

BIJLAGEN BIJ DEEL 2.

GEZONDHEIDSBELEID

BIJLAGE BIJ DE INLEIDING

1. Overzicht bijdragen vanuit de academische wereld en het maatschappelijk middenveld aan hoofdstuk 2 van het groenboek

Algemene:

- **Sociaal-economische Raad van Vlaanderen:** Akkoord op hoofdlijnen over de uitvoering van de 6e Staatshervorming in Vlaanderen (21 november 2012): <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/serv-akkoord>
- **Vlaams Welzijnsverbond:** Stapstenen voor Welzijn 3.0 (19 maart 2013): http://178.208.36.251/files/2013%20groenboek%20in%20welzijn_0.pdf
- **Zorgnet Vlaanderen:** De VIe staatshervorming: overdracht bevoegdheden gezondheidszorg en welzijn. Voorstel voor een Vlaams organisatiemodel (20 maart 2013): <http://www.zorgnetvlaanderen.be/nieuws/Documents/2013-03-20%20VIe%20staatshervorming%20visiedocument%20Zorgnet%20Vlaanderen.pdf>
- **Nationaal Intermutualistisch College:** Tien belangrijke vragen aangaande het luik gezondheidszorg in het Vlinderakkoord : de antwoorden van het Nationaal Intermutualistisch College. (12 april 2013)
- Nota **Christelijke Mutualiteiten** over de uitvoering van de zesde staatshervorming in Vlaanderen (22 april 2013)
- **Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin:** Bijdrage aan het Groenboek Staatshervorming (25 april 2013): <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/advies-bijdrage-aan-het-groenboek-staatshervorming>
- Standpuntbepaling **Federatie voor Vrije en Intellectuele Beroepen** - overleg zelfstandige zorgverstrekkers n.a.v. 'Groenboek' VI-e staatshervorming gezondheidszorg
- Verbond Sociale Ondernemingen (VSO): Organisatiestructuur Vlaanderen beleidsdomein Welzijn, Gezondheid en Gezin. (augustus 2013)

Sectorspecifieke:

- a) Ziekenhuisbeleid:
 - portfolio **Zorgnet Vlaanderen** Vlaamse revalidatieziekenhuizen en Revalidatiecentra kinderen en jongeren: <http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Pages/Portfoliorevalidatieziekenhuizen.aspx>
- b) Ouderenzorg:
 - Prof Dr Jan De Lepeleire, Prof Dr Frank Buntinx, Prof dr Birgitte Schoenmakers: Ouderenzorg na de zesde staatshervorming. Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KU Leuven, februari 2013
 - Brief **Vlaamse Ouderraad**
- c) Eerstelijnsgezondheidszorg:
 - conceptnota Eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen en de Staatshervorming (voorbereid door deelnemers werkgroep) voorstel tot implementatie.

d) Revalidatie-overeenkomsten verslaafdenzorg:

- Groenboek Alcohol en drugs - Deel 1: Analyse van de actuele situatie. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) in opdracht van minister Vandeurzen. Stuurgroep groenboek drugsbeleid 18/09/2012 – 21/12/2012
- Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen: Voorstel organisatiestructuur voor de aanpak van middelengebruik en verslavingsproblemen in Vlaanderen. <http://www.vad.be/media/1310706/voorstel%20vlaams%20beleid%20mbt%20middelengebruik%20en%20verslavingsproblemen.pdf>
- Zorgnet Vlaanderen: Integratie verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Voorstel in het kader van de zesde staatshervorming.

e) Brussel: nota werkgroep Brussel met standpunten vanwege: Huis voor Gezondheid, Kenniscentrum Woonzorg Brussel, Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad, Brussels Overleg Thuiszorg, Centrum Geestelijke Gezondheid Brussel

2. Nota van de academische reflectiegroep

(zie volgende pagina)

Enkele reflecties inzake de financiering en organisatie van het toekomstige Vlaamse beleid inzake welzijn, gezondheid en gezin

Academische reflectiegroep met betrekking tot de uitvoering van de zesde staatshervorming (deel Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

22 Juni 2013

Inleiding

Deze tekst heeft als doel enkele reflecties aan te reiken in verband met de organisatie en de financiering van – bepaalde aspecten van – het toekomstige Vlaamse beleid inzake welzijn, volksgezondheid en gezin (WVG).

Op vraag van minister Jo Vandeuren werd een academische reflectiegroep samengesteld in april 2013, met als opdracht na te denken omtrent mogelijke pistes die het Vlaamse beleid inzake welzijn, volksgezondheid en gezin kan volgen naar aanleiding van de 6de staatshervorming. Door die staatshervorming krijgt Vlaanderen er in deze domeinen een aantal belangrijke bevoegdheden bij, o.a. in de ouderenzorg, revalidatie, geestelijke gezondheidszorg, en kinderbijslag.¹

De vragen die door de minister aan de reflectiegroep werden gesteld hadden geen betrekking op korte termijn procesmatige of operationele aspecten maar eerder op het aanreiken van strategische beleidsopties op de middellange termijn. Er werd daarbij gevraagd om zich te concentreren op de volgende domeinen:

- I. In de zorgsector: 1°. zorg voor ouderen en 2°. revalidatie
- II. In de gezinssector: de gezinsbijslag

In de tekst worden deze domeinen behandeld, met telkens aandacht voor de volgende types keuzes.

- a. Financieringsmodellen (= hoe moet het beleid van de nodige financiële middelen worden voorzien?)
- b. Beheersmodellen (= hoe moet dit beleid worden georganiseerd, door welke instanties moet het worden beheerd en wat is de rol van de verschillende actoren in dit beheer?)
- c. Betalingsmechanismen (= hoe en volgens welke principes wordt er betaald?)

Het maken van dergelijke keuzes is uiteraard geen doel op zich, maar ondergeschikt aan een te bereiken resultaat. In dat verband gaan we ervan uit dat het Vlaamse beleid zich vooropstelt om in al deze domeinen drie hoofddoelstellingen van beleid na te streven, met name duurzaamheid, sociale rechtvaardigheid en kwaliteit.²

¹ Het gaat hier meestal niet over volledige bevoegdheidsoverdrachten: enerzijds had Vlaanderen al bevoegdheden inzake ouderenzorg en GGZ, anderzijds blijft een groot deel van revalidatie, en ook een deel GGZ, nog federale materie.

² Zie KCE rapport Nr. 147

In de zorgsector werd dit streven reeds verder uitgediept in de nota "maatschappelijk verantwoorde zorg" van de SAR-WGG, waar de verschillende gewenste karakteristieken van zorg worden beschreven.³ Op basis van deze nota en ook van de definitie van kwaliteit van het IOM (Institute of Medicine)⁴ heeft de reflectiegroep een set van criteria/principes opgesomd waaraan gezondheids- en welzijnszorg moet voldoen. Deze set is volgens de werkgroep bij uitbreiding ook in een gezinsbeleid toepasbaar:

- doeltreffendheid (= wat men doet moet een aangetoond positief effect hebben),
- doelmatigheid (= kosteneffectiviteit = met de beschikbare middelen zo veel mogelijk gewenst effect/resultaten realiseren),
- billijkheid (= zorgen voor een sociaal rechtvaardige verdeling van de middelen in functie van de behoeften, en voor een financiering in functie van de draagkracht),
- relevantie (= zorgen dat wat wordt aangeboden ook zinvol is voor de begunstigde én – indien betaald met gemeenschapsgeld – voor de maatschappij),
- toegankelijkheid (zorgen dat diensten/middelen tijdig, ruimtelijk en financieel beschikbaar zijn voor iedereen),
- cliëntgerichtheid, afstemming en continuïteit (= het verzekeren van een dienstverlening die rekening houdt met de noden, waarden en voorkeuren van de betrokkene, die optimaal gecoördineerd is rond de persoon en waarbij verschillende vormen zo naadloos mogelijk op elkaar aansluiten).

Een goed beleid van de politiek verantwoordelijke overheid moet gericht zijn op het nastreven van deze principes en moet deze dan ook permanent als toetssteen hanteren bij het maken van strategische keuzes.

Een goed beleid en bestuur veronderstelt bovendien:

- transparantie, coherentie en relevantie (= zorgen dat de besluitvorming tot stand komt op grond van duidelijke criteria, dat de verschillende beleidsmaatregelen met elkaar in overeenstemming zijn en beantwoorden aan een reële behoefte),
- verantwoordelijkheid en verantwoording (= het ontwikkelen van een beleid waarbij de verschillende actoren aangezet worden tot verantwoordelijk handelen en te allen tijde door het beleid ter verantwoording kunnen geroepen worden).

Hieronder bespreken we de algemene keuze-opties inzake financiering van het systeem en wijzen van betaling voor de specifieke sectoren van zorg (revalidatie; ouderenzorg) en gezinsbijslag. Daarna bespreken we voorstellen inzake beheersmodellen voor beide domeinen samen omdat we hier vertrekken van dezelfde principes. We eindigen met enkele finale reflecties.

Vooraleer hier nader op in te gaan, wil de werkgroep kort een aantal belangrijke voorafgaande opmerkingen maken.

1. Op zich biedt de overdracht van bevoegdheden in het kader van de zesde staatshervorming een unieke kans om een nieuw en vernieuwend beleid uit te tekenen op de domeinen van

³ SAR-WGG . Visienota maatschappelijk verantwoorde zorg.

⁴ <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>

zorg- en gezinsbeleid, waarbij een nieuwe invulling kan gegeven worden aan de sociale risico's en noden waarvoor bescherming geboden dient te worden.

2. Daarom is het belangrijk om een globale "herdenking" van het model van sociale bescherming uit te voeren en te bepalen welk organisatie- en financieringsmodel het meest geschikt is om de doelstellingen te bereiken. Daarbij dient men enerzijds voldoende ruimte te laten voor een nieuwe invulling van de overgehevelde bevoegdheden, maar mag men anderzijds ook geen abstractie maken van de verwezenlijkingen en basisprincipes van het vroegere (federale) stelsel.
3. Aangezien zo een herdenking ook een ruimer maatschappelijk debat vereist, kan deze reflectiegroep dergelijke oefening niet ten gronde voeren en weinig expliciete aanbevelingen doen. De werkgroep wil veeleer enkele belangrijke kanttekeningen plaatsen bij de verschillende opties inzake beheer en financiering. Waar in sommige gevallen een eerdere voorkeur voor deze of gene optie uit de discussies naar voor kwam, wordt dit vermeld zonder dat dit als een eensluidend advies begrepen mag worden.
4. De werkgroep doet ook geen uitspraak over de specifieke overheveling van bevoegdheden en hun financiering zoals bepaald in het institutioneel akkoord en laat evenzeer de eventuele wenselijkheid van verdere bevoegdheidsoverdrachten buiten beschouwing. Wel onderschrijft de werkgroep de algemene opvatting dat de over te dragen middelen in het domein WVG blijvend ingezet zouden moeten worden voor de zorg en het welzijn van ouderen, zieken, gezinnen en kinderen in Vlaanderen. Hoe de enveloppe daadwerkelijk wordt besteed binnen het domein is uiteraard zaak van de politiek verantwoordelijken.
5. Tenslotte betekent het feit dat deze reflectienota zich concentreert op de domeinen van ouderenzorg en gezinsbijslagen natuurlijk allerminst dat in de ogen van de reflectiegroep op andere terreinen, zoals geestelijke gezondheidszorg enz., geen beleidsvernieuwing aan de orde zou zijn.

Werkwijze

De werkgroep kwam een eerste maal samen op 19 maart 2013, waarbij minister Vandeurzen zijn vragen aan de werkgroep voorlegde en de taken werden omschreven. Op 24 april werd een tweede bijeenkomst georganiseerd waarbij meer concrete vragen door het kabinet werden voorgelegd en waarbij open gedebatteerd werd omtrent een herdenking van het systeem. Lieven Annemans werd aangesteld als voorzitter van de reflectiegroep. Aan enkele leden werd gevraagd inputnota's aan te leveren met betrekking tot hun expertise (bv. financiering, bestuursaangelegenheden). Deze nota's werden besproken op een derde vergadering op 23 mei, waarna de voorzitter een eerste versie van de tekst opstelde. Op deze draft werden schriftelijke opmerkingen aangebracht van de leden en deze werden besproken op 4 juni. Verdere opmerkingen en wijzigingen werden aangebracht op 12 juni. Een laatste versie werd schriftelijk verspreid voor finale commentaar. De standpunten of inzichten weergegeven in deze nota zijn deze van de leden van de werkgroep en verbinden in geen geval de organisaties waaraan zij verbonden zijn.

I. Het (ouderen)zorgbeleid

a. Financiering van de (ouderen)zorg

Bij de keuze van het toekomstig financieringsmodel voor de Vlaamse (ouderen)zorg is het belangrijk te noteren dat vandaag geen enkel gezondheidsmodel nog geheel en uitsluitend georganiseerd is volgens de zuivere principes van de sociale verzekering of de staatsgezondheidsdienst zoals die destijds in respectievelijk Duitsland (Bismarck) en het Verenigd Koninkrijk (Beveridge) zijn opgericht. Alle landen in Europa hebben intussen gemengde, hybride systemen die kenmerken van beide en andere modellen combineren. Hierdoor is de aard van de financieringsbron ook niet determinerend voor de organisatie en het beheer van het zorgmodel.

Wel acht de werkgroep het aangewezen dat het toekomstig Vlaamse zorgsysteem wordt uitgebouwd als een universeel stelsel, waarbij de rechten niet afhankelijk zijn van het onderscheiden professioneel statuut maar waarbij alle ingezetenen dezelfde rechten kunnen laten gelden. Naargelang de financiering kan dit een 'Vlaamse zorgdienst' (overheidsfinanciering) dan wel een 'volksverzekering' (via eigen premies/bijdragen) genoemd worden.

Het is dus essentieel dat de prioritaire noden van de Vlaamse zorgbehoevenden door de gemeenschap gelenigd en dus solidair gefinancierd worden, waarbij de sterkste schouders de grootste lasten dragen. De basis hiervoor wordt geleverd door de algemene middelen van de Vlaamse Gemeenschap, d.i. in hoofdzaak haar federale dotatie, die voortkomt uit inkomensgerelateerde sociale bijdragen dan wel directe belastingen.

De vraag stelt zich meteen of deze federale middelen, rekening houdend met de verdere vergrijzing, in de toekomst *toereikend* zullen zijn om de evoluerende zorgbehoeften te financieren. Bij gebrek aan fiscale autonomie voor de Gemeenschappen moet hiervoor vooral gekeken worden naar een vergroting van de federale dotatie, de overheveling van gewestelijke (fiscale) middelen of de eventuele uitbouw van een Vlaamse sociale bijdrageregeling. Bij dat laatste kan in eerste instantie gedacht worden aan een mogelijke uitbreiding van de premie in het kader van de huidige Vlaamse zorgverzekering, een verplichte volksverzekering, die een forfaitaire tegemoetkoming toekent van 130 euro per maand voor de dekking van zogenaamde "niet-medische" kosten die verband houden met een langdurig en ernstig verlies aan zelfredzaamheid, dit zowel in de thuissituatie als bij opname in een residentiële setting.

Uit de discussie binnen de werkgroep rond de zorgverzekering kunnen volgende punten aangestipt worden:

- Fundamenteel rijst de vraag of de zorgverzekering als apart stelsel behouden moet worden naast (de uitbouw van) een Vlaamse (ouderen)zorgstelsel dan wel of deze zorgverzekering uitgebreid wordt naar andere dan enkel de "niet-medische" kosten.
- Hoewel de Vlaamse zorgverzekering vandaag een ander sociaal risico dekt (niet-medische kosten bij zorgbehoefendheid), lijkt een integratie niet ondenkbaar aangezien beide in essentie dezelfde doelgroep betreffen en bovendien het onderscheid tussen medische en niet-medische kost niet altijd zo gemakkelijk te maken is.

- Anderzijds dreigt hierbij de balans over te hellen naar institutionele zorg aangezien in de thuiszorg de medische kosten federaal gefinancierd blijven (thuisverpleging) in tegenstelling tot de institutionele zorgforfaits.
- Een integratie lijkt enkel zinvol wanneer de zorgverzekeringspremie inkomensgerelateerd kan worden gemaakt. De werkgroep acht het alleszins mogelijk meer progressiviteit in de huidige zorgverzekeringspremie in te bouwen door koppeling aan de gegevens uit de MAF. Anderzijds moet ook opgemerkt worden dat zelfs vandaag, de verplichte forfaitaire zorgverzekeringspremie (25€/10€) slechts instaat voor een deel van de financiering, waarbij het grootste gedeelte voortkomt uit algemene middelen (verhouding 1/3).
- Ook zou dan het model van een actieve inkoopfunctie (zie verder) gehanteerd kunnen worden.
- Tenslotte, om dezelfde redenen als hierboven beschreven moet a fortiori de integratie overwogen worden tussen de zorgverzekering en de over te hevelen sector van hulp aan personen met een handicap (tegemoetkoming hulp aan bejaarden en mobiliteitshulpmiddelen).

Verder acht de werkgroep het van belang duidelijk af te lijnen wat men met de gemeenschappelijke middelen wil financieren en wat niet. Als algemeen uitgangspunt kan daarbij gelden dat alle zorg of alle inspanningen die vanuit maatschappelijk perspectief doeltreffend, kosteneffectief, billijk en relevant zijn (zie de eerste 4 principes in de inleiding) in aanmerking moeten komen voor gemeenschappelijke solidaire financiering. Hierbij dient overigens een onderscheid gemaakt te worden tussen het zorgaspect (medisch/niet-medisch) en het pure woonaspect, wat in se buiten het gebied van het zorgbeleid valt.

Tevens duikt de vraag op van het al dan niet gebruik van eigen bijdragen (remgelden) als bijkomende financieringsbron en middel om onnodige zorgconsumptie in te dijken, evenals de rol van particuliere aanvullende verzekeringen om persoonlijke keuzen en preferenties te bekostigen. Het principe dat men hier kan hanteren is dat vormen van zorg of hulp die niet aan de bovenstaande criteria voldoen beter betaald kunnen worden via privé-verzekeringen of eigen betalingen.

b. Zorg(inkoop)modellen en betaling van de zorgverstrekkers

Bij de bepaling van het model voor het Vlaamse zorgbeleid en de wijze waarop de middelen verdeeld en besteed worden, dient uitgegaan te worden van een aantal fundamentele beleidskeuzes. Zonder hier uitvoerig op te kunnen ingaan, onderschrijft de werkgroep het belang van integrale zorg en zorgintegratie als basis voor de ouderenzorg (zie ook de nota van de SAR WGG omtrent dit thema). Dit veronderstelt onder meer dat voldoende ruimte wordt geboden voor de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten met voldoende prikkels voor doeltreffendheid en doelmatigheid; dat wordt uitgegaan van de zelfredzaamheid en participatie van de zorgvragers en hen ook terdege inspraak wordt geboden in de organisatie van de zorg; dat de juiste zorg wordt geboden op de juiste plaats en door de juiste verstreker, waarbij preventie, proactieve zorg, acute zorg en langdurige verzorging op elkaar aansluiten en waarbij samenwerking tussen verschillende actoren wordt gestimuleerd. We verwijzen naar de volledige set van criteria in de inleiding.

Essentieel daarbij is dat het zorgaanbod door een duidelijk gedefinieerde groep, organisatie of instantie wordt aangestuurd, opgevolgd en vergoed. In vele gevallen wordt deze rol opgenomen door zorginkopers die met de zorgverstrekkers contracten afsluiten voor het bereiken van de meest aangewezen en kwalitatieve zorg aan een optimale prijs. Dergelijke strategische zorginkoop impliceert een proactieve eerder dan een passieve houding bij het (terug)betalen van zorg, waarbij de toewijzing van middelen expliciet aangestuurd wordt door informatie omtrent de zorgnoden van de bevolking en de geboden kwaliteit en efficiëntie van de vergoede zorg. Zorginkopers zijn meestal ziekenfondsen of zorgverzekeraars (bv. Nederland), decentrale zorgautoriteiten (bv. Zweden) of soms zelfs huisartsengroepen (Engeland).

Een cruciale vraag hierbij is of die zorginkoopfunctie door één centrale inkoper uitgevoerd moet worden ('single purchaser') dan wel door verschillende organen tegelijk ('multiple purchasers'), al dan niet in concurrentie met elkaar (zoals het Nederlandse systeem waar zorgverzekeraars met mekaar concurreren en elk apart zorg inkopen). Daar waar concurrentie een stimulus kan zijn voor zorginkopers om efficiënt en strategisch te handelen, kan één enkele zorginkoper als monopsonist een grotere marktmacht verwerven en als dusdanig een grotere invloed uitoefenen op de zorgmarkt.

Bij de keuze voor deze of gene optie moet goed voor ogen gehouden worden dat het in dit kader voornamelijk gaat om chronische en langdurige zorg. Uit onderzoek blijkt dat oudere en zorgbehoevende verzekerden minder dan anderen geneigd zijn financiële prikkels te volgen en over te stappen naar een andere verzekeraar: zij verkiezen in eerste instantie de band met hun zorgverlener(s). Tevens veronderstelt een doorgetrokken model van financieel geresponsabiliseerde (concurrerende) zorginkopers een voldoende groot zorgaanbod, waarbij selectief gecontracteerd kan worden met zorgverstrekkers die het meest voldoen aan de eisen van o.a. kosteneffectiviteit. Wetende dat voor ouderenzorg en vooral voor revalidatie het aanbod beperkt is in verhouding tot de stijgende zorgvraag, lijkt een dergelijk model in deze domeinen minder geschikt.

Hoewel dit op het eerste zicht eerder pleit voor een centraal inkoopmodel, lijken de ziekenfondsen in de context van een Vlaams zorgmodel toch de meest voor de hand liggende instellingen om mee de rol van zorginkoper te vervullen. In die zin kan misschien eerder gedacht worden in de richting van een meer gelaagd model van zorginkoop, waarbij

- de Vlaamse overheid de beleidsdoelstellingen formuleert, de budgettaire ruimte bepaalt en de grote lijnen uitzet waarbinnen zorginkoop zal plaatsvinden (macro-niveau)⁵, al dan niet middels een beheersovereenkomst.
- Vervolgens de overheid, de ziekenfondsen, zorgaanbieders en vertegenwoordigers van de zorgbehoevenden de contouren uittekenen voor de organisatie en vergoeding van zorg (nog steeds macro niveau), binnen een intern of extern verzelfstandigd agentschap (zie verder).
- Tenslotte, individuele ziekenfondsen op basis hiervan op mesoniveau zorg inkopen en mee coördineren voor hun leden (mesoniveau hier gedefinieerd zoals de SAR-WGG, met name regio's van +/- 150.000 inwoners), waarbij zij eventueel een gunstigere vergoeding kunnen voorzien voor verstrekkers die betere kwaliteit en efficiëntie leveren (zie hieronder). De rol van de ziekenfondsen situeert zich dan vooral in het bijstaan van de leden-patiënten en het verstrekken van informatie (microniveau), m.a.w. een rol van "broker". Hun onderlinge concurrentie en hun financiële verantwoordelijkheid speelt daarbij dan enkel in de marge.

⁵ Voor de definities van macro-, meso-, micro- en nanoniveau verwijzen we naar de nota van de SAR-WGG.

Ook in de eigenlijke vergoeding van de zorgverstrekkers dient geopteerd te worden voor meer geïntegreerde betalingsmechanismen die een nauwere samenwerking tussen verschillende zorgverleners mogelijk maken en optimale zorgcoördinatie en –continuïteit bevorderen. Daarbij lijkt een persoonsvolgende financiering meer aangewezen dan een instellingsfinanciering. Een persoonsgebonden budget waarbij rechtstreeks aan de patiënt/oudere een budget ter beschikking wordt gesteld (voucher systeem) lijkt in dit verband minder geschikt. De werkgroep denkt veeleer aan een budget in functie van de zorgbehoefte van de betrokkene (als een trekkingsrecht) dat kan worden aangewend voor de inkoop van de meest geschikte (combinatie van) zorg. De uitdaging zal erin bestaan “noden” operationeel te definiëren, bedragen per operationele nood te bepalen, en diegenen die over de besteding en de keuzes moeten waken aan te duiden.

Belangrijk zijn dus de bevoegdheid en manier van de indicatiestelling: vanaf wanneer wordt beslist dat een oudere zorg nodig heeft en welke intensiteit van zorg? Vanaf wanneer moet een case manager worden aangesteld die de patiënt begeleidt in de zorgkeuzes? Deze keuzes moeten onafhankelijk en uniform gebeuren of zeker onafhankelijk bekrachtigd worden door een team van zorgverleners die geen financiële baat hebben bij de indicatiestelling. Het lijkt ons wenselijk dat de overheid deze indicatiestellers erkent en controleert. In een toekomstig gewenst systeem waarbij elke patiënt een vaste huisarts zou hebben, zou deze laatste een centrale rol kunnen spelen in deze indicatiestelling.

Naast deze basisfinanciering kan tevens in een duidelijk afgelijnd (“gesloten”) extra budget voorzien worden om specifieke inspanningen voor kwaliteit te vergoeden (‘pay for quality/pay for performance’), waarvoor de verschillende (groepen van) zorgverstrekkers onderling kunnen concurreren. De basisbetaling volgt dus de persoon, terwijl de betaling voor kwaliteit op de instelling/groep van zorgverstrekkers gericht is, en waarbij coördinatie van de zorg als belangrijk kwaliteitscriterium moet gelden. Dit vereist uiteraard de uitwerking van een goede set kwaliteitsindicatoren. De uitstekende eerste versie in de ziekenhuissector stemt ons ter zake hoopvol. Ook in de woon-zorg centra is een vorm van rapportering ter zake al ingevoerd.

Uiteraard kunnen in ons huidig bestel perverse effecten optreden bv. door kosten te vermijden via het laten switchen van zorgbehoevenden tussen hospitalisatie (federaal) en andere zorgvormen (Vlaams). Hieraan kan verholpen worden door enerzijds een gezamenlijk (federaal en gemeenschappen) zorg-informatiesysteem dat de patiënt volgt, en anderzijds via de dubbele rol van de ziekenfondsen: als zorginkoper/“broker” op het Vlaamse niveau en als mede-uitvoerders van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering (verder niet het onderwerp van deze tekst).

In de revalidatie kunnen dezelfde principes als hierboven uiteengezet, gehanteerd worden. Wel dient opgemerkt dat in de revalidatie de zorg in vele gevallen “eindig” is: wanneer een revalidatie succesvol is moet er ook een *inverse* indicatiestelling bestaan die aangeeft dat de revalidatie afgerond is. In het geval van revalidatie is het probleem van indicatiestelling daarom mogelijks nog groter dan bij ouderenzorg.

II. Gezinsbijslagen

Via de uitbetaling van het kindergeld wordt vooralsnog een deel van de financiële last van het opvoeden van kinderen gespreid over de ganse bevolking en wordt welvaartsverlies omwille van het hebben van kinderen zo veel als mogelijk vermeden. De draagkracht van gezinnen is echter niet gelijk. Voor gezinnen met een laag inkomen is de kost van kinderen proportioneel zwaarder om te dragen. Omdat kinderen niet zelf kunnen kiezen in welk gezin ze worden geboren, is het rechtvaardig om meer te investeren in die gezinnen die het moeilijker hebben om de kinderkosten te dragen. Een ideaal kinderbijslagstelsel bevat daarom een goede balans tussen horizontale (= een basisvergoeding verbonden aan elk kind) en verticale solidariteit (een hogere vergoeding verbonden aan kinderen van gezinnen met een laag inkomen en/of hogere noden). Een universeel kinderbijslagstelsel is gebaseerd op de idee van horizontale solidariteit, terwijl een selectief systeem de verticale solidariteit omvat. In de meeste Europese landen is er een mengvorm van beide.

Een hervorming van het Vlaamse kinderbijslagstelsel zal dan ook gepaard moeten gaan met het vinden van een goede balans tussen universaliteit en selectiviteit in functie van de vooropgestelde doelstellingen: wat vinden we als samenleving het meest prioritair, compenseren van kosten van kinderen of armoedebestrijding?

a. Financiering

We verwijzen naar de algemene opmerkingen i.v.m. financiering en vooral de opvatting dat de over te dragen middelen in het domein WVG blijvend ingezet worden voor de zorg en het welzijn van ouderen, zieken, gezinnen en kinderen in Vlaanderen.

De werkgroep wijst er wel op dat naast de middelen voor de gezinsbijslagen (geboorte- en adoptiepremies inclusief) ook de middelen voor het FCUD (Fonds voor Collectieve Uitrustingen en Diensten) worden overgedragen. Deze worden nu vooral ingezet voor het organiseren en subsidiëren van occasionele en flexibele kinderopvang en buitenschoolse opvang. Gezien de grote noden op dat gebied lijkt het logisch dat deze middelen hiervoor blijvend worden ingezet, deel uitmaken van het grotere gezinsbeleid en bijgevolg opgaan in de structuren die hiervoor in Vlaanderen al aanwezig zijn.

b. uitbetaling

De bedragen van de kinderbijslagen zijn in de voorbije dertig jaar wel geïndexeerd maar niet aangepast aan de stijgende welvaart. Mochten de bedragen in het verleden de stijging van de welvaart hebben gevolgd dan zouden ze tussen de 14 en 31 procent hoger liggen dan het niveau waarop ze zich vandaag bevinden. Omdat deze erosie niet (voldoende) gecompenseerd werd door selectieve verhogingen voor lage inkomensgezinnen heeft dit de capaciteit van de kinderbijslagen om de armoede te reduceren aangetast.

Gezien de stijgende kinderarmoede en het maatschappelijk en politiek belang van (kinder)armoedebestrijding, is het aangewezen om binnen het beschikbare budget in te zetten op

een versterking en uitbreiding van de selectiviteit van het systeem. De selectiviteit is nu immers zeer beperkt, zowel qua volume van de uitgaven ten opzichte van de totale uitgaven als qua uitkeringsniveau van de sociale toeslagen. Daardoor heeft de selectieve component in zijn huidige vorm slechts een verwaarloosbare impact op het armoederisico van kwetsbare gezinnen.

Deze selectiviteit moet versterkt worden *binnen* een universeel kader: op die manier behoudt men beter de legitimiteit van het systeem en vermijdt men bovendien het risico van een armoedeval, waarbij gezinnen de kinderbijslag verliezen wanneer ze niet langer voldoen aan de selectieve voorwaarden.

De universele component van de toekomstige Vlaamse kinderbijslag zou wel verder vereenvoudigd kunnen worden. Daarbij kan worden gedacht aan het afschaffen van de rang- en leeftijdstoelagen en de overschakeling naar een forfaitair bedrag per kind. Hierbij moet worden opgelet voor (on)voorziene negatieve effecten op de welvaartspositie van Vlaamse gezinnen. Net omwille van de erosie van de basisbedragen zijn de rangtoelagen (waarbij het tweede kind meer krijgt dan het eerste, en het derde en volgende kinderen meer dan het tweede) eigenlijk een manier om de welvaart van grotere gezinnen alsnog op peil te houden. De omvorming naar een forfaitair bedrag per kind zal voor grote gezinnen onvermijdelijk leiden tot een groter armoederisico, tenzij er gecompenseerd wordt in de selectieve component van het systeem. Een vereenvoudiging van de universele component van de kinderbijslagen zal dus altijd moeten samengaan met een hervorming (i.c. versterking) van de selectieve component.

De selectieve component van de toekomstige Vlaamse kinderbijslag kan de vorm van inkomensselectiviteit of categoriale selectiviteit aannemen, of een combinatie van beide. Inkomensselectiviteit betekent dat gezinnen wier gezinsinkomen een bepaalde drempel niet overschrijdt, bijkomende kinderbijslag krijgen. Categoriale selectiviteit betekent dat bepaalde gezinstypes of mensen met een bepaald statuut recht hebben op een hogere kinderbijslag. Eigenlijk zijn beide variaties op hetzelfde thema (hulp overeenkomstig draagkracht), en in het huidige Belgische kinderbijslagstelsel zijn de sociale toeslagen geënt op een mix van beide systemen: gezinnen hebben recht op een sociale toeslag op basis van hun werksituatie (vb. vanaf 7^e maand werkloosheid) of gezinssituatie (vb. eenoudergezin) als het gezinsinkomen een bepaalde grens niet overschrijdt. Welke keuze men ook maakt, zowel categoriale als inkomensselectiviteit vereisen nauwe samenwerking met het federale niveau (i.e. interactie-effecten met federale uitkeringen en met de fiscaliteit, gegevensstromen van de kruispuntbank en het rijksregister) en vereisen de nodige technische en administratieve capaciteit om fouten in de uitbetaling te vermijden. Indien er geen bijkomende middelen worden gevonden, moet er ook worden bepaald hoeveel middelen overgeheveld moeten worden van de universele naar de selectieve component. In een overgangsfase lijkt het aangewezen om, mits een forse verhoging van de bedragen in de selectieve component, de bestaande mix van categoriale en inkomensselectiviteit te behouden. De huidige sociale toeslagen komen immers duidelijk terecht bij de laagste inkomensgroepen en worden dus doeltreffend ingezet. Gegeven de noodzaak om de verworven middelen doelmatig in te zetten, en het bestaan van een aantal beleidsinstrumenten die een finaliteit hebben gelijkaardig aan de kinderbijslagen op het Vlaamse niveau, lijkt het aangewezen om op termijn te streven naar een geïntegreerd gezins- en inkomensbeleid waarin de schooltoelagen, de (nog niet uitgevoerde plannen voor een) kindpremie en de gezinsbijslagen een plaats kunnen hebben. De leeftijdstoelagen, die gekoppeld zijn aan de schoolloopbaan van het kind, kunnen dan bijvoorbeeld worden afgeschaft als tegelijkertijd de

schooltoelages versterkt kunnen worden. Een verdere integratie zou ook kunnen betekenen dat bijvoorbeeld de inkomensgrenzen van de schooltoelages (die dan verruimd en/of verhoogd kunnen worden) in de toekomst gebruikt kunnen worden als criterium voor het recht op verhoogde bijlagen. Een andere optie is het federale OMNIO-statuut. Welke keuze men ook maakt, men moet er als overheid prioritair voor zorgen dat de technische en administratieve mogelijkheden het perfect toelaten om alle rechthebbenden op sociale toeslagen te kunnen identificeren en bedienen. Het is daarbij aangewezen om ex ante de impact van mogelijke hervormingen in de architectuur van de kinderbijslagen op het armoederisico van gezinnen te simuleren om een maximale doelmatigheid te kunnen bewerkstelligen. Hierbij kunnen dan ook de verschillende mogelijke evenwichten tussen universaliteit en selectiviteit worden getoetst. Gegeven de aard van de dotatie is het goed mogelijk dat op lange termijn bijkomende middelen gevonden moeten worden om deze maximale doelmatigheid in stand te houden. Het is dan ook aangewezen om blijvend te investeren in het stelsel van de gezinsbijslagen.

Het opleggen van bijkomende voorwaarden voor het ontvangen van kinderbijslagen is niet wenselijk. Zo mag kinderbijslag zeker niet worden gekoppeld aan de kleuterschool of kinderopvang, aangezien hier een probleem rijst van aanbodtekort (en quid schoolplicht?). Het gaat hier om de meest kwetsbare en moeilijk te bereiken groepen die niet gevat worden door een uitgebreid maar complex systeem van sociale bescherming en dienstverlening. Het gebruiken van kinderbijslag als financiële bestraffing dreigt hen nog verder te marginaliseren (terwijl er weinig "evidence" is dat het iets oplost).

III. Beheersmodellen

In de instellingen van sociale zekerheid op federaal niveau bestaat een traditie van medebeheer. Elk van de instellingen heeft een Raad van Bestuur waarin de sociale partners (werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties) en eventueel nog andere maatschappelijke actoren vertegenwoordigd zijn. Zo zitten in het Beheerscomité van de RKW (rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers) naast de sociale partners, ook actoren zoals de gezinsbond en de vrouwenbeweging. In het beheerscomité van het RIZIV (rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) zitten naast de sociale partners ook de ziekenfondsen. Deze traditie van medebeheer gaat terug op de oorsprong van de sociale zekerheid die gefinancierd werd met werkgevers- en werknemersbijdragen. Het idee was dat de 'financiers' ook mee betrokken moesten worden in het beheer van de instellingen. Ondertussen is het natuurlijk zo dat de sociale zekerheid al lang niet alleen meer betaald wordt vanuit sociale bijdragen (in 2012 nog zo'n 60%; voor RIZIV-middelen is dit zelfs minder dan 50%); de rest wordt betaald met algemene overheidsmiddelen en alternatieve financiering.

Voor sommige actoren zal de initiële oorsprong van de sociale zekerheidsmiddelen allicht een belangrijk argument blijven om te pleiten voor medebeheer, ook na de overheveling van bevoegdheden naar de deelstaten. Maar naast het bovenstaande tegenargument dat sociale uitgaven ook in belangrijke mate betaald worden vanuit algemene middelen, is er ook nog het tegenargument dat de middelen die overgaan naar de deelstaten niet geoormerkt zijn. Het gaat om dotaties waarover de deelstaten vrij kunnen beschikken. Medebeheer vanuit

financieringsoverwegingen is dus geen geldig argument meer. Eventueel kan om redenen van draagvlak wel nog voor betrokkenheid van die actoren gekozen worden (zie verder).

Naast het aspect van financiering is een andere belangrijk kader voor het maken van keuzes op het vlak van beheer, het **principe van deugdelijk bestuur** ("good governance"). Dit houdt in dat de structuren en processen van beslissing en verantwoordelijkheid, van controle en toezicht, van gedrag en leiderschap zijn gebaseerd op openheid, integriteit en verantwoording. Daartoe moeten er duidelijke sturings- en verantwoordingsrelaties bestaan. Ook moeten een aantal rollen of functies duidelijk gescheiden worden:

- de rol van controleur en gecontroleerde,
- de rol van subsidieverdeler en begunstigde van subsidies (zie hierboven het onderscheid inkoper- verstrekker).

Een vertegenwoordiging van bepaalde actoren in een Raad van Bestuur is dan ook geen gezonde situatie als deze actoren ook voordelen (bv. erkenning, subsidies) hebben bij de beslissingen van die Raad van Bestuur. In het domein van volksgezondheid is dit de bestaande situatie op federaal vlak: de ziekenfondsen zitten bijvoorbeeld mee in het Beheerscomité van het RIZIV en bepalen daardoor mee het beleid waarvan ze zelf deels de begunstigten zijn. Dit is ook het geval voor andere actoren (bv. artsensyndicaten) die ook in bepaalde bestuursorganen zitten.

In de context van de Vlaamse overheid moet men bij de keuze voor een beheersvorm rekening houden met het kader dat is uitgetekend in het **decreet Bestuurlijk Beleid**. Hierin wordt een onderscheid gemaakt tussen departementen, die een beleidsondersteunende taak hebben, en agentschappen, die een beleidsuitvoerende taak hebben. Taken die overgeheveld worden en die te maken hebben met beleid (bv. regelgeving) moeten dan ook in het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin geïntegreerd worden. Beleidsuitvoerende taken met een voldoende kritische massa en een nood aan beheersautonomie – zoals zorginkoop – kunnen ondergebracht worden in verzelfstandigde agentschappen, die aangestuurd worden via een beheersovereenkomst.

Binnen de verzelfstandigde agentschappen bestaan 2 grote categorieën: Intern verzelfstandigde agentschappen (IVA's) en extern verzelfstandigde agentschappen (EVA's). Ook hier moet een afweging gebeuren. Bij IVA's blijft de minister ten volle bevoegd en verantwoordelijk voor de taakbeartiging en blijven de hiërarchische relaties tussen minister en organisatie bestaan. Bij EVA's wordt de hiërarchische relatie tussen minister en organisatie vervangen door een wettelijk omschreven relatie, waarbij de regelgeving omschrijft hoe de minister toezicht kan uitoefenen en kan tussenkomen in de besluitvorming van de organisatie. EVA's worden immers geleid door een eigen Raad van Bestuur. IVA's hebben geen Raad van Bestuur, maar kunnen wel een *raadgevend comité* oprichten, waarin stakeholders in het kader van overleg en advies betrokken worden.

Specifiek voor de Vlaamse overheid heeft men binnen de categorie IVA's twee soorten: IVA zonder en met rechtspersoonlijkheid. Volgens het kaderdecreet is een IVA zonder rechtspersoonlijkheid de regel, maar indien rechtspersoonlijkheid bepaalde voordelen oplevert (bv. op fiscaal of budgettair vlak) kan hiervoor gekozen worden. IVA's zonder rechtspersoonlijkheid behoren tot het 'ministerie'; IVA's met rechtspersoonlijkheid niet. Op dit moment hebben binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin drie agentschappen het statuut van IVA zonder rechtspersoonlijkheid (Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid, Jongerenwelzijn, Inspectie WVG) en twee het statuut van

IVA met rechtspersoonlijkheid (Kind en Gezin, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap). Deze laatste instellingen bestonden reeds voor de hervorming Beter Bestuurlijk Beleid en hadden voordien een Raad van Bestuur (nu dus niet meer); zij hebben wel een raadgevend comité.

Indien men kiest voor een EVA moeten volgens het kaderdecreet minimaal twee voordelen gelden: 1. De nood aan een verregaande autonomie en onafhankelijkheid in de uitvoering, 2. De nood aan een structurele medezeggenschap of een financiële participatie van een andere overheid of andere personen. Hierbij kan dan nog de keuze gemaakt worden tussen een publiekrechtelijke en een privaatrechtelijke variant. De voorkeur gaat uit naar de publiekrechtelijke variant, maar bij marktgerichte activiteiten kan een privaatrechtelijke variant voordelen opleveren. Dit lijkt hier minder van toepassing.

De beslissing over de gewenste beheersvorm gebeurt daarom best in een aantal fasen:

- a) eerst moet duidelijkheid bestaan over het soort taken dat overgeheveld wordt: indien het gaat om beleidsondersteunende taken, kunnen die best in het departement geïntegreerd worden; indien het gaat om beleidsuitvoerende taken met een voldoende kritische massa en nood aan beheersautonomie, kunnen die opgenomen worden in een verzelfstandigd agentschap.
- b) daarna moet bekeken worden hoe de over te hevelen taken zich verhouden tot de bestaande taken op Vlaams niveau; kunnen die aansluiten bij een bestaande organisatie of niet? is het wenselijk om het bestuurlijk landschap te hervormen met het oog op een betere dienstverlening en een efficiëntere organisatie?
- c) indien men kiest voor een nieuwe organisatie is de vraag of dit best een IVA of EVA is. Dit hangt af van de mate en wenselijkheid van politieke sturing. Algemeen gesproken lijkt een IVA volgens de werkgroep het meest aangewezen, in functie van een betere responsabilisering van de politiek en omdat er niet noodzakelijk nood is aan verregaande autonomie en structurele beslissingsmacht van de "actoren".
- d) Indien men kiest voor een IVA moet de afweging gemaakt worden met of zonder rechtspersoonlijkheid; ook de afweging met of zonder raadgevend comité is nodig. Wat dat laatste betreft adviseren we positief met het oog op een hogere betrokkenheid van de verschillende stakeholders.
- e) Indien men toch kiest voor een EVA is een belangrijke beslissing hoe de Raad van Bestuur wordt samengesteld. Hierbij moeten zeker de principes van good governance gerespecteerd worden zodat er geen belangenvermenging optreedt (zie hierboven). Het is aan te bevelen om dan ook met onafhankelijke bestuurders te werken die vanuit hun achtergrond een positieve input kunnen hebben op de besluitvorming.
- f) Zowel bij de keuze van een IVA als een EVA moet men zorgen voor kwaliteitsvolle sturingsinstrumenten (bv. beheersovereenkomsten, audits, ...) zodat er duidelijke afspraken gemaakt worden over doelstellingen en middelen en zodat er transparantie bestaat over de aanwending van de middelen. Het is ook aangewezen om incentives in te bouwen met het oog op responsabilisering.
- g) Zowel bij de keuze van leden voor raadgevend comité als eventuele leden van een Raad van Bestuur is het belangrijk om stakeholders in de brede zin te beschouwen. Niet alleen sociale partners of zorgverstrekkers of verzekeringsinstellingen zijn stakeholders, ook

patiënten/cliënten moeten hun plaats krijgen in het overleg/besluitvorming. Al te gemakkelijk gaat men ervan uit dat zij vertegenwoordigd worden door andere stakeholders.

IV. Finale reflecties

Deze reflectiegroep kreeg de opdracht om na te denken omtrent mogelijke pistes die het Vlaamse beleid inzake welzijn, volksgezondheid en gezin kan volgen naar aanleiding van de 6de staats hervorming. Concrete domeinen van toepassing waren – op vraag van de minister – ouderenzorg, revalidatie en gezinsbeleid. De werkgroep concentreerde zich op de financiële en organisatorische aspecten en ging uit van de algemene doelstellingen kwaliteit, rechtvaardigheid en duurzaamheid. Hoewel op vele vlakken verschillende opties werden overwogen kwamen toch enkele belangrijke stellingen naar voor.

1. Het is essentieel dat de prioritaire noden van de Vlaamse zorgbehoevenden door de gemeenschap gelenigd en dus solidair gefinancierd worden, waarbij de sterkste schouders de grootste lasten dragen.
2. Het is daarbij van belang duidelijk af te lijnen wat men met de gemeenschappelijke middelen wil financieren en wat niet. Als algemeen uitgangspunt kan daarbij gelden dat alle zorg of alle inspanningen die vanuit maatschappelijk perspectief doeltreffend, kosteneffectief, billijk en relevant zijn in aanmerking moeten komen voor gemeenschappelijke solidaire financiering.
3. Een integratie met en uitbreiding van de Vlaamse zorgverzekering kan hierbij worden overwogen om de budgettaire tekorten die zich steeds scherper zullen stellen, in de toekomst op te vangen. In deze Vlaamse volksverzekering zal dan meer progressiviteit moeten worden ingebouwd om de sterkste schouders meer te laten bijdragen.
4. In de (ouderen)zorg kan de invoering van een gelaagd model van actieve zorginkoop overwogen worden. Een verzelfstandigd agentschap tekent de contouren uit voor de organisatie en vergoeding van zorg, terwijl de individuele ziekenfondsen op basis hiervan op mesoniveau een rol van "broker" spelen en mee de zorg coördineren en kwaliteit nastreven voor hun leden.
5. In de gezinsbijslag is het aangewezen om binnen het beschikbare budget in te zetten op een versterking en uitbreiding van de selectiviteit van het systeem, m.a.w. de middelen meer in te zetten voor gezinnen met een laag inkomen en/of grotere noden.
6. Het beheer van het systeem wordt in het algemeen best opgenomen door een IVA, waarin een raadgevend comité zetelt. Deze bestuursvorm geeft volgens de werkgroep een grotere garantie op het nastreven van de principes van deugdelijk bestuur, met o.a. een betere scheiding van de rol van controleur en gecontroleerde, en van de rol van subsidieverdelers en begunstigde van subsidies.

Samenstelling van de werkgroep

Bert Aertgeerts, KU Leuven

Lieven Annemans, Ugent & VUB (voorzitter)

Irina Cleemput, UHASSELT

Veerle Foulon, KU Leuven

Annie Hondeghem, KU Leuven

Koenraad Lenaerts, KU Leuven

Willy Palm European Observatory on Health Systems and Policies

Erik Schokkaert, KU Leuven

Guido Van Hal, UA

Wim Van Lancker, UA

Paul Van Orshoven, KU Leuven

BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 7. – AFDELING 1. LONG TERM CARE REVALIDATIE

Bijkomende informatie bij de beschrijving van de tweede optie

Doelgroepen Centra voor Ambulante Revalidatie

- Groep 1 – hersenletsel
- Groep 1bis – NAH
- Groep 2 – verstandelijke handicap
- Groep 3 – autisme
- Groep 4 – COS
- Groep 5 – hyperkinetische stoornissen
- Groep 6 – stotteren
- Groep 7 – stemstoornissen
- Groep 8 – gehoorstoornissen
- Groep 9 – kinderen verworven gehoorstoornissen
- Groep 10 – kinderen en volwassenen met verworven gehoorstoornissen
- Groep 11 – cochleair implantaat
- Groep 12 – gedragsstoornissen
- Groep 13 – stemmingsstoornissen
- Groep 14 – hersenverlamming
- Groep 15 – acouphènes chronique et associés à des répercussions significatives sur le plan psycho-socio-professionel
- Groep 16 – vertiges chronique et troubles de l'équilibre persistant...
- Groep 17 – bénéficiaires des troubles mixtes, somatiques et psychiques...
- Groep 18 – bénéficiaires avec des pathologies chroniques...
- Groep 19 – enfants bien entendants vivant dans un composé uniquement de personnes atteintes de déficience auditive sévère...