

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1998-1999

23 november 1998

VOORSTEL VAN DECREET

– van de heer Guy Swennen en mevrouw Sonja Becq c.s. –

houdende de organisatie van de zorgverzekering

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Algemene doelstellingen

Dit voorstel heeft twee belangrijke doelstellingen :

- 1° personen die langdurig en ernstig belemmerd worden in hun vermogen tot zelfzorg, geheel of gedeeltelijk ontlasten van de meerkost van de niet-medische hulp- en dienstverlening ;
- 2° voorkomen dat personen onvoldoende noodzakelijke hulp krijgen door de onbetaalbaarheid van langdurige en intensieve zorg thuis of in een instelling.

2. Situering

Bij het uittekenen van een toekomstgericht welzijnsbeleid zijn de maatschappelijke gevolgen van de toenemende vergrijzing van de samenleving een belangrijk aandachtspunt. De veroudering van de bevolking en de daarmee gepaard gaande stijging van de behoefte aan hulp bij de activiteiten van het dagelijkse leven en van het huishouden vormt ook de aanleiding voor het debat rond de invoering van een zorgverzekering. Centraal daarbij staat de betaalbaarheid van de zorg voor individuen door een betere dekking van de overblijvende persoonlijke kosten van personen met een ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

De behoefte aan hulp en bijstand is echter niet leeftijdsgebonden, hoewel zij in feite het meest voorkomt bij de groep hoogbejaarden. Een chronische of permanente ziekte-toestand of algemene hulpbehoefte maken langdurige hulp en bijstand even noodzakelijk. Een systeem van zorgverzekering moet met deze vaststelling rekening houden en mag zich principieel niet beperken tot de leeftijdsgroep van de vijfenzestigplussers.

Het risico dat een langere periode in het leven gekenmerkt wordt door een ernstig verminderd zelfzorgvermogen is gedurende de laatste vijftig jaar aanzienlijk toegenomen en deze trend zal zich ook in de toekomst voortzetten. De hogere levensverwachting en het terugdringen van acute aandoeningen zijn hiervan de voornaamste oorzaken.

Door de succesvolle bestrijding van de acute (infectie)ziekten treden vervangende en tweede ziekten vaker op. Vervangende ziekten zijn typi-

sche chronische ziekten zoals dementie, reuma, gewrichtsslijtage, suikerziekte en depressie, die de functionele autonomie ernstig kunnen aantasten. De bestrijding van de symptomen van de chronische ziekten veroorzaakt, onder meer door het veelvuldig medicijngebruik, "tweede ziekten" zoals lever- en nieraandoeningen. Uit onderzoek van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie¹ kunnen we besluiten dat in Vlaanderen iets meer dan 5% (65.000 personen) van de zestigplussers zwaar zorgbehoevend is. Voor de personen ouder dan 80 jaar loopt dit op tot 17% (bijna 44.000 personen).

Mensen hebben de kans om langer en gezonder te leven dan vroeger, maar dit gaat gepaard met een meer dan proportionele verlenging van de periode(s) van ernstig verminderd zelfzorgvermogen en met de zware financiële lasten die hiermee verbonden zijn. Voor de medische en voor een aantal niet-medische kosten kunnen personen met een ernstig verminderd zelfzorgvermogen een beroep doen op de verzekering voor geneeskundige verzorging. Door de prestaties voor de verstrekkingen voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rusthuizen en RVT en de toiletten in de thuisverpleging wordt binnen de sociale zekerheid een deel van de niet-medische kosten van zorgbehoevendheid ondervangen. De Vlaamse overheid subsidieert thuiszorgdiensten zoals gezins- en bejaardenhulp, dagverzorgingscentra en kortverblijf. Ondanks niet geringe verhogingen van de budgetten voor zowel thuisverpleegkunde, gezins- en bejaardenhulp, rusthuizen als RVT gedurende de voorbije jaren, zijn veel personen met een ernstig verminderd zelfzorgvermogen niet in staat de extra-kosten voor persoonlijke en materiële hulp te dragen zonder onaanvaardbare inspanningen. Degenen die over spaargeld beschikken worden financieel "uitgekleed". Wat ze gespaard hebben voor zichzelf, kinderen of kleinkinderen wordt opgebruikt om een of meerdere periodes van zorgbehoevendheid te bekostigen en daarna dreigt een toestand van bestaanonzekerheid.

Deze problematiek doet zich zowel in de thuissituatie als bij verblijf in een residentiële instelling voor.

¹ Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, 1997.

Thuiszorg

Thuiszorg kan vooral onbetaalbaar worden door de opeenstapeling van allerlei kosten. Personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen die thuis verblijven doen een beroep op gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, een dagverzorgingscentrum, warmemaaltijdverstrekking, mindermobielenvervoer, kortopvang, enzovoort. Het uitgavenprofiel voor professionele verzorging ziet er voor de persoon met een ernstig verminderd zelfzorgvermogen met een gemiddeld inkomen als volgt uit : meer dan 15% van het inkomen gaat naar gezins- en bejaardenhulp (bij intensieve hulp van meer dan 50 uren per maand), ± 180 frank is te betalen per aan huis bedeelde maaltijd, 350 tot 900 frank per dag in het dagverzorgingscentrum, 1.000 frank per etmaal kortverblijf, 8 à 10 frank per km voor de verplaatsing met de vervoersdienst voor minder-mobielen.

Zowel voor het mindermobielenvervoer als voor de maaltijdbedeling worden inkomensgrenzen gehanteerd, zodat het risico bestaat dat het gezin met een gemiddeld inkomen geen toegang tot deze diensten heeft. De cliëntbijdragen in de gezins- en bejaardenhulp zijn wettelijk afgestemd op het gezinsinkomen.

Omdat dikwijls langdurige en intensieve hulp en bijstand vereist zijn, waarbij meerdere ambulante en semi-residentiële voorzieningen betrokken zijn, komt het tot een opeenstapeling van persoonlijke bijdragen. Nochtans is de professionele zorgverstrekking nodig om de thuissituatie leefbaar te houden. Uit onderzoek bij oudere gebruikers van thuiszorg leren we dat de hoge uitgaven die zo ontstaan, voor deze groep in schril contrast staan tot hun gezinsinkomens : 80% van de bejaarde cliënten van de diensten gezins- en bejaardenhulp ontvangt een inkomen van minder dan 40.000 frank per maand, voor bijna 40% is dit minder dan 30.000 frank.

De globale kost van de thuiszorg (m.i.v. medische kosten) ten laste van zorgbehoevende ouderen werd in 1994 geraamd op 8.000 tot 15.000 frank per maand².

² Pacolet, J., e.a., De financiering van de bejaardenzorg : nood aan een afhankelijkheidsverzekering ?, HIVA, 1994.

Het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie³ berekende op basis van een studie van de Christelijke Mutualiteiten de gemiddelde afhankelijkheidskosten van chronisch zieke zestigplussers thuis op 4.000 tot 6.000 frank per maand. Het onderzoek wijst grote individuele verschillen uit. Samen met de (medische) remgelden komt het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie op een meerkost van 7.000 tot 11.000 frank per maand.

Voor een deel dragen ook de familieleden hiervan de materiële en immateriële gevolgen, omdat ze, uit eigen beweging maar dikwijls tegelijk in meer of mindere mate onder emotionele en sociale druk van de omgeving inspringen daar waar professionele hulp onbetaalbaar wordt. Twee op drie mantelzorgers zijn vrouwen en bijna de helft is tussen 45 en 64 jaar oud. Zonder professionele ondersteuning moeten zij quasi permanent ter beschikking staan van de zorgbehoevende. Zij lopen dan het risico geïsoleerd te geraken van hun sociale omgeving en komen niet zelden op hun beurt in een crisissituatie en in een toestand van zorgbehoevendheid terecht.

Rusthuis en RVT

Ongeveer de helft van de bewoners van rusthuizen heeft een ernstig verminderd zelfzorgvermogen. De gemiddelde dagprijs die de bewoners van rusthuizen betalen bedroeg in 1993 38.000 frank per maand⁴.

Bij 4 van de 5 rusthuizen worden supplementen aangerekend bovenop de dagprijs⁵. Dit betekent dat alle kosten (verblijfkosten en verzorgingskosten) inbegrepen het rusthuis al vlug meer kost dan 40.000 frank per maand. Uit recent onderzoek bij vijfenzeventigplussers in Antwerpen⁶ blijkt dat 31% van de rusthuisbewoners het moet stellen met een inkomen beneden 25.000 frank per maand en nog eens 31% met 25.000 tot 35.000 frank.

³ Dooghe, G ; Vandenbroele, H., Proeve van een afhankelijkheidsverzekering in België, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, document 1997/4.

⁴ Bogaert, G., De Prins, P., Dagprijsverschillen in de rustoordsector, HIVA, 1996.

⁵ Ibidem.

⁶ Breda, J., e.a., Optimalisering van de zorgcircuits van hulpbehoevende hoogbejaarden, UFSIA, 1995.

Zelfs voor ouderen met een redelijk pensioen is het rusthuis niet betaalbaar zonder te ontsparen. Het verblijf in het rusthuis betekent in heel wat gevallen dat de eigen woning van de hand gedaan moet worden. Het probleem is bijzonder groot wanneer de woning verkocht moet worden, terwijl één partner nog thuis is. Eén op drie rusthuisbewoners doet een beroep op het OCMW om de verblijfs- en verzorgingskosten te kunnen betalen. Het OCMW zal de spaargelden van de bewoner aanspreken en een hypothecaire inschrijving nemen op de onroerende goederen of de woning verhuuren. Via de onderhoudsplicht recupereert het OCMW een deel van de uitgaven bij de familieleden. Uit het onderzoek in Antwerpen⁷ valt op te maken dat de kinderen financieel bijspringen voor de helft van de rusthuisbewoners.

Natuurlijk moeten een aantal kosten zoals voedingsproducten en huishoudproducten, verwarming, enzovoort ook in de thuissituatie betaald worden. Op basis van een studie⁸ van 1995 aangaande de rusthuizen aangesloten bij het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) kunnen we de meerkost omwille van de zorgbehoefte berekenen die in aanmerking komt voor terugbetaling door de zorgverzekering. We komen tot een persoonlijk aandeel in de personele verzorgingskosten (loonkost van verpleegkundig en verzorgend personeel) in het rusthuis of RVT van gemiddeld 6.000 frank per maand. Dit is echter niet de werkelijke meerkost die het gevolg is van het zelfredzaamheidsverlies. Daarvoor dienen een aantal huishoudelijke taken mee verrekend te worden die de persoon niet meer zelf kan uitvoeren omwille van de zorgbehoefte, zoals het onderhoud van de woning en het bereiden van maaltijden. Ook voor deze taken worden kosten aangerekend aan de bewoner, als onderdeel van de zogenaamde "hotelkosten". Indien deze kosten volledig als meerkost omwille van de zorgbehoefte worden beschouwd, kan het persoonlijk aandeel in de professionele verzorging geraamd worden op gemiddeld 11.500 frank per maand.

Samengevat : een ernstig verminderd zelfzorgvermogen zorgt naast sociaal-emotionele moeilijkheden voor belangrijke financiële problemen, ook voor mensen met een redelijk inkomen.

3. Motivering

Solidariteit

Iedereen loopt het risico om zorgbehoefte te worden en aangewezen te zijn op hulp van anderen. Zware zorgbehoefte is een algemeen levensrisico dat bijzonder ernstig is. Vaak is er nood aan intensieve en langdurige hulp. Het zal erop aankomen te voorkomen dat een kloof ontstaat tussen zij die zich kunnen en willen verzekeren en een deel van hun kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening recupereren en de anderen die niet verzekerd zijn. Gezien de nieuwe demografische uitdagingen van de toename van het aandeel van de ouderen in de bevolking en de veroudering binnen de veroudering dringt een globale oplossing zich meer dan ooit op.

Het zou onaanvaardbaar zijn dat de overheid de dekking van het risico van een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen zou overlaten aan de individuele draagkracht van de mensen door hen naar privé-zorgverzekeringen te verwijzen. De hoge premies die de privé-verzekeraars vragen, zijn voor een belangrijk deel van de bevolking niet betaalbaar. Door de werkzaamheden van het "adverse selection"-principe zullen uitgerekend die personen niet verzekerd geraken die het grootste risico lopen ooit afhankelijk te worden, aangezien ze door de privé-verzekeringsmaatschappijen via medische selectie en hoge premies geweerd worden. Met een privé-verzekeringssysteem zullen de huidige generaties ouderen onvoldoende beschermd zijn. Tenslotte is de wenselijke samenhang tussen uitbouw en sturing van het zorgaanbod en overheidstussenschotten in de zorgkosten onbestaan- de in een systeem gebaseerd op privé-verzekeringen.

De meeruitgaven voor het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen zullen zoveel mogelijk in veralgemeende solidariteit moeten gedragen worden. Het afwentelen van de maatschappelijke verantwoordelijkheid op de familieleden en het OCMW wierp zich ook in het verleden reeds op als politiek problematisch.

Dit risico moet daarom gedekt worden door een publieke zorgverzekering waarbij de hele bevolking solidair betrokken wordt. De economische draagkracht van elk gezin speelt hierbij een zeer belangrijke rol. Door iedereen volgens een progressief systeem van fiscale of andere aard naar eigen draagkracht te laten bijdragen aan de zorgverzekering kan een recht worden geopend op een zo volledig mogelijke dekking van het risico, onge-

⁷ Ibidem.

⁸ Studiedag KVG-VVI, 14.11.1995.

acht het inkomen. Aangezien inkomensselectiviteit aan de uitgavenzijde niet is voorzien in dit voorstel van decreet, is het stringent bewaken van de krachtige solidariteit aan de inkomstzijde een absolute prioriteit.

Betaalbaarheid en aanbod verzekeren

De centrale doelstelling van het beleid inzake welzijnszorg is het tot stand brengen van een betaalbare zorgverstrekking van hoge kwaliteit waarin het belang van de cliënt centraal staat. Het laatste decennium zijn grote beleidsinspanningen geleverd om het aanbod in de niet-medische hulp- en dienstverlening uit te breiden en te verbeteren, onder meer in de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en voor wat de rusthuizen en de serviceflats betreft. De toename van het welzijnsbudget tussen 1990 en 1995, quasi een verdubbeling van de middelen, werd bijna integraal besteed aan het uitbreiden van het aanbod en het verbeteren van de werkvoorwaarden in deze sector.

Uit een recente studie van de UFSIA⁹ bij de vijftienzeventigplussers blijkt dat tekorten in het aanbod reëel zijn, maar toch niet overschat mogen worden. In de eerste plaats moet er een betere toewijzing (allocatie) van de zorg gebeuren in de rusthuizen en voor de huishoudelijke hulp thuis. Aanbod uitbouwen is dan vooral nog nodig om :

- 1° algemene en regionale zorgtekorten in te vullen zowel wat betreft thuis- als residentiële zorgvormen ;
- 2° de informele zorg in een aantal situaties meer te verlichten dan nu het geval is ;
- 3° recente en nieuwe zorgvormen kansen te geven : centra voor kortverblijf, centra voor dagverzorging, diensten voor oppashulp en regionale dienstencentra ;
- 4° klaar te staan voor de uitdaging van de veroudering.

In tegenstelling tot de successen in de uitbouw en kwalitatieve verbetering van het zorgaanbod is de betaalbaarheidsproblematiek de voorbije jaren in het beleid nooit echt aan bod gekomen. Er zijn diverse voorzieningen bijgekomen met een hoog persoonlijk aandeel voor de gebruiker (dagverzorgingscentra, kortverblijf, enzovoort). De rusthuizen zijn zelf een heel stuk duurder geworden. Tussen 1988 en 1993 stegen de dagprijzen in de rusthuizen met gemiddeld 25 à 30%¹⁰ ! De betaalbaarheid van de cliëntbijdragen in de gezins- en bejaardenhulp wordt al sinds 1994 bestudeerd. Pas in 1999 zullen we hiervan de eerste resultaten zien in de vorm van een aantal wijzigingen.

Met de toepassing van dit decreet zal de overheid in het welzijnsbeleid twee wegen tegelijk bewandelen : enerzijds het planmatig verder uitbouwen en verbeteren van een gevarieerd gesubsidieerd voorzieningenaanbod thuis en residentieel, waar nog problemen zijn of zich in de toekomst dreigen voor te doen ; anderzijds het realiseren van een zorgverzekering die de zorgafhankelijke persoon de waarborg geeft op betaalbaarheid van niet-medische zorg (vooral bij cumulatie van deze kosten).

Het centrale uitgangspunt bij de uitvoering van de zorgverzekering moet zijn dat het systeem in hoge mate flexibel is en op maat van de gebruiker. Een terugbetalingsstelsel is onwenselijk omdat de gebruiker dan zelf de betaling moet voorschieten. Daarom wordt geopteerd voor autonomiebevorderende en soepel inzetbare zorgcheques, die een prefinanciering inhouden.

4. Een Vlaamse zorgverzekering

De zorgverzekering zal de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening dekken. Niet-medische hulp- en dienstverlening aan zorgbehoevende personen behoort tot het domein van de bijstand aan personen, die valt onder de persoonsgebonden aangelegenheden die de Grondwet in artikel 128 aan de Gemeenschappen heeft toevertrouwd. In het raam van de gemeenschapsbevoegdheid kan de zorgverzekering geen inkomensverschaffende uitkering toekennen maar wel een kostencompenserende tenlasteneming uitvoeren. Omdat de zorgverzekering een gemeenschapsbevoegdheid is, valt Brussel mede onder het toepassingsgebied.

⁹ Breda, J., Van Pellicom, A., De externe kwaliteit van een zorgstelsel, UFSIA, 1997.

¹⁰ Bogaert, G., De Prins, P., op. cit.

De federale regeling betreffende de tegemoetkomingen voor gehandicapten is een zeer selectief recht dat zich richt tot de laagste inkomensgroepen. De toekenning van de zorgcheques staat volledig los van de tegemoetkomingen voor gehandicapten. Het betreft hier vooral de rechthebbende op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden of de integratietegemoetkoming. Deze personen zouden, mits de nodige afspraken met de federale overheid, eveneens moeten kunnen in aanmerking komen voor een tenlasteneming van zorgkosten in het kader van dit decreet.

5. Basisopties

De tenlasteneming van de kosten van langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen door het toekennen van zorgcheques berust op de volgende principes :

- 1° Hoofddoel is de financiële last van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen voor de gebruiker in aanzienlijke mate te verlichten, zodat de kwaliteit van het leven gegarandeerd blijft en de autonomie zoveel mogelijk in stand gehouden wordt.
- 2° De huidige personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen hebben onmiddellijk toegang tot de tenlasteneming, zonder wachttijd.
- 3° De tenlasteneming strekt zich uit tot de verscheidene vormen van zorgverstrekking, zowel thuis (kortverblijf, dagverzorging, mindermobielenvervoer, enzovoort) als residentieel (rusthuis, RVT, enzovoort).
- 4° De mogelijkheden om te kiezen voor thuiszorg worden versterkt, omdat het noodzakelijke pakket aan hulp- en dienstverlening aan huis betaalbaar wordt, en de vrijwilligheid van de mantelzorg wordt gevrijwaard.
- 5° Naast professionele zorg, thuis en residentieel, is er ook in ondersteuning van de mantelzorg voorzien en in mogelijke terugbetaling van materiële hulpmiddelen.
- 6° Door de registratie van gebruikers en tenlastenemingen van de zorgverzekering en doordat er een gesloten circuit met erkende zorgverleners wordt gecreëerd wordt er zorg gedragen voor de kwaliteitsverbetering en een betere afstemming van het zorgaanbod op de reële behoef-

ten. Dit in tegenstelling tot een privé-verzekeringssysteem, dat enkel de uitbetalingen garandeert, terwijl de gebruiker geen enkele zekerheid heeft over een volwaardig aanbod.

De extra middelen die door de organisatie van de zorgverzekering ter beschikking komen van de zorgsector moeten ervoor zorgen dat de aanbodzijde van de zorg zowel kwalitatief als kwantitatief wordt ondersteund en waar nodig versterkt. Door de verplichting tot erkenning van de zorgverleners wordt de overheid in staat gesteld de vereiste beleidseffectenanalyses uit te voeren en de beleids-terugkoppeling te realiseren, die verhinderen dat het effect van de tenlastenemingen zich beperkt tot het openen van een nieuw financieringskanaal. Van de invoering van de zorgcheques wordt een aanzienlijk aanzwengelingseffect verwacht t.a.v. de uitbouw van bestaande en nieuwe vormen van niet-medische hulp- en dienstverlening, wat nieuwe kansen op tewerkstelling inhoudt.

6. Uitvoering

Het Vlaams Zorgfonds

De financiering van de tenlastenemingen dient gebaseerd te worden op de grootst mogelijke solidariteit. De financiering berust op een gemengd systeem van repartitie en collectieve kapitalisatie. Daarvoor wordt een Vlaams Zorgfonds opgericht dat zijn opdrachten zonder winstoogmerk uitvoert. De regering bepaalt de rechtsvorm van het Vlaams Zorgfonds.

Het Vlaams Zorgfonds ontvangt een basisdotatie ten laste van de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap. Deze dotatie zal worden vastgesteld in functie van de evolutie van de reële noden van de gebruikers.

Aan de dotatie worden toegevoegd : ontvangsten uit retributies en/of solidaire bijdragen. Bijdrageschalen zullen minstens moeten gebonden zijn aan het inkomen.

Het Vlaams Zorgfonds heeft eveneens als opdracht een reserve van middelen aan te leggen om voor de toekomst, wanneer de veroudering haar bovengrens nadert, de betaalbaarheid van het risico van een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen veilig te stellen. In het ontwerp van algemene uitgavenbegroting 1999 wordt in een dotatie aan het Zorgfonds van 4 miljard frank voorzien.

Het Vlaams Zorgfonds kent, binnen de grenzen van zijn begroting, subsidies toe aan Zorgkassen om de zorgkosten van personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen op een substantiële wijze ten laste te nemen.

De Zorgkassen

De Zorgkassen beslissen over de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering en voeren de tenlastenemingen uit. De regering erkent de Zorgkassen. De volgende instanties kunnen Zorgkassen oprichten :

- 1° ziekenfondsen, landsbonden en maatschappijen van onderlinge bijstand die actief zijn in het volledige territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 2° de Kas der Geneeskundige Verzorging (NMBS) ;
- 3° de private verzekeringsondernemingen die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Teneinde een veralgemeend systeem uit te bouwen, worden in eerste instantie de ziekenfondsen, landsbonden en maatschappijen van onderlinge bijstand uitgenodigd gezamenlijk mee te werken aan de organisatie van de zorgverzekering. Door een beroep te doen op de know-how van de ziekenfondsen is het mogelijk een eenvoudige en snelle procedure van aanvraag en tenlasteneming te ontwerpen. Om de zorgverzekering te kunnen organiseren moet een Zorgkas opgericht worden. Deze instantie moet aan een aantal specifieke vereisten voldoen. De Zorgkas moet opgericht worden als een vereniging zonder winstoogmerk die gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen. Verder moet ze een strikt verbod op risicoselectie naleven. Daarom worden de volgende voorwaarden aan de Zorgkas opgelegd :

- 1° elke aanvraag die geldig ingediend wordt, aanvaarden en behandelen ;
- 2° de zorgverzekering niet inzetten in praktijken van koppelverkoop. Aan de Zorgkas is het dan ook verboden van andere activiteiten te ontplooiën dan deze voorzien in het decreet en meer concreet, van rechtstreeks of onrechtstreeks andere tenlastenemingen, tussenkom-

sten of tegemoetkomingen toe te kennen in combinatie met deze voorzien in dit decreet.

Ook private verzekeringsmaatschappijen zullen kunnen participeren. Hun Zorgkassen zullen zich moeten onderwerpen aan dezelfde voorziene erkenningsvoorwaarden en verplichtingen.

De Zorgkassen worden geresponsabiliseerd door de wijze waarop ze worden gefinancierd. De subsidie aan de Zorgkas wordt vastgesteld op basis van de som van de tenlastenemingen van de Zorgkas en op basis van gewogen parameters die rekening houden met het aantal gebruikers die zijn aangesloten bij de Zorgkas en het profiel van de gebruikers inzake de ernst en duur van het verminderd zelfzorgvermogen, de leeftijd en het inkomen. De Zorgkas ontvangt van de overheid een vergoeding voor haar administratieve kosten.

Doelgroep

De zorgverzekering is bedoeld voor personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen, ongeacht of zij in een thuis- of residentiële zorgsituatie verblijven.

De vraag naar meer zorgzekerheid leeft op dit moment heel sterk bij de ouderen, maar ook jonge personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen hebben terechte vragen. Bovendien wordt het stelsel geënt op een algemene inter- en intragenerationele solidariteit. Daarom opteren we principieel voor het openstellen van de tenlastenemingen van de zorgverzekering voor alle leeftijdsgroepen, dus ook voor personen jonger dan 65 jaar. De personen beneden de 65 jaar die ingeschreven zijn bij het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap krijgen nu reeds een gedeelte van hun kosten (materiële hulp, aanpassing van de woning, enzovoort) terugbetaald door een tenlasteneming van het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Dat geldt niet voor de chronisch zieken die wegens hun aandoening niet bij het Vlaams Fonds kunnen worden ingeschreven. Het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap neemt overigens niet alle niet-medische zorgkosten in de thuissituatie (gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, enzovoort) ten laste. Om overlapping te vermijden moeten eerst de aanspraken bij het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap worden uitgeput, en daarna kan uit de zorgverzekering nog een aanvullende kostendekking verkregen worden, naargelang de graad van zorgbehoefte. Eenzelfde regeling geldt voor andere wettelijke, decre-

tale of reglementaire bepalingen aangaande niet-medische hulp- en dienstverlening die de gebruiker aanspraak geven of kunnen geven op gehele of gedeeltelijke kostendekking, met uitzondering van de tegemoetkomingen aan gehandicapten.

Elke persoon met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen kan een aanvraag tot volledige of gedeeltelijke tenlasteneming van niet-medische hulp- en dienstverlening, waarvan hij gebruik maakt, richten tot een erkende Zorgkas. De aanvraag wordt beoordeeld aan de hand van ontvankelijkheidsvoorwaarden en toekenningsvoorwaarden. Om ontvankelijk te zijn moet de gebruiker aan volgende voorwaarden voldoen :

- 1° de gebruiker woont in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 2° de gebruiker is aangesloten bij een Zorgkas ;
- 3° bij de gebruiker is een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen vastgesteld zoals omschreven in dit decreet.

In het lopende jaar mag de gebruiker geen aanvraag tot tenlasteneming richten tot een andere Zorgkas.

Langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen

Het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen is de toestand van een persoon die in ernstige mate en langdurig wordt belemmerd in zijn vermogen tot zelfzorg. Het gaat hierbij om een belemmering die definitief is of voor een langere periode. Onder zelfzorg worden de beslissingen en de acties van een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften verstaan, zoals zich wassen, zich aankleden, zich verplaatsen, naar het toilet gaan, eten en drinken en de daarbij aansluitende activiteiten die voornamelijk betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten zoals het huishouden doen, boodschappen doen, eten maken en zich te oriënteren in tijd en ruimte.

Het vastleggen van de ernst en duur van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen moet zo objectief mogelijk en op basis van uniforme en éénduidige criteria gebeuren. Het is niet de bedoeling voor deze beoordeling nieuwe instanties op te richten. De bestaande evaluatieschalen en -systemen zullen als basis worden gehanteerd voor de zorgverzekering. We mogen echter niet vergeten dat in casu niet-medische kosten worden gedekt,

zodat een ongewijzigde overname van de bestaande meerschalen niet vanzelfsprekend is. In het decreet betreffende de thuiszorg wordt overigens reeds voor alle daarin opgenomen voorzieningen een geïntegreerde indicatiestelling ingevoerd.

Gedekte kosten

De zorgverzekering neemt de effectieve kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening van personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen ten laste. De gewone leefkosten worden niet gedekt door de zorgverzekering. Medische of paramedische kosten worden evenmin terugbetaald.

De zorgverzekering neemt aanvullend de overblijvende persoonlijke kosten van rechtstreeks gesubsidieerde zorgvormen waarvoor persoonlijke bijdragen moeten worden betaald, geheel of gedeeltelijk ten laste. Ze kan ook kosten geheel of gedeeltelijk dekken voor niet-gesubsidieerde prestaties.

In concreto zou het kunnen gaan om hulp bij de uitvoering van huishoudelijke activiteiten en dagelijkse levensactiviteiten, zoals gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, maaltijdbedeling, klusjesdiensten, boodschappendiensten, oppashulp, uitleendiensten en diensten voor aankoop van hulpmiddelen en verzorgingsmateriaal, personen-alarmsystemen, personenvervoer, dagverzorgingscentra, kortverblijf, rusthuis, pedicure, advies voor aanpassing van de woning, ergotherapeutische interventies, psycho-maatschappelijke dienstverlening, enzovoort.

Erkenning van zorgverleners

Om in aanmerking te komen voor tenlasteneming moet de niet-medische hulp- en dienstverlening worden verleend door zorgvoorzieningen of professionele zorgverleners, die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd als behorend tot de Vlaamse Gemeenschap, of door mantelzorgers. Deze zorgverleners moeten in het kader van dit decreet worden erkend door de regering. Bestaande erkenningen in het kader van een andere decretale, wettelijke of reglementaire regeling kunnen door de regering worden gelijkgesteld met een erkenning in het kader van dit decreet.

Om de mantelzorg te kunnen opnemen in dit decreet, moeten een eenvoudig registratiesysteem en activiteitenplan worden ontwikkeld, met de nodige aandacht voor kwaliteit en aansprakelijkheid. Een essentiële voorwaarde is echter dat het sociaal-juridisch-fiscaal statuut van de informele thuisverzorger geregeld wordt.

Regeling van de tenlasteneming en zorgcheques

De aanvraag voor tenlasteneming moet de gebruiker richten tot de Zorgkas waarbij hij is aangesloten.

De tenlastenemingen zijn beperkt tot een jaarlijks maximumbedrag, bepaald door de regering, dat varieert naargelang de aard en duur van het ernstig verminderd zelfzorgvermogen. Voor de bepaling van de aard en de duur van het ernstig verminderd zelfzorgvermogen wordt niet gekozen voor een indeling van de gebruikers in een beperkt aantal categorieën omdat die indeling te ruw is en tenlastenemingen oplevert die onvoldoende op maat zijn van de gebruikers. In dit voorstel wordt geopteerd voor een traploos systeem. Het maximumbedrag van de tenlastenemingen waarop een individuele gebruiker aanspraak kan maken, zou kunnen berekend worden aan de hand van een puntensysteem.

Het onderzoek van de ernst en de duur van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen zal in de regel worden uitgevoerd door de instanties die het dichtst bij de gebruiker staan, nl. de professionele zorgverleners, niet door de Zorgkassen.

De Zorgkassen kunnen bij hun beslissing over de aanvraag en de opvolging van de tenlastenemingen wel alle onderzoeken ondernemen, waaronder het heronderzoeken van de ernst en duur van het zelfzorgvermogen, die nodig zijn voor de beslissing of een herziening.

De regering bepaalt de wijze waarop de mate van zelfzorgvermogen periodiek wordt geëvalueerd.

Om de rechtszekerheid van de gebruiker te garanderen is decretaal bepaald dat de tenlasteneming ingaat vanaf de eerste maand na de aanvraag en dat de beslissing van de Zorgkas binnen zestig dagen moet genomen worden.

De tenlasteneming moet eenvoudig, snel en efficiënt gebeuren. Dat kan gerealiseerd worden door het gebruik van zorgcheques. De zorgcheques kunnen als een variabel budget worden geregistreerd op een daarmee gelijkgestelde drager of een elektronische kaart.

De zorgcheques worden door de Zorgkas uitgereikt aan de personen met een ernstig verminderd zelfzorgvermogen. De gebruikers beheren automatisch hun budget aan tenlastenemingen.

Het recht op verweer van de gebruiker wordt verzekerd door de gebruiker spreekrecht te geven bij

het onderzoek van de tenlasteneming door de Zorgkas en door een beroep bij de Arbeidsrechtbank.

7. Groeimodel

Het is niet mogelijk het hierboven geschetste model in één keer op te zetten. Het stelsel moet budgettair kunnen groeien en bovendien kunnen aansluiten op een voldoende en evenwichtig gespreid aanbod, wat vandaag niet overal voorhanden is.

Daarom wordt geopteerd voor een groeimodel, waarbij de groeicurve voornamelijk door drie factoren bepaald zal worden :

- 1° de bepalingen van de regering aangaande het ernstig verminderd zelfzorgvermogen ;
- 2° de bepalingen van de regering over de maximumbedragen van de tenlasteneming naargelang de aard en duur van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen ;
- 3° de beschikbare financiële middelen van het Zorgfonds.

De overheid kan zich bij de uittekening van het groeimodel laten bijstaan door het Vlaams Zorgfonds en het daarbij voorziene adviesorgaan, samengesteld uit afgevaardigden van de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, de erkende voorzieningen, de erkende professionele zorgverleners en de Zorgkassen.

In 1999 worden de organisatorische structuren opgestart en een aanvang gemaakt van de kapitalisatie van overheidsmiddelen zodat vanaf 1 januari 2000 de eerste zorgcheques effectief kunnen worden uitgedeeld.

Guy SWENNEN

Sonja BECQ

VOORSTEL VAN DECREET

HOOFDSTUK I

AFDELING 1

Algemene bepalingen en definities

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaan-
gelegenheid.

Artikel 2

In dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° niet-medische hulp- en dienstverlening : de hulp en bijstand verleend door derden aan een persoon met een verminderd vermogen tot zelfzorg in residentieel, semi-residentieel of ambulante verband ;
- 2° verminderd zelfzorgvermogen : toestand van een persoon van wie de mogelijkheden tot zelfzorg zijn aangetast. Onder zelfzorg wordt verstaan : de beslissingen en de acties van een natuurlijke persoon in het dagelijkse leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende activiteiten die voornamelijk betrekking hebben op de uitvoering van huishoudelijke activiteiten en de mogelijkheid om sociale contacten te leggen, zich te ontplooiën en zich te oriënteren in tijd en ruimte ;
- 3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die ten gevolge van een verminderd zelfzorgvermogen een beroep doet op niet-medische hulp- en dienstverlening ;
- 4° voorziening : de voorziening die op een professionele basis een of meer vormen van niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt of organiseert ;
- 5° professionele zorgverlener : de natuurlijke persoon die op een professionele basis niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt ;

6° mantelzorger : de natuurlijke persoon die op een niet-professionele basis niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt.

AFDELING 2

Doelstelling

Artikel 3

De zorgverzekering geeft gebruikers, onder de voorwaarden van dit decreet en ten belope van een jaarlijks maximumbedrag, recht op tenlastenemingen door een zorgkas van kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening.

HOOFDSTUK II

Toepassingsvoorwaarden en procedure

AFDELING 1

Toepassingsvoorwaarden

Artikel 4

Om aanspraak te maken op tenlastenemingen door een zorgkas van de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening, moet de gebruiker aan de volgende voorwaarden voldoen :

- 1° getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen ; de regering bepaalt wat daaronder wordt verstaan ;
- 2° aangesloten zijn bij een zorgkas ; de regering bepaalt de nadere voorwaarden van de aansluiting ;
- 3° werkelijk verblijven in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 4° in het lopende jaar geen tenlastenemingen volgens de bepalingen van dit decreet aanvragen bij een andere zorgkas.

Artikel 5

§ 1. De zorgkas neemt de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening ten laste onder de volgende voorwaarden :

- 1° de tenlasteneming betreft de gehele of gedeeltelijke dekking van effectief aan de gebruiker aangerekende kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening ; in geen geval geven medische of paramedische kosten aanleiding tot een tenlasteneming ;
- 2° de niet-medische hulp- en dienstverlening wordt verleend door een door de regering krachtens dit decreet erkende voorziening, professionele zorgverlener of mantelzorger. De regering bepaalt de nadere regels betreffende de toekenning, weigering, verlenging, intrekking en schorsing van de erkenning van de voorziening, de professionele zorgverlener en de mantelzorger.

De zorgkas kan geen andere voorwaarden dan die van dit decreet verbinden aan de tenlastenemingen.

De regering bepaalt de nadere regels en voorwaarden met betrekking tot de tenlastenemingen.

§ 2. De tenlastenemingen worden, volgens de regels en onder de voorwaarden die de regering vaststelt, geweigerd of verminderd, indien de gebruiker, op basis van andere wettelijke, decretale of reglementaire bepalingen, aanspraak heeft op dekking van dezelfde kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening als krachtens dit decreet. De gebruiker moet zijn aanspraak op basis van andere wettelijke, decretale of reglementaire bepalingen doen gelden.

AFDELING 2

Procedure

Artikel 6

De aan de gebruiker aangerekende kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening worden ten laste genomen op aanvraag van de gebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. De aanvraag, met inbegrip van de vaststelling krachtens artikel 8 van de ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen, wordt ingediend bij de zorgkas waarbij

de gebruiker is aangesloten, overeenkomstig artikel 4, 2°. De regering bepaalt de voorschriften waaraan de aanvraag moet voldoen.

Artikel 7

§ 1. De zorgkas onderzoekt de aanvragen en aanvaardt, wijzigt of verworpt de vastgestelde ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen. De zorgkas kan daarvoor bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten. Op eigen verzoek wordt de gebruiker gehoord door de zorgkas. De zorgkas beslist over de tenlastenemingen binnen een termijn van zestig dagen na indiening van de aanvraag. De beslissing moet, op straffe van nietigheid, met redenen worden omkleed.

De regering stelt de nadere regels vast met betrekking tot de behandeling van de aanvraag.

§ 2. De zorgkas berekent voor de gebruiker het jaarlijkse maximumbedrag van de tenlastenemingen op basis van de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen. De regering bepaalt, na advies van het Vlaams Zorgfonds, de referentiebedragen en de regels voor het berekenen van het jaarlijkse maximumbedrag van de tenlastenemingen.

§ 3. De zorgkas kan de beslissing over de tenlastenemingen herzien, indien zich een wijziging voordoet in de toestand van de gebruiker. De regering regelt de herzieningsprocedure.

Artikel 8

De ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen worden vastgesteld door daartoe door de regering, onder de door haar vastgestelde voorwaarden, gemachtigde voorzieningen, professionele zorgverleners of personen. De ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen worden vastgesteld aan de hand van een meetinstrument dat door de regering, na advies van het Vlaams Zorgfonds, wordt vastgesteld.

De regering bepaalt de wijze waarop de vaststelling van de ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen wordt uitgevoerd en herzien.

Artikel 9

De uitvoering van de tenlastenemingen gaat in vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de aanvraag is ingediend. De tenlastenemingen worden door de zorgkas uitgevoerd bij middel van zorgcheques op naam van de gebruiker of daarmee gelijkgestelde dragers. De regering bepaalt de voorwaarden en wijze waarop de zorgcheque wordt uitgereikt en geïnd.

HOOFDSTUK III

Organisatie

AFDELING 1

Het Vlaams Zorgfonds

Artikel 10

Er wordt een Vlaams Zorgfonds opgericht met de volgende opdrachten :

- 1° verstrekken van subsidies aan de zorgkassen ; het Vlaams Zorgfonds treedt daarbij eveneens op als compensatiefonds om structurele verschillen in risico tussen de zorgkassen te compenseren ;
- 2° aanleggen en beheren van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen ;
- 3° onverminderd de controle door de Controledienst der Verzekeringen en de Controledienst der Ziekenfondsen, uitoefenen van het toezicht en de controle op het beheer, de werking en de financiële situatie van de zorgkassen ;
- 4° verzamelen en verwerken van gegevens van de zorgkassen die nuttig zijn voor de toepassing van dit decreet ;
- 5° advies verlenen aan de regering met betrekking tot de toepassing van dit decreet.

De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de samenstelling, de werking, de organisatie en het beheer van het Vlaams Zorgfonds.

Artikel 11

De regering kan een adviesorgaan oprichten, samengesteld uit afgevaardigden van de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, de erkende voorzieningen, de erkende professionele zorgverleners en de erkende zorgkassen, dat het Vlaams Zorgfonds advies verleent bij de uitoefening van zijn opdrachten.

De regering benoemt de leden van het adviesorgaan, regelt zijn werking en bepaalt de modaliteiten van de adviesverstrekking.

Artikel 12

De begroting van het Vlaams Zorgfonds wordt gestijfd door de volgende middelen :

- 1° de dotatie ten laste van de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap ;
- 2° het, per 31 december van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar, beschikbare saldo van het Vlaams Zorgfonds ;
- 3° alle andere middelen die nuttig zijn in het kader van de doelstelling van het Vlaams Zorgfonds en die inzonderheid ingevolge wettelijke, decreetale of reglementaire bepalingen aan het Vlaams Zorgfonds toekomen, evenals de opbrengsten van beleggingen, terugstortingen en toevallige ontvangsten ;
- 4° ontvangsten voortvloeiend uit solidaire bijdragen ;
- 5° ontvangsten voortvloeiend uit retributies.

De dotatie, bedoeld in het eerste lid, 1°, wordt voor elk begrotingsjaar berekend op basis van parameters aangaande het aantal en de som van de tenlastenemingen die worden toegekend, het profiel van de gebruikers inzake de ernst en de duur van het verminderde zelfzorgvermogen, het aanleggen van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen, en de andere middelen die het Vlaams Zorgfonds toekomen.

De regering regelt de berekening van de parameters en van de dotatie.

AFDELING 2

De Zorgkassen

Artikel 13

Een zorgkas kan door de volgende instanties worden opgericht :

- 1° ziekenfondsen, landsbonden van ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand, onderworpen aan de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 2° de Kas der Geneeskundige Verzorging als bedoeld in artikel 6 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 ;
- 3° verzekeringsondernemingen die vallen onder toepassing van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, die actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De regering bepaalt wat wordt verstaan onder "actief zijn in het gehele territorium van het Nederlandse taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad".

Artikel 14

De regering erkent een zorgkas volgens de regels die zij bepaalt betreffende de toekenning, weigering, verlenging, intrekking en schorsing van de erkenning. Die regels zijn voor alle zorgkassen identiek.

Om erkend te kunnen worden moet een zorgkas aan de volgende voorwaarden voldoen :

- 1° opgericht worden als een vereniging zonder winstoogmerk die, ten aanzien van de instanties bepaald in artikel 13, volledig gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen ;

2° wegens haar organisatie beschouwd worden als uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap ;

3° elk verzoek tot aansluiting overeenkomstig artikel 4, 2°, aanvaarden ;

4° elke aanvraag die geldig ingediend wordt, behandelen op de wijze bepaald in artikel 7, § 1, en derhalve een totaal verbod op risicoselectie in acht nemen ;

5° geen andere activiteiten ontplooien dan vermeld in artikel 15 ;

6° noch rechtstreeks noch onrechtstreeks andere verzekeringen, tenlastenemingen, tussenkomsten, tegemoetkomingen of voordelen toekennen in combinatie met die welke geregeld worden in dit decreet.

Artikel 15

Een zorgkas heeft de volgende opdrachten :

- 1° zij onderzoekt de aanvragen en beslist over de tenlastenemingen overeenkomstig de bepalingen van artikel 7 ;
- 2° zij staat in voor de uitvoering van de tenlastenemingen overeenkomstig de bepalingen van artikel 9 ;
- 3° zij registreert de gegevens betreffende de aanvragen en de tenlastenemingen en legt die jaarlijks voor aan het Vlaams Zorgfonds.

De regering bepaalt eenvormige regels met betrekking tot de controle op en de werking, de organisatie en het beheer van de zorgkassen.

Artikel 16

Een erkende zorgkas ontvangt een subsidie die jaarlijks door het Vlaams Zorgfonds wordt vastgesteld op basis van :

- 1° de som van de effectieve tenlastenemingen ;
- 2° gewogen parameters die rekening houden met het aantal gebruikers die bij de zorgkas zijn aangesloten en het profiel van die gebruikers inzake de ernst en duur van het verminderde zelfzorgvermogen, de leeftijd en het inkomen ;

3° een forfaitair bedrag per tenlasteneming ter dekking van de administratieve kosten.

Een zorgkas is verantwoordelijk voor het financiële evenwicht tussen haar inkomsten en uitgaven.

De regering bepaalt de voorwaarden van de vaststelling, uitbetaling en terugvordering van de subsidies, van het financiële evenwicht en van de berekening van de gewogen parameters.

HOOFDSTUK IV

Toezicht en controle

Artikel 17

De zorgkassen staan onder het toezicht en de controle van het Vlaams Zorgfonds en leggen jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan het Vlaams Zorgfonds.

Artikel 18

Het Vlaams Zorgfonds legt jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen voor aan de regering.

Artikel 19

§ 1. De regering legt jaarlijks en uiterlijk op 31 oktober de begroting van het Vlaams Zorgfonds voor het volgende jaar aan het Vlaams Parlement voor.

§ 2. De regering brengt jaarlijks vóór 30 juni aan het Vlaams Parlement omstandig verslag uit over de inkomsten en uitgaven en de werking van het Vlaams Zorgfonds tijdens het afgelopen begrotingsjaar.

HOOFDSTUK V

Slotbepalingen en inwerkingtreding

Artikel 20

Artikel 6 van het decreet van 27 juni 1990 houdende oprichting van een Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, wordt vervangen door wat volgt :

" Artikel 6

De tegemoetkoming van het Fonds wordt geweigerd of verminderd indien de persoon met een handicap op basis van andere wettelijke of reglementaire bepalingen aanspraak heeft op bijstand tot sociale integratie, tot dekking van dezelfde behoefte en op grond van dezelfde handicap als in toepassing van dit decreet, met uitzondering van de dekking die geregeld is in het kader van het decreet van [...] houdende de organisatie van de zorgverzekering."

Artikel 21

Aan artikel 582 van het Gerechtelijk Wetboek wordt, wat de Vlaamse Gemeenschap betreft, een 6° toegevoegd, dat luidt als volgt :

"6° van de geschillen betreffende de rechten en verplichtingen die voortvloeien uit de toepassing van het decreet van [...] houdende de organisatie van de zorgverzekering."

Artikel 22

De artikelen 1, 2, 10, 11, 12, eerste lid, 1°, 13, 14 en 19 van dit decreet treden in werking op 1 januari 1999.

Voor artikel 12, eerste lid, 4° en 5° stelt de regering de datum van inwerkingtreding vast.

De overige bepalingen treden in werking op 1 januari 2000.

Guy SWENNEN

Sonja BECQ

Johan DE ROO

Gilbert BOSSUYT

Bart VANDENDRIESSCHE

Peter DE RIDDER
