



De VI^e staatshervorming: overdracht bevoegdheden gezondheidszorg en welzijn. Voorstel voor een Vlaams organisatiemodel

1. Inleiding

Het zogenaamde Vlinderakkoord, dat aan de basis ligt van de VI^e staatshervorming, bevat een aantal belangrijke passages die handelen over de sectoren gezondheidszorg en ouderenzorg. De Vlaamse Gemeenschap zal in de toekomst de integrale verantwoordelijkheid verwerven voor de residentiële ouderenzorgvoorzieningen¹, de geïsoleerde geriatrie ziekenhuizen, de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB), de geïsoleerde revalidatieziekenhuizen, de mobiliteitshulpmiddelen voor gehandicapten, een niet onbelangrijk aantal revalidatieovereenkomsten², de betoelaging van ziekenhuisinfrastructuur, de initiatieven voor beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de psychiatrische overlegplatformen en de organisatie van de eerste lijn. Daarnaast wordt Vlaanderen ook integraal bevoegd voor de ziekenhuisnormen, evenwel zonder dat die normering impact mag hebben op de programmatie van diensten, functies... in de ziekenhuizen of op het federale budget³. Het Vlinderakkoord voorziet eveneens dat de Gemeenschappen en de federale overheid samenwerkingsovereenkomsten zullen afsluiten voor materies die een impact hebben op zowel het Gemeenschaps- als het federaal zorgbeleid. Hierbij weze opgemerkt dat de huidige procedure van besluitvorming bij samenwerkingsakkoorden tussen de verschillende overheden zeer tijdrovend is.

Het Vlinderakkoord is een politiek compromis tussen de acht federale partijen die deze staatshervorming hebben onderhandeld. De precieze draagwijdte van alle afspraken uit dit akkoord zal pas volledig duidelijk zijn op het ogenblik dat de huidige bijzondere wet tot hervorming der instellingen en de in voege zijnde bijzondere financieringswet herschreven worden en de politieke begrippen uit het Vlinderakkoord vertaald worden naar juridisch consistente concepten.

Nadien zullen de nieuw overgedragen bevoegdheden worden uitgeoefend door de Vlaamse Gemeenschap. De vraag stelt zich dan ook hoe ze zullen ingevoegd worden in de bestaande

¹ Dit zijn de zogenaamde RVT/ROB-voorzieningen, de centra voor dagverzorging en de centra voor kortverblijf.

² NOK, PSY, verslaafden, slechthorenden, gezichtsstoornissen, psychosociale revalidatie voor volwassenen, functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen, autisme, revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medisch psychologische aandoening en instellingen voor motorische revalidatie

³ Wat dit laatste onderdeel betreft, kan er van dit principe worden afgeweken voor zover er hierover bilaterale akkoorden worden afgesloten tussen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap. In voorkomend geval en in de mate dat andere Gemeenschappen van deze mogelijkheid geen gebruik maken, zullen die bilaterale akkoorden een asymmetrisch karakter hebben.

beleidsstructuren. Minister Jo Vandeurzen nam recent het initiatief voor een **Groenboek** met een aantal mogelijke scenario's voor de integratie van de nieuwe bevoegdheden gezondheid, welzijn en gezin. In de voorbereidingsfase worden de betrokken actoren geraadpleegd voor alle deelthema's. Met deze nota wil Zorgnet Vlaanderen een globale visie formuleren voor de manier waarop op het Vlaamse niveau een consistent en toekomstgericht beleid kan worden gevoerd en welke structuren hiervoor nodig zijn.

2. Financiering van de nieuwe verantwoordelijkheden inzake zorg

Het Vlinderakkoord bevat niet alleen een opsomming van bevoegdheden die overgedragen worden van het federale niveau naar dat van de regio's, maar beschrijft tevens hoe de federale middelen verdeeld zullen worden tussen de deelstaten en welk groeipad ze daarna zullen volgen. Wat de zorggerelateerde bevoegdheden betreft, dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen de budgetten voor het domein ouderenzorg⁴ en de andere budgetten.

Deze extra financiële middelen zullen aan de Vlaamse Gemeenschap toekomen via de techniek van **dotaties**. Die dotaties komen tot stand door de huidige federale budgetten te verdelen tussen de Gemeenschappen op het moment van de overdracht. Wat ouderenzorg betreft, gebeurt de verdeling op basis van het aantal 80-plussers per regio. Wat de resterende zorgsectoren betreft, wordt het historische budget opgesplitst, rekening houdend met het bevolkingsaantal van elk van de regio's. Aangezien die verdeelsleutels geen rekening houden met de historische uitgaven in elk van de deelstaten is het mogelijk dat het budget dat de nieuwe bijzondere financieringswet zal toebedelen aan de Gemeenschappen hiervan afwijkt.

Om al te grote schokken op het niveau van de inkomsten van de deelstaten te vermijden, voorziet het Vlinderakkoord een financiële neutralisatie, het zogenaamde egalisatiebedrag. Die neutralisatie zal bij wijze van overgangsmaatregel ingeschreven worden in de nieuwe bijzondere financieringswet en dient ervoor te zorgen dat elke regio, ten aanzien van zijn reële historische consumptie⁵, voldoende budget krijgt om bij aanvang van de overdracht haar nieuwe bevoegdheden daadwerkelijk uit te oefenen.

Het principe van de egalisatie komt er eigenlijk op neer dat er voor elk van de bevoegdheden die het Vlinderakkoord overhevelt naar de deelstaten, nagegaan wordt welke regio er op basis van de afgesproken communautaire verdeelsleutels budget verkrijgt en welke er verliest ten opzichte van hun reële historische consumptie. Op het einde van die oefening wordt er voor het geheel van de Vle staatshervorming nagerekend hoeveel elke regio *in globo* verliest of erbij krijgt. De regio die wint, zal daarna gedurende 10 jaar dat nominale bedrag volledig moeten afstaan om het verlies van

⁴ Het betreft de budgetten voor RVT, ROB, kortverblijf, dagverzorging, geïsoleerde geriatrie ziekenhuizen en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

⁵ De Vle staatshervorming bevat niet alleen de overdracht van nieuwe bevoegdheden maar ook een nieuwe financieringstechniek voor de reeds aan de deelstaten toevertrouwde beleidsdomeinen. Op basis van het principe van de fiscale autonomie zullen de Gewesten door opcentiemen te heffen op de federale personenbelasting een belangrijker deel van hun inkomsten zelf moeten verdienen. Deze verandering zal uiteraard ook tot inkomstenverschillen leiden ten aanzien van de dotaties die de Gewesten op basis van de huidige bijzondere financieringswet ontvangen. Het verschil tussen deze historische dotaties en de nieuwe inkomsten van de Gewesten op basis van fiscale autonomie zal mede in rekening gebracht worden bij de vaststelling van het egalisatiebedrag.

de andere te compenseren. De daaropvolgende 10 jaar zal dat nominale bedrag stelselmatig worden afgebouwd.

De sociaal-economische raad voor Vlaanderen (SERV) schat dat Vlaanderen op die manier 266 miljoen euro aan inkomsten zal mislopen. Op die manier wordt er dus binnen het afgesproken budget dat het Vlinderakkoord toekent aan de deelstaten een besparing gerealiseerd ten koste van zij die op basis van de communautaire verdeelsleutels meer budget zouden krijgen dan hetgeen zij momenteel ten laste van de federale schatkist verbruiken. Voor een nadere bespreking en een theoretisch rekenvoorbeeld verwijzen we naar de bijlage.

De **groei** van de verschillende dotaties betreft zal in de nieuwe bijzondere financieringswet gekoppeld worden aan de inflatie en aan een groeivoet vastgelegd op 82,5% van de groei van het BBP. Voor de ouderenzorg wordt de evolutie van het aantal 80-plussers per Gemeenschap als bijkomende groeiparameter in rekening gebracht. Simulaties leren dat de bijzondere financieringswet in de toekomst belangrijke bijkomende budgetten voorziet voor de Vlaamse ouderenzorg, die nodig zullen zijn om de snellere vergrijzing in Vlaanderen te kunnen ondervangen.

De verschillende extra dotaties en hun respectieve groeiritmes voor de overgedragen sectoren impliceren geen juridisch trekkingsrecht op de nieuw bevoegde overheid. De totale dotatie die naar aanleiding van de Vle staatshervorming aan de Vlaamse middelenbegroting zal worden toegevoegd, zal, in voorkomend geval naast andere inkomstenbronnen, gebruikt moeten worden om al haar verplichtingen t.a.v. de door deze staatshervorming betrokken sectoren onverkort na te komen. De Gemeenschap kreeg immers niet alleen het noodzakelijke budget⁶ overgeheveld, maar uiteraard ook de engagementen die de federale overheid als haar rechtsvoorganger ten aanzien van betrokken sectoren heeft genomen.

Vlaanderen zal in de toekomst dus kunnen beschikken over de volgende inkomstenbronnen voor het voeren van een eigen gezondheidsbeleid: de nieuwe dotaties zoals ingeschreven in het Vlinderakkoord, de reeds bestaande algemene dotatie, de inkomsten voortvloeiend uit de fiscale autonomie en tot slot de premies voor de Vlaamse zorgverzekering.

3. Vlaams zorgbeleid: maatschappelijke uitdagingen en uitgangspunten

Indien we willen nadenken over de manier waarop de Vlaamse Gemeenschap in de toekomst best omgaat met de extra bevoegdheden die het Vlinderakkoord haar toebedeelt, is het belangrijk om de maatschappelijke context waarbinnen deze verantwoordelijkheden zullen moeten worden waargemaakt, te schetsen. Iedere reflectie over goed bestuur gaat immers uit van de **uitdagingen** waarvoor we staan. We noemen er enkele op:

- **De vergrijzing van de bevolking.** Die levert een nieuwe populatie actieve senioren op, maar ook een stijgende groep zwaar zorgbehoevenden. Het komt erop aan een maatschappelijke beweging op gang te brengen die doorheen de domeinen van wonen, werken, mobiliteit, onderwijs en cultuurparticipatie, verenigingsleven, veiligheidsbeleid... een maximale

⁶ Het principe van het egalisatiebedrag houdt trouwens in dat elk van de deelstaten op het moment van de overdracht voldoende budget meekrijgt om zijn verplichtingen ten aanzien van de de betrokken sectoren na te komen.

integratie nastreeft van deze bevolkingsgroepen. Veeleer dan nieuwe sectorale oplossingen uit te denken, dient ingezet te worden op bestaande, generieke supportsystemen.

- **De vermaatschappelijking van de zorg** is een landelijk, grootschalig vernieuwingsproces. Het beoogt om ouderen en mensen met een verstandelijke, lichamelijke of psychische beperking in de samenleving te positioneren als volwaardige burgers.
- **De evolutie van de medische kennis en technologie.** Die gaat enerzijds richting super- en subspecialisatie in de acute zorg, anderzijds naar aangepaste zorgmodellen in een chronische setting. Samenwerking tussen de voorzieningen en tussen alle echelons is hierbij cruciaal. Technologie zal ondersteunend zijn voor de zelfredzaamheid van de bevolking.
- De traditionele scheidingslijn tussen residentiële en thuiszorg maakt plaats voor een **totaalaanbod dat gedifferentieerd is** naargelang de (evoluerende) behoeften van de bewoner. Thuiszorg, brugzorg, herstellzorg, revaliderende zorg, kortverblijf, crisisopvang, dagverzorging, assistentiewoningen, residentieel verblijf... zijn voorbeelden van zo'n differentiatie. Initiatiefnemers zullen in de toekomst intens moeten gaan samenwerken en eventueel zelfs opgaan in structuren van ketenzorg.
- Het is van belang om in te zetten op **zorgcircuits en netwerken** zowel binnen sectoren als sectoroverschrijdend. In de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld, werkte men zorgtrajecten en netwerken uit voor de leeftijdsgebonden doelgroepen kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Bij een herorganisatie van het aanbod werd de nadruk gelegd op een geïntegreerd systeem van diensten die streven naar een brede aanpak van de verschillende behoeften van mensen met psychische stoornissen. In die zin is het belangrijk dat een brede waaier aan complementaire diensten een antwoord kunnen bieden aan zeer uiteenlopende behoeften die op verschillende tijdstippen in een zorgtraject kunnen optreden.
- Om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden zal de actieve bevolking **langer moeten werken**. Aangepaste werkvormen en arbeidszorg zullen het mogelijk maken dat mensen langer, maar op eigen ritme, aan de slag blijven.
- **Het solidaire systeem** lijkt op zijn grenzen te botsen, zeker in tijden van stijgende kosten en budgettaire krapte. Er zal een zorgvuldige afweging moeten gebeuren welke vragen als "zorgvragen" worden gedefinieerd. Elke niet-geobjectiveerde verwachting als een zorgvraag aanvaarden, zal onbetaalbaar zijn.
- De demografische evolutie leidt ook tot een **beperking van de instroom in de arbeidsmarkt**. Voldoende artsen en zorgprofessionals opleiden is een grote uitdaging.
- **Verstedelijking en multiculturaliteit** kunnen leiden tot isolement en segregatie. Een geïntegreerde aanpak bevat de hefboomen tot het oplossen van het zorgvraagstuk.

Bij de overdracht van de bevoegdheden is het van belang dat Vlaanderen een breed gedragen **charter** uitvaardigt waarin de basisprincipes voor een "zorgzaam Vlaanderen" worden geformuleerd. Die zullen richtinggevend zijn voor gezondheids- en welzijnsdoelstellingen en dienen als toetssteen voor het te voeren beleid dat ten dienste staat van bewoner en patiënt

Wij gaan uit van:

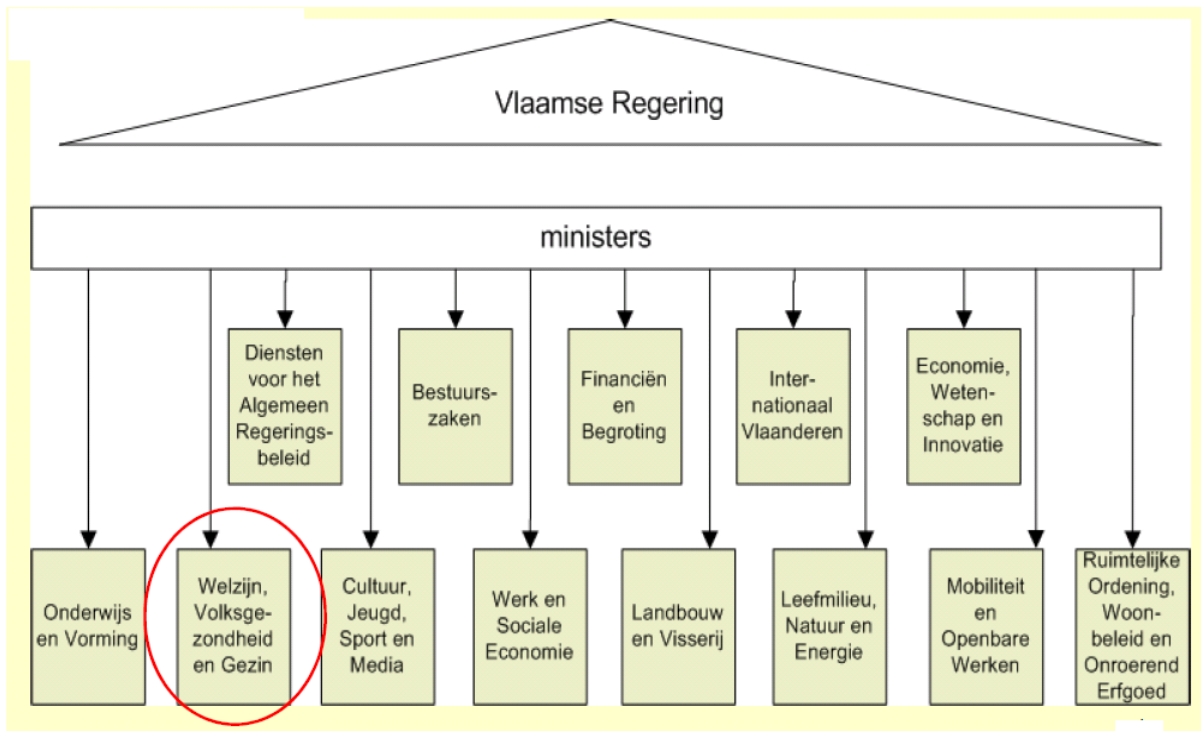
- **Universaliteit:** elke burger heeft recht heeft op de zorg die hij nodig heeft, ongeacht zijn herkomst, filosofische of religieuze opvattingen of financiële mogelijkheden.

- **Solidariteit en betrokkenheid** tussen mensen
- **Kwaliteit:** elke burger heeft recht op kwaliteitsvolle zorg, met andere woorden op zorg die veilig, doeltreffend, patiëntgestuurd, tijdig, doelmatig, billijk, geïntegreerd en continu is.
- **Performantie:** de zorgaanbieders moeten performant zijn. Dat betekent dat ze hun doelstellingen bereiken op de meest efficiënte manier.
- **Relevantie:** de verstrekte zorg moet “ertoe doen”, moet het verschil maken en moet dat ook aantonen.
- **Rechtvaardigheid:** bij de inzet van de beschikbare middelen moet de overheid voorrang geven aan de meest kwetsbaren en zorgbehoevenden.
- **Verantwoordelijkheid:** iedere burger is mee verantwoordelijk voor het in stand houden van de solidaire zorgsystemen. Onverantwoord gedrag en nodeloze zorgconsumptie zijn laakbaar omdat ze de solidariteit tussen zij die beroep doen op het zorgsysteem en zij die er toe bijdragen ondergraven en zo de legitimiteit van solidaire zorg in het gedrang brengen.
- **Verantwoording:** gaat samen met de verantwoordelijkheid waarbij iedereen zijn optreden kan verantwoorden.
- **Toegankelijkheid:** elke burger heeft recht op zorg die tegelijk verstaanbaar, betaalbaar en nabij is, in functie van zijn individuele zorgnood.
- **Homogeniteit van bevoegdheden** die voor de belangrijke coherentie zorgt en die de noodzakelijke samenwerking in welzijn en gezondheid ook een daadwerkelijke politieke gestalte geeft.
- **Subsidiariteit:** beslissingen worden genomen en beleid wordt gevoerd op het meest geschikte niveau.
- **Participatieve structuur** met een overlegmodel waarin de stakeholders elkaar ontmoeten.
- **Sociaal ondernemerschap** dat het mogelijk maakt om antwoorden te formuleren op de legitieme vragen naar zorg en ondersteuning.

4. De Vlaamse administratieve structuur

Het Vlaamse kaderdecreet Bestuurlijk Beleid

Bij het ontwerpen en hervormen van de eigen bestuurlijke organisatie is de Vlaamse overheid in haar kaderdecreet bestuurlijk beleid uitgegaan van 13 homogene beleidsdomeinen (zie figuur).



Figuur 1: indeling van de Vlaamse bevoegdheden in homogene beleidsdomeinen conform het kaderdecreet bestuurlijk beleid

Elk beleidsdomein bestaat uit één departement en een aantal verzelfstandigde agentschappen. De departementen houden zich voornamelijk bezig met beleidsvoorbereiding, zoals het voorbereiden van regeringsbeslissingen, en met beleidsevaluatie. Zij opereren onder het rechtstreekse gezag en verantwoordelijkheid van de minister. De agentschappen houden zich voornamelijk bezig met beleidsuitvoering, zoals subsidies toekennen of wegen onderhouden. Zij hebben een niet onbelangrijke mate van operationele autonomie. Deze expliciete taakverdeling tussen beleidsondersteuning en beleidsuitvoering is een belangrijk kenmerk van het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid, alhoewel de decreetgever het departement en de verzelfstandigde agentschappen tegelijkertijd als communicerende vaten beschouwt. Zo hebben de verzelfstandigde agentschappen een belangrijke functie bij de operationele beleidsvoorbereiding. Zij leveren vanuit hun ervaring op het terrein informatie, ideeën en voorstellen aan die mee verwerkt worden in de beleidsvoorstellen die het departement voor beslissing aan het politieke niveau voorlegt. De departementen toetsen de haalbaarheid van beleidsvoorstellen op hun uitvoerbaarheid af bij de verzelfstandigde agentschappen. Beleidsvoorbereiders gaan dus te rade bij beleidsuitvoerders voor de aftoetsing van voorgenomen regelgeving.

Sommige agentschappen worden rechtstreeks aangestuurd door de bevoegde minister. Dat zijn de intern verzelfstandigde agentschappen (IVA's). Aangezien IVA's in hoofdzaak verantwoordelijk zijn voor beleidsuitvoering sluiten zij met de minister een beheersovereenkomst af over de manier waarop en de klijntijnen waarbinnen politieke beslissingen op het terrein uitgevoerd kunnen worden. In andere agentschappen zit er nog een raad van bestuur tussen de minister en het agentschap. Dat zijn de extern verzelfstandigde agentschappen (EVA's) die een veel grotere autonomie genieten dan de intern verzelfstandigde agentschappen. Zij worden immers niet door de minister maar door hun

eigen raad van bestuur aangestuurd, evenwel binnen de krijtlijnen van een beheersovereenkomst die tussen het EVA en de minister moet worden afgesloten.

Sommige IVA's hebben een eigen rechtspersoonlijkheid gekregen, waardoor ze uit eigen naam contracten kunnen afsluiten met derden. De overige IVA's hebben geen eigen rechtspersoonlijkheid en moeten hun contracten, net als de departementen, afsluiten in naam van de Vlaamse Gemeenschap of het Vlaamse Gewest. Zowel bij IVA's met of zonder rechtspersoonlijkheid kan een raadgevend comité worden opgericht dat aan de leidende ambtenaar van betreffende het IVA advies geeft over de objectiviteit, evenwichtigheid, sectorale spreiding... van het uit te voeren beleid.

De EVA's hebben allemaal rechtspersoonlijkheid. De meeste EVA's moeten zich daarbij houden aan de regels van het publiek recht. Maar een paar EVA's mogen de regels van het privaatrecht volgen. Het gaat meestal om agentschappen die een specifieke juridische structuur hebben (bijvoorbeeld een vzw of een nv) of die voordien reeds om een andere reden als een privaatrechtelijke organisatie bestonden.

Het Vlaamse versus het federale model

Algemeen kunnen we stellen dat de Vlaamse administratieve structuur meer gelijkenissen vertoont met het Beveridgemodel (Public Health) dan met het Bismark- of Rijnlandmodel (sociale verzekeringen). Geen van beide types bestaan nog in "zuivere vorm". Op federaal niveau worden de bevoegdheden vandaag uitgeoefend in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, die een lange traditie heeft van conventionele afspraken tussen zorgverstrekkers en mutualiteiten. Beide systemen hebben voor- en nadelen.

De kracht van het Vlaamse kaderdecreet bestuurlijk beleid bestaat erin dat beleidsdoelstellingen worden geformuleerd door de politieke overheid, die hiertoe democratisch gelegitimeerd is. Er is een scheiding tussen beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering. Nadeel is een neiging tot overregulering en een "dirigistisch" optreden tegenover professionals en initiatiefnemers. De kracht van het federaal model is de overlegcultuur, gekoppeld aan verantwoordelijkheid van de actoren. Aldus ontstaat een draagvlak en wordt de tijd die men investeert in overleg teruggewonnen bij de uitvoering. Nadeel is het gebrek aan langetermijnvisie en aan democratisch parlementair debat.

Door de overdracht van deze bevoegdheden heeft Vlaanderen een opportuniteit om te leren uit federale ervaringen en de beste van de twee werelden te combineren. De overdracht van een belangrijk pakket zorggerelateerde bevoegdheden naar de Vlaamse Gemeenschap impliceert dat die een plaats moeten krijgen in het hierboven geschetste Vlaamse Huis. Het is evident om die toe te voegen aan het bestaande beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Op vandaag vertegenwoordigt het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 12,57% van de middelen van de Vlaamse overheid, met een totaalbudget van ongeveer 3,7 miljard euro. De over te dragen materies leveren een toevoeging op van 2,442 miljard euro (zorg) en 3,275 miljard euro (gezin) waardoor het gewicht van het beleidsdomein binnen de Vlaamse begroting toeneemt met meer dan 150 %.

5. Krijtlijnen voor een aangepast organisatiemodel

Dwarsverbindingen en betrokkenheid middenveld

Bij de uittekening van het Vlaamse Huis, dat opgewassen is tegen de hierboven geschetste uitdagingen, streven we maximaal naar een combinatie van de *best practices* zoals ze momenteel zowel op Vlaams als federaal niveau bestaan. Binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin moet er, meer dan vroeger, maximaal ingezet worden op horizontale dwarsverbindingen tussen welzijn, preventie, eerstelijnsgezondheidszorg, acute zorg, chronische zorg, revaliderende zorg, residentiële zorg, brugzorg en thuiszorg.

Het nieuwe organisatiemodel dient constructieve samenwerking tussen het eigen beleidsdomein en andere, zoals huisvesting, ruimtelijke ordening, onderwijs, sociale economie, VDAB, cultuur, mobiliteit en veiligheid aan te moedigen omdat bestuurlijke kruisverbindingen tussen de verschillende domeinen kritische succesfactoren vormen om in de toekomst op efficiënte wijze betere zorg en welzijn aan te bieden.

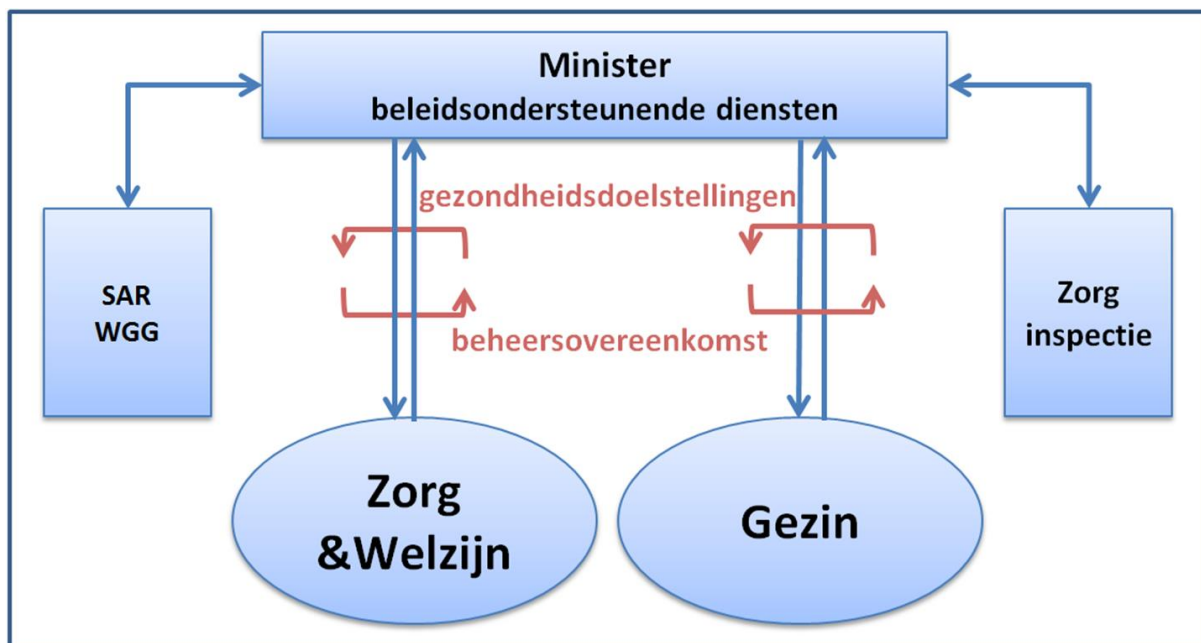
De Vlaamse overheid zal haar nieuwe opdrachten in hoofdzaak financieren uit de algemene middelen die haar via dotaties uit de bijzondere financieringswet toekomen. Daarnaast kan zij uiteraard ook terugvallen op de inkomsten uit de premies voor de Vlaamse zorgverzekering en bij uitbreiding uit de bijdrages van de burgers voor de andere componenten van de in de steigers staande Vlaamse sociale bescherming. Op die manier zal het Vlaams welzijns- en gezondheidsbeleid zowel geïnspireerd zijn op het Bismark- als op het Beveridgemodel.

Het lijkt aangewezen om binnen het brede domein welzijn, volksgezondheid en gezin het gezinsbeleid als een aparte entiteit te beschouwen, aangezien de overdracht van de kinderbijslag voornamelijk een suppletief karakter heeft ten aanzien van het bestaand Vlaams beleid. Binnen gezondheidszorg en welzijn worden de bestaande en over te dragen bevoegdheden van de Vle staatshervorming bijgevolg ondergebracht onder Zorg en Welzijn. De bevoegdheden inzake gezin kunnen in een apart domein Gezin ondergebracht worden. Zo worden onder het bestaande beleidsdomein twee homogene indelingen gemaakt; enerzijds Zorg en Welzijn die de mensen met beperkingen ondersteunt, anderzijds Gezin die alle gezinsangelegenheden behartigt.

Aangezien de bevoegdheidsoverdracht betrekking heeft op sectoren met omvangrijke budgetten en complexe regelgeving is de *knowhow* van het middenveld broodnodig voor het goed functioneren van deze voorzieningen in een Vlaamse context. Deze inbreng en noodzakelijke betrokkenheid worden ons inziens best gerealiseerd door de materies Zorg en Welzijn en Gezin te laten aansturen door twee **Extern Verzelfstandigde Agentschappen (EVA)**. Via de eigen raad van bestuur van het EVA krijgt het middenveld beleidsruimte maar tegelijkertijd ook verantwoordelijkheid, hetgeen de beste garantie is voor een correcte en constructieve samenwerking met de administratie en de politieke verantwoordelijken⁷. Een nieuw uit te denken bestuurlijk en overlegmodel, waarbij de raad van bestuur van de EVA's een cruciale rol spelen, moet de motor worden van het vernieuwde bevoegde beleidsdomein. De EVA zal een soepele en klantgerichte organisatie zijn die samen met de actoren het beleid gestalte geeft en naar geëigende oplossingen zoekt voor eventuele problemen

⁷ Deze nota gaat verder in op het beleid inzake Zorg en Welzijn.

Wij pleiten voor een model waarbij de taakverdeling tussen de politieke overheid en het middenveld een aangepaste vertaling krijgt. De politieke overheid bepaalt, na consultatie van de betrokken sectoren, gezondheids- en welzijnsdoelstellingen waarna ze de realisatie ervan evalueert en controleert. Deze doelstellingen maken deel uit van een beheersovereenkomst / samenwerkingsovereenkomst tussen de politieke overheid enerzijds en de sector anderzijds en hebben minstens een middellange termijnperspectief, met name een perspectief dat voor een periode van minstens één legislatuur de visie van de Vlaamse regering en het parlement op zorg en welzijn omvat, maar graag ook met voldoende aandacht voor een perspectief op langere termijn dat toelaat om tijdig te anticiperen op toekomstige noden.



Figuur 2: nieuw organisatiemodel voor het beleidsdomein Volksgezondheid, Welzijn en Gezin

Kernactoren

In het hierboven geschetste organisatiemodel onderscheiden we binnen het beleidsdomein Zorg en Welzijn vier kernactoren:

- De gebruikers
- De aanbieders
- De overheid, *in casu* de minister en zijn administratie bevoegd voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- De verzekeraars (zorgkassen *c.q.* mutualiteiten)

De gebruikers, de aanbieders en de verzekeraars vormen hierbij het zogenaamde middenveld.

Het hoeft geen betoog dat dit voorstel afwijkt van de manier waarop de federale overheid enerzijds en de Vlaamse Gemeenschap anderzijds aan zorg- en welzijnsbeleid doen. In de context van de verplichte ziekteverzekering worden vandaag enkel de verstrekkers en de ziekenfondsen betrokken bij het overheidsbeleid. Hier is geen plaats voor vertegenwoordigers van de gebruikers. Binnen het

Vlaamse beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wordt het middenveld, wat zorg betreft, louter geraadpleegd in een sectoroverschrijdende strategische adviesraad, nadat quasi alle voorbereidende werk reeds lang achter de rug is en waardoor er in de feiten nog weinig impact of animo voor bijsturing overblijft.

Wij kiezen voor een organisatiemodel dat het beste van de Vlaamse traditie met het voordelen van het federale overlegmodel verzoent. De politieke overheid bepaalt de doelstellingen en zorgt voor het budgettaire kader. In overleg met het middenveld worden deze daarna in een bindende beheersovereenkomst tussen de bevoegde minister en de sector opgenomen. Dit biedt de mogelijkheid om de politieke afspraken verder te vertalen naar concrete actiepunten en doelstellingen voor elk van de subsectoren die onder het beleidsdomein thuishoren en om tegelijkertijd zowel aandacht te hebben voor zeer gerichte als voor transversale en subsector overstijgende beleidsprioriteiten.

Financiering

Het Vlaamse zorg- en welzijnsbeleid wordt gefinancierd met dotaties, fiscale opbrengsten en de premies van de zorgverzekering en hospitalisatieverzekering. Voor de component zorg- en hospitalisatieverzekering vertrekt de overheid vanuit het verzekeringsprincipe wat inhoudt dat een burger slechts aanspraak kan maken op een tegemoetkoming indien hij de nodige premies heeft betaald. Een eventuele gedifferentieerde premie voor de zorg- en hospitalisatieverzekering i.f.v. draagkracht benadrukt het solidaire karakter van deze verzekeringscomponent binnen de globale inkomsten voor het Vlaamse zorgbeleid. Voordeel van deze benadering is dat de premies voor de zorg- en hospitalisatieverzekering bijkomende middelen kunnen genereren voor nieuw zorgbeleid. Rekening houdende met het beperkte belang van deze inkomensstroom binnen de totaliteit van de inkomsten, zal zorgbeleid steeds voor het belangrijkste deel uit algemene Vlaamse middelen gefinancierd moeten worden, hetgeen uiteraard de aard van het beleidsdomein determineert.

De minister onderhandelt met de raad van bestuur van het EVA over het meerjarenbudget. Het EVA is verantwoordelijk voor de budgettaire discipline, en kan hiertoe de premie van de zorgverzekering of de hospitalisatieverzekering aanpassen of de door de overheid gesubsidieerde tegemoetkoming voor de zorgverstrekkers bijsturen. Bij de overdracht van de bevoegdheden kan de overheid de uitbetaling van tegemoetkomingen aan bewoners, patiënten en zorgaanbieders uitbesteden aan derden. Deze derden krijgen dan tegelijk ook een opdracht tot controle op conformiteit van facturen. Op haar beurt zal de overheid de controle op deze derden op zich nemen.

Samenstelling EVA Zorg en Welzijn

Het EVA Zorg en Welzijn wordt aangestuurd door een eigen raad van bestuur. De actoren van het middenveld hebben telkens hun specifieke expertise en vertegenwoordiging binnen de raad van bestuur.

De patiënten en cliënten zijn de eerste belangrijke stakeholder: zij dienen het sociaal ondernemerschap te legitimeren. Zoals een studie van KCE recent aantoonde is het belangrijk hen gestructureerd en systematisch te betrekken bij o.m. beslissingen over terugbetaling van

behandeling. Ook de verzekeraars (mutualiteiten en zorgverzekering) worden betrokken voor hun deskundigheid inzake de uitbetaling en socio-economische expertise op het vlak van de patiënten en cliënten. De zorgverzekering kan een motor worden van een horizontale vernieuwing in de zorg. Samen met de patiënten/cliënten vertegenwoordigen zijn de verzekeraars vertegenwoordigd in de raad van bestuur. De verstrekkers van de zorg, zowel dienstverlenende als individuele zorgverstrekkers, zijn de derde belangrijke stakeholder om de doelstellingen inzake gezondheid en welzijn te realiseren. Het detecteren van de noden en hun initiatieven en expertise in het organiseren van de zorg zijn de grondslag van hun betrokkenheid bij de besluitvorming.

Wij pleiten voor een beperkt aantal bestuurders, met mandaten te verdelen onder:

- de zorgkassen en verzekeraars
- de gebruikers (patiënten/cliënten)
- de aanbieders van residentiële zorg
- de aanbieders van niet-residentiële zorg

De toewijzing van de mandaten gebeurt op basis van representativiteit en maatschappelijk belang: onder meer het aantal patiënten/cliënten dat verzorgd, ondersteund, begeleid of behandeld wordt en het personeel dat men tewerkstelt. Ook expertise en ervaring zijn belangrijk. Deze wegingscriteria zorgen voor een representatieve vertegenwoordiging.

Op initiatief en in overleg met de overheid richt de raad van bestuur commissies op die de beslissingen van de raad van bestuur voorbereiden en eventueel rechtstreeks advies kunnen verlenen aan de overheid inzake specifieke materies. De raad van bestuur van het EVA waakt over de coherentie, de samenwerking en de continuïteit tussen verschillende deelsectoren.

6. Over te dragen materies naar Zorg en Welzijn

Hierna volgen een aantal aanbevelingen en voorstellen voor de verschillende deeldomeinen Gezondheid en Welzijn die met de Vle staatshervorming zullen worden overgedragen.

RESIDENTIËLE WOONZORG

De zorgkassen innen de (te verhogen) bijdrages van de zorgverzekering, zoals zij dit nu al trouwens doen. In zoverre een deel van de bijdrage inkomensgerelateerd is, moet de zorgkas de nodige fiscale gegevens kunnen consulteren via een digitaal platform.

Zorgkassen betalen, in naam en voor rekening van hun aangeslotenen aan de zorgvoorzieningen (een deel van) de factuur van hun verblijf in die voorziening. Zij krijgen het recht bewoners voorafgaandelijk administratief te controleren op hun zorgafhankelijkheid, op het feit of ze de nodige premies hebben betaald, ...

De Vlaamse administratie berekent de hoogte van de publieke tegemoetkoming voor de verschillende categorieën zorgbehoevenden en staat in voor de kwaliteitscontrole op de instellingen (rechtstreeks of via een overlegde formule waarbij indicatoren worden bepaald, al dan niet in het

kader van een accreditatie). Er wordt hieromtrent administratief overleg georganiseerd met gemandateerde sectorvertegenwoordigers.

Op termijn streeft de raad van bestuur van het EVA naar een uniforme indicatiestelling en dito tegemoetkoming voor personen met beperkingen, los van zorgvorm en leeftijd.

MOBILITEITSHULPMIDDELEN

De zorgkassen fungeren als uniek loket waar aangeslotenen zich met het aanvraagformulier kunnen aanbieden. Enkel formulieren die door een behandelend arts werden ingevuld, worden aanvaard waar de zorgkas ze voor advies bezorgt aan een gemachtigd indicatiesteller. Na ontvangst van het advies zorgt de zorgkas voor de uitvoering ervan, de betaling en de communicatie naar het lid. De Vlaamse overheid zorgt voor controle op de indicatiestelling, op de inschaling en op de uitvoering. In een overgangsfase is het wenselijk dat de Vlaamse Gemeenschap zowel de limitatieve lijst van hulpmiddelen als de erkenning van de verstrekkers overneemt.

TEGEMOETKOMING HULP AAN BEJAARDEN (THAB)

De zorgkas voorziet momenteel, in het kader van de zorgverzekering, in een leeftijdsonafhankelijke tegemoetkoming voor zorgbehoevenden. Dit systeem kan gemakkelijk uitgebreid worden met een verhoogde tegemoetkoming voor personen ouder dan 65 jaar die zwaar zorgbehoevend zijn en aan bepaalde inkomensvoorwaarden voldoen. Dit voorstel heeft als voordeel dat het administratief eenvoudig is: eenheid in aanvraagcircuit, inschaling (indien de gevraagde uniforme indicatiestelling er komt) en uitbetaling.

REVALIDATIE

Revalidatie past in een zorgcontinuüm: revalidatie gaat altijd gepaard met een voor- en nabehandeling, die zich ook na de VI^e staatshervorming op federaal niveau zal situeren. De revalidatieconventies inzake geestelijke gezondheidszorg dienen in de geest van de pilootprojecten "art. 107" ingepast worden in een geïntegreerd Vlaams beleid m.b.t. de CGG's, de PVT, het beschut wonen en de PAAZ. Hiertoe heeft Vlaanderen in het verleden geanticipeerd via het decreet geestelijke gezondheidszorg.

De revalidatieconventies inzake motorische revalidatie zijn gesitueerd in de categorale ziekenhuizen en de acute ziekenhuizen. Ze dienen het voorwerp te vormen van een geïntegreerd Vlaams beleid dat naadloos wordt doorgetrokken voor de geïsoleerde Sp-ziekenhuizen en dit in nauwe samenwerking met de acute ziekenhuizen.

De vroegere revalidatieconventies worden best in samenspraak met de betrokken voorzieningen en hun gemandateerde vertegenwoordigers opgenomen in een uniforme Vlaamse revalidatieprogrammatie en een revalidatie zorgprogramma zodat voor elke aanbieder soortgelijke rechten en verplichtingen van toepassing zijn. In een overgangsfase kan de huidige RIZIV-conventietechniek overgenomen worden door een Vlaamse convenant af te sluiten met elk revalidatiecentrum.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

In de toekomstige organisatie en het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg hebben zowel Vlaanderen als de federale overheid pro-actief het principe van zorgcircuits en netwerken in hun wetgevend kader ingeschreven.

Uitgaande van de zorgvraag van de patiënt/cliënt en zijn familie/omgeving worden de verschillende diensten binnen de GGZ zodanig georganiseerd dat men een geïndividualiseerd zorgtraject kan aanbieden bestaande uit een brede waaier aan diensten die beantwoorden aan zeer uiteenlopende behoeften en die op verschillende tijdstippen kunnen optreden. De bevoegdheden inzake PVT, IBW, CGG en de revalidatieovereenkomsten die volledig onder de bevoegdheid komen van Vlaanderen alsook de erkennings- en normeringsbevoegdheden voor de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdeling van de algemene ziekenhuizen worden gedefinieerd binnen het psychiatrisch netwerk. Deze voorzieningen werken samen en definiëren zorgprogramma's voor de doelgroepen kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen waarin de continuïteit en kwaliteit van de zorg wordt gegarandeerd. De noodzakelijke samenwerking moet gericht worden op het functionele niveau waarvoor het juridisch concept van zorgassociatie passend is.

Binnen de ontwikkeling van zorgprogramma's is een deregulering noodzakelijk voor het verhogen van de substitutiecapaciteit & innovatiecapaciteit van het zorgaanbod. Hiertoe dienen de ontwikkelingen in het kader van artikel 107 van het BFM enerzijds en de verdere uitbreiding van het artikel 33 in het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg voortgezet worden.

Het referentiegebied waarvoor programmatie-, erkennings-, financieringsnormen worden vastgesteld moet voldoende algemeen en globaal zijn. De provinciale overlegplatformen hebben hierin een duidelijke rol.

BOUWBEVOEGDHEDEN

Gelet op de huidige bevoegdheden en competenties binnen de Vlaamse administratie lijkt het logisch dat de over te dragen bevoegdheden voor bouw en ziekenhuisinfrastructuur, in het bijzonder de verplichtingen die de federale overheid momenteel ten laste neemt en die op heden niet door Vlaanderen gekend zijn, in de toekomst door VIPA worden opgenomen.

We stellen voor dat er binnen VIPA een commissie wordt opgericht waarbij gemandateerde vertegenwoordigers van de ziekenhuissector en van de Vlaamse administratie samen een nieuw beleid ter zake uitdenken en ter advies voorleggen aan de raad van bestuur van het EVA die dan ter zake beslissingen kan nemen.

NORMERING ZIEKENHUIZEN

Naar analogie met de huidige afdeling programmatie en erkenning binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dient er binnen de schoot van de raad van bestuur van het EVA een commissie opgericht te worden die zich over deze materie buigt en de minister en de raad van bestuur adviseert telkens hij of zij van oordeel is dat de erkenningsnormen van algemene of psychiatrische ziekenhuizen dienen te worden bijgestuurd. De normeringsbevoegdheid laat mede

toe om de afgesproken doelstellingen binnen de beheersovereenkomst uit te voeren. Deze commissie zal er tevens in het bijzonder over moeten waken dat de voorgestelde wijzigingen geen impact hebben op de federale programmatie of financiering tenzij geregeld via bilaterale akkoorden (zie Vlinderakkoord).

PREVENTIE EN ORGANISATIE VAN DE EERSTE LIJN

Preventie en organisatie van de eerste lijn vormen een essentieel onderdeel van de Vlaamse zorgketen. Ze maken integraal deel uit van de gezondheids- en welzijnsdoelstellingen. Een goede afstemming tussen de preventie- en zorgactiviteiten van alle actoren is noodzakelijk. Zoals reeds bepaald in de bijzondere wet tot hervorming der instellingen moet preventie in de brede zin geïnterpreteerd worden, gaande van gezondheidsopvoeding tot activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg. Preventie gaat verder dan medische zorg en houdt ook psychosociale ondersteuning, maatschappelijke bijstand, gezondheidsvoorlichting, welzijnsinitiatieven... in. Een goed gezondheids- en welzijnsbeleid zet in op het fysiek, psychisch en sociaal welbevinden van elkeen.

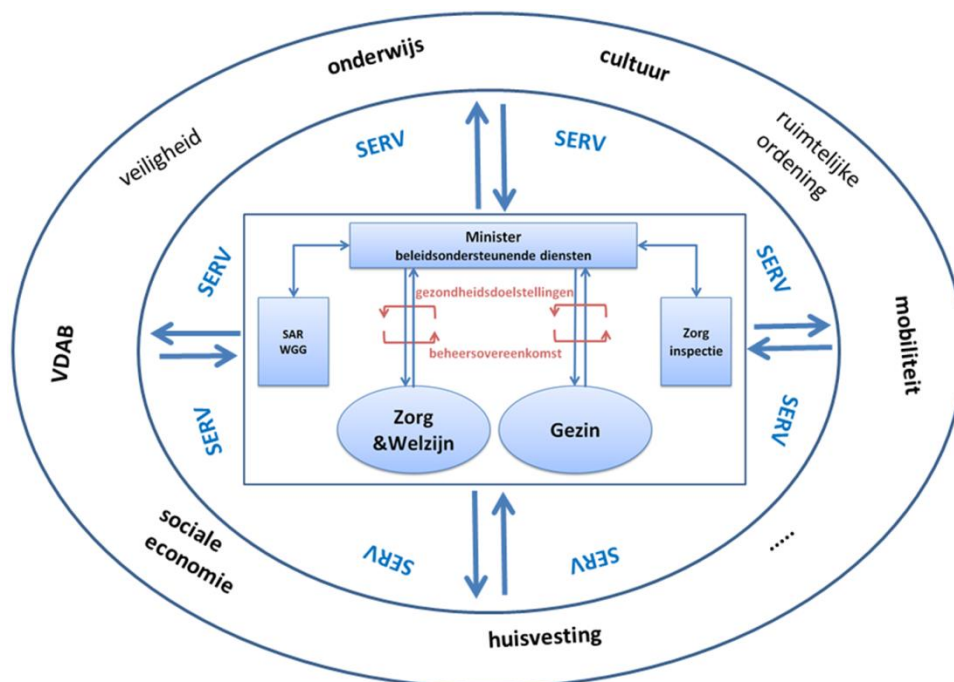
De preventieve activiteiten in deze ruime zin van het woord kenmerken zich door een grote variëteit aan aanbieders en actoren verspreid over verschillende sectoren en bestuurlijke niveaus. De vele actoren zijn een grote kracht, waarvan de *knowhow*, ervaring en capaciteiten maximaal benut moeten worden. Vlaanderen maakt werk van een vernieuwde preventieve benadering, waarbij bestaande beschotten gesloopt worden en waarbij ingezet wordt op de meerwaarde van en de samenwerking tussen alle actoren.

Bij de organisatie van de eerstelijnszorg ligt de focus op integrale, betaalbare, toegankelijke, multidisciplinaire en resultaatgerichte zorg die de zelfredzaamheid van mensen verhoogt. Het middenveld neemt vandaag een belangrijke rol op in de coördinatie en organisatie van deze zorg en participeert actief aan een verdere uitbouw door deelname aan SEL's en LOGO's. Het middenveld wil participeren aan het inhoudelijk debat. Een samengaan van zorg- en welzijnsactoren is hierbij, gezien vanuit patiënt-, bewoners- en cliëntperspectief met als doel een integrale aanpak van de diverse noden en problemen, een evidentie. De LMN's moeten zich in dit kader integreren.

7. Streven naar synergie met de sociale partners vertegenwoordigd in de SERV

Het spreekt voor zich dat de SERV haar beleidsbeïnvloedende rol ten volle dient te spelen op alle Vlaamse beleidsniveaus, dus ook wat betreft de nieuwe zorgbevoegdheden waar Vlaanderen binnenkort verantwoordelijk voor wordt. Het is noodzakelijk dat er goede taakafspraken gemaakt worden zodat het voor iedereen duidelijk is wat er precies van hem of haar wordt verwacht. Er is nood aan een model waarbij elke instantie op haar eigen niveau en conform haar expertise ter zake bij beleidsvoorbereiding betrokken wordt. In die zin wordt er, zoals onderstaande figuur aanduidt, best gestreefd naar maximale symbiose tussen beleidsdomeinen. Dit is de meest aangewezen manier om alle grote toekomstige uitdagingen voor een goed Vlaams zorgbeleid op te pakken.

Doublures, slechte afspraken en rolvermenging zullen de kosten van het Vlaamse zorg- en welzijnsysteem enkel in de hoogte jagen en verhinderen dat noodzakelijke schaalvoordelen door samenwerking en afstemming met andere Vlaamse bevoegdheidsdomeinen tot stand komen.



Figuur 3: symbiose tussen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de andere Vlaamse beleidsdomeinen

In die zin lijkt het ons aangewezen dat de SERV een overkoepelende rol op zich neemt, in de zin dat ze er over waakt dat de zorgsector en de andere Vlaamse beleidsdomeinen (huisvesting, sociale economie, VDAB, onderwijs, ...) maximaal samenwerken om de politieke gezondheids- en welzijnsdoelstellingen te helpen realiseren. Het spreekt immers voor zich dat indien alle aspecten van de zorg enkel aan professionals uit het zorg- of welzijnsegment overgelaten worden, en er geen ondersteuning komt vanuit de andere Vlaamse beleidsdomeinen, de factuur voor de Vlaamse overheid en burger op termijn onbetaalbaar wordt.

Een symbiose tussen de zorg- en andere beleidsdomeinen, zoals gemonitord door de sociale partners uit de SERV, moet schaalvoordelen en efficiëntiewinsten mogelijk maken zodat Vlaanderen de beste zorg tegen de meest schappelijke prijs kan bieden aan haar burgers.

8. Financiering en verantwoordelijkheid voor de zorgkassen voor wat betreft de verzekeringscompoment binnen de algemene middelen voor het Vlaamse zorgbeleid

Nu is al duidelijk dat de bijkomende dotaties die de bijzondere financieringswet in het vooruitzicht stelt allicht onvoldoende zullen zijn om in de toekomst alle Vlaamse zorg- en welzijnsbehoeften te dekken.

Vroeg of laat zal er dus gezocht moeten worden naar nieuwe inkomstenbronnen. Wij pleiten er voor dat de premie van de Vlaamse zorgverzekering, waarvan het standaardtarief in principe wordt vastgesteld door de raad van bestuur van het EVA aangezien zij verantwoordelijk is voor het bewaken van de budgetafspraken uit de beheersovereenkomst (cf. *supra*), in dat geval wordt opgetrokken. We zijn er immers van overtuigd dat het draagvlak bij de bevolking voor zo'n premiestijging groter is dan voor een "anonieme" belastingsverhoging. Studies tonen immers aan dat bij de bevolking de *willingness to pay* voor zorg groot is terwijl de burgers meestal zeer terughoudend zijn voor een gewone belastingsverhoging omdat er onvoldoende transparantie is over de precieze aanwending van de middelen die alzo worden opgehaald.

Zoals reeds aangehaald is het vanuit solidariteitsoogpunt aangewezen om vanaf een bedrag te werken met een gedifferentieerde standaardpremie die rekening houdt met het inkomen van de burgers. Aangezien de zorgkassen de premies innen maar ook voor de betaling van zorgkosten instaan, zullen zij vanuit algemene middelen gecompenseerd moeten worden voor de aangeslotenen die van een lagere premie genieten.

Het is aangewezen dat de uitvoerders van de zorgverzekering financieel geresponsabiliseerd worden: elke zorgkas moet de standaardpremie kunnen moduleren in functie van een overschot of tekort. Dit overschot of tekort zal voor elk van de zorgkassen bepaald worden als het verschil tussen de inkomsten voortkomende uit premies en algemene middelen en de uitgaven voor zorg en welzijn ten gunste van de aangesloten leden.

Deze vorm van premiedifferentiatie zal trouwens ook de concurrentie tussen de zorgkassen aanmoedigen en zodoende leiden tot meer efficiëntie en betere dienstverlening. Hiertoe is het noodzakelijk dat burgers gemakkelijk van zorgkas kunnen veranderen en dat het lidmaatschap bij een ziekenfonds in het licht van de federale verplichte ziekteverzekering geen belemmering vormt om van zorgkas te veranderen in het kader van de aansluiting bij de verzekeringscomponent binnen het Vlaamse zorgbeleid.

Een verevening tussen zorgkassen is evenwel noodzakelijk om de gevolgen van eventuele risicoselectie door zorgkassen tegen te gaan. Deze verevening kan enkel rekening houden met het risicoprofiel en zorgbehoevendheid van de aangeslotenen aangezien de eventuele lagere premies die mensen met een bescheiden inkomen moeten betalen rechtstreeks gecompenseerd worden door uit algemene middelen.

Bijlage: het principe van de egalisatie zoals opgenomen in het Vlinderakkoord

Punt 4.10 “overgangsmechanismen” (cf. pagina 64 Vlindernota) stelt dat d.m.v. een egaliseringsbedrag bij aanvang van de overdracht van de bevoegdheden geen Gemeenschap of Gewest mag verarmen. Hiertoe zal men voor het geheel van over te dragen bevoegdheden (a rato van +/- 17 miljard euro) een bedrag bepalen dat ten goede zal komen aan de regio('s) die o.b.v. de communautaire verdeelsleutels op het moment van overdracht budget zouden inleveren t.o.v. het budget dat ze nu krijgen.

Dit egalisatiebedrag wordt daarna gedurende 10 jaar in nominale termen constant gehouden en doorgestort aan “de verliezer(s)” waarna het de daaropvolgende 10 jaar langzaam wordt afgebouwd.

Dit egalisatiebedrag wordt gecompenseerd binnen de over te dragen dotaties ter waarde van 17 miljard euro, met andere woorden de “winnaar” levert gedurende 20 jaar een stuk van zijn dotatie in ten voordele van de verliezer(s).

Dit betekent dat men voor elk van de over te dragen bevoegdheden, met inbegrip van de inkomstenwijzigingen die het nieuwe stelsel van de fiscale autonomie met zich meebrengt, budgetlijn per budgetlijn, zal nagaan wat de actuele consumptie in elk van de regio's is en welke dotatie er zal worden toegekend o.b.v. de nieuwe communautaire verdeelsleutels. Op niveau van de regio's zal dan finaal een som gemaakt worden van alle plussen en minnen en zal degene die met een positief saldo eindigt dit saldo, onder de noemer van het “egalisatiebedrag”, voor 20 jaar inleveren. Een fictief voorbeeld kan één en ander misschien verduidelijken.

<i>in mio euro</i>	Regio	actuele consumptie	Dotatie o.b.v. communautaire verdeelsleutel	Δ
bevoegdheid X	V	1.000	950	-50
	W	800	750	-50
	BXL	200	300	100
bevoegdheid Y	V	2.500	3.000	500
	W	2.000	1.500	-500
	BXL	1.000	1.000	0
bevoegdheid Z	V	4.500	5.000	500
	W	3.500	3.250	-250
	BXL	1.500	1.250	-250
TOTAAL	V	8.000	8.950	950
	W	6.300	5.500	-800
	BXL	2.700	2.550	-150

De tabel leert dat de communautaire verdeelsleutels (fictief) 950 miljoen extra dotatie toekennen aan Vlaanderen bij de start van de overdracht van de bevoegdheden. Dit ten koste van de Waalse en Brusselse regio's. Het principe van de egalisatie zorgt er voor dat gedurende 10 jaar Wallonie elk jaar 800 mio euro zal ontvangen en Brussel 150 mio euro waarna die bedragen de daaropvolgende 10 jaar geleidelijk zullen worden afgebouwd.

Op basis van deze benadering is men erin geslaagd om bij de start van het systeem te garanderen dat elke regio voldoende middelen krijgt om de uitgaven die gepaard gaan de haar toegekende bevoegdheden ook effectief uit te oefenen. Men moet dus niet vanaf moment "nul" op zoek naar eigen middelen om lopende engagementen te kunnen blijven financieren.

Men zou kunnen opwerpen dat dergelijk mechanisme het nut van het onderhandelen over communautaire verdeelsleutels op de helling zet aangezien men op die manier voorbij gaat aan de financieringsbehoefte van de deelstaten voor bevoegdheden (van de Gemeenschappen) die volgens de Vlindernota zelf "behoeftegebaseerd" zijn (bijv. dotatie voor ouderenzorg waar men in het groepad rekening houdt met de evolutie van het aantal 80-plussers per regio). Bovendien dient aangestipt te worden dat een overgangssysteem dat pas na 20 jaar uitdooft, bezwaarlijk kortdurend kan genoemd worden.

Dit systeem betekent, op macroniveau van elke van de deelstaten, een extra inkomst of kost t.a.v. de bevoegdheden die worden overgeheveld van het federale naar het regionale beleidsniveau. Voor zij die t.a.v. hun "recht" o.b.v. de communautaire verdeelsleutel een deel moeten inleveren, betekent dit dus dat zij dit bedrag zullen moeten compenseren met eigen middelen.