

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



Zitting 1998-1999

15 januari 1999

VOORSTEL VAN DECREET

– van mevrouw Yolande Avontroodt en de heren André Denys,
Dirk Van Mechelen en Etienne De Groot –

**houdende invoering van een zorgverzekering
voor zorgbehoevenden**

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Inleiding

Inzake bevolkingsveroudering is België momenteel, op Griekenland na, koploper in Europa. Er is niet alleen een veroudering aan de gang, maar ook een veroudering binnen de veroudering en een feminisering van de veroudering. Het aandeel van de 60-jarigen en ouder zal in België toenemen van 21,8% tot 28,46% in 2025. Naar schatting zullen er dus in 2025 bijna 2 miljoen Vlamingen ouder zijn dan 60. Daarbij neemt de kloof in levensverwachting tussen mannen en vrouwen de laatste decennia toe. Voor Vlaanderen bedraagt het verschil momenteel 6 jaar met een gemiddelde levensverwachting van 75,1 jaar voor mannen tegenover 81,3 jaar voor vrouwen. Maar deze vergrijzende en verzilverende bevolking heeft in hoge mate gezondheidsklachten en die bedreigen de kwaliteit van het leven op hogere leeftijd.

Dit heeft tal van sociale en economische gevolgen. Eén daarvan is dat de bevolkingsvergrijzing zal leiden tot een langer, intensiever, maar ook frequenter gebruik van zorgvoorzieningen. De betaalbaarheid ervan staat ter discussie. Er bestaat dan ook meer dan ooit een nood aan een nieuw systeem waarbij voorzien wordt in een kostendekking voor de niet-medische kosten die het gevolg zijn van langdurige ziekte en afhankelijkheid. Het is dus niet verwonderlijk dat er sedert enkele jaren reeds heel wat stemmen opgaan om de kosten van de afhankelijkheid bij het ouder worden in een afhankelijkheids- of zorgverzekering op te nemen.

Ofschoon veel begrippen gehanteerd worden om dit fenomeen te duiden, wordt doorgaans de zorgbehoefte teruggebracht tot verschillende vormen van afhankelijkheid, te weten, de fysische (met daarin al dan niet vervatte psychische elementen), de sociale en de economische. Vanuit die optiek is de bestaansreden van de zorgverzekering niet louter toe te schrijven aan veroudering maar dienen eveneens de sociaal-economische omgevingsfactoren in acht te worden genomen. Centraal in het geheel is bijgevolg het afhankelijk zijn van een "ander" om in bepaalde van zijn behoeften te voldoen.

Algemeen gesteld bestempelt de bestaande literatuur de verzekering als een tegemoetkoming voor de niet-medische kosten en voor de bijkomende uitgaven die het gevolg zijn van de verminderde

zelfredzaamheid van ouderen en het afhankelijk worden van anderen bij het verrichten van de dagelijkse levensactiviteiten. Dergelijke verzekering dient bijgevolg de kosten te dekken van de nieuwe risico's, behoeften en zorgvormen die het gevolg zijn van de sterke vergrijzing van de bevolking. Daar dergelijke verantwoordelijkheid, in al haar aspecten, door de gehele samenleving moet worden gedragen, moeten ook de jongere bevolkingscategorieën die langdurige en zware zorgen behoeven hierop een beroep kunnen doen.

2. De meerwaarde van een zorgverzekering

De zorgverzekering heeft natuurlijk tot doel om de financiële lasten van de niet-medische kosten van de zorgbehoevende te drukken. Zij heeft echter ook nog andere, zij het ondergeschikte, doelstellingen. Vandaag wordt het aanbod van zorgverlening gekenmerkt door een schrijnend tekort aan zorgverleners, laten we maar zeggen erkende en gesubsidieerde hulp. Dit is onder meer het gevolg van de in het verleden gevoerde politiek van de overheid omwille van een tekort aan financiële middelen. De nieuwe input van middelen als gevolg van de zorgverzekering moet hieraan kunnen verhelpen. Het aanbod van zorgverleners zal als gevolg van deze incentive sterk gaan toenemen. Bovendien zal de keuzevrijheid van de zorgbehoevende tussen de financiële tussenkomst of de tenlasteneming van de kosten voor zorg in natura tot gevolg hebben dat de kwaliteit van de zorgverlening toeneemt en dat de zorgverlening meer cliëntgericht zal gebeuren. Een grotere flexibilisering maakt hiervan deel uit. Het monopolie van de erkende zorgverlening wordt immers doorbroken, wat leidt tot concurrentie, dus tot verbetering van kwaliteit en een meer klantvriendelijk beleid. Ten slotte en niet onbelangrijk, zal dankzij de zorgverzekering de zorgbehoevende meer greep krijgen of behouden op zijn leven, op hoe hij wil omgaan met zijn afhankelijkheid en hoe hij deze afhankelijkheid gezien zijn concrete situatie het best kan opvangen. Zijn keuze om in zijn thuismilieu te verblijven, wordt in elk geval vergroot ofschoon de zorgverzekering ook, tegemoetkomt in de niet-medische kosten van wie verblijft in intra- of transmurale bejaardenvoorzieningen¹. De versterking van de thuiszorg die men zo bereikt, is zeker een antwoord op de uitdaging van de demografische explosie en de betaalbaarheid hiervan.

¹ WEEKERS, S. en PIJL, M., "Home care and care allowances in the European Union", NIZW.

3. Beginselen

De beginselen die de zorgverzekering onderbouwen, dienen in algemene zin een inter- en intragenerationeel karakter te vertonen waardoor voor eenieder een gelijke sociale bescherming kan worden gewaarborgd.

1. De indieners wensen een verplichte aansluiting van eenieder die woont in het Nederlandse taalgebied en een facultatieve aansluiting van wie woont in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Een niet-verplichte verzekering zou er immers toe leiden dat talrijke personen op jonge en middelbare leeftijd niet geneigd zullen zijn dergelijke verzekering aan te gaan omdat ze juist dan de noodzaak er niet van inzien. Vanzelfsprekend zullen zij het dan ook zijn die op oudere leeftijd met heel wat problemen zullen geconfronteerd worden, mocht er omwille van omstandigheden zorgbehoefendheid ontstaan. Een ander te vermijden aspect is dat enkel diegenen die een groot gezondheidsrisicoprofiel vertonen tot dergelijke verzekeringsvorm zouden toetreden. Dat laatste zou onmiskenbaar een invloed uitoefenen op de hoogte van de verzekeringspremie. Een verplichte aansluiting vanaf 25 jaar impliceert een verplichte solidariteit tussen zelfredzamen en zorgbehoevenden.

2. Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming wordt geen leeftijdsvoorwaarde gesteld. Het beperken van de doelgroep tot de groep van de 65-plussers zou het nadeel in zich dragen dat de zorguitgaven te zeer worden afgewenteld op de arbeidende gemeenschap en de jongere generatie. Indien nodig zouden zij er dan zelf geen beroep op kunnen doen.

3. Het bepalen van de uiteindelijke zorgbehoefte moet worden losgekoppeld van de woonvorm. Dit betekent dat zowel de extramurale, intramurale en transmurale zorg in aanmerking komen.

4. De zorgbehoevende heeft na de indicatiestelling een keuzemogelijkheid tussen enerzijds een bedrag dat wordt uitgekeerd en anderzijds een tenlasteneming door de zorgverzekering van een aantal uren zorg gepresteerd door professionele zorgverleners. Deze keuzevrijheid laat de zorgbehoevende een grote vrijheid in het omgaan met zijn afhankelijkheid en het ondervangen van die afhankelijkheid. Bij velen rijst de vraag naar een correct gebruik van een tegemoetkoming. Uit het onderzoek van Weekers en Pijl blijkt misbruik minimaal te bestaan. De auteurs stellen zich echter de fundamentele vraag wat belangrijker is: de zekerheid dat het geld correct is gebruikt, wat bijkomende kosten in-

zake controle met zich brengt, dan wel de vrije keuze van de zorgbehoevende.

5. De indieners leggen de mantelzorgers geen bepaalde voorwaarden op. Er moet immers op gewezen worden dat het overgrote deel – meer dan 70 %² – van de afhankelijke zorgbehoevenden vandaag verzorgd wordt door mantelzorgers. Het zou verkeerd zijn deze tendens te doorbreken door onrealistische voorwaarden aan mantelzorgers op te gaan leggen. De afhankelijkheidsgraad blijft in dit voorstel doorslaggevend voor de bepaling van het persoonsgebonden zorgbudget. Uit de studie van Badelt (1997) met betrekking tot de situatie in Oostenrijk blijkt dat misbruiken alleen in een beperkt aantal gevallen voorkomen.

6. De tegemoetkoming ten laste van de zorgverzekeraar is een persoonsgebonden zorgbudget dat ofwel de vorm aanneemt van een bedrag dat wordt uitgekeerd ofwel van een tegemoetkoming die rechtstreeks door de zorgverzekeraar wordt uitgekeerd aan de professionele zorgverlener. De indieners verkiezen uitdrukkelijk niet te werken met zorgcheques, gelet op de enorme administratie die dit teweegbrengt. Hierbij kan verwezen worden naar het Nederlandse systeem waarbij voor een beperkt bedrag gebruik gemaakt wordt van een uitkering in cash.

7. De indieners bouwden in het voorgestelde systeem van zorgverzekering een controle a priori in met het oog op de beheersbaarheid van de uitgaven. Zij werken daarbij met een voorstel van zorgindicatie, waarbij enerzijds de behandelende geneesheer de afhankelijkheidsgraad vaststelt en anderzijds de zorgexpert het zorgplan opstelt. De toetsing van beiden aan elkaar laat de verzekeraar toe na te gaan of het voorstel van indicatie aanvaardbaar is. Met andere woorden, een laatste controle situeert zich op het niveau van de zorgverzekeraar.

8. Tenslotte laat dit voorstel de zorgverzekeraar toe om aanvullende zorgverzekeringen aan te bieden. Dit geeft de mensen de mogelijkheid om op totaal vrijwillige basis te voorzien in een bijkomende zorgverzekering als aanvulling op de basiszorgverzekering.

² LEROY, X. en NEIRYNCK, I., "Eindverslag Sociale Solidariteit en Gezondheid van de bejaarde. Deel 1".

4. De organisatie van de zorgverzekering

4.1. Het Zorg- en Vereveningsfonds

Het Zorg- en Vereveningsfonds is belast met het aanleggen van reserves om in een overgangsfase de zorgverzekering te financieren. In de algemene uitgavenbegroting 1999 heeft de Vlaamse regering voorzien in een reservatie van 4 miljard frank. In de komende jaren zal een gelijkaardige dotatie voorzien worden in de begroting. In deze overgangsfase zal de taak van het Zorg- en Vereveningsfonds erin bestaan om op grond van nog vast te leggen parameters de middelen te verdelen tussen de zorgverzekeraars die hiermee heel concreet zullen tegemoetkomen in de niet-medische kosten van zorgbehoevenden. In een latere fase zal het fonds belast worden met het beheer van de dotatie van de Vlaamse Gemeenschap, die tot doel heeft de werkingskosten voor de zorgverzekeraars en de tegemoetkoming van de overheid in de bijdragen voor diegenen die een inkomen genieten dat lager is dan of gelijk aan het bestaansminimum, te financieren. Bovendien zal dit fonds optreden als vereveningsmechanisme tussen de zorgverzekeraars op grond van het profiel van het ledenbestand van de zorgverzekeraar. Op die manier krijgen de zorgverzekeraars die onder hun leden meer zwaar zorgbehoevenden tellen bijkomende middelen ter beschikking. Ten slotte oefent het fonds een controlefunctie uit ten aanzien van de zorgverzekeraars met betrekking tot het aanwenden van de overheidsmiddelen door de zorgverzekeraars.

4.2. De zorgverzekeraar

Volgende instanties kunnen een zorgverzekering inrichten : de ziekenfondsen, de Kas der Geneeskundige Verzorging en de private verzekeraars. De zorgverzekeraar int bij zijn verzekerden die een inkomen genieten hoger dan het bestaansminimum, een forfaitaire bijdrage die leeftijdsgerelateerd is. De zorgverzekeraar is eveneens belast met het uitkeren van de persoonsgebonden zorgbudgetten en het beheer van de dossiers van de aanvragers.

De omvang van de te innen bijdragen kan niet beïnvloed worden door de gezondheidstoestand van de verzekerde. De hoogte van de maximumbijdrage wordt bepaald door de Vlaamse regering op grond van de volgende criteria : het aantal zorgbehoevenden, de loonkost van de zorgverleners, de gemiddelde afhankelijkheidsgraad, het totaal van de uitgekeerde persoonsgebonden zorgbudgetten.

Noch de private verzekeraar noch het ziekenfonds of de Kas der Geneeskundige Verzorging mogen aan risicoselectie doen. Met andere woorden, zij hebben een acceptatieplicht.

Het staat de instanties die een zorgverzekering inrichten vrij om, naast de basiszorgverzekering zoals omschreven in dit decreet, een aanvullende zorgverzekering aan te bieden.

5. Het meten van de zorgbehoevendheid

De financiële leefbaarheid en beheersbaarheid van de zorgverzekering zullen in grote mate bepaald worden door het correct en op een uniforme wijze meten van de effectieve zorgbehoevendheid. Dat idee veronderstelt éénvormigheid en controle.

De vooropgestelde eenvormigheid kan slechts bekomen worden indien elke behandelende geneesheer de afhankelijkheidsgraad bepaalt aan de hand van een door de Vlaamse regering erkend evaluatie-instrument dat bedoelde afhankelijkheid beoogt te meten.

De keuze voor de behandelende geneesheer om de afhankelijkheidsgraad vast te stellen, moet garanties bieden opdat de bepaling van de afhankelijkheidsgraad geen momentopname zou zijn. Bovendien is de geneesheer het best geplaatst om het evolutieve karakter van de meestal chronisch degeneratieve aandoeningen te evalueren.

Een correcte zorgindicatie steunt op een correcte vaststelling van de afhankelijkheidsgraad door de behandelende geneesheer en op het zorgplan opgesteld door de zorgexpert (bestaande voorzieningen, erkende zorgverstrekkers). De bestaande erkende voorzieningen, zoals de diensten voor gezinshulp en de lokale en regionale dienstencentra, krijgen het opmaken van een zorgplan als bijkomende taak opgelegd vanuit de Vlaamse Gemeenschap.

Het voorstel van zorgindicatie dat ingediend wordt bij de zorgverzekeraar omvat de beide luiken, zijnde de vaststelling van de afhankelijkheidsgraad en het zorgplan, waardoor dit instrument een interne controle mogelijk maakt. De zorgexpert en de behandelende geneesheer dienen het voorstel van zorgindicatie in bij de zorgverzekeraar, die beschikt over een termijn van 30 dagen om hierover een uitspraak te doen en de definitieve zorgindicatie te bepalen.

Een afwijzing van het voorstel dient met redenen omkleed te worden. Dat kan gebeuren na de handelende geneesheer en/of de zorgexpert schriftelijk om inlichtingen te hebben verzocht.

Een definitieve afwijzing kan pas worden uitgesproken na beoordeling van een nieuw voorstel van zorgindicatie. De definitieve afwijzing kan slechts nadat een geneesheer erkend door de Vlaamse regering de zorgbehoevendheid heeft vastgesteld en geëvalueerd en nadat het voorstel van zorgindicatie werd verworpen.

Op vraag van de betrokkene kan de zorgindicatie zesmaandelijks opnieuw bepaald worden in functie van de evolutie van de zorgbehoevendheid van de aanvrager.

Gelet op de delicateit van de informatie met betrekking tot de zorgbehoevende, waarover zorgverzekeraar en zorgexpert beschikken, is het belangrijk dat de privacy van de betrokkene gerespecteerd wordt. Daarom hebben de indieners het nodig geacht hiervoor specifiek een artikel in het voorstel van decreet in te schrijven.

6. Het persoonsgebonden zorgbudget

De zorgverzekering voorziet in een tegemoetkoming in de niet-medische zorgkosten waarvan de omvang wordt bepaald door de Vlaamse regering. De omvang van de tegemoetkoming kan verdeeld worden in categorieën die corresponderen met de zorgindicatie die aan de zorgbehoevende werd toegekend. Na vaststelling van de zorgindicatie beschikt de zorgbehoevende over de mogelijkheid om te kiezen tussen enerzijds een uitkering of anderzijds de tenlasteneming door de zorgverzekeraar van een gedeelte van de kosten van de niet-medische zorgen verstrekt door een professionele zorgverlener.

De uitkering, die over het algemeen lager ligt dan de tegemoetkoming in de verstrekte zorg door hulpverleners, stelt de zorgbehoevende in staat zijn mantelzorger financieel te vergoeden voor de verleende zorg.

De keuzevrijheid tussen deze twee alternatieven laat zorgbehoevenden toe greep te houden op de organisatie van hun leven. Het laat hun toe de zorg zo te organiseren dat hun afhankelijkheid in hun concrete situatie op de best mogelijke wijze wordt opgevangen.

Rond het thema van een uitkering of een vergoeding van gemaakte kosten rijzen twee belangrijke vragen.

Ten eerste vragen sommigen zich af of er geen misbruik of verkeerd gebruik zal gemaakt worden indien een forfaitair bedrag wordt uitgekeerd. Deze mogelijkheid is natuurlijk nooit uit te sluiten, maar door te werken met een zorgindicatie waarbij de handelende geneesheer, de zorgexpert en de zorgverzekeraar betrokken zijn, is een interne controle ingebouwd.

Een tweede vraag die rijst, is waarom de tegemoetkoming lager kan zijn dan de tenlasteneming van een gedeelte van de kosten van de zorg verleend door professionele zorgverleners. De kostprijs van de zorg die kan bekomen worden op de markt zal altijd lager liggen dan de kostprijs van professionele zorgverleners die zijn ingebed in een organisatie. Bovendien is de tegemoetkoming te beschouwen als een vergoeding voor de mantelzorger die voorheen meestal onbezoldigd zorg verleende. Deze tegemoetkoming is een eerste, zij het bescheiden, aanzet tot erkenning van de mantelzorger.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid. De zorgverzekering zijnde de instelling van een verzekering met als doel tegemoet te komen in de niet-medische kosten ten voordele van zorgbehoevenden, behoort tot het domein van de bijstand aan personen waarvoor de Gemeenschappen bevoegd zijn krachtens artikel 5, § 1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

Artikel 2

Dit artikel definieert een aantal begrippen.

Artikel 3

Dit artikel geeft de doelstelling aan van de zorgverzekering, met name het tussenkomen in de kosten van de niet-medische zorgen verleend ten gevolge van afhankelijkheid.

Artikel 4

Met betrekking tot het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, wordt het statuut van de instellingen die zich bezig houden met de persoonsgebonden aangelegenheden bepaald door de organisatie, te weten de interne structuur van die instelling. De Raad van State kant zich evenwel tegen de zienswijze dat de gemeenschapsaanhorigheid en de gevolgen ervan ontstaan op het moment van erkenning van zulk een instelling door één van beide Gemeenschappen. Volgens de Raad is de bepaling van artikel 128, § 2, van de Grondwet wezenlijk een bepaling betreffende het geldingsgebied van de gemeenschapsdecreten inzake persoonsgebonden aangelegenheden. Hieruit resulteert dat niet enkel het wijzigen van die regel maar ook het omschrijven van wat verstaan dient te worden onder "instellingen die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd als uitsluitend behorend tot de ene of de andere Gemeenschap" buiten het bereik van de decreetgever ligt. Om praktische redenen wordt er wel aanvaard dat de decreetgever criteria vaststelt aan de hand waarvan bij voorbaat uitgemaakt kan worden of een instelling tot een bepaalde Gemeenschap behoort, met dien verstande dat dergelijke criteria slechts een enuntiatief karakter vertonen. Een instelling kan dus steeds de indeling bij een bepaalde Gemeenschap aanvechten op basis van artikel 128, § 2, van de Grondwet. Dit houdt in dat de instellingen de facto zelf de keuze kunnen maken. De draagwijdte van deze bepaling komt tegemoet aan dit gegeven. De juridische constructie van "vereniging zonder winstoogmerk" kan zich als aparte entiteit desgevallend laten beschouwen als uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap.

Artikel 5

Om aanspraak te maken op een tussenkomst ten laste van de zorgverzekering moet de aanvrager :

- 1° afhankelijk zijn ;
- 2° aangesloten zijn bij een zorgverzekeraar naar keuze ;
- 3° werkelijk verblijven in het Nederlands taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 4° geen tenlasteneming vragen bij een andere zorgverzekeraar van dezelfde kosten ;

5° geen tussenkomst genieten voor dezelfde kosten op grond van een andere wetgeving.

Artikel 6

Dit artikel regelt de oprichting van het Zorg- en Vereveningsfonds en bepaalt het statuut ervan.

Artikel 7

Deze bepaling expliciteert de verplichtingen die aan de Vlaamse regering worden opgelegd.

Artikel 8

De structuur van de zorgverzekering bestaat uit enerzijds een Zorg- en Vereveningsfonds dat als taak heeft de overheidsmiddelen te verdelen over de zorgverzekeraars en de nodige controle uit te voeren en anderzijds zorgverzekeraars – ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen – die belast worden met de kapitalisatie van de bijdragen van de verzekerden en het uitkeren van de tegemoetkomingen ten voordele van de zorgbehoevenden.

Het Zorg- en Vereveningsfonds zal in de opstartfase, met name vanaf het jaar 2000 tot 2007, de middelen die het heeft verworven uit de jaarlijkse dotaties van de Vlaamse Gemeenschap moeten verdelen onder de zorgverzekeraars opdat deze uitkeringen zouden kunnen doen. Ondertussen is het fonds belast met het beheer van dit startkapitaal, de verdeling van de werkingskosten onder de zorgverzekeraars, de verdeling van de dotatie van de Vlaamse Gemeenschap, bedoeld als tegemoetkoming in de bijdrage van de verzekerde met een inkomen lager dan of gelijk aan het bestaansminimum, ten voordele van de zorgverzekeraar en de controle op de zorgverzekeraars.

Artikel 9

De middelen van het Zorg- en Vereveningsfonds bestaan uit een dotatie van de Vlaamse Gemeenschap, met het oog op het opbouwen van een startkapitaal om in de overgangsfase de persoonsgebonden zorgbudgetten te financieren, de financiering van de werkingskosten van de zorgverzekeraars en van de premies van de aangeslotenen wier

inkomen lager dan of gelijk is aan het bedrag van het bestaansminimum.

Artikel 10

Overwegende dat iedereen in het Nederlands taalgebied verplicht is zich aan te sluiten bij een zorgverzekeraar, bestaat er voor een aantal instanties de mogelijkheid om een zorgverzekering in te richten, met name de ziekenfondsen, de Kas voor Geneeskundige Verzorging en de private verzekeringsmaatschappijen.

Artikel 11

De zorgverzekeraar wordt erkend op grond van een aantal voorwaarden.

Artikel 12

Dit artikel regelt de manier waarop de zorgverzekeraars zich financieren. Het gaat hier met name om tegemoetkomingen van het Zorg- en Vereveningsfonds (werkingsmiddelen, eventuele compensatie voor het risicoprofiel van het ledenbestand, tenlasteneming van de bijdragen van de aangeslotenen met een inkomen dat niet hoger ligt dan het bestaansminimum, deel van de rente in het startkapitaal teneinde ook reeds in de overgangsfase uitkeringen te kunnen doen) enerzijds en om bijdragen van de verzekerden anderzijds.

Een gezond evenwicht tussen verzekeringstechnische en maatschappelijke solidariteit is van wezenlijk belang. Deze laatste komt vooral tot uitdrukking in de dotatie aan het Zorg- en Vereveningsfonds vanuit de algemene middelen, die dient om naar de zorgverzekeraar toe enerzijds de bijdragen van de minvermogenden ten laste te nemen en anderzijds om ook reeds in de trapsgewijs te verruimen overgangsregeling uitkeringen te kunnen voorzien voor de categorie van de zeer zwaar zorgbehoevenden. Tot dekking van deze uitkeringen zal het zorgfonds in de overgangsfase een deel van de rente op het startkapitaal doorstorten aan de verzekeraars.

De huidige generatie actieven van haar kant draait niet alleen op voor de lasten van een kolossale, niet door haar veroorzaakte, "zichtbare" overheidsschuld van ruim 11.000.000.000.000 frank maar daarbovenop ook voor de "onzichtbare" pensioen-

schuld van nog eens 11.000.000.000.000 frank. In een intergenerationeel perspectief zou het dan ook volledig onaanvaardbaar zijn dat deze generatie ook nog betaalt voor de zorgbehoevenden van vandaag maar later zelf niet meer op een volwaardige wijze van de verzekering kan genieten.

Het voorstel voorziet daarom in de aanleg van een socio-demografische financiële reserve als buffer tegen de toekomstige "zorgverzekeringsschuld". Die reserve wordt door de zorgverzekeraars opgebouwd door de geïnde bijdragen vanaf het begin maximaal te kapitaliseren. Om al te eenzijdige of riskante beleggingen te vermijden, kan de Vlaamse regering wel bepaalde criteria voor risicospreiding en -beheer van de portefeuille vastleggen (minimum- en maximumpercentages voor aandelen, obligaties, afgeleide producten, overheidspapier, deelbewijzen, binnen- en buitenlandse effecten, enzovoort).

Niet alleen sociologisch, ook financieel is een kapitalisatiestelsel sterk aangewezen. De praktijk heeft al ten overvloede uitgewezen dat het rendement van een oordeelkundig beheerde portefeuille vooral op langere termijn aanzienlijk hoger uitvalt dan de interestvoet op overheidsobligaties. Dat wil zeggen dat een kapitalisatiesysteem over bv. 15 jaar interessanter is dan een repartitiestelsel waarbij de geïnde bijdragen jaar na jaar worden aangewend om de lopende uitgaven (uitkeringen, werkingskosten, ...) van het jaar zelf te dekken.

Idealiter zouden de verschillende zorgverzekeraars tegen het moment dat de (financiële) gevolgen van de vergrijzing zich het sterkst beginnen te doen gevoelen (ca. 2012) voldoende reserves hebben opgebouwd om van dan af hun jaarlijkse lopende behoeften te dekken met :

- 1° de tegemoetkomingen uit het zorgfonds ;
- 2° de jaarlijks geïnde bijdragen ;
- 3° de beleggingsopbrengsten van de portefeuille.

In dit scenario zouden bijdragen, zorgfondstegemoetkoming en uitkeringen dus zodanig bepaald worden dat er nooit ingeteerd hoeft te worden op het kapitaal zelf.

Artikel 13

Dit artikel verduidelijkt de opdrachten van de zorgverzekeraar. Naast het innen en beheren van

de bijdragen wordt hij ook belast met het behandelen van de aanvragen tot het bekomen van een persoonsgebonden zorgbudget.

Artikel 14

De bijdrage van de aangeslotene is een jaarlijks te betalen bedrag dat wordt bepaald in functie van de leeftijd. De bijdrage is verschuldigd vanaf de leeftijd van 25 jaar. Het maximumbedrag van de bijdrage wordt bepaald door de Vlaamse regering. Voor de aangeslotenen wier inkomen lager ligt dan of gelijk is aan het bestaansminimum, wordt de premie betaald door het Zorg- en Vereveningsfonds.

Artikelen 15 en 16

De omvang van het persoonsgebonden zorgbudget wordt bepaald in functie van de zorgindicatie die op haar beurt bepaald wordt op grond van het voorstel van zorgindicatie, bestaande uit enerzijds de afhankelijkheidsgraad en anderzijds het zorgplan. De behandelende geneesheer bepaalt de afhankelijkheidsgraad op grond van een afhankelijkheidsschaal. Deze schaal is een door de Vlaamse overheid op te stellen meetinstrument. De afhankelijkheidsschaal heeft tot doel te komen tot een uniform, representatief en niet-discriminerend meetinstrument. De zorgexpert stelt een zorgplan op in verhouding tot de afhankelijkheidsgraad. Deze zorgexpert kan ofwel een erkende voorziening zijn die actief is in de bejaardenzorg, ofwel een erkende dienst in de thuiszorg (bv. de diensten voor gezinszorg, de dienstencentra). Het zorgplan bevat een voorstel van zorgpakket dat in overeenstemming is met de graad van afhankelijkheid van de zorgbehoevende en bedoeld om zijn afhankelijkheid te ondervangen. Indien mantelzorg de voornaamste bron van zorgverlening uitmaakt, zal dit in het zorgplan vermeld worden. Het voorstel van zorgindicatie wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de zorgverzekeraar die binnen de 30 dagen uitspraak doet. Aanvaardt hij het voorstel van zorgindicatie, dan spreken we over de zorgindicatie. Een afwijzing moet steeds gemotiveerd zijn. Om een voorstel af te wijzen heeft de zorgverzekeraar een aantal instrumenten ter beschikking. Zo kan hij mondeling of schriftelijk inlichtingen inwinnen bij de behandelende geneesheer en/of zorgexpert of kan hij beslissen zich zelf te gaan vergewissen van de toestand van de aanvrager. Bij een afwijzing wordt een beroep gedaan op een erkende geneesheer, die een nieuw voorstel van zorgindicatie uitwerkt nadat hij zich heeft vergewist van de

toestand van de zorgbehoevende. Indien de zorgverzekeraar ook dan nog weigert een persoonsgebonden zorgbudget uit te keren, kan de aanvrager via de gewone juridische weg zijn rechten afdwingen. De Vlaamse regering erkent deze geneesheren.

Artikel 17

Na de indicatiestelling heeft de aanvrager de keuze tussen ofwel een forfaitair bedrag ofwel een tenlasteneming door de zorgverzekering van de zorg verleend door professionele niet-medische zorgverleners. De forfaitaire uitkering zal steeds lager liggen dan het bedrag van de tenlasteneming door de zorgverzekering.

Artikel 18

De niet-medische kosten die ten laste kunnen worden genomen, bestaan uit zowel materiële hulp als uit extramurale, intramurale en transmurale bijstand door erkende diensten en zorgverleners of door mantelzorgers.

Artikel 19

Dit artikel beschermt de gegevens die de zorgbehoevende in verband met zijn toestand dient kenbaar te maken.

Artikel 20

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Yolande AVONTROODT

André DENYS

Dirk VAN MECHELEN

Etienne DE GROOT

VOORSTEL VAN DECREET

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

In dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° zorgbehoevende : elkeen die zich in een toestand van afhankelijkheid bevindt ;
- 2° afhankelijkheid : toestand waarin de zorgbehoevende als gevolg van fysieke, mentale of psychische beperkingen niet langer in staat is zich autonoom te behelpen voor het verrichten van de activiteiten van het dagelijks leven en daarvoor een beroep doet op materiële hulp of hulp verleend door derden ;
- 3° niet-medische zorg : materiële hulpmiddelen en dienstverleningsvormen die hulp en bijstand aan personen verlenen die niet ten laste worden genomen krachtens andere normerende bepalingen ;
- 4° zelfzorg : beslissingen en acties van een natuurlijk persoon in het dagelijks leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften en dus in de zelfhandhaving ;
- 5° zorgverzekering : overeenkomst waarbij de zorgverzekeraar zich jegens de verzekerde ertoe verbindt om, tegen betaling van een premie, geheel of gedeeltelijk de kosten, voortvloeiend uit de niet-medische zorg, te vergoeden wanneer de verzekerde, ten gevolge van een verminderd vermogen tot zelfzorg, een beroep doet op niet-medische zorgvormen ;
- 6° zorgverzekeraar : door de Vlaamse regering erkende instelling die instaat voor de organisatie van de doelstelling van dit decreet ;
- 7° persoonsgebonden zorgbudget : tegemoetkoming die de zorgbehoevende geniet in de kosten die uit de niet-medische zorg voortvloeien ;
- 8° mantelzorg : niet-verloonde niet-medische zorg die op systematische wijze geboden wordt door burens, familie, vrienden ;
- 9° professionele zorgverlener : de natuurlijke persoon die op een professionele basis niet-medische zorg verstrekt ;
- 10° zorgexpert : de erkende voorziening die het zorgplan opstelt ;
- 11° zorgplan : het zorgpakket dat in verhouding tot de afhankelijkheidsgraad wordt bepaald ;
- 12° voorstel van zorgindicatie : de afhankelijkheidsgraad zoals vastgesteld door de behandelende geneesheer en het zorgplan zoals voorgesteld door de zorgexpert ;
- 13° zorgindicatie : het definitief vaststellen van de omvang van de niet-medische zorg aan de aanvrager door de zorgverzekeraar op basis van het voorstel van zorgindicatie ;
- 14° afhankelijkheidsgraad : de mate van een verminderd vermogen tot zelfzorg ;
- 15° afhankelijkheidsschaal : evaluatie-instrument dat de afhankelijkheid meet ;
- 16° extramurale zorg : het geheel van dienstverlening die de zorgbehoevende ontvangt in zijn thuismilieu of inwonend bij familie ;
- 17° intramurale zorg : het geheel van dienstverlening die de zorgbehoevende ontvangt in voorzieningen die, naast huisvesting, een gehele of gedeeltelijke medische en huishoudelijke verzorging aanbieden ;
- 18° transmurale zorg : het geheel van dienstverlening die de zorgbehoevende ontvangt en die zich bevindt tussen het individueel zelfstandig wonen of eventueel het inwonen bij familie enerzijds en het verblijf in residentiële opvangvormen anderzijds.

HOOFDSTUK II

Doelstellingen en toepassing

Artikel 3

Er wordt een zorgverzekering ingesteld met als opdracht om ten voordele van zorgbehoevenden tegemoet te komen in de persoonlijke bijdrage voor de niet-medische zorg die voortvloeit uit een toestand van afhankelijkheid.

Artikel 4

De personen die de volle leeftijd van 25 jaar hebben bereikt en hun woonplaats hebben in het Vlaamse Gewest, zijn ertoe gehouden een zorgverzekering af te sluiten ; zij die de volle leeftijd van 25 jaar hebben bereikt en hun woonplaats hebben in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, kunnen een verzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die zich tot de Vlaamse Gemeenschap heeft bekend.

Artikel 5

Om aanspraak te maken op een persoonsgebonden zorgbudget ten laste van de zorgverzekering moet de aanvrager voldoen aan de volgende voorwaarden :

- 1° verkeren in een toestand van afhankelijkheid die, conform dit decreet, aanleiding geeft tot een tegemoetkoming ten laste van een zorgverzekeraar ;
- 2° aangesloten zijn bij een zorgverzekeraar ;
- 3° werkelijk verblijven in het Vlaamse Gewest of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad ;
- 4° geen tenlastenemingen volgens de bepalingen van dit decreet aanvragen bij een andere zorgverzekeraar in het lopende jaar ;
- 5° op basis van andere wettelijke, decretale of reglementaire bepalingen geen aanspraak hebben 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 bij voorrang doen gelden.

HOOFDSTUK III

De organisatie

AFDELING 1

Het Zorg- en Vereveningsfonds

Artikel 6

Er wordt een Zorg- en Vereveningsfonds met rechtspersoonlijkheid opgericht, hierna het fonds te noemen.

De bepalingen van de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut in verband met de begroting, de rekeningen, het comptabiliteitsstelsel, het gezag en de controle op de instellingen van categorie A zijn op het fonds van toepassing.

Artikel 7

De Vlaamse regering stelt de nodige diensten, uitrusting, installatie en personeelsleden ter beschikking van het fonds.

De Vlaamse regering stelt jaarlijks het verslag betreffende de werking en het beheer van het fonds op. Dat verslag wordt aan het Vlaams Parlement meegedeeld voor 30 juni van het daaropvolgende jaar.

Artikel 8

Het fonds heeft als opdracht :

- 1° het startkapitaal aanleggen en beheren met het oog op de financiering van de zorgverzekering in de overgangsfase.

De Vlaamse regering bepaalt de duur van de overgangsfase en de verdeling van de middelen onder de zorgverzekeraars met het oog op het uitkeren van het persoonsgebonden zorgbudget in de overgangsfase. De Vlaamse regering regelt het beheer van de financiële reserves en de verdeling ervan onder de zorgverzekeraars ;

- 2° de administratiekosten aan de zorgverzekeraars uitkeren. De Vlaamse regering bepaalt de para-

meters voor de verdeling van de werkingskosten ;

- 3° de dotatie ten laste van de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap beheeren met het oog op de financiering van de gehele of gedeeltelijke bijdrage van de aangeslotenen met een inkomen lager dan of gelijk aan het bestaansminimum ;
- 4° als compensatiefonds optreden om structurele verschillen in risico's tussen de zorgverzekeraars te compenseren. De Vlaamse regering legt parameters vast voor de compensatie tussen de verschillende zorgverzekeraars ;
- 5° controle uitoefenen op het beheer, de werking en de financiële situatie van de zorgverzekeraars, onverminderd de controle door de Controledienst der Verzekeringen en de Controledienst der Ziekenfondsen.

Artikel 9

Het fonds wordt gefinancierd door een dotatie ten laste van de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap.

AFDELING 2

De zorgverzekeraar

Artikel 10

Kunnen een zorgverzekering inrichten :

- 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 hele territorium van het Nederlandse taalgebied en/of 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 en die actief zijn in het hele territorium van het Nederlandse taalgebied en/of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Artikel 11

De Vlaamse regering erkent een zorgverzekeraar volgens de regels die zij bepaalt betreffende de toekenning, weigering, verlenging, intrekking en schorsing van de erkenning.

Om erkend te worden als zorgverzekeraar moeten de inrichters als bedoeld in artikel 10, 1° en 2°, voldoen aan de volgende voorwaarden :

- 1° een vereniging zonder winstoogmerk oprichten die, ten aanzien van de instanties bedoeld in artikel 10, volledig gescheiden wordt beheerd op het gebied van boekhouding en financiële middelen ;
- 2° als ze actief zijn in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, wegens hun organisatie beschouwd worden als uitsluitend behorend tot de Vlaamse Gemeenschap ;
- 3° elk verzoek tot aansluiting aanvaarden ;
- 4° het totale verbod van risicoselectie in acht nemen ;
- 5° geen andere activiteiten ontplooien dan die vermeld in artikel 13.

Om erkend te worden als zorgverzekeraar moeten de verzekeringsondernemingen, als bedoeld in artikel 10, 3°, voldoen aan de voorwaarden bepaald in het tweede lid, 1°, 3°, 4° en 5°, van dit artikel.

Artikel 12

De zorgverzekeraar verwerft zijn financiële middelen uit :

- 1° het aandeel hem toegekend door het fonds en bestaande uit :

- a) de vergoeding van werkingskosten toegekend door het fonds ;
 - b) het totaal van de tegemoetkoming van het fonds in de premies van de aangeslotenen met een inkomen lager dan of gelijk aan het bestaansminimum ;
 - c) de compensatie ter eliminatie van de verschillen in risico tussen de zorgkassen ;
 - d) het aandeel in de rente van de reserves met het oog op de financiering van de uitkeringen, volgens door de regering te bepalen parameters ;
- 2° de bijdragen te betalen door de aangeslotenen. De bijdragen worden gekapitaliseerd volgens de voorwaarden die de Vlaamse regering bepaalt ;
- 3° de beleggingsopbrengsten van zijn portefeuille.

Artikel 13

De zorgverzekeraar heeft als taak :

- 1° de bijdragen van de aangeslotenen te innen en te beheren zoals bepaald in artikel 12 ;
- 2° de aanvragen voor een persoonsgebonden zorgbudget van de aangeslotenen te onderzoeken ;
- 3° de persoonsgebonden zorgbudgetten aan de rechthebbenden uit te keren.

HOOFDSTUK IV

De bijdrage

Artikel 14

De bijdrage van de verzekerde is een jaarlijks te betalen bedrag waarvan de grootte wordt bepaald in verhouding tot de leeftijd van de verzekerde. Het bedrag van de bijdrage kan niet afhankelijk gesteld worden van de risicograad van de verzekerde.

De Vlaamse regering bepaalt het maximumbedrag van de bijdrage en houdt daarbij rekening met de

volgende criteria : het aantal zorgbehoevenden, de loonkosten, de gemiddelde afhankelijkheidsgraad en het totaal van de uitgekeerde persoonsgebonden zorgbudgetten. De bijdrage is niet verschuldigd door de aangeslotenen met een inkomen lager dan of gelijk aan het bestaansminimum. De bijdrage van die aangeslotenen wordt betaald door het fonds.

HOOFDSTUK V

De zorgindicatie

Artikel 15

Het persoonsgebonden zorgbudget wordt berekend op grond van de zorgindicatie van de zorgbehoevende.

De afhankelijkheidsgraad wordt bepaald door de behandelende geneesheer die daarvoor gebruik maakt van een afhankelijkheidsschaal die niet discriminerend werkt voor zorgbehoevenden die mantelzorg aangeboden kunnen krijgen. Op verzoek van de zorgbehoevende kan de afhankelijkheidsgraad zesmaandelijks herzien worden.

De afhankelijkheidsschaal wordt door de Vlaamse regering ontwikkeld.

Het zorgplan wordt opgemaakt door de zorgexpert.

Het voorstel van zorgindicatie bestaat uit de vaststelling van de afhankelijkheidsgraad en het zorgplan.

Artikel 16

De behandelende geneesheer en de zorgexpert dienen het voorstel van zorgindicatie bij de zorgverzekeraar in, die, binnen een termijn van dertig dagen, de zorgindicatie vaststelt.

Een afwijzing van het voorstel door de zorgverzekeraar wordt met redenen omkleed. De Vlaamse regering bepaalt de nadere procedureregeling.

Een definitieve afwijzing wordt uitgesproken na beoordeling van een nieuw voorstel van zorgindi-

catie, zoals opgesteld door een erkend geneesheer, nadat hij zich van de toestand van de zorgbehoevende heeft vergewist.

De Vlaamse regering erkent de geneesheren, bedoeld in het derde lid.

Artikel 17

Op grond van de zorgindicatie heeft de zorgbehoevende de keuzemogelijkheid tussen :

- 1° een financiële tegemoetkoming ;
- 2° de tenlasteneming door de zorgverzekeraar van de kosten van de zorg gepresteerd door professionele hulpverleners ten bedrage van het toegerekende persoonsgebonden zorgbudget.

De Vlaamse regering bepaalt de verschillende categorieën van tegemoetkoming en de bedragen van het persoonsgebonden zorgbudget.

Artikel 18

De kosten die door de zorgverzekeraar ten laste genomen kunnen worden, bestaan uit kosten voor materiële hulp en extramurale, intramurale en transmurale bijstand door erkende diensten en zorgverleners, of door mantelzorgers.

HOOFDSTUK VI

Slotbepalingen

Artikel 19

De persoonsgegevens van de zorgbehoevenden die met toepassing van dit decreet worden aangewend, zijn beschermd door artikel 8 van het Europees

Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

Artikel 20

De artikelen 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 en 11 hebben uitwerking met ingang van 1 januari 1999.

Yolande AVONTROODT

André DENYS

Dirk VAN MECHELEN

Etienne DE GROOT