingeschaald in categorie A van de Katzschaal.

Tabel 29 Centrale parameters (Casus 7)

Parameter	waarde
Budgetcategorie	IV
B/P-waarden	B3-P3
Katz-score	Cat A
Persoonsvolgend budget	€28.253,30
- Katz-specifieke forfaitaire bijdrage	€500,24
= Ondersteuningsbudget	€27.753,06

Bron: Eigen berekeningen

**Budgetcategorie van het resterende ondersteuningsbudget.** Onder de veronderstelling dat het personeel van het dagverzorgingscentrum de ondersteuning tijdens het vrijwilligerswerk gedeeltelijk overneemt, kunnen we op basis van haar Katz-score een forfaitaire bijdrage berekenen van 4,81 euro per dag. De frequentie van het vrijwilligerswerk is echter niet meegedeeld in de omschrijving van de casus, maar aangezien het een *doorgedreven inclusieve werking* ambieert, kan er verondersteld worden dat dit meermaals in de week doorgaat. Gemakshalve gaan we verder met de veronderstelling dat ze dit 2 maal per week doet. Er wordt dus een jaarlijkse forfaitaire bijdrage van 500,24 euro aangerekend ( $2 \times 52 \times 4,81$ ). Het ondersteuningsbudget van de persoon met een handicap bedraagt dan 27753,06 euro en valt in dezelfde budgetcategorie als het persoonsvolgend budget.



**Budgetcategorie van de ingeschatte ondersteuningsvraag.** De leden van de focusgroep zijn van mening dat psychosociale begeleiding de juiste omkadering kan bieden bij het vrijwilligerswerk. Indien we ervan uit gaan dat het vrijwilligerswerk een 2-tal uur duurt, dan heeft de vrouw nood aan 4u psychosociale ondersteuning per week.

Tabel 30 Gewicht en budgetcategorie van de ondersteuningsvraag (Casus 7)

Ondersteuningsvraag	Freq. x gewicht	Totale gewicht	Budgetcategorie
4 uur psychosociale ondersteuning	4 x 2	8	IV

*Bron: Eigen berekeningen*

Voor de 4 uur psychosociale begeleiding wordt het gewicht vermenigvuldigd met de frequentie (=4 x 2). Het totaal gewicht bedraagt 8 en ligt in de range van budgetcategorie II. Deze budgetcategorie ligt onder de budgetcategorie van het ondersteuningsbudget en is bijgevolg haalbaar.

**Mogelijke ondersteuning.** Het ondersteuningsbudget valt binnen budgetcategorie IV. We weten dus met zekerheid dat de persoon met een handicap het maximale gewicht uit budgetcategorie III ter beschikking heeft. Voor deze casus betekent dit een gewicht van 13. In Tabel 4 van Hoofdstuk 3 kunnen de gewichten van de verschillende ondersteuningsfuncties teruggevonden worden.

### 7.3 Samenvatting

Op basis van de omschrijving van de casus, vermoeden de leden van de focusgroep dat de persoon met een handicap nood heeft aan additionele handicapspecifieke ondersteuning vanuit het VAPH. Ze wenst namelijk vrijwilligerswerk te doen en heeft daarbij nood aan psychosociale ondersteuning. Ze heeft geen nieuw budget aangevraagd, maar wenst met haar huidig persoonsvolgend budget deze extra ondersteuning te verkrijgen. Omdat ze dit vrijwilligerswerk wenst te doen in een dagverzorgingscentrum, is het mogelijk dat het personeel van het dagverzorgingscentrum bepaalde ondersteuning zelf biedt. Zelfs na aftrek van de forfaitaire bijdrage, is haar ondersteuningsbudget voldoende ruim om de additionele ondersteuning aan te kopen.

De leden van de focusgroep betwijfelen echter of hier sprake is van dubbele financiering. Dagverzorgingscentra kunnen namelijk enkels financiering krijgen voor personen met een RVT-erkenning, i.e. personen die ingeschaald zijn in categorie B, C of D van de Katzschaal. De vrouw werd echter ingeschaald in categorie A. Het dagverzorgingscentrum zou dus bijgevolg nooit subsidies ontvangen voor de vrouw.

## 8 Casus 8

**BC:** VII (20,7). Mevrouw gebruikt momenteel 10 uur praktische ondersteuning en heeft daarnaast ook dienstencheques aangekocht voor 4 uur praktische ondersteuning extra.

**B/P:** B: 3 (soms 4), P: 5 (soms 6).

**Katz-score:** C

**Samenvatting:** Mevrouw van 44 jaar werd enkele jaar geleden het slachtoffer van een verkeersongeval met betrokken derden. Door dit trauma liep zij meerdere breuken op, interne verwondingen en moest hierdoor ook meerdere maanden in het ziekenhuis verblijven. Mevrouw lijdt echter ook diabetes sinds haar kindertijd. Door een hardnekkige infectie zijn verschillende wonden niet goed kunnen genezen en vond een bovenbeenamputatie plaats. Deze wonde heelt echter ook niet makkelijk. Bovendien heeft mevrouw nog andere gevolgen van het trauma: de vele breuken hebben geleid tot strammere gewrichten met heel wat artrose, waardoor de kracht in haar armen eerder beperkt is; mevrouw heeft tevens nood aan wondverzorging (anti-decubitus) en heeft ook een stoma. Dit alles maakt dat mevrouw heel wat praktische ondersteuning nodig heeft om zich klaar te maken voor de dag. Ook 's avonds is dezelfde ondersteuning nodig en 's nachts heeft mevrouw nood aan een permanentie die kan ingrijpen wanneer dit nodig zou zijn. Dankzij aanpassingen aan de werkplek, hulpmiddelen en het beroep kunnen doen op een verpleegster kan mevrouw echter wel voltijds blijven werken.

Momenteel verblijft zij nog in haar eigen huis, waar heel wat ondersteuning aan te pas komt. Zo is er een werking opgezet met vrienden en familie, vrijwilligers, professionals via dienstencheques en andere organisaties. Toch blijkt stilaan dat alleen thuis verblijven, zelfs met alle ondersteuning, geen verantwoorde keuze is. Een WZC in de buurt heeft een passend voorstel: in de week kunnen zij de woonondersteuning voorzien. In het weekend kunnen zij voltijdse ondersteuning voorzien, zowel overdag als 's avonds.

### 8.1 Bespreking van de casus

**Persoonsvolgend budget.** De persoon met een handicap heeft in deze casus een persoonsvolgend budget in categorie VII (€44.691,69) toegekend gekregen.

**Zorgzwaarte.** De zorgzwaarte van de persoon met een handicap is vastgesteld met een B-waarde van 4 en een P-waarde van 5. Ze heeft dus dagelijks en continu ondersteuning nodig die ruim is in reikwijdte. Qua permanentie nood moet er voortdurend iemand aanwezig zijn, maar die persoon hoeft niet voortdurend toezicht uit te oefenen. Indien nodig moet onmiddellijk iemand fysiek aanwezig kunnen zijn om ondersteuning te bieden.

**Ondersteuning.** De vrouw woont nog thuis en heeft een werking opgezet met vrienden, familie, vrijwilligers en thuisverpleging om haar te ondersteunen. Daarnaast maakt ze ook gebruik van 10 uur praktische ondersteuning en dienstencheques voor 4 uur praktische ondersteuning. Ondanks de ruime ondersteuningsomkadering, blijkt alleen wonen geen verantwoorde keuze meer.

Een woonzorgcentrum biedt een plaats aan om haar in de week woonondersteuning en in het weekend voltijdse ondersteuning te voorzien, zowel overdag als 's avonds. De persoon met een handicap heeft door haar fysieke toestand een hoge nood aan zorgkundige ondersteuning en is bijgevolg ook ingeschaald op de Katz schaal in categorie C. Het woonzorgcentrum zal geheel of gedeeltelijk tegemoetkomen aan deze zorgondersteuning. Aangezien het geen voltijdse residentiele opname

betreft, zullen er nog steeds momenten zijn waar de vrouw beroep dient te doen op haar netwerk. Het is bijgevolg onduidelijk voor de leden van de focusgroep welke ondersteuning wordt verdergezet en in welke frequentie dit gebeurt.

De leden van de focusgroep menen dat de vooropgestelde oplossing vanuit het woonzorgcentrum geen haalbaar voorstel is. Binnen de erkende capaciteit is het niet haalbaar om dit uit te voeren zonder nadelige financiële gevolgen. Buiten de erkende capaciteit, zou er eventueel een voorstel op maat kunnen worden gemaakt.

## **8.2 Samenvatting**

Gezien de onhaalbaarheid van het voorstel binnen de erkende capaciteit van een woonzorgcentrum, valt de casus volgens de leden van de focusgroep buiten de scope van het onderzoek.



## Hoofdstuk 8

### Aanbevelingen voor beleid en onderzoek

In dit hoofdstuk bespreken we vier concrete aanbevelingen voor het beleid en verder onderzoek. We beperken ons hierbij tot het maken van aanbevelingen binnen de contouren van de onderzoeksvraag zoals die is afgebakend in Hoofdstuk 2.

**Aanbeveling 1a. Maak een herziening van de budgetcategorie van het persoonsvolgend budget bij opname in een ouderenvoorziening.**

We argumenteerden in Hoofdstuk 6 van deze studie dat een opname in een ouderenvoorziening kan beschouwd worden als een significante wijziging van de situatie van de persoon met een handicap en dat bijgevolg een herziening van de budgetcategorie aangewezen is. Vermits sommige ondersteuningsfuncties reeds vervat zitten in de zorg die bewoners van een ouderenvoorziening krijgen, zal de herziene budgetcategorie in de meeste gevallen lager (of gelijk) liggen aan de oorspronkelijke budgetcategorie.

In Hoofdstuk 6 toonden we bovendien aan dat na de herziening van de budgetcategorie er steeds voldaan is aan de drie centrale principes: ondersteuningsneutraliteit voor de persoon met een handicap, budgetneutraliteit voor de ouderenvoorziening en budgetneutraliteit voor de overheid. Het eerste principe impliceert dat steeds aan de ondersteuningsnood van de persoon met een handicap tegemoet gekomen kan worden. Het tweede principe sluit uit dat de ouderenvoorzieningen financiële prikkels hebben om personen met een handicap voorrang te geven of niet op te nemen. Het laatste principe impliceert dat er geen dubbele financiering is.

Wanneer deze beleidsaanbeveling gevolgd zou worden, dan is bijkomend onderzoek nodig naar de wijze waarop een herziening geïmplementeerd kan worden met een minimale last voor de persoon met een handicap en de betrokken administratie. Een volledige herziening waarbij een nieuw ondersteuningsplan wordt opgesteld is allicht in vele gevallen een te zware en te gedetailleerde oefening.

We suggereerden in Hoofdstuk 6 daarom een alternatieve piste om een *administratieve herziening* door te voeren, die start vanuit het oorspronkelijke ondersteuningsplan en daarop incrementeel een wijziging aanbrengt in die ondersteuningsfuncties die overlappen met de zorg die bewoners krijgen in een ouderenvoorziening. Welke ondersteuningsfuncties precies vervat zitten in de zorg die verschaft wordt in de ouderensector is daarbij een centrale onderzoeksvraag. Het is evenwel belangrijk om personen met een handicap steeds de mogelijkheid te laten om een volledige herziening aan te vragen nadat een administratieve herziening is uitgevoerd.

**Aanbeveling 1b. Wanneer een herziening van de budgetcategorie niet mogelijk is, wordt best een forfaitaire bijdrage van het persoonsvolgend budget afgetrokken bij opname in een ouderenvoorziening.**

Zoals we in Hoofdstuk 6 omstandig en hierboven kort besproken geniet een (volledige of administratieve) herziening van de budgetcategorie onze voorkeur. Wanneer deze piste niet gevolgd kan worden, dan is onze aanbeveling om een forfaitaire bijdrage af te trekken van het persoonsvolgend budget bij opname in een ouderenvoorziening. Deze optie kan dubbele financiering vermijden.

In Hoofdstukken 6 en 7 van deze studie exploreerden we twee manieren om de hoogte van de forfaitaire bijdrage te bepalen: een voorzienings-specifieke en Katz-specifieke forfaitaire bijdrage. Daarbij geniet een Katz-specifieke forfaitaire bijdrage onze voorkeur. Bijkomend onderzoek is noodzakelijk om de hoogte van deze forfaitaire bijdrage precies te bepalen. We adviseren om dit onderzoek te starten vanuit een vergelijking van de initiële budgetcategorie en een volledige herziene budgetcategorie van een aantal reële casussen die de overgang maakten naar de sector ouderenzorg. Het is een belangrijke open vraag voor hoeveel personen met een handicap het principe van ondersteuningsneutraliteit in het gedrang komt. In deze gevallen kan de persoon met een handicap met haar persoonsvolgend budget immers niet meer aan haar ondersteuningsnood tegemoetkomen (We merkten dergelijke gevallen in het tweede scenario in Casus 1 en Casus 4).

**Aanbeveling 2. Ontwikkel een geïntegreerd instrumentarium om ondersteunings- en/of zorgzwaarte te objectiveren.**

We zagen in Hoofdstuk 5 dat ondersteuning in de sector voor personen met een handicap niet noodzakelijk overeenstemt met zorg in de sector ouderenzorg (zie Figuur 3, bijvoorbeeld). Beide sectoren gebruiken dan ook een verschillend instrument om ondersteuningsnood en zorgzwaarte te objectiveren. Op dit moment is het niet eenvoudig om het resultaat van beide instrumenten te vergelijken.

We maken dan ook de beleidsaanbeveling om bijkomend onderzoek te doen om een geïntegreerd instrumentarium te ontwikkelen dat ondersteuning- en/of zorgzwaarte meet en dat gebruikt kan worden in beide sectoren. Dit instrumentarium kan uit verschillende meetinstrumenten bestaan, maar dient wel toe te laten dat de zorg- en ondersteuningsvraag van zowel personen met een handicap als oudere personen kan geobjectiveerd worden op een geïntegreerde en vergelijkbare wijze. Een dergelijk instrumentarium kan de transitie tussen beide sectoren vereenvoudigen. Om een dergelijk geïntegreerd instrumentarium te ontwikkelen is het allicht aangewezen om te starten vanuit een heldere definitie van de onderliggende concepten van zorg en ondersteuning.

**Aanbeveling 3. Onderzoek de impact van een opname in een ouderenvoorziening op de eigen bijdrage van de persoon met handicap.**

Hoewel de hoogte van de eigen bijdrage van de persoon met een handicap die opgenomen wordt in een ouderenvoorziening niet tot de onderzoeksvraag van deze studie behoorde *in strictu senso*, merkten we een grote bezorgdheid bij de leden van de focusgroepen over de hoogte van de eigen bijdrage. Zeker wanneer een redelijk genereus persoonsvolgend budget is toegekend stelden verschillende leden van

de focusgroep zich vragen naar de mogelijkheid om het persoonsvolgend budget in te zetten om tussen te komen in de eigen bijdrage.

In Hoofdstuk 4 bespraken we hoe de eigen bijdrage typisch hoger ligt in de sector ouderenzorg dan in de sector voor personen met een handicap. Personen die zich in beide sectoren bevinden, riskeren bovendien om een dubbele eigen bijdrage te moeten betalen. Dit geeft een sterke financiële prikkel aan personen met een handicap om een opname in een ouderenvoorziening te vermijden. Bij een effectieve opname in een ouderenvoorziening stellen zich dan ook pertinente vragen naar de financiële draagkracht en armoederisico van de betrokken personen met een handicap, zeker in het licht van de wijzigende regelgeving over de eigen bijdrage zoals beschreven in Hoofdstuk 3 (zie ook Demaerschalk en Hermans, 2018).

Bijkomend onderzoek is daarom volgens ons nodig naar de impact op de eigen bijdrage wanneer een persoon met een handicap wordt opgenomen in een ouderenvoorziening. De eigen bijdrage in een ouderenvoorziening, de zogenaamde dagprijs, is voorzienings-specifiek. Dergelijk onderzoek kan dus best uitgevoerd worden door te kijken naar (een groot aantal) reële casussen en door de verdeling van de dagprijs gedetailleerd in kaart te brengen. De zogenaamde “Model for Automatic Resthome Analysis” (MARA) analyse uitgevoerd door Zorgnet Vlaanderen, Corilus en Belfius Bank (2013) zou hierbij kunnen dienen als startpunt.

**Tot slot** adviseren we beide sectoren om verdere toenadering te zoeken en artificiële schotten tussen de sectoren zoveel mogelijk weg te werken. Vanuit het oogpunt van de gebruikers zijn sommige intersectorale verschillen (inzake financieringswijze, objectivering, eigen bijdrage, ...) vaak moeilijk te begrijpen of te rationaliseren. Ook al verschilt de finaliteit van beide sectoren en is het verschaffen van ondersteuning niet hetzelfde als het verschaffen van zorg, toch leerden wij uit onze talrijke gesprekken met experts uit beide sectoren dat er veel meer is dat beide sectoren bindt, dan wat hen scheidt.





## Bibliografie

- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. Geraadpleegd in augustus 2018.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap. Geraadpleegd in augustus 2018.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 27 november 2015 over de indiening en de afhandeling van de aanvraag van een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over de terbeschikkingstelling van dat budget. Geraadpleegd in september 2018.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 houdende het vergunnen van aanbieders van niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor personen met een handicap. Geraadpleegd in september 2018.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 maart 2018 over de oprichting van een regionale prioriteitencommissie, de toekenning van prioriteitengroepen, de vaststelling van de maatschappelijke noodzaak, de toeleiding naar ondersteuning, de afstemming en planning in het kader van persoonsvolgende financiering. Geraadpleegd in september 2018.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 over de besteding van het budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap en over organisatiegebonden kosten voor vergunde zorgaanbieders. Geraadpleegd in augustus 2018.
- Besluit van de Vlaamse Regering van 08 juni 2018 houdende de wijziging van diverse besluiten van de Vlaamse Regering die verband houden met de ondersteuning van personen met een handicap. Geraadpleegd in september 2018.
- Cantillon, B., Sebrechts, L. en De Maesschalck, V. (2012). Wat kan het sociaal beleid leren van het welzijnsbeleid? Enkele reflecties vanuit de sector die zorg draagt voor personen met een handicap. In H. Gevers en L. Sebrechts (Reds.), *Hoe cash zorg verandert: Multidisciplinaire benadering van de persoonlijke financiering in de zorg*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap. Geraadpleegd in augustus 2018.
- Decreet van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse Sociale Bescherming. Geraadpleegd in oktober 2018.
- Demaerschalk E. en Hermans K. (2018) Hermans *Persoonsvolgende financiering en armoede. De gevolgen van PVF voor personen in armoede*. [https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/2018-rapportpvf-armoede-caritas.pdf](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2018-rapportpvf-armoede-caritas.pdf)
- Gevers, H., en Sebrechts, L. (2012). *Hoe cash zorg verandert: multidisciplinaire benadering van de persoonlijke financiering in de zorg*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

- Hendrickx, B., Sabbe, B. en Verbeeck, W., (z.d.). Model tot uitsplitsing van de organisatiegebonden personeels- en werkingskosten en verblijfsgebonden kosten (woon- en leefkosten) en het bepalen van de financieringswijze. Geraadpleegd in september 2018.
- Koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis [als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet aangeboren hersenletsels]. Geraadpleegd in oktober 2018.
- Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden. Geraadpleegd in november 2018.
- Ministerieel besluit van 14 februari 2007 tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de woonzorgcentra. Geraadpleegd in oktober 2018.
- Molleman, C. en Heymans, S. (2013). Het VAPH zorgzwaarte-instrument: voorstelling. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 2013, Jrg 37, nr 333, 17-26.
- Nota Vlaamse Regering betreffende het Voorontwerpbesluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van artikel 18 van het ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden. Geraadpleegd in december 2018. <https://www.vlaanderen.be/nl/nbwa-news-message-document/document/090135578022b952>
- Pacolet, J., en De Coninck, A. (2016). *De financiering van de residentiële ouderenzorg. Het perspectief van de voorzieningen*. Steunpunt WVG, 31.
- Pacolet, J., Luyten, J., Op de Beeck, L., De Wispelaere F., De Coninck, A, Kuppens, S. (2018), *Noodzaak en modaliteiten van een duurzaam systeem van prijscontrole voor de residentiële ouderenvoorzieningen in Vlaanderen*, Leuven, HIVA Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving en LIGB Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, 176 blz.
- Woonzorgcentra – Organisatievormen. Parlementaire vraag (2017), nr. 710, 15 juni 2017. Geraadpleegd in december 2018. <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1285223>
- Sociale zekerheid (2016). Directie-generaal Personen met een handicap: tegemoetkomingen en andere maatregelen. Geraadpleegd in november 2018. <https://handicap.belgium.be/docs/nl/tegemoetkomingen-en-andere-maatregelen.pdf>
- Vandeurzen, J. (2010). *Perspectief 2020: nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*. Brussel, Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, versie 9 juli 2010.
- VAPH (2015). Methode budgetbepaling PvB nRTH meerderjarigen – technische nota. Geraadpleegd in september 2018. Niet gepubliceerd nota.
- VAPH (2016). Handleiding ondersteuningsplan persoonsvolgend budget (OP PVB). Geraadpleegd in augustus 2018. [https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/handleiding-ondersteuningsplan-persoonsvolgend-budget-2016/handleiding\\_op\\_pvb\\_01\\_04\\_2016.pdf](https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/handleiding-ondersteuningsplan-persoonsvolgend-budget-2016/handleiding_op_pvb_01_04_2016.pdf)

- VAPH (2017a). Richtlijnen rechtstreeks toegankelijke hulp (versie: juni 2017). Geraadpleegd in augustus 2018. <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/7983778>
- VAPH (2017b). Wegwijs in het persoonsvolgend budget. Geraadpleegd in augustus 2018. [https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/wegwijs-het-persoonsvolgend-budget/webversie20\\_09\\_2017\\_2\\_.pdf](https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/wegwijs-het-persoonsvolgend-budget/webversie20_09_2017_2_.pdf)
- VAPH (2017c). Starten met het persoonsvolgend budget. Geraadpleegd in augustus 2018. [https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/starten-met-het-persoonsvolgend-budget/starten-met-het-pvb\\_september2017v2.pdf](https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/starten-met-het-persoonsvolgend-budget/starten-met-het-pvb_september2017v2.pdf)
- VAPH (2017d). Handleiding transitie naar persoonsvolgende financiering van flexibele aanbodcentra, persoonsvolgende convenanten en thuisbegeleidingsdiensten. Geraadpleegd in juni 2018. [Handleiding%20transitie%20naar%20persoonsvolgende%20financiering%20van%20flexibele%20aanbodcentra,%20persoonsvolgende%20convenanten%20en%20thuisbegeleidingsdiensten%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/Handleiding%20transitie%20naar%20persoonsvolgende%20financiering%20van%20flexibele%20aanbodcentra,%20persoonsvolgende%20convenanten%20en%20thuisbegeleidingsdiensten%20(1)%20(1).pdf)
- VAPH (2017e). Alternatieve loonfinanciering. Geraadpleegd in oktober 2018. <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/11875788-Afrekeningen.html>
- VAPH (2018a). Handicap door ongeval (beroepsziekte, medische fout, ...). Geraadpleegd in november 2018. [https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/handicap-door-ongeval-beroepsziekte-medische-fout/brochure\\_handicap-door-ongeval.pdf](https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/handicap-door-ongeval-beroepsziekte-medische-fout/brochure_handicap-door-ongeval.pdf)
- VAPH (2018b). Een persoonsvolgend budget besteden. Geraadpleegd in september 2018. [https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/bestedingsregels-persoonsvolgend-budget/bestedingsregels\\_pvb\\_aug\\_2018\\_def.pdf](https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/bestedingsregels-persoonsvolgend-budget/bestedingsregels_pvb_aug_2018_def.pdf)
- Vlaamse Zorgkas (z.d.). Zorgbudget voor ouderen met en zorgnood (tegemoetkoming hulp aan bejaarden). Geraadpleegd in november 2018. <https://www.vlaamsezorgkas.be/zorgbudgetten/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood-thab>
- Voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de regels voor het verlenen van een erkennings- of omzettingskalender en tot wijziging van de regels betreffende de voorafgaande vergunning Principiële goedkeuring. Geraadpleegd in januari 2019. <https://www.vlaanderen.be/nl/nbwa-news-message-document/document/0901355780247980>
- VVSG (2017) Handboek residentiële ouderenzorg. Beheer en beleid, Politea.
- Website VAPH. Cliëntenadministratie. Geraadpleegd in november 2018. <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/11922498-Bijdragen++woon--en+leefkosten.html>
- Website VAPH. Het VAPH in cijfers. Geraadpleegd in november 2018. <http://www.vaph.be/jaarverslag/2017/pages/1>
- Website VAPH. Hulpmiddelen en aanpassingen. Geraadpleegd in november 2018. <https://www.vaph.be/ondersteuning-op-maat/hulpmiddelen/aanvragen>
- Website VAPH. Wat is persoonsvolgende financiering. Geraadpleegd in september 2018. <https://www.vaph.be/pvf>

Website Zorg en Gezondheid. Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum? Meting 2017. Geraadpleegd in december 2018. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>

Woonzorgdecreet van 13 maart 2009. Geraadpleegd in november 2018.

Zorgnet Vlaanderen, Corilus (Certacc) en Belfius Bank (2013), VZW-WOONZORGCENTRA IN VLAANDEREN (MARA Analyse) [https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social\\_Profit/MARA\\_2010-2013.pdf](https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MARA_2010-2013.pdf)