

VLAANDEREN AAN DE VOORAVOND VAN EEN PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING

Een pleidooi voor en een bijdrage aan het maatschappelijk debat

Bart SABBE¹

Persoonsgebonden of persoonsvolgende financiering kent in Vlaanderen, anno 2012, een beperkte plaats in de gehandicaptensector: 1.900 personen met een handicap krijgen in cash een persoonlijk assistentiebudget waarmee ze zelf assistenten kunnen aanwerven of inkopen; ongeveer 150 personen met een handicap hebben een persoonsgebonden convenant² en 135 personen hebben door hun deelname aan het experiment persoonsgebonden financiering een persoonsgebonden budget bekomen. Dit aantal blijft beperkt als je weet dat er ongeveer 12.300 erkende plaatsen zijn binnen de ambulante ondersteuningsvormen en 24.600 binnen het semi-residentieel of residentieel zorgaanbod. Ongeveer 42.200 personen met een handicap doen beroep op één of ander zorgaanbod.

Toch opteert Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren in zijn nota "Perspectief 2020: nieuw ondersteuningsbeleid

voor personen met een handicap" voor een veralgemeende invoering van de persoonsvolgende financiering van de niet-rechtstreeks toegankelijke en handicapspecifieke ondersteuning. Hiervoor heeft hij de steun van alle betrokken actoren in het middenveld: zowel gebruikersorganisaties als koepels van de zorgaanbieders. Een belangrijke mijlpaal met een belangrijke impact op de sector personen met een handicap. Sedert de goedkeuring van het 'PGB-decreet' in 2001, waarin het principe van het persoonsgebonden budget werd opgenomen, werd er heel lang gearzeld om hieraan uitvoering te geven. Vandaag is er een projectplan waarin een timing, zijnde 2015, werd ingeschreven voor de uitvoering ervan.

We staan in Vlaanderen dus aan de vooravond van de invoering van een persoonsvolgende financiering. De ervaringen zijn echter beperkt: we kunnen enkel terugvallen op een 'experi-

1 Bart Sabbe is directeur kwaliteit en strategie van het beleidsdomein zorg binnen het Dominiek Savio Instituut te Gits. Deze organisatie maakt deel uit van Dienstencentrum GID(t)S. Als vertegenwoordiger van het Vlaams Welzijnsverbond maakte hij deel uit van het expertencomité PGB dat het experiment adviseerde. Contact: Bart.Sabbe@dominieek-savio.be.

2 Een persoonsgebonden convenant is een voucher die op een heel flexibele manier kan ingezet worden en waarmee ze de nodige ondersteuning kunnen bekomen bij een erkende zorgaanbieder.

ment persoonsgebonden budget' dat heeft plaatsgevonden in twee regio's in Vlaanderen en waaraan 135 personen met een handicap hebben deelgenomen. Dit experiment werd wetenschappelijk nauwgezet opgevolgd, wat resulteerde in lijvige onderzoeksrapporten met een aantal aanbevelingen³. Maar het experiment heeft de vragen eerder aangescherpt in plaats van beantwoord. Ondertussen zijn een aantal andere strategische projecten gelanceerd binnen de gehandicaptensector, veranderingen die in de toekomst bouwstenen zullen worden van een veralgemeend persoonsvolgend financieringssysteem.

Voor iedereen een zorgbudget?

Betekent de invoering van een persoonsvolgende financiering dat iedereen een zorgbudget in cash zal krijgen om zijn zorg zelf te organiseren of in te kopen bij een zorgaanbieder? En kan dit wel voor iedereen?

In hun beleidsaanbevelingen zijn de onderzoekers hierover duidelijk: het werken met een budgetformule kan wel een relevante plaats innemen in het zorglandschap, maar toch kan dit niet de enige formule zijn, omdat het niet alle zorgvragen in alle zorgsituaties zal kunnen oplossen. Hiervoor baseren ze zich op twee vaststellingen. Enerzijds bleek het niet evident om voldoende kandidaten te vinden om deel te nemen aan het experiment, ook al stond men op de wachtlijst met een dringende vraag en werd zorggarantie beloofd na het experiment. Men opteerde precies niet voor een persoonsgebonden budget. Anderzijds ervoer meer dan een vierde van de deelnemers nog een zorgtekort, ook al hadden ze een zorgbudget gekregen.

Ook het expertencomité dat het PGB-experiment adviseerde, zag niet alle heil in een cash-budget, en stelde dat dit maar één keuzemogelijkheid is binnen een persoonsgebonden financieringssysteem, naast het werken met een persoonlijk trekkingsrecht.

Wat betekent nu een persoonsvolgende of persoonsgebonden financiering?

In de perspectiefnota 2020 kan men lezen dat personen met een handicap die prioritair nood hebben aan niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning "een aan de persoon gebonden budget krijgen onder de vorm van een voucher die men kan inzetten bij VAPH-zorgaanbieders (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) en assistentie in natura. En naast dit voucher systeem blijft er een groep van mensen met beperkingen die zijn ondersteuning zelf kan organiseren met een direct of 'cash payment' systeem." (p. 25)

Het is met andere woorden in de eerste plaats een persoonsvolgend budget, dat niet rechtstreeks aan de persoon met een beperking wordt uitgekeerd in cash, maar via een voucher waarmee men zorg en assistentie in natura kan bekomen bij een erkende zorgaanbieder. De mogelijkheid voor direct payment (cash budget) wordt open gehouden voor een groep van mensen met een beperking, en 'aan de persoon gebonden' betekent hier dat het budget in overeenstemming is met de omvang van de ondersteuning ('wat heeft men nodig?') en aan de zorgzwaarte gerelateerd.

3 Een samenvatting en de belangrijkste beleidsaanbevelingen kan men terugvinden in het artikel van dhr. Hans Gevers, Lessen uit het PGB-experiment, *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, jaargang 35, nr. 320, december 2011.

Wie moet prioritair een persoonsvolgende voucher voor niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en assistentie krijgen?

Op de centrale zorgvraagregistratie staan er 15.500 zorgvragen genoteerd met een dringende urgentie (een oplossing binnen het jaar), waarvan ongeveer 35% al beroep doet op VAPH-ondersteuning. Er staan 5.000 vragen genoteerd voor een PAB. Op basis van die wachtlijsten kunnen we echter niet nagaan wie er nu echt dringend nood heeft aan ondersteuning. Er is met andere woorden onvoldoende 'relief' in de wachtlijst wat betreft dringendheid. Ook de onderzoekers hebben dit vastgesteld in het experiment. Men staat immers niet altijd op de wachtlijst omwille van een acuut ervaren zorgtekort, maar ook omdat men zijn zorg anders wil organiseren. Vooral de mantelzorg wenst men in te perken en te vervangen door andere zorgaanbieders. In de perspectiefnota wijst men ook op het veiligheidsgevoel: "niet geregistreerd zijn zou kunnen betekenen niet tijdig de ondersteuning krijgen wanneer die het meest nodig is." (p. 12)

Dus de vraag blijft: hoe komen we tot die 'prioritaire dossiers', die op de eerste rij moeten komen voor het krijgen van een persoonsgebonden voucher, en waaraan zodoende zorggarantie wordt geboden. Want zorggarantie is, naast meer vraaggestuurde zorg en assistentie, een kerndoelstelling van de perspectiefnota 2020.

“**Hoe komen we tot die 'prioritaire dossiers' voor het krijgen van een persoonsgebonden voucher, waaraan zorggarantie wordt geboden?**”

Een belangrijke bouwsteen hiervoor is recentelijk gelegd: het opstarten van de regionale (pro-

vinciale) **prioriteitencommissies** binnen het Regionaal Overleg Gehandicaptten, en dit in het kader van de uitvoering van het besluit zorgregie. Binnen de gehandicaptensector is zorgregie al een ingeburgerde term. Een van de doelstellingen ervan is te komen tot een rechtvaardig en transparant opnamebeleid bij de zorgaanbieders. Het streefdoel hierbij is dat in het opnamebeleid prioriteit wordt gegeven aan de meest dringende vragen.

Deze prioriteitencommissie heeft de opdracht om de groep van 'prioritaire zorgvragen' af te lijnen (prioritair te bemiddelen dossiers); toezicht te houden op het opnamebeleid van zorgaanbieders en een oordeel te vellen wanneer een zorgaanbieder geen voorrang geeft aan een persoon met het statuut 'prioritair te bemiddelen dossier'; en in het kader van het uitbreidingsbeleid budgetten toekennen aan deze prioritaire zorgvragen, en dit via een persoonsgebonden convenant of een persoonlijk assistentiebudget. Vertegenwoordigers van verschillende middenveldactoren zijn hierin betrokken: gebruikersorganisaties, verwijzers, zorgaanbieders... Ze zijn recent opgestart en we hebben hiermee dus nog weinig ervaringen.

Hun opdracht is nu nog beperkt tot het toekennen van een persoonsvolgend budget in het kader van het uitbreidingsbeleid, maar als de financiering volledig persoonsvolgend wordt, betekent dit dat deze prioriteitencommissie ook de middelen die vrijkomen door uitstroom uit voorzieningen, zal moeten toewijzen aan personen met een prioritaire vraag. En dit is een belangrijke omwenteling!

Zal dit geen belangrijke verschuivingen met zich mee brengen als we weten dat er voor bepaalde zorgvormen of binnen bepaalde doelgroepen meer prioritaire vragen zijn? Welke impact zal dit hebben op de zorgaanbieders? In welke mate zal dit ook een haalbare opdracht zijn

voor deze regionale prioriteitencommissies, gezien de jaarlijkse grote uitstroom uit bepaalde zorgvormen? Hoe zal dit gebeuren bij minderjarigen waarbij er moet rekening gehouden worden met de samenwerking met buitengewoon onderwijs? Hoe past het verhaal van Integrale Jeugdhulp en de ontwikkelingen rond de intersectorale toegangspoort hierin?

We hebben geen flauw idee hoe deze overgang kan gebeuren, maar in deze tijden van 'schaarste' met lange wachtlijsten en zonder het principe van recht op zorg, mogen we de impact ervan niet onderschatten.

Wordt de grootte van een persoonsvolgende voucher enkel bepaald op basis van zorgzwaarte?

De personen die ingestapt zijn in het PGB-experiment hebben een voortraject doorgelopen dat bestond uit twee stappen: enerzijds het opstellen van een ondersteuningsplan met ondersteuning van een vraagverduidelijker en anderzijds een inschaling met een zorgzwaarte-instrument om de zorgzwaarte te bepalen op basis waarvan een budget werd toegewezen. Het opstellen van het ondersteuningsplan en de budgetbepaling gebeurde echter onafhankelijk van elkaar. Met als gevolg dat de ondersteuningsplannen eerder weergaven wat men ideaal wenste aan ondersteuning, maar toen men zijn eigenlijke budget kreeg, bleek al vlug dat men hiermee de gewenste ondersteuning niet kon realiseren. Er was dan ook een duidelijk verschil tussen de gewenste ondersteuning en de ondersteuning die men kon realiseren op basis van het toegekende budget.

Een aantal cijfers: 85% van de deelnemers vond de fase van vraagverduidelijking waardevol en 75% was tevreden over hun ondersteuningsplan en gaven aan dat het volledig en realistisch was. Wat de inschaling betreft was 35% van de deelnemers niet akkoord met het resultaat van de inschaling en had 40% zelfs geen mening; 20% was niet tevreden over het budget dat men kreeg en 38% gaf aan dat de budgetten te laag waren voor het kunnen inkopen van bepaalde zorgvormen bij de zorgaanbieders. Van de zorgaanbieders vond 50% dat de budgetten te laag waren, omdat er te weinig rekening was gehouden met de financiële kostendrijvers van de georganiseerde zorg. De zorgaanbieders die betrokken waren in het PGB-experiment, zijn van mening dat de PGB-budgetten niet kostendekkend zijn voor de door hen aangeboden zorg. Wat was er dan wel loos met die budgetbepaling?

“ **Er is een duidelijk verschil tussen de gewenste ondersteuning en de ondersteuning die men kon realiseren op basis van het toegekende budget.** ”

De **bepaling van het budget** gebeurde uitsluitend op basis van de zorgzwaarte. Na afname van het zorgzwaarte-instrument bekwam men een score op de parameters voor individuele begeleiding en voor permanentienoden, en hieraan werd een budget gekoppeld. Voor de berekeningen van de budgetten werd gebruik gemaakt van de gegevens uit de studie zorggradatie van het VAPH⁴. De bepaling van het budget gebeurde dus totaal onafhankelijk van

4 De studie zorggradatie van het VAPH had als doel na te gaan of er een betere personeelsverdeling mogelijk is over de zorgvormen, rekening houdend met de zorgzwaarte van de persoon met een handicap. In dit kader had men een personeelssimulatie gemaakt om zo tot een herverdeling te kunnen komen.

het ondersteuningsplan van de deelnemer en hield dus ook geen rekening met zijn uiteindelijke vraag of wens. Wenste men enkel ondersteuning voor dagbesteding of voor vrije tijd, of vroeg men ook ondersteuning in de woonsituatie? Er werd ook geen rekening gehouden met de mogelijkheden van de mantelzorgers: wat waren zij bereid om nog verder op te nemen voor de persoon met een beperking? Of wenste de deelnemer juist meer onafhankelijk te worden van zijn mantelzorgers? Er werd ook geen rekening gehouden met de zorg of ondersteuning die men reeds kreeg, of dat ook reguliere diensten voor bepaalde ondersteuningsnoden kunnen ingeschakeld worden.

Deze 'rechtlijnige' manier van budgetbepaling werd als niet efficiënt ervaren: voor sommigen was het budget ruim voldoende, maar voor anderen te weinig. Hierbij wordt verwezen naar de vaststelling dat 28% van de deelnemers na het inzetten van hun zorgbudget nog steeds een zorgtekort signaleerden. Bij nader onderzoek bleken vooral de deelnemers die mantelzorg afgebouwd hebben en deze gesubstitueerd hebben naar betaalde of geprofessionaliseerde zorg, nog een zorgtekort te ervaren. Vanuit het wetenschappelijk onderzoek werd dan ook besloten dat "de inschaling en de vertaling naar een budgethoogte rekening dient te houden met het sociale netwerk van de persoon met een beperking, zodat de persoon met zijn individuele budget kan voortbouwen op zijn of haar reeds samengestelde informele en formele zorgpakket."

Een gedragen zorgzwaarte-instrument als eerste voorwaarde?

Toch is iedereen het erover eens dat een gevalideerd en betrouwbaar zorgzwaarte-instrument (ZZI) een noodzakelijke voorwaarde is. Het PGB-

experiment heeft alvast aangetoond dat er nog dringend werk moet geleverd worden om voldoende draagvlak te hebben voor dit nieuwe instrument. Immers: slechts 25% van de deelnemers was akkoord met het bekomen resultaat! In de perspectiefnota 2020 werd dit dan ook meegenomen als één van de belangrijke strategische projecten.

De ontwikkeling van een zorgzwaarte-instrument kent al een heel traject binnen de gehandicaptensector. Het is gegroeid vanuit de studie zorggradatie en werd dan verder uitgetest in een aantal contexten, waaronder het PGB-experiment. Momenteel zijn er meerdere onderzoeken lopende om dit instrument verder te valideren en de betrouwbaarheid ervan na te gaan. In het kader van het besluit Diensten Inclusieve ondersteuning (DIO) vindt er een grootschalige afname van het ZZI plaats, met inschalingen van 1.098 personen uit beschermd wonen, 95 personen uit geïntegreerd wonen en 146 personen uit de Diensten inclusieve ondersteuning. Door de studiecél van het VAPH wordt een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd op een steekproef van meer dan 300 personen met een beperking en parallel daarmee loopt een onderzoek met de vzw Stijn als initiatiefnemer, samen met andere organisaties, bij een steekproef van ongeveer 260 personen met een beperking. Hierdoor krijgen meerdere multidisciplinaire teams de kans om de nodige ervaringen op te bouwen rond dit instrument.

Op basis hiervan zouden we er moeten in slagen om te komen tot een gevalideerd en betrouwbaar instrument dat (wat toch wel belangrijk is) een voldoende draagvlak krijgt binnen de sector van de ondersteuning van personen met een handicap, en dit over alle doelgroepen heen. De resultaten ervan verwachten we in de tweede helft van 2012.

Wat is de plaats van het ondersteuningsplan bij de budgetbepaling?

70% van de deelnemers van het PGB-experiment was van mening dat er bij de budgetbepaling ook moet rekening gehouden worden met het ondersteuningsplan, en de onderzoekers stelden dat er bij de budgetbepaling moet verder gebouwd worden op het reeds samengestelde zorgpakket van informele en formele zorg, maar hoe kan het ondersteuningsplan hierin meegenomen worden?

Hierbij komen we tot een nieuwe bouwsteen die recentelijk het daglicht zag. In alle provincies in Vlaanderen werden **“Diensten OndersteuningsPlan”** (DOP) opgericht: zij moeten onafhankelijk handelen van (maar tevens in nauwe samenwerking met) alle betrokken actoren (reguliere diensten, VAPH-zorgaanbieders, gebruikersorganisaties...) en krijgen de opdracht “de mogelijkheid van vraagverduidelijking/vraagverheldering aan te bieden aan personen die nog geen ondersteuning krijgen vanuit het VAPH en deze ondersteuning moet resulteren in een realistisch ondersteuningsplan met als doelstelling hierbij: het versterken en inzetten van het bestaande sociale netwerk, maar ook deze van reguliere welzijns- en gezondheidsorganisaties.”

Het moto hier is: “inclusief waar mogelijk, exclusief waar noodzakelijk”. Dit betekent dat niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning via een persoonsvolgende voucher of budget dus aanvullend dient te zijn op de mogelijkheden van het sociale netwerk of deze van de reguliere diensten (toegankelijk voor iedere burger). Een niet onlogische gedachte als men de principes die de basis vormen van de VN-conventie betreffende de rechten van persoon met een handicap als uitgangspunt neemt.

Maar hoe vertaal je, operationaliseer je dit naar budgetbepaling? Dienen personen met een handicap dan eerst de mogelijkheden aan te spreken vanuit hun eigen sociaal netwerk of reguliere diensten en voegen we er iets aan toe als blijkt dat er nog een blijvend zorgtekort is? En wat is dan een zorgtekort? Is een dergelijke geïndividualiseerde benadering wel mogelijk, en flexibel genoeg zonder te vervallen in allerlei administratieve aanvraagprocedures?

In het onderzoeksrapport rond ‘vraagverduidelijking in het PGB-experiment’⁵ lezen we dat, om daarover uitspraken te kunnen doen, er nog een aantal bijkomende onderzoekstappen dienen gezet te worden. Het expertencomité PGB is er in haar adviesverlening alvast ook niet uitgeraakt, en heeft de twee mogelijkheden opgesomd: een eenvoudige budgettoewijzing op basis van zorgzwaarte enerzijds en een bepaling van het budget op basis van de effectieve zorgnoden anderzijds.

“ Het expertencomité PGB heeft de twee mogelijkheden opgesomd: een eenvoudige budgettoewijzing op basis van zorgzwaarte of een bepaling van het budget op basis van de effectieve zorgnoden. ”

In dit kader is het ook zinvol om het pilootproject Diensten Inclusieve Ondersteuning even aan te halen: personen met een handicap die instappen in een Dienst Inclusieve Ondersteuning worden ingeschaald met het zorgzwaarte-instrument en krijgen een budget in functie van hun zorgzwaarte. Het budget wordt echter niet gekoppeld aan de persoon (dus niet persoonsvolgend) maar wordt gegeven aan de zorgaan-

5 Het proces van vraagverduidelijking en opstellen van een ondersteuningsplan werd in het kader van het PGB-experiment wetenschappelijk opgevolgd door het Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven onder leiding van Prof. Bea Maes.

bieder. En deze zorgaanbieder wordt gestimuleerd om een ondersteuningsplan op te stellen (of te laten opstellen) met de gebruiker, met als doel het zo maximaal mogelijk inschakelen van het sociale netwerk en van reguliere diensten. De onderliggende redenering is dat hierdoor zorgaanbieders niet het volledige budget zullen nodig hebben om kwaliteitsvolle ondersteuning aan te bieden, maar er zullen in slagen om met de aan hen toegewezen budgetten meer mensen te ondersteunen. Het motto is hier: "met dezelfde middelen meer mensen kunnen ondersteunen door beroep te doen op sociaal netwerk en/of reguliere diensten".

In dit project wordt de verantwoordelijkheid gelegd bij de zorgaanbieder om de beschikbare middelen zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. Een antwoord op de vraag van zorgaanbieders om meer sociaal te kunnen ondernemen. De resultaten hiervan zijn nog niet gekend, maar hoe kan dit vertaald worden in een persoonsvolgend financieringssysteem? Immers, dan worden de middelen gekoppeld aan de persoon en zal de zorgaanbieder niet meer over de ruimte beschikken om de middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten.

En dat is nog niet alles rond budgetbepaling...

De vraag: hoe komen we tot verantwoorde budgetten, doet tegelijkertijd nog veel andere vragen opduiken. In welke mate dienen we bij de bepaling van een budget ook rekening te houden met de inkomenspositie van de persoon met een handicap, en dient er een persoonlijke bijdrage te zijn? Wat met de andere mogelijkheden van tussenkomsten, zoals sociale integratiepremie, zorgverzekering... Wat zal de impact hierbij zijn van het aangekondigde Vlaamse decreet sociale bescherming? Of om het nog complexer te maken: in welke mate kan de dis-

cussie rond persoonsvolgende budgetten zich beperken tot de gehandicaptensector of dienen ook andere sectoren hierin mee te stappen, zodat we zelfs kunnen spreken over geïntegreerde budgetten (over sectoren heen)?

En wat met de **minderjarigen**? Wie de sector kent en op de hoogte is van alle zorgvernieuwende sporen, weet dat deze enkel van toepassing zijn voor de meerderjarigen. Welke bouwstenen zijn er nu al voor de minderjarigen?

In verband met een zorgzwaarte-instrument voor minderjarigen wordt verwezen naar de integrale jeugdhulp en het belang van een intersectoraal bruikbaar inschalingsinstrument voor de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Een stuurgroep werd hiervoor opgestart en een onderzoek werd uitbesteed om na te gaan of er hiervoor bruikbare instrumenten zijn. Maar dit blijkt niet zo te zijn. Een aantal voorzieningen voor minderjarigen hebben het initiatief genomen om in samenwerking met de Hogeschool Gent een onderzoek te doen naar zorgzwaarte-indicatoren bij kinderen en jongeren die in een (semi-)residentiele zorgvorm verblijven (zie verder in dit nummer), maar dit is ook maar een eerste aanzet. De perspectiefnota 2020 erkent dat de ontwikkeling van een zorgzwaarte-instrument voor kinderen en jongeren nog maar in de startblokken staat.

En hoe komen we tot een persoonsvolgend budget voor minderjarigen, rekening houdend met zorgzwaarte? Zijn er hier al aanzetten tot antwoorden? De moduleringsoefening die plaatsgevonden heeft in het kader van de integrale jeugdhulp, had als streefdoel om het aanbod dat bestaat binnen de verschillende sectoren die zich richten op jeugdhulp, meer transparant te maken door het te vertalen naar intersectoraal begrijpbare termen (functies, modules). Dit had echter niet als doel om een differentiatie aan te brengen in functie van zorgzwaarte; laat staan

om een koppeling te maken naar financiering. Dat we “voor de handicap-specifieke ondersteuning voor kinderen en jongeren moeten komen tot een eenvoudige (voorlopige) werkwijze om grote schommelingen in ‘ondersteunings- of zorgzwaarte’ van elkaar te kunnen onderscheiden om daaraan de noodzakelijke consequenties te verbinden” (Perspectiefnota 2020, p. 48), zal inderdaad de realiteit zijn. We hadden toch al graag wat verder gestaan...

Wat met de plaats van de mantelzorg?

Zoals reeds gesteld hebben de deelnemers aan het PGB-experiment met het hun toegekende zorgbudget niet altijd die ondersteuning kunnen realiseren die men wenste. Heel wat deelnemers wensten immers de mantelzorg die ze kregen in te perken en te vervangen door betaalde of professionele zorg. Deelnemers die hun mantelzorg heel sterk afgebouwd hebben, signaleren echter het meest dat ze een blijvend zorgtekort ervaren. Mantelzorg neemt een belangrijke plaats in en dikwijls vraagt men een budget aan of laat men zich op een wachtlijst plaatsen om de mantelzorg te kunnen inperken en zodoende meer haalbaar te maken.

Welke zorg schaft men aan met zijn zorgbudget? In het PGB-experiment stellen we vast dat 60% van de deelnemers zijn budget (of een gedeelte ervan) gebruikt voor de aanwerving van persoonlijk assistenten, en bij de aanwerving van die persoonlijk assistenten wordt in 1 op de 2 situaties gekozen voor (enkel of onder andere) familieleden die voordien al mantelzorg boden. De onderzoekers stellen dan ook de vraag of de mantelzorgers hierdoor dan wel worden verlicht

in de zorgtaken die ze opnemen, en of deze substitutie van onbetaalde zorg naar betaalde zorg op maatschappelijk niveau wel haalbaar zal zijn omwille van de macro-budgettaire grenzen.

Het is geen onbekend fenomeen: het werken met budgetformules leidt tot meer bezoldiging van mantelzorgers. Dit stellen we eveneens vast, tien jaar na de invoering van het persoonlijk assistentiebudget, en dit strookt ook met de vaststellingen in het buitenland waar er gewerkt wordt met budgetformules. Men spreekt in dit verband ook wel over ‘monetarisering van de mantelzorg’⁶.

Ook dit is een onderwerp voor het maatschappelijk debat: wat verwacht de samenleving van mantelzorg? Wie draagt de verantwoordelijkheid voor de persoon die langdurige ondersteuning nodig heeft: de overheid die de nodige financiële middelen voorziet, de familie, of een combinatie van beide?

In tijden van schaarste, met een tekort aan budget om op alle vragen een antwoord te bieden, wordt vlugger verwacht dat het gezin deze verantwoordelijkheid opneemt, zolang het kan. Wanneer het echter niet meer haalbaar is, of “voor wie de afstand, de kloof tussen de mogelijkheden van het eigen draagvlak (zelfzorg, mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en precair is of wordt” (Perspectiefnota 2020, p. 22), wenst de overheid zorggarantie te voorzien. Binnen de huidige criteria (ook al zijn ze niet geformaliseerd) die de regionale prioriteitencommissies hanteren voor het beoordelen of een situatie prioritair is, lijkt het aspect ‘draagkracht van het netwerk’ een doorslaggevend element

6 In het onderzoeksrapport ‘De opmars van het PGB’ uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau – Nederland, komt dit onderwerp uitvoerig aanbod.

te zijn, maar hoe evident is dit, als meerdere onderzoeken aantonen dat er sprake is van ernstige belasting van mantelzorgers die langdurig en intensief ondersteuning bieden. Of wat betekent dit voor de persoon met een beperking die wenst los te komen van zijn gezin van oorsprong? Is men niet bezig met het tekort aan middelen te verhalen op de mantelzorgers? Wat betekent het in de hedendaagse samenleving voor mantelzorgers om de ondersteuning of zorg op te nemen voor een ziek gezinslid of een gezinslid met beperkingen? Er zal in een maatschappelijk debat moeten uitgemaakt worden waartoe we bereid zijn.

“ Is men niet bezig met het tekort aan middelen te verhalen op de mantelzorgers? ”

De Perspectiefnota 2020 houdt de mogelijkheid tot betaling van mantelzorg open, maar stelt tegelijk een aantal voorwaarden: “Omwille van transparantie en vermijden van rolvermenging kan een mantelzorger of wettelijk vertegenwoordiger alleen de rol van assistent-werknemer opnemen via het formele werkgeverschap van een daartoe erkende organisatie. Deze organisaties worden door het VAPH erkend op basis van vooraf bepaalde criteria. De ondersteuning dient laagdrempelig georganiseerd te worden en moet de vrije keuze van assistentie, zowel bij de keuze van de assistent als bij de taken en uren die gewenst zijn, waarborgen.” (p. 56)

Het gebruik van het gespecialiseerde VAPH-zorgaanbod

De helft van de deelnemers aan het PGB-experiment stond met een zorgvraag geregistreerd op de centrale zorgvraagregistratie (CRZ). Dit betekent dat ze zich, vooraleer ze ingestapt zijn in het PGB-experiment, op de wachtlijst

hebben laten plaatsen met een vraag naar ondersteuning door een door het VAPH erkende zorgvorm. We zouden dan ook verwachten dat ze met hun zorgbudget die ondersteuning effectief ingekocht hebben bij een erkende zorgaanbieder. Neen, dus. Men heeft andere keuzes gemaakt en gekozen voor een divers samengesteld zorgpakket: 50% doet beroep op reguliere diensten, zoals thuiszorgdiensten of diensten uit de gezondheidszorg; 35% schakelt persoonlijk assistenten in; en 85% doet ook wel beroep op een VAPH-aanbod. Als we kijken naar de aard van het VAPH-aanbod, gaat het enerzijds over begeleiding binnen de wooncontext via een dienst begeleid wonen of thuisbegeleiding, en anderzijds over ondersteuning bij dagbesteding via een dienst begeleid werken of een dagcentrum. Met het bekomen budget de totale zorg bij een zorgaanbieder inkopen, komt dus eerder zelden voor.

38% van de deelnemers gaf wel aan dat hun budget te laag was om bepaalde zorgvormen in te kopen bij zorgaanbieders. Dit zal in bepaalde situaties wel een rol gespeeld hebben bij de keuzes die men uiteindelijk heeft gemaakt. Maar ook al hebben een aantal deelnemers andere keuzes gemaakt, toch is 90% tevreden over hun zorg en de manier hoe deze georganiseerd is.

Met dit experiment wilde men nagaan wat de mogelijke impact is van een persoonsgebonden budget op de erkende zorgaanbieders: zal dit leiden tot een andersoortig en meer vernieuwend aanbod? Hierover heeft het experiment ons echter weinig geleerd, dit omwille van de beperkte schaalgrootte. De zorgaanbieders houden er wel rekening mee dat de invoering van een persoonsvolgende financiering op ruimere schaal een impact zal hebben op hun opdracht, hun positie en dat ze zich hierin zullen moeten profileren tegenover andere (meer reguliere) vormen van dienstverlening. In hun profiel be-

klemtonen ze hierbij het bieden van garantie op kwaliteitsvolle zorg en handicap-specifieke deskundigheid, die ze ook meer willen inbrengen in de eigen context van de persoon met een beperking. Men is er zich van bewust dat men nog meer zal moeten investeren in netwerken om zo een gedifferentieerd aanbod te kunnen bieden en dat de samenwerking met reguliere diensten verder moet uitgebouwd worden.

“De VAPH-zorgaanbieders zullen zich moeten profileren tegenover andere (meer reguliere) vormen van dienstverlening.”

De VAPH-zorgaanbieders verwachten dan ook dat ze van de overheid meer ruimte krijgen om te kunnen “ondernemen in zorg”, want ze voelen zich momenteel ingeperkt door allerlei regelgevingen. Ze verwachten dat de overheid een algemeen regelgevend kader biedt, maar zich hierbij meer gaat focussen op output en outcome. Het huidige (beperkende) erkennings-systeem met plaatsen, programmatie en personeelsnormen moet vervangen worden door beheersovereenkomsten. Als ‘good practice’ hiervoor verwijst men naar het pilootproject Multifunctionele Centra (MFC) bij de minderjarigenzorg: hierbij worden de bestaande erkenningen van semi-internaat en internaat vervangen door een beheersovereenkomst waarin enerzijds de middelen beschreven worden die men ontvangt en anderzijds de outputvereisten die men hiervoor verwacht. Binnen dit ruime kader kan de zorgaanbieder dan de verschillende ondersteuningsfuncties op een flexibele en vraaggestuurde manier inzetten. Het blijft ook nu de vraag hoe dit systeem van beheersovereenkomsten kan geïntegreerd worden in een persoonsvolgende financiering...

De bekommernis rond de toekomstige financiering

Ook al zijn zorgaanbieders bereid om mee in te stappen in het verhaal van de persoonsvolgende financiering, toch leeft er bij hen een belangrijke bekommernis: zullen de toekomstige budgetten of vouchers wel toereikend zijn voor een verdere stabiele en duurzame financiering van de sector? De ervaring in het kader van het PGB-experiment waren op dit gebied niet positief: 50% van de betrokken zorgaanbieders vonden de budgetten onvoldoende en 71% was zelfs van mening dat de financiering zoals toegepast in het PGB-experiment niet houdbaar is voor de toekomst. Deze bekommernis rond de toekomstige financiering concentreert zich vooral rond twee domeinen: het personeelsbeleid en de infrastructuur.

Wat het personeelsbeleid betreft, stelt zich de vraag of het werken met vouchers of budgetten er niet toe zal leiden dat men meer personeel zal inzetten met lagere kwalificaties of minder jaren anciënniteit, om zo zijn ‘concurrentiepositie’ te verbeteren. Men gaat er immers vanuit dat persoonsvolgende budgetten en vouchers zullen leiden tot meer vermarkting. En wat zal de impact hiervan zijn op de kwaliteit van zorg die men zo belangrijk acht? Vandaar een blijvend pleidooi voor een loonkost-dekkende financiering. Zal het personeel niet op een meer flexibele manier moeten ingezet worden op vraag van de persoon met een handicap en zal dit niet leiden tot een hogere en complexere planningslast? En zal de tewerkstelling binnen de gehandicaptensector niet meer onzeker worden, terwijl men anderzijds verwacht dat het moeilijker zal worden om in de toekomst nog de nodige arbeidskrachten te vinden? Onzekere tewerkstelling leidt immers tot minder aantrekkelijkheid voor werkzoekenden.

“ Zullen persoonsvolgende budgetten en vouchers leiden tot meer vermarkting, en wat zal de impact hiervan zijn op de kwaliteit van zorg die men zo belangrijk acht? ”

In verband met de infrastructuur die noodzakelijk is om een bepaald zorgaanbod te kunnen bieden, stelt zich de vraag of er nog voldoende subsidies of andere financieringsmogelijkheden zullen zijn voor de noodzakelijke investeringen? Of zullen ook deze kosten meer moeten verhaald worden op de persoon met een handicap, die soms maar over een beperkt inkomen beschikt? Zal hun financiële draagkracht wel voldoende zijn of zal ook het sociale netwerk hierin meer moeten bijspringen? Zullen de andere sectoren waarnaar men verwijst, zoals de sociale huisvesting op het gebied van wonen, de mogelijkheid hebben om hierin te investeren of dreigen zij door deze extra-vraag vanuit de gehandicaptensector overvraagd te worden in de toekomst?

Zorgaanbieders voelen zich onzeker in deze overgang, en verwachten van de overheid toch wel een duidelijk langetermijnperspectief met de nodige garanties.

Cash versus voucher

Een specifiek (en ook controversieel) punt hierbij is het werken met cash of voucher: wanneer een budgethouder in de toekomst zorg inkoop, zal dit met centen zijn of met een voucher waarbij de zorgaanbieder een trekkingsrecht krijgt? Binnen het PGB-experiment kon de deelnemer hierin vrij kiezen, maar wat de impact hiervan is op bijvoorbeeld de keuzevrijheid en de onder-

handelingspositie van de budgethouder, werd in het experiment niet onderzocht.

Bij de zorgaanbieders leeft er een belangrijke bekommernis rond het werken met cash-budgetten. Dit houdt onder meer verband met het belang dat men hecht aan professionaliteit en aan kwaliteit van zorg als hun belangrijke troef. In dit verband wenst men een verdere loonkost-dekkende financiering, wat niet gegarandeerd wordt in een cash-systeem. Als budgetten enkel worden uitgedrukt in centen (euro's), dan kan dit een impact hebben het personeelsbeleid, onder meer voor de betaling van de anciënniteit. Men vreest in een concurrentiestrijd te komen met als doorslaggevend element de kostprijsbepaling van de zorg, en dit wenst men niet: de competitiviteit tussen zorgaanbieders dient zich toe te spitsen op kwaliteit van zorg, professionaliteit en betrouwbaarheid, en niet op kostprijsbepaling. Men is van mening dat ook de gebruiker daar niet mee gebaat is.

“ De competitiviteit tussen zorgaanbieders dient zich toe te spitsen op kwaliteit van zorg, professionaliteit en betrouwbaarheid, en niet op kostprijsbepaling. ”

Ook de overheid is terughoudend voor persoonsgebonden financiering via cash of direct payment. Zij vreest hierbij vooral het risico op misbruik of wanbeheer door de budgethouder. Cash payment leidt voor hen bovendien tot een administratieve meerkost omdat men voldoende controlemechanismen moet kunnen uitbouwen. Mogelijks zal men in de toekomst een soort wenselijkheidstoets inbouwen vooraleer besloten wordt tot de mogelijkheid van cash payment.

De gebruikersvertegenwoordigers pleiten echter voor een volledige keuzevrijheid tussen cash of voucher, en dit vooral vanuit de bekommernis dat het vouchersysteem terug een inperking zal inhouden voor een vraaggestuurde zorg.

De Perspectiefnota 2020 laat beide mogelijkheden open: "De persoonsvolgende financieringswijze wordt opgedeeld in een systeem van persoonsvolgende vouchers en een systeem van 'cash budgetten'. De persoon met een handicap kan gemakkelijk overstappen van het ene naar het andere systeem en terug." (p. 27)

Geen eenvoudige keuze

We staan aan de vooravond van een toch wel cruciale verandering in de gehandicaptensector:

de veralgemeende invoering van de persoonsvolgende financiering voor de niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en assistentie. Er zijn echter nog veel vragen die een antwoord moeten krijgen. We kennen de puzzelstukken wel, maar weten nog niet goed hoe ze in elkaar moeten passen.

Deze onduidelijkheid en onzekerheid kan er mogelijks voor zorgen dat er wat drempelvrees en terughoudendheid is om deze overgang te maken, maar laten we alvast niet vergeten dat we met zijn allen, de gebruikersorganisaties en de koepels van zorgaanbieders, hebben gepleit voor een persoonsvolgende financiering als belangrijke hefboom om tot meer vraaggestuurde ondersteuning te komen. We wisten toen ook dat dit geen eenvoudige, maar een moedige keuze was.

Postgraduaat Management in de Gezondheids- en Welzijnszorg

EHSAL Management School - Brussel organiseert sinds enkele jaren samen met Vormingscentrum Guislain en Katholieke Hogeschool Sint-Lieven Gent, een Postgraduaat 'Management in de Gezondheids- en Welzijnszorg'. Deze praktijkgerichte tweejarige opleiding wil de deelnemers inzicht en vaardigheden bieden in het management van een zorginstelling en dit vanuit een waaier aan invalshoeken zowel strategisch als operationeel. Ook juridische en ethische aspecten komen aan bod.

De opleiding richt zich tot personen werkzaam in de zorgsector die zich willen bekwamen in beleids- en managementvraagstukken en tot jong afgestudeerden met interesse voor de zorgsector. De opleiding is opgebouwd uit vijf modules gespreid over twee academiejaren. Modulair inschrijven is mogelijk. Deelnemers krijgen 1 avond per week les van 18 tot 21.30 uur. Het volgend academiejaar start op 27 september 2012. Een folder en meer informatie is te krijgen bij coördinator Caroline Deneuter.

Info: caroline.deneuter@hubrussel.be,
tel. 02 210 13 59