

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



Zitting 1997-1998

17 juli 1998

VOORSTEL VAN DECREET

**– van mevrouw Sonja Becq, de heer Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren
en de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche en Jan Béghin –**

**houdende de organisatie en de financiering van een tegemoetkoming
in het persoonlijk aandeel in de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening
aan personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen**

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Inleiding

Bij het uittekenen van een toekomstgericht welzijnsbeleid is 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 zorgbehoevende ouderen. 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 65-plussers.

De betaalbaarheid van hulp en bijstand in het dagelijkse leven garanderen, is het oogmerk van de creatie van een zorgverzekering. In de ruimere context van een evenwichtig zorgbeleid moeten echter noodzakelijkerwijze gelijktijdig initiatieven ontwikkeld worden op het vlak van het aanbod van voorzieningen en zorgverlening, zowel wat hun aard als hun omvang betreft. Een voldoende, gevarieerd en regionaal verspreid aanbod maakt dat aan iedere zorgbehoefte een passend antwoord kan worden gegeven. De zorgverzekering zal er dan op haar beurt voor zorgen dat dat passende antwoord ook betaalbaar is voor iedere zorgbehoevende.

De zorgverzekering maakt volgens deze visie deel uit van een breed gamma aan maatregelen dat de overheid ontwikkelt en waarbij wordt gestreefd naar een evenwichtige verdeling in de verantwoordelijkheden van de overheid en van de individuen en van zelfverantwoordelijkheid en solidariteit.

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 maar wel een kostencompenserende tegemoetkoming toekennen. Omdat de zorgverzekering een gemeenschapsbevoegdheid is, valt Brussel mede onder het toepassingsgebied.

Een bijkomend argument ten voordele van de ontwikkeling van een zorgverzekering op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap is de overweging dat het aanbod, de voorzieningen en de zorgverlening, ressorteren onder dezelfde bevoegdheid. Een andere overweging is ten slotte dat de veroudering in Vlaanderen een andere evolutie kent dan in de andere gemeenschappen en gewesten.

Concept*Veralgemeend en solidair*

Verskillende overwegingen pleiten ervoor de zorgverzekering te enten op een veralgemeend en solidair verzekeringssysteem. Zo voorkomt men 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. Een veralgemeende zorgverzekering maakt bovendien een betere risicospreiding mogelijk en kan voorkomen dat men slechts op latere leeftijd, met name wanneer men zorgbehoevend wordt, zou aansluiten. Tenslotte is op deze wijze de inter- en intragenerationele solidariteit verzekerd, zodat de premie van alle aangeslotenen laag kan worden gehouden. De solidariteit wordt onderbouwd enerzijds door een substantiële overheidstoelage en anderzijds door een algemene bijdrageplicht vanaf 25 jaar.

Iedereen is vanaf de leeftijd van 25 jaar bijdrageplichtig. De bijdragen worden vastgesteld afhankelijk van de leeftijd, het inkomen en de sociale categorie. De volgende leeftijdsgroepen kunnen worden onderscheiden : 25-35, 36-45, 46-55, 56-65, 65+. De volgende sociale categorieën komen in aanmerking : WIGW, gewaarborgd inkomen, bestaansminimum, werkloze gezinshoofden, personen ten laste in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Via een gemengd systeem van repartitie en collectieve kapitalisatie wordt een voldoende financiële stabiliteit uitgebouwd.

Teneinde een veralgemeend systeem uit te bouwen, worden in eerste instantie de ziekenfondsen uitgenodigd gezamenlijk mee te werken aan de organisatie van de zorgverzekering. Door een beroep te doen op de knowhow van de ziekenfondsen is het mogelijk een eenvoudige en snelle procedure van aanmelding en tenlasteneming te ontwerpen. Ook private verzekeringsmaatschappijen zullen kunnen participeren. Zij zullen zich moeten onderwerpen aan dezelfde erkenningsvoorwaarden, rechten en verplichtingen (verbod op risicoselectie, vaststelling van de bijdragen, ...) als de ziekenfondsen.

Doelgroep

De zorgverzekering is bedoeld voor de ernstig zorgbehoevende personen, ongeacht of zij in een thuiszorg- of residentiële zorgsituatie verblijven.

De vraag naar meer zorgzekerheid leeft op dit moment heel sterk bij de ouderen, maar ook jonge zwaar zorgbehoevende personen hebben terechte vragen. Bovendien wordt het stelsel geënt op een algemene inter- en intragenerationele solidariteit. Daarom opteren we principieel voor het openstellen van de tegemoetkomingen van de zorgverzekering voor alle bijdrageplichtigen, 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, ...) 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 neemt overigens niet alle niet-medische zorgkosten (gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, ...) ten laste. Om overlapping te vermijden moeten eerst de aanspraken bij het Vlaams Fonds worden uitgeput, en daarna kan uit de zorgverzekering nog een aanvullende kostendekking verkregen worden.

Ernstig verminderd zelfzorgvermogen

Het vastleggen van de graad van 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 meetschalen niet vanzelfsprekend is. In het decreet betreffende de thuiszorg wordt overigens reeds voor alle daarin opgenomen voorzieningen een gemeenschappelijke indicatiestelling ingevoerd.

Gedekte kosten

De zorgverzekering dekt de effectieve kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening van personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen. De gewone leefkosten worden niet gedekt door de zorgverzekering. Medische of paramedische kosten worden evenmin terugbetaald. De zorgverzekering dekt aanvullend de overblijvende persoonlijke kosten van reeds gesubsidieerde zorgvormen waarvoor persoonlijke bijdragen moeten worden betaald. Ze dekt ook de kosten voor niet-gesubsidieerde prestaties. In concreto gaat het om hulp bij de uitvoering van huishoudelijke activiteiten en dagelijkse levensactiviteiten, zoals gezins- en bejaardenhulp, poetshulp, maaltijdbedeling, klusjesdiensten, boodschappendiensten, oppashulp, uitleendienst en diensten voor aankoop van hulpmiddelen en verzorgingsmateriaal, personenalarmsystemen, personenvervoer, dagverzorgingscentra, kortverblijf, rusthuis, pedicure, advies voor aanpassing van de woning, ergotherapeutische interventies, psycho-maatschappelijke dienstverlening, enzoverder.

Erkende zorgverleners

Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming van de zorgverzekering, moet de niet-medische hulp- en dienstverlening worden verleend door een erkende zorgvoorziening, zorgverlener of mantelzorger. Om de mantelzorg te kunnen opnemen in dit decreet, moet een eenvoudig registratiesysteem worden ontwikkeld, met de nodige aandacht voor kwaliteit en aansprakelijkheid. Een voorafgaande voorwaarde is echter dat het sociaal-juridisch-fiscaal statuut van de informele thuisverzorger geregeld wordt.

Regeling van de uitbetaling

De tegemoetkomingen worden uitgekeerd ten belope van een jaarlijks maximumbedrag dat forfaitair is en varieert afhankelijk van de aard en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen. De

rechthebbenden worden niet ingedeeld in categorieën omdat die werkwijze onvoldoende genuanceerde bedragen oplevert. In dit voorstel wordt geopteerd voor een systeem van glijdende schalen waarbij het maximumbedrag aan tegemoetkomingen waarop aanspraak gemaakt kan worden, wordt berekend aan de hand van een puntensysteem. Ieder punt stemt overeen met een bepaald referentiebedrag. De uitkering van de tegemoetkomingen moet eenvoudig, snel en efficiënt gebeuren. Dat kan gerealiseerd worden door het gebruik van zorgcheques en door het gebruik van een elektronische kaart.

Groeimodel

Het is niet mogelijk het hierboven geschetste model in één keer op te zetten. Het stelsel moet niet alleen budgettair groeien door middel van de demografische reserves, het moet bovendien kunnen aansluiten op een voldoende en evenwichtig gespreid aanbod, wat vandaag nog niet voorhanden is. Tenslotte ontbreken verschillende instrumenten om het stelsel in al zijn aspecten op een goede manier operationeel te maken. Daarom wordt geopteerd voor een groeimodel, waarbij de groei-curve mede bepaald zal worden door de graad van zorgbehoefendheid, de realisatie van het zorgaanbod, de verhouding tussen intergenerationele en intragenerationele solidariteit en de beschikbare financiële middelen van de overheid en uit persoonlijke bijdragen. Het niveau van de tegemoetkoming zelf en de in aanmerking komende hulp- en dienstverlening zullen in de beginfase bescheiden zijn en stelselmatig worden verruimd.

In 1999 wordt gestart met de input en de kapitalisatie van overheidsmiddelen zodat vanaf 1 januari 2000 de eerste effectieve tegemoetkomingen kunnen worden uitgekeerd. Pas op dat moment kan ook de inning van bijdragen van de bevolking een aanvang nemen.

Commentaar bij de artikelen

Artikel 1

Aangezien het om een gemeenschapsaangelegenheid gaat, valt ook Brussel onder het toepassingsgebied van het decreet.

Artikel 2

Dit artikel definieert een aantal begrippen die regelmatig in het voorstel van decreet worden gebruikt.

Artikel 3

Dit artikel omschrijft de doelstelling van het voorstel van decreet : een tegemoetkoming verlenen in de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening van personen die zorgbehoevend zijn.

Artikel 4

Op grond van de graad van verminderd zelfzorgvermogen van de persoon die de tegemoetkoming vraagt, kan met behulp van een puntensysteem een jaarlijks maximumbedrag aan tegemoetkomingen worden vastgelegd. Er is geopteerd voor een glijdend systeem omdat een indeling in categorieën onrechtvaardige neveneffecten heeft voor de personen die net niet of net wel in een bepaalde categorie vallen.

De tegemoetkomingen staan in verhouding tot de effectief gemaakte kosten, maar zijn steeds begrensd tot een maximaal jaarlijks bedrag. De Zorgkas bepaalt dat bedrag voor iedere aangeslotene.

Artikel 5

In dit artikel wordt de indicatieprocedure uiteengezet. Er wordt een eenvoudige, eenvormige en objectieve procedure voorgesteld, die maximaal aansluit bij de bestaande evaluatiesystemen. De persoon of voorziening die de hulp- en dienstverlening verleent, zal aan de hand van een uniform document en op basis van objectieve criteria de graad van zorgbehoefendheid bepalen. Er wordt dus geen nieuwe voorziening gecreëerd om de zorgbehoefendheid te meten. Omdat de mantelzorger niet verondersteld wordt hiervoor bevoegd te zijn, kan in de situaties waarbij geen professionele zorgverleners betrokken zijn, de evaluatie worden toevertrouwd aan daartoe gemachtigde personen (bijvoorbeeld de maatschappelijk assistent van het OCMW of van het ziekenfonds). Bij de indicatie zal niet alleen de graad van verminderd zelfzorgvermogen worden onderzocht, maar zal tevens worden nagegaan welke hulp- en dienstverlening voor die bepaalde persoon in die bepaalde situatie

is aangewezen, rekening houdend met de kenmerken van de persoon zelf, zijn omgeving en het aanwezige aanbod in de regio.

Artikel 6

Dit artikel omschrijft onder welke voorwaarden aanspraak gemaakt kan worden op een tegemoetkoming.

- 1° De tegemoetkoming is kostendekkend, ze kan slechts worden toegekend voor effectief gemaakte kosten. Bovendien worden slechts kosten in aanmerking genomen die niet-medische hulp- en dienstverlening betreffen die voorkomt op een door de regering opgemaakte lijst. Op die manier is het mogelijk het systeem onder controle te houden, sturend op te treden en tegelijk de nodige vrijheid te laten aan de zorgbehoevende personen in de keuze van zorgvorm en zorgverlener.
- 2° Om vergoed te worden, moet de hulp- en dienstverlening zijn verleend door erkende mantelzorgers, zorgverleners of voorzieningen. Ook deze bepaling is ingegeven door de bezorgdheid om de beheersbaarheid van het systeem. Er wordt geen onderscheid gemaakt naargelang de persoon ambulante, semi-residentiële of residentiële hulp- en dienstverlening ontvangt. Ook mantelzorgers kunnen erkend worden als zorgverlener. Daarvoor zullen bepaalde criteria worden uitgewerkt die garanties inhouden inzake de kwaliteit van de zorg en de beschikbaarheid van de mantelzorger. Daarbij wordt gedacht aan het aanbieden van een vorming en het opstellen van een zorgplan. Die minimale eisen zijn verantwoord met het oog op de kwaliteit.
- 3° en 4° Het systeem zal geoperationaliseerd worden door de Zorgkassen. Iedereen moet aansluiten bij een Zorgkas vanaf de leeftijd van 25 jaar. Personen die zich na de leeftijd van 25 jaar in de Vlaamse Gemeenschap vestigen, moeten een wachttijd in acht nemen vooraleer ze aanspraak kunnen maken op tegemoetkomingen. Dit is een middel om de maximale financiële bijdrage van alle aangeslotenen te bewerkstelligen. Het stelsel moet stoelen op een zo breed mogelijk gedragen solidariteit.
- 5° Overlapping en dubbele compensering voor dezelfde kosten moet worden vermeden. De zorgverzekering geeft een aanvullende dekking.

- 6° De gebruiker moet gestimuleerd worden om te kiezen uit het aanbod van hulp- en dienstverlening dat aansluit bij zijn situatie van hulpbehoevendheid en dat aangewezen is om hieraan tegemoet te komen.

De Zorgkas kan geen voorwaarden opleggen die niet in het decreet zijn opgenomen. De Zorgkas kan bijvoorbeeld geen exclusiviteitsovereenkomsten afsluiten met bepaalde voorzieningen of zorgverleners. De zorgbehoevende moet volledig vrij een beroep kunnen doen op de voorziening of de zorgverlener van zijn keuze en moet daarvoor zonder bijkomende voorwaarden van zijn Zorgkas de tegemoetkomingen in de kosten krijgen waarop hij volgens dit decreet aanspraak kan maken.

Artikel 7

De tegemoetkoming moet worden aangevraagd bij de Zorgkas waarbij men is aangesloten.

Artikel 8

De Zorgkas onderzoekt de aanvragen en beslist over de tenlasteneming. De Zorgkas beoordeelt tevens of de indicatiestelling en de omschrijving van de aangewezen hulp- en dienstverlening correct is gebeurd. In de daarvoor uit te werken procedure, moet voor de aanvrager ook een middel worden opgenomen om zijn bezwaren te uiten en tegen een voorgenomen beslissing te protesteren.

Artikelen 9 en 10

De uitvoering en organisatie van de zorgverzekering wordt toevertrouwd aan Zorgkassen, die kunnen worden opgericht door ziekenfondsen, landsbonden, de kas van de NMBS of private verzekeringsmaatschappijen. De ziekenfondsen beschikken niet alleen over de nodige ervaring en administratieve knowhow, zij zijn ook het best geplaatst om een universeel en solidair stelsel te organiseren. Daarom wordt een contracting-out principe ingevoerd : personen worden automatisch aangesloten bij de Zorgkas van hun ziekenfonds, maar het staat iedereen vrij zich te laten verzekeren bij de Zorgkas van een private verzekeringsmaatschappij. Tot een dergelijke beslissing, blijft iedereen echter aangesloten bij de Zorgkas van het ziekenfonds. De aangesloten leden van de Hulpkas voor de verplichte ziekte- en invaliditeitsuitkeringen

gen zullen zich moeten aansluiten bij de Zorgkas van een ander ziekenfonds of bij de zorgkas van een private verzekeringsmaatschappij. De Hulpkas heeft immers alleen opdrachten in het kader van de verplichte ziekteverzekering en treedt niet op inzake aanvullende verzekeringen.

De verplichting een afzonderlijke dienst op te richten, is ingegeven door de bezorgdheid om een doorzichtige middelenstroom. Dat belet dus niet dat de Zorgkassen administratieve ondersteuning genieten van de oprichtende instelling en gebruik maken van dezelfde infrastructuur.

Het verbod op risicoselectie is noodzakelijk in een algemeen en solidair systeem dat winstoogmerk uitsluit. Aan het verbod op risicoselectie wordt wel een systeem van risicocompensatie gekoppeld, omdat de Zorgkassen geen personen mogen weigeren en dus geen vat hebben op de risico's die ze moeten verzekeren.

De toetredingsleeftijd is vastgelegd op 25 jaar. Dat moet een degelijke financiële onderbouw mogelijk maken voor het stelsel, die ook in de toekomst een solide basis verschaft dankzij de mix van repartitie en collectieve kapitalisatie. Iedere persoon die op Vlaams grondgebied of in Brussel verblijft, is in principe aangesloten bij een Zorgkas. De ziekenfondsen hebben een belangrijke opdracht in de bewaking van het universele karakter van het stelsel.

Artikelen 11 en 12

De Zorgkas zal instaan voor de uitvoering van de zorgverzekering : het innen van de bijdragen, het onderzoeken van de aanvragen en het uitkeren van de tegemoetkomingen. Om de correcte toepassing van de regelgeving te waarborgen en een al te soepele beoordeling van de graad van verminderd zelfzorgvermogen te voorkomen, dragen de Zorgkassen een financiële verantwoordelijkheid. Zij zijn bovendien verplicht reserves te vormen.

Omdat zowel de ziekenfondsen als de private verzekeringsmaatschappijen een Zorgkas kunnen oprichten, is in het decreet expliciet opgenomen dat voor alle Zorgkassen dezelfde voorwaarden gelden. Private verzekeringsmaatschappijen zijn in essentie gericht op winstgevendende activiteiten. Indien zij willen deelnemen aan de organisatie van de zorgverzekering met de daarbijhorende subsidies, zullen zij aan de decretale voorwaarden moeten voldoen.

Om de risico's en de tenlastenemingen rechtvaardig te spreiden, worden de verschillen in risicospreiding gedeeltelijk gecompenseerd in de berekening van de toelagen voor de Zorgkassen. Zorgkassen met meer risico's en meer tenlastenemingen dan gemiddeld, zullen daarvoor positief gecompenseerd worden. Zorgkassen met minder risico's en minder tenlastenemingen, zullen negatief gecompenseerd worden en dus middelen moeten afdragen.

Artikelen 13 en 14

Het Vlaams Zorgfonds berekent het bedrag van de toelagen aan de Zorgkassen en stort het door. Het Fonds waakt bovendien over de demografische reserves die het stelsel nodig heeft om de rechten van de aangeslotenen ook in de toekomst te vrijwaren en het houdt toezicht op de werking en het beheer van de Zorgkassen. Op de Zorgkassen opgericht door een ziekenfonds of landsbond, blijft ook de Controledienst van de Ziekenfondsen toezicht uitoefenen. Op de Zorgkassen opgericht door private verzekeringsmaatschappijen blijft de Controledienst der Verzekeringen toezicht uitoefenen. De registratie van gegevens die nuttig zijn voor actuariële berekeningen en voor de programmatie van het aanbod is een belangrijke opdracht. De opdracht inzake advies sluit daarbij aan. De oprichting van een adviesorgaan wordt mogelijk gemaakt, om alle betrokkenen uit de sector bij de werking van het Vlaams Zorgfonds te kunnen betrekken.

Artikel 15

Er is een gemengde financiering uit bijdragen en overheidstoelagen, gesteund op repartitie en collectieve kapitalisatie. Dat betekent dat de tegemoetkomingen onmiddellijk bij de inwerkingtreding van het stelsel kunnen worden gefinancierd met de ingebrachte overheidsmiddelen en dat gaandeweg een reserve wordt opgebouwd die de groei van het stelsel mogelijk moet maken.

Artikel 16

De bijdragen worden aangepast naar leeftijd, inkomen en sociale categorie. Dat betekent dat in het kader van de intergenerationele solidariteit ook de jongeren worden aangesproken, maar op een lager bijdrageniveau. De verschuldigde bijdrage stijgt

geleidelijk met de leeftijd. Ook voor bepaalde inkomenscategorieën is er een verlaagde bijdrage. Bepaalde sociale categorieën zijn een verminderde bijdrage verschuldigd : de WIGW's, de personen die een bestaansminimum of gewaarborgd inkomen genieten, de werkloze gezinshoofden en de personen die in het kader van de verplichte ziekteverzekering worden beschouwd als persoon ten laste. De regering legt per categorie de verschuldigde bijdrage vast.

Artikel 17

De Zorgkassen ontvangen een toelage als aanvulling op de inkomsten die zij genereren uit bijdragen. De toelage zal worden berekend op grond van objectieve criteria, na vergelijking van de gemiddelde cijfers van iedere Zorgkas met het gemiddelde voor de totale populatie. Om de verschillen in ledenbestand te neutraliseren, houden de criteria rekening met het profiel van de aangesloten leden. De parameters houden voor een gedeelte ook rekening met de werkelijke uitgaven zonder de financiële verantwoordelijkheid in het gedrang te brengen. De toelage compenseert eveneens het verschil voor de bijdragen die als gevolg van leeftijd, inkomen of sociale categorie verlaagd zijn.

De naleving van het verbod tot risicoselectie, zowel bij de toetreding als bij de tenlasteneming, is een belangrijke subsidiëeringsvoorwaarde voor de Zorgkassen.

Artikel 18

De dotaties uit de begroting van de Vlaamse Gemeenschap worden jaarlijks vastgelegd, rekening houdend met de beschikbare middelen en de verwachte behoeften. Het Zorgfonds treedt op als compensatiekas, om structurele verschillen in risicospreiding te compenseren. Bepaalde zorgkassen worden positief, andere negatief gecompenseerd. Uit de negatieve compensatie haalt het Zorgfonds middelen die worden herverdeeld.

Artikelen 19 en 20

Deze artikelen regelen het toezicht op de boekhoudkundige gegevens van de Zorgkassen en het Vlaams Zorgfonds.

Artikel 21

Het Vlaams Parlement krijgt jaarlijks inzicht in de begroting van het Vlaams Zorgfonds.

Artikel 22

De tegemoetkomingen van het Vlaams Fonds zijn ook residuair en worden pas uitgekeerd nadat men andere aanspraken heeft laten gelden. Wil men de tussenkomst in het kader van de zorgverzekering pas in laatste instantie uitkeren, dan moet het decreet op het Vlaams Fonds worden aangepast.

Artikel 23

De invoering van een zorgverzekering vraagt van de regering een grondige voorbereiding en een concretisering op vele punten. De datum van inwerkingtreding kan dan ook niet op een absolute wijze worden vastgelegd. Daarom wordt een eerste datum van inwerkingtreding vooropgezet, namelijk 1 januari 1999 voor de input van overheidsmiddelen, zodat op 1 januari 2000 met deze middelen de eerste tegemoetkomingen kunnen worden uitgekeerd. Pas op het moment dat de tegemoetkomingen effectief worden uitgekeerd, kan ook gestart worden met de inning van de bijdragen. Ook ten aanzien van de mantelzorg is het een principiële optie om ze op te nemen in het stelsel van de zorgverzekering. Om deze optie volledig tot haar recht te laten komen, moet de federale overheid uitsluitel geven over het fiscale en sociale statuut van de mantelzorger.

Sonja BECQ

Johan DE ROO

Veerle HEEREN

Marc OLIVIER

Bart VANDENDRIESSCHE

Jan BEGHIN

VOORSTEL VAN DECREET

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

In dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° niet-medische hulp- en dienstverlening : de hulp en bijstand met inbegrip van de hulpmiddelen en de materiële bijstand die in residentieel, semi-residentieel of ambulant verband door derden wordt verleend aan een persoon met een langdurig ernstig verminderd vermogen tot zelfzorg ;
- 2° verminderd zelfzorgvermogen : toestand van een persoon die wordt belemmerd in zijn vermogen tot zelfzorg. 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 de mogelijkheid om sociale contacten te leggen, zich te ontplooien en zich te oriënteren in tijd en ruimte ;
- 3° gebruiker : iedere natuurlijke persoon die ten gevolge van een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen een beroep doet op niet-medische hulp- en dienstverlening ;
- 4° voorziening : de welzijnsvoorziening die op een professionele basis één of meerdere 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, noch in een georganiseerd verband niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt ;

7° Zorgkas : het organisme dat instaat voor de inning van de bijdragen, het onderzoek en de behandeling van de aanvragen en de uitkering van de tegemoetkoming in het persoonlijk aandeel in de kosten aangerekend aan de gebruiker voor niet-medische hulp- en dienstverlening ;

8° aangewezen hulp- en dienstverlening : het geheel van de niet-medische hulp- en dienstverleningsvormen die in samenspraak met de gebruiker of zijn vertegenwoordiger individueel werden omschreven en aan hem of haar zijn aangepast.

HOOFDSTUK II

Toepassingsvoorwaarden en procedure

AFDELING 1

Toepassingsvoorwaarden

Artikel 3

Personen bij wie objectief een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen wordt vastgesteld, kunnen onder de voorwaarden van dit decreet ten belope van een jaarlijks maximumbedrag aanspraak maken op een tegemoetkoming in het persoonlijk aandeel in de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening.

Artikel 4

Het jaarlijkse maximumbedrag van de tegemoetkomingen is een forfaitair bedrag dat varieert volgens de aard en de duur van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

De Zorgkas berekent jaarlijks voor iedere aangeslotene het maximumbedrag aan tegemoetkomingen die kunnen worden uitgekeerd. De regering bepaalt, na advies van het Vlaams Zorgfonds, de referentiebedragen die worden gehanteerd voor de berekening van het jaarlijks maximumbedrag aan tegemoetkomingen.

Artikel 5

De aard en de duur van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen, alsook de aard en de omvang van de aangewezen hulp- en dienstverlening, worden aan de hand van een door de regering bepaald meetinstrument vastgesteld. De vaststelling van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen en de aangewezen hulp- en dienstverlening gebeurt door de erkende voorziening, de erkende professionele zorgverlener of de daartoe door de regering gemachtigde personen.

Artikel 6

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd onder volgende voorwaarden :

- 1° ze wordt uitgekeerd voor de dekking van effectief betaalde persoonlijke aandelen in de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening die voorkomen op een door de regering opgestelde lijst ; in geen geval geven medische of paramedische kosten aanleiding tot een tegemoetkoming ;
- 2° de niet-medische hulp- en dienstverlening moet zijn verleend door een door de regering erkende voorziening, professionele zorgverlener of mantelzorger. De regering bepaalt de nadere regels betreffende de toekenning, intrekking en schorsing van de erkenning van de voorziening, de zorgverlener en de mantelzorger ;
- 3° de gebruiker die de tegemoetkoming vraagt, is aangesloten bij een Zorgkas en betaalt de verschuldigde bijdragen ;
- 4° voor personen die na de leeftijd van 25 jaar aansluiten bij een Zorgkas, is de minimale aansluitingsperiode om aanspraak te maken op een tegemoetkoming vijf jaar. Aan die voorwaarde kan worden voldaan door storting van een éénmalige equivalente bijdrage ;
- 5° de tegemoetkoming wordt verminderd indien de gebruiker aanspraak kan maken op de tenlasteneming van dezelfde persoonlijke aandelen in de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening krachtens een andere wettelijke of decretale bepaling ; de gebruiker moet eerst andere aanspraken doen gelden ;
- 6° de tegemoetkoming wordt slechts uitgekeerd voor kosten voor hulp- en dienstverleningsvor-

men die deel uitmaken van de aangewezen hulp- en dienstverlening.

De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de uitkering van de tegemoetkoming. De Zorgkas kan geen andere voorwaarden dan die van dit decreet verbinden aan de uitkering van de tegemoetkomingen.

AFDELING 2

Procedure

Artikel 7

De tegemoetkoming in de persoonlijke aandelen in de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening wordt aangevraagd door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De aanvraag wordt ingediend bij de Zorgkas waarbij de aanvrager is aangesloten.

De regering bepaalt de vormvereisten en de inhoud van het aanvraagdocument.

Artikel 8

De Zorgkas onderzoekt de aanvragen en beslist over de tenlasteneming binnen een termijn van dertig dagen na ontvangst van de aanvraag.

De regering stelt de nadere regels vast met betrekking tot de indiening en behandeling van de aanvragen, de beslissing, alsook de indiening en behandeling van een bezwaarschrift.

HOOFDSTUK III

Organisatie

AFDELING 1

De Zorgkassen

Artikel 9

Een Zorgkas kan worden opgericht door de erkende ziekenfondsen, de landsbonden van ziekenfondsen, de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen

en de private verzekeringsmaatschappijen voor zover zij actief zijn in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Om erkend te worden, moeten de Zorgkassen opgericht worden als een afzonderlijke dienst die gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen.

De naleving van een verbod tot risicoselectie geldt als erkenningsvoorwaarde. De regering erkent de Zorgkassen en bepaalt de nadere regels betreffende de toekenning, intrekking en schorsing van de erkenning als Zorgkas.

Artikel 10

Elke persoon die woont in het Nederlandse taalgebied of in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is verzekerd bij een erkend ziekenfonds, een erkende landsbond van ziekenfondsen of de Kas der Geneeskundige Verzorging der Belgische Spoorwegen, wordt geacht vanaf de leeftijd van 25 jaar aangesloten te zijn bij de Zorgkas die door deze instelling is opgericht, tenzij hij of zij kan aantonen dat hij of zij is aangesloten bij een andere Zorgkas ter dekking van hetzelfde risico.

Elke persoon die woont in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is aangesloten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, wordt geacht vanaf de leeftijd van 25 jaar aangesloten te zijn bij een Zorgkas opgericht door een erkend ziekenfonds, een erkende landsbond van ziekenfondsen of een private verzekeringsmaatschappij.

Elke persoon die woont in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is aangesloten bij een ziekenfonds dat geen Zorgkas heeft opgericht, wordt geacht vanaf de leeftijd van 25 jaar aangesloten te zijn bij een Zorgkas opgericht door de landsbond waarbij het betrokken ziekenfonds is aangesloten of bij ontstentenis hiervan bij een Zorgkas opgericht door een private verzekeringsmaatschappij.

Artikel 11

De Zorgkas heeft de volgende opdrachten :

- 1° zij int de bijdragen van de bij haar aangesloten personen ;
- 2° zij onderzoekt de aanvragen en aanvaardt of verwerpt de vastgestelde aard en duur van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen alsook de vastgestelde aard en omvang van de aangewezen hulp- en dienstverlening ;
- 3° zij beslist over de tenlasteneming en stelt het jaarlijks maximumbedrag vast van de tegemoetkomingen in de persoonlijke aandelen van de gebruiker in de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening ;
- 4° zij keert de tegemoetkomingen uit ;
- 5° zij registreert de gegevens betreffende de bijdragen, de aanvragen en de uitgekeerde tegemoetkomingen en maakt die jaarlijks over aan het Vlaams Zorgfonds.

De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de controle op en de werking, de organisatie en het beheer van de Zorgkas. Die regels zijn voor alle Zorgkassen identiek.

Artikel 12

De Zorgkas is, rekening houdend met de toelagen, financieel verantwoordelijk voor het evenwicht tussen haar inkomsten en uitgaven.

De regering bepaalt de regels met betrekking tot de verplichte reservevorming.

AFDELING 2

Het Vlaams Zorgfonds

Artikel 13

Er wordt een Vlaams Zorgfonds opgericht met de volgende opdrachten :

- 1° berekenen van de toelagen aan de Zorgkassen ; het Vlaams Zorgfonds treedt daarbij eveneens op als compensatiefonds om structurele ver-

schillen in risico tussen de Zorgkassen te compenseren ;

- 2° 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 ;
- 3° aanleggen en beheren van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen ;
- 4° verzamelen en verwerken van gegevens die nuttig zijn voor de toepassing van dit decreet ;
- 5° advies verlenen aan de regering met betrekking tot de bijdrageregeling en de referentiebedragen voor de berekening van de maximumbedragen van de tegemoetkomingen.

Artikel 14

De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de samenstelling, de werking, de organisatie en het beheer van het Vlaams Zorgfonds. De regering kan een adviesorgaan oprichten, samengesteld uit afgevaardigden van de gebruikers, de erkende voorzieningen, de erkende professionele zorgverleners, de erkende mantelzorgers, de Zorgkassen en het Vlaams Zorgfonds.

HOOFDSTUK IV

Financiering

Artikel 15

De tegemoetkomingen worden gefinancierd uit overheidssubsidies en bijdragen. De financiering berust op een gemengd systeem van repartitie en collectieve kapitalisatie.

Artikel 16

Iedere persoon is bijdrageplichtig vanaf de leeftijd van 25 jaar. De verschuldigde bijdragen worden vastgesteld afhankelijk van de leeftijd, het inkomen en de sociale categorie.

De regering bepaalt, na advies van het Vlaams Zorgfonds, het bedrag van de verschuldigde bijdrage per leeftijd, inkomenscategorie en sociale categorie en stelt de nadere regels met betrekking tot de bijdrageregeling vast.

Artikel 17

De Zorgkas ontvangt een jaarlijkse toelage. Het bedrag van de jaarlijkse toelage wordt door het Vlaams Zorgfonds vastgesteld, op basis van objectieve gewogen parameters die rekening houden met het aantal leden, het profiel van de leden inzake het verzekerd risico, de leeftijd, het inkomen en de sociale categorie en het bedrag van de effectieve tenlastenemingen.

Om de toelage te ontvangen en te behouden moet de Zorgkas het verbod op risicoselectie respecteren. De regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de vaststelling, uitbetaling en terugvordering van de toelage.

Artikel 18

De begroting van het Vlaams Zorgfonds wordt gestijfd door

- 1° dotaties uit de begroting van de Vlaamse Gemeenschap ;
- 2° het jaarlijks op de begroting beschikbare saldo van het Vlaams Zorgfonds ;
- 3° opbrengsten van beleggingen of terugstortingen en toevallige ontvangsten.

HOOFDSTUK V

Toezicht en controle

Artikel 19

De Zorgkassen staan onder het toezicht van het Vlaams Zorgfonds en bezorgen jaarlijks een boekhoudkundig verslag van alle verrichtingen aan het Vlaams Zorgfonds.

Artikel 20

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

Artikel 21

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

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

HOOFDSTUK VI

Slotbepaling en inwerkingtreding

Artikel 22

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 voorzien is in het kader van het decreet van [...] houdende de organisatie en de financiering van een tegemoetkoming in het persoonlijk aandeel in de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening aan personen met een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen.

De persoon met een handicap moet zijn aanspraak op de in het eerste lid bedoelde uitkeringen doen gelden."

Artikel 23

De artikelen 1, 2, 9, 13, 14, 18, 20 en 21 van dit decreet treden in werking op 1 januari 1999.

De overige artikelen treden in werking op 1 januari 2000.

Sonja BECQ

Johan DE ROO

Veerle HEEREN

Marc OLIVIER

Bart VANDENDRIESSCHE

Jan BEGHIN
