

TWEEDE CORRECTIEFASE IN DE PRAKTIJK

Bij het ter perse gaan kregen we het bericht dat de brieven met de nieuwe persoonsvolgende budgetten vanuit het VAPH pas binnen enkele weken zullen verstuurd worden. We willen toch deze informatie al geven, zij het onder voorbehoud van mogelijke correcties, zodat gebruikers bij het ontvangen ervan de nodige verduidelijking krijgen. Indien er nog wijzigingen zouden zijn, dan berichten we hierover via een FOVIG nieuwsflash.

Eind september 2019 zou elke gebruiker die voor 1 januari 2017 al gebruik maakte van de diensten van een vergunde zorgaanbieder een nieuwe belangrijke brief vanuit het VAPH, de zoveelste in de rij, moeten gekregen hebben. Wat betekent deze brief eigenlijk? Wat moet ik er mee doen? Wat wordt er van mij verwacht? Heel veel vragen! Een duidelijke uitleg hierover is dan ook noodzakelijk. We proberen u de nodige informatie te geven in dit artikel.

Waarom krijg ik deze brief?

Op 1.1.2017 werd de omslag naar de persoonsvolgende financiering een feit. Het **zorggebruik** (hoeveel keer per week wordt van een bepaalde dienst gebruik gemaakt? bv. dagondersteuning) en de **zorgzwaarte** (hoe zwaar wordt de beperking van een gebruiker ingeschat?) die bepaald werden in 2016 door de zorgaanbieder op dat moment, vormden de basis voor de toekenning van een persoonsvolgend budget of de toekenning van personeelspunten. Op dat moment wisten de voorzieningen over hoeveel personeelspunten ze konden beschikken (de som van de pun-

ten van al hun gebruikers). Ze konden dit getal aftoetsen aan het effectieve personeelsbestand waarover ze op dat moment beschikten en dat kwam zelden overeen met elkaar. Sommige voorzieningen bleken te veel personeel te hebben, andere voorzieningen beschikten over te weinig personeel. Enkele voorbeelden:

Voorbeeld 1

Voorziening A heeft op 31 december 2016 40 cliënten die samen 2.000 personeelspunten opleveren. De voorziening heeft op dat moment een personeelsbestand van maar 1.800 punten (ongeveer 30 medewerkers). De cliënten zien hun persoonlijke punten dan ook verminderd met 5 per persoon. (40 keer 45 punten, maakt 1800 punten)

Voorbeeld 2

Voorziening B heeft op 31 december 2016 40 cliënten die samen 2.000 personeelspunten opleveren. De voorziening heeft op dat moment een personeelsbestand van 2.200 punten (ongeveer 36 medewerkers). De cliënten zien hun per-



soonlijke punten dan ook vermeerderd met 5 punten per persoon. (40 keer 55 punten, maakt 2.200 punten)

Het is duidelijk dat de gebruikers, die dezelfde inschaling hebben, toch niet genieten van evenveel zorg vermits de ene voorziening meer personeel heeft dan de andere. Nochtans was een belangrijk principe en uitgangspunt bij de uitrol van persoonsvolgende financiering gelijke budgetten voor gelijke profielen. Dit verschil heeft zijn oorsprong in het verleden, we gaan op de diverse redenen van dit verschil niet verder in. Als we die gelijkheid willen realiseren dan zullen we correcties moeten toepassen. Er werden twee correctiefases toegepast die zullen lopen van 2018 tot 2027.

Correctiefase 1

In correctiefase 1 (uitgevoerd in 2018) kregen de cliënten van 51 voorzienin-

gen die verhoudingsgewijs de laagste subsidiëring kregen, een verhoging van het budget. Deze eerste stap in de gelijktrekking van de budgetten impliceerde dat er op dat moment zo'n 12 miljoen euro éxtra werd geïnvesteerd in de sector.

Correctiefase 2

Correctiefase 2 is de laatste stap in deze hele beweging en vormt het voorwerp van de brieven die voorliggen. Van 2020 tot en met 2027 zal een grootschalige herverdelingsoefening lopen die ervoor moet zorgen dat iedereen die in de zorg zat nu een gelijkwaardig budget krijgt voor een gelijkwaardig profiel. De aanpassingen zullen geleidelijk aan gebeuren: een budget wordt over de loop van enkele jaren gecorrigeerd.

Daarnaast moet deze herverdeling ook budgetneutraal gebeuren. Dat wil zeggen dat voor sommige personen, om

net de verschillen helemaal weg te werken, het budget zal dalen en anderen net hun budget zullen zien stijgen. Op het einde van de rit betekent dit dat we samen werken naar volledig gelijkwaardige budgetten voor gelijkwaardige profielen in 2027.

De brief die nu voorligt vermeldt de uiteindelijke punten die ten laatste op 1 januari 2027 zullen gerealiseerd worden, want ofwel daalt je budget ofwel stijgt je budget. De brief vermeldt ook de manier waarop het eindstadium zal bereikt worden doorheen de volgende jaren. Telkens op 1 januari zal er een wijziging zijn. Dit traject loopt niet bij iedereen over 8 jaar. Indien het verschil minder dan 15% is, dan is het eindstadium al bereikt na 4 jaar. De personen die op 31 december 2016 nog geen gebruik maakten van een voorziening en pas na 1 januari 2017 een budget gekregen hebben, zullen deze brief niet ontvangen en er zal dus ook niets wijzigen aan hun budget.

Wat betekent dit nu voor mij?

Zorggarantie

Bij al deze wijzigingen engageren de voorzieningen zich om dezelfde zorg en ondersteuning te blijven bieden als in 2016. Dus ook al wijzigt het budget, de ondersteuning van de persoon hoeft dat niet te doen. Deze garantie op zorg werd vastgelegd in de regelgeving en is van toepassing voor iedereen die zijn ondersteuning nog niet gewijzigd heeft sinds 2016. Wat wordt er bedoeld met wijzigingen: je veranderde van zorgaanbieder na 2016, je besliste om een deel van het budget bij een andere zorgaanbieder in te zetten na 2016, je besliste om het vrij besteedbaar bedrag te gebruiken ... De wijzigingen die het VAPH aanbracht sedert 1 januari 2017, tellen niet als wijziging.



Wat als mijn budget gedaald is?

Als je sedert 31 december 2016 niets wijzigde, zoals hierboven is vermeld, verandert er niets voor je. De afspraak is dat je zorgaanbieder dezelfde zorg en ondersteuning zal bieden als voorheen. Als je ondertussen wel wijzigingen hebt aangebracht dan zal je opnieuw moeten onderhandelen met je zorgaanbieder over wat er kan geboden worden en dit moet dan opgenomen worden in een aanpassing van de IDO.

Het is dus helemaal niet nodig om een herzieningsprocedure op te starten om een hoger budget te bekomen, tenzij de zorg en ondersteuning zo is toegenomen dat dit wel noodzakelijk geworden is.

Je kan in de periode die loopt tot 1 januari 2027 wel wijzigingen aanbrengen in het gebruik van je budget, zoals overstappen naar een andere zorgaanbieder, een deel van het budget anders besteden, maar dan vervalt de zorggarantie en zal je moeten onderhandelen met je huidige zorgaanbieder.

Wat als mijn budget gestegen is?

Als je sedert 31 december 2016 niets wijzigde, zoals hierboven is vermeld, verandert er ook niets voor je. De afspraak is dat je zorgaanbieder dezelfde zorg en ondersteuning zal bieden als voorheen. Het feit dat jouw budget stijgt, betekent dat je zorgaanbieder je tot hiertoe meer zorg en ondersteuning bood dan wat met jouw budget eigenlijk kon. Deze verhoging zorgt er voor dat de vergunde zorgaanbieder nu de

correcte prijs zal krijgen en hij dus meer personeel zou kunnen in dienst nemen. Als je ondertussen wel wijzigingen hebt aangebracht dan zal je opnieuw moeten onderhandelen met je zorgaanbieder over wat er kan geboden worden en dit moet dan opgenomen worden in een aanpassing van de IDO.

Wat als ik nu geen budget meer krijg en moet overstappen naar rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)?

De reden dat je naar RTH moet overschakelen heeft te maken met het feit dat de frequentie waarin je beroep doet op de diensten van een vergunde zorgaanbieder te laag zijn om te kunnen genieten van een persoonsvolgend budget. Anderzijds is het perfect mogelijk om dezelfde frequentie van zorg en ondersteuning te krijgen in het systeem van rechtstreeks toegankelijke zorg. Voor deze groep mensen geldt de zorggarantie evenwel niet, de zorgaanbieder waar je nu je diensten bij krijgt heeft niet de verplichting om dezelfde zorg en ondersteuning te garanderen. Het beste is dat je zo snel mogelijk richt tot de zorgaanbieder om te bekijken wat er mogelijk is in het nieuwe stelsel.

Wat nu?

Deze tweede correctiefase is toch wel ingrijpend, maar met een nobel doel: gelijke zorg en ondersteuning voor gelijke profielen. De groep die hier het hardst getroffen wordt is uiteraard de groep die gedwongen moet overstappen naar

RTH. We hebben er vertrouwen in dat de gekende zorgaanbieders alles in het werk zullen stellen om de overgang zo makkelijk mogelijk te maken.

Anderzijds zijn er voorzieningen die aanzienlijk personeel zullen moeten inleveren, terwijl ze ook het engagement genomen hebben om de zorggarantie te garanderen.

Natuurlijk kan een dergelijke oefening heel wat teweeg brengen: daarom wordt ook nu al gewerkt aan een set van maatregelen voor de persoon én de voorziening, zodat deze kunnen ondersteund worden bij de op til staande wijzigingen. Dat wordt het flankerend beleidsplan genoemd.

Zowel voor de persoon als voor de voorziening wordt er nagedacht over mogelijkheden en kansen die kunnen aangereikt worden, om de aangepaste budgetten optimaal te kunnen benutten in de praktijk.

In verschillende gevallen kunnen ook de bijstandsorganisaties een bijdrage leveren aan de individuele personen.

Indien je hierbij nog vragen hebt, dan kan je FOVIG altijd contacteren om de nodige uitleg te krijgen. Je kan ons contacteren via de gekende kanalen: www.fovig.be, info@fovig.be, 0470/58 31 25. ■

