



# HET VLAAMS ZORGFONDS

Jaarverslag 2001 – 2002



# HET VLAAMS ZORGFONDS

Jaarverslag 2001 – 2002



Vlaamse  
zorgverzekering



Vlaamse overheid

# Inhoud

HOOFDSTUK 1	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
HOOFDSTUK 2	<b>Het Vlaams Zorgfonds</b>	<b>5</b>
	2.1. Rechtspersoonlijkheid	5
	2.2. Het projectteam zorgverzekering	5
	2.3. Bevoegdheden en opdrachten	6
	2.4. Overleg- en adviesorganen	9
HOOFDSTUK 3	<b>Werking van het Vlaams Zorgfonds</b>	<b>15</b>
	3.1. De Vlaamse zorgverzekering	15
	3.2. De partners	16
	3.3. Het gevoerd beleid	18
	3.4. Gegevensbeheer	31
HOOFDSTUK 4	<b>Inkomsten en uitgaven van het Vlaams Zorgfonds</b>	<b>37</b>
	4.1. Inkomsten	40
	4.2. Uitgaven	41
	4.3. Over te dragen resultaat voor de jaren 2001 en 2002	49
	4.4. Reservefonds	49
HOOFDSTUK 5	<b>Controle en toezicht van het Vlaams Zorgfonds op de zorgkassen</b>	<b>51</b>
	5.1. Controle op de werking van de zorgkassen	51
	5.2. De boekhoudkundige en financiële controle van de zorgkassen	56
	<b>BIJLAGEN</b>	<b>68</b>
	Bijlage 1 Glossarium	69
	Bijlage 2 Organogram van het projectteam zorgverzekering	70
	Bijlage 3 Coördinaten van de zorgkassen	71
	Bijlage 4 Statistisch overzicht van de zorgverzekering per 31 december 2002	72
	Bijlage 5 Jaarrekening van het Vlaams Zorgfonds per 31 december 2002	83
	Bijlage 6 Geglobaliseerde balans en resultatenrekening van de zorgkassen	86
	Bijlage 7 Overzicht van de relevante wetgeving	90
	Bijlage 8 Inventaris van de parlementaire vragen	92
	Bijlage 9 Contact	95

## HOOFDSTUK 1 Inleiding

De Vlaamse zorgverzekering werd op 1 oktober 2001 opgestart. Ze vindt haar wettelijke basis in het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering. Artikel 21, § 2 van dit decreet bepaalt dat de Vlaamse regering jaarlijks omstandig verslag uitbrengt aan het Vlaams Parlement over de inkomsten en uitgaven en de werking van het Vlaams Zorgfonds.

Dit eerste jaarverslag komt tegemoet aan deze voorwaarde en informeert de leden van het Vlaams Parlement uitgebreid over de statistische, financiële en budgettaire aspecten van de zorgverzekering gedurende de periode oktober 2001 tot en met december 2002.

In dit jaarverslag wordt in hoofdstuk twee vooreerst dieper ingegaan op de opdrachten van het Vlaams Zorgfonds en wordt het projectteam zorgverzekering voorgesteld.

Een derde hoofdstuk bespreekt de werking van het Vlaams Zorgfonds gedurende de periode oktober 2001 tot en met december 2002.

Het hoofdstuk vier geeft een zicht op de inkomsten en uitgaven van het Vlaams Zorgfonds in diezelfde periode.

In het laatste hoofdstuk wordt toegelicht hoe de controle op de zorgkassen is georganiseerd is en worden de inkomsten en uitgaven van de zorgkassen besproken.

2.1.	Rechtspersoonlijkheid	5
2.2.	Het projectteam zorgverzekering	5
2.3.	Bevoegdheden en opdrachten	6
	2.3.1. Subsidiëring van zorgkassen	6
	2.3.2. Beheer van de financiële reserves	6
	2.3.3. Controle van de zorgkassen	7
	2.3.4. Verzamelen van gegevens	7
	2.3.5. Oprichten van een eigen zorgkas	8
2.4.	Overleg- en adviesorganen	9
	2.4.1. De adviesraad	9
	2.4.2. De bezwaarcommissie	10
	2.4.3. Het begeleidingscomité voor de beleggingen	12
	2.4.4. Het periodiek overleg met de zorgkassen	12

## HOOFDSTUK 2 Het Vlaams Zorgfonds

### 2.1. RECHTSPERSOONLIJKHEID

Het Vlaams Zorgfonds is een Vlaamse openbare instelling van het type A opgericht krachtens artikel 11 van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering (Belgisch Staatsblad van 28 mei 1999), later gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001 en 20 december 2002 (hierna het **decreet** genoemd).

De kerntaken van het Vlaams Zorgfonds, zoals bepaald in artikel 11 van het decreet, zijn:

- het verstrekken van subsidies aan de zorgkassen, waarbij het Vlaams Zorgfonds eveneens als compensatiefonds optreedt om structurele verschillen in risico tussen de zorgkassen te compenseren;
- het aanleggen en beheren van reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen;
- het uitoefenen van het toezicht en de controle op het beheer, de werking en de financiële situatie van de zorgkassen;
- het verzamelen en verwerken van gegevens van de zorgkassen die nuttig zijn voor de toepassing van het decreet.

### 2.2. HET PROJECTTEAM ZORGVERZEKERING

De directeur-generaal van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn (GMW) van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, is belast met de leiding, het dagelijkse en het financiële beheer van de instelling. Het dagelijks en financieel beheer wordt door de leidend ambtenaar gedelegeerd aan personeelsleden van zijn administratie, het zgn. projectteam zorgverzekering, die hem in de uitvoering van zijn taken bijstaan.

Conform de bepalingen van artikel 18 van het decreet zijn de leidend ambtenaar en de personeelsleden die meewerken aan de uitvoering van de opdrachten van het Vlaams Zorgfonds gebonden aan het beroepsgeheim.

Het projectteam zorgverzekering is sinds april 2000 operationeel en is geleidelijk uitgebouwd tot een ploeg van 16 personeelsleden (15,5 voltijds equivalenten) zoals blijkt uit onderstaande tabel:

Einde van het kwartaal	Aantal personeelsleden
31/12/2000	4
30/09/2001	5
31/12/2001	8
31/03/2002	13
30/06/2002	13
30/09/2002	14
31/12/2002	16

Een organigram van het projectteam zorgverzekering is gevoegd als bijlage 2 bij dit jaarverslag.

## **2.3. BEVOEGDHEDEN EN OPDRACHTEN**

### **2.3.1. SUBSIDIËRING VAN ZORGKASSEN**

In artikel 17 van het decreet is voorzien dat de zorgkassen een subsidie ontvangen die jaarlijks door het Vlaams Zorgfonds wordt vastgesteld op basis van:

- de som van de effectieve tenlastenemingen;
- gewogen parameters, door de regering te bepalen, die rekening houden met het aantal en het profiel van de aangeslotenen en de gebruikers;
- een forfaitair bedrag ter dekking van de administratieve kosten dat aan de hand van door de regering te bepalen criteria wordt vastgesteld.

De zorgkassen worden in principe verantwoordelijk gesteld voor het financiële evenwicht tussen de inkomsten en de uitgaven. Bij de uitwerking van het subsidiebesluit voor de jaren 2001 en 2002 werd er evenwel voor gekozen geen financiële verantwoordelijkheid in te voeren op vlak van de tenlastenemingen.

De subsidiëring van de zorgkassen wordt geregeld door het besluit van de Vlaamse regering van 19 oktober 2001 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor de jaren 2001 en 2002.

In het besluit is bepaald dat het Vlaams Zorgfonds voor de jaren 2001-2002 aan de zorgkassen een subsidie verstrekt voor:

- het totaal van rechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen na verrekening van de geïnde bijdragen (artikel 6);
- de opstartkosten voor het jaar 2001 ten belope van 2.478.935 euro (artikel 7);
- de opstart- en werkingskosten voor het jaar 2002 ten belope van 6.817.071 euro (artikelen 8, 9 en 10).

Het Vlaams Zorgfonds verstrekt een voorschot op de bovenvermelde subsidies in afwachting van de vaststelling van de definitieve subsidies per 1 juli 2003.

Het Vlaams Zorgfonds verstrekt verder een vergoeding van 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling (artikel 20).

### **2.3.2. BEHEER VAN DE FINANCIËLE RESERVES**

In artikel 11 van het decreet is voorzien dat het Vlaams Zorgfonds verantwoordelijk is voor het aanleggen en beheren van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen. De Vlaamse regering bepaalt de wijze waarop het reservefonds wordt gestijfd en de voorwaarden waaronder en de wijze waarop het reservefonds kan worden aangewend.



Ingevolge artikel 51 van het decreet van 22 december 2000 houdende bepalingen tot begeleiding van de begroting 2001, is vanaf 1 januari 2001 het artikel 9 van het decreet van 16 december 1997 houdende bepalingen inzake kas-, schuld-, en waarborgbeheer van de Vlaamse Gemeenschap niet langer van toepassing op het Vlaams Zorgfonds. Bijgevolg maakt het Vlaams Zorgfonds vanaf 1 januari 2001 geen deel meer uit van het Centraal Financieringsorgaan en kan het op eigen initiatief rekeningen openen bij financiële instellingen.

### **2.3.3. CONTROLE VAN DE ZORGKASSEN**

De controle wordt enerzijds op een administratieve wijze gerealiseerd door het opleggen van:

- de uitbouw van een sluitende interne controle door iedere zorgkas;
- het opstellen van een gedetailleerd boekhoudverslag geïncasseerd door een bedrijfsrevisor;
- het zelf uitvoeren door de zorgkassen van een controle op de aanvragen met een BEL-score ten belope van 10% van de ingediende aanvragen.

Anderzijds voert het Vlaams Zorgfonds controle ter plaatse uit op de aanvraagdossiers voor tenlasteneming, op de uitbetalingen van de tenlastenemingen, op de aanvragen tot vrijstelling van terugvordering en op de correctheid van de gegevensverwerking naar de bestanden A, B en D, die als subsidieaanvraag van de zorgkassen fungeren.

Verder wordt ter plaatse nagegaan of de zorgkassen hun controle op de door de gemachtigde indicatiestellers ingediende facturen naar behoren uitvoeren.

Naast de hierboven beschreven controles moet soms ter plaatse gegaan worden om een klacht ten gronde te kunnen uitzoeken. Meestal kunnen de klachten echter via e-mail of telefonisch overleg met de zorgkassen en de klager behandeld worden.

Onder hoofdstuk vijf worden de in de periode 2001/2002 uitgevoerde controles ter plaatse beschreven.

### **2.3.4. VERZAMELEN VAN GEGEVENS**

Voor het eerste werkingsjaar werd aan de zorgkassen gevraagd om maandelijks zowel samenvattende statistische tabellen (in excel-formaat) als databankgegevens (in tekstformaat) aan te leveren.

De statistische tabellen hebben betrekking op het aantal leden (model A), op het aantal aanvragen en de verwerking ervan (model B) en op de uitbetalingen en de beschikbare kredieten (model C). Aan de zorgkassen werd gevraagd tegen 31 maart 2003 een finale versie van de drie bovenstaande modellen op te sturen, respectievelijk model E, model F en model G genaamd. De statistische gegevens dienen als basis voor de uitbetaling van de voorschotten op de subsidies en voor rapporteringsdoeleinden.

De zorgkassen bezorgen ons eveneens maandelijks databankgegevens over de leden en over de tenlastenemingen. Er bestaan op dit ogenblik lichte afwijkingen tussen de statistische tabellen enerzijds en de maandelijks databankgegevens anderzijds. De analyse van

de databankgegevens levert evenwel waardevolle extra informatie op die onmogelijk uit de statistische tabellen kan afgeleid worden. Daarom werden door het Vlaams Zorgfonds bijkomende statistische tabellen opgemaakt op basis van de databankgegevens.

Vanaf 2003 zullen de zorgkassen enkel de databankgegevens bezorgen aan het Vlaams Zorgfonds dat dan zelf de statistische tabellen zal genereren.

### **2.3.5. OPRICHTEN VAN EEN EIGEN ZORGKAS**

Krachtens artikel 14, laatste zin, van het decreet richt het Vlaams Zorgfonds een eigen zorgkas op. Op 10 mei 2001 werd de Vlaamse Zorgkas opgericht onder de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

De zorgkas neemt de kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening van haar aangesloten leden ten laste en ontplooit alle krachtens het decreet voorgeschreven activiteiten w.o. de voor de zorgkas specifieke opdracht van de ambtshalve aansluiting.

De algemene vergadering van de Vlaamse Zorgkas wordt jaarlijks gehouden ten laatste in de maand april. Zij wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds. Zij telt 9 stemgerechtigde leden die door hun bijzondere bevoegdheid of bedrijvigheid rechtstreeks bijdragen tot de verwezenlijking van het maatschappelijk doel.

De algemene vergadering is bevoegd voor de wijziging van de statuten, de benoeming en de afzetting van de beheerders, de aanvaarding en de uitsluiting van stemgerechtigde leden, de goedkeuring van de begroting en de jaarrekening en de ontbinding van de vereniging.

De raad van beheer van de Vlaamse Zorgkas is samengesteld uit ten minste 3 en ten hoogste 9 leden die worden verkozen door de algemene vergadering. De algemene vergadering duidt onder de leden van de raad van beheer de voorzitter aan. De raad van beheer komt minstens éénmaal per trimester samen. Behoudens de bevoegdheden die specifiek tot deze van de algemene vergadering toebehoren, beschikt de raad van beheer over de meest uitgebreide bevoegdheden. De raad kan alle daden van bestuur en beschikking stellen die nodig zijn voor het bereiken van het maatschappelijk doel.

Samenstelling van de Raad van beheer:

- De heer Marc Morris, voorzitter van de raad van beheer
- De heer Peter Rabaey, beheerder
- Mevrouw Inge Blauwhoff, beheerder
- De heer François Boddaert, beheerder
- Mevrouw Elsie Claes, beheerder
- De heer Johan Hanssens, beheerder
- De heer Luc Huybrechts, beheerder
- Mevrouw Ruth Stokx, beheerder
- De heer Dirk Vanderpoorten, beheerder

Op 1 oktober 2002 sloot het Vlaams Zorgfonds een beheersovereenkomst af met de Vlaamse Zorgkas.

Deze beheersovereenkomst verplicht de Vlaamse Zorgkas elk jaar voor 30 september een gedetailleerd financieel en beleidsplan voor te leggen. Dit plan dient als leidraad voor het Vlaams Zorgfonds voor het bepalen van de specifieke recurrente werkingssubsidie die in de begroting van het Vlaams Zorgfonds wordt ingeschreven.

Uitzonderlijk heeft het eerste financieel plan betrekking op de jaren 2002 en 2003 en moest het, overeenkomstig de beheersovereenkomst, pas ingediend worden op 31 oktober 2002.

## **2.4. OVERLEG- EN ADVIESORGANEN**

### **2.4.1. DE ADVIESRAAD**

Op grond van artikel 12 van het decreet kan de Vlaamse regering een adviesorgaan oprichten, samengesteld uit afgevaardigden van verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, de erkende voorzieningen, de erkende professionele zorgverleners, de erkende zorgkassen en eventueel andere door de regering aan te wijzen personen. Deze leden worden benoemd door de Vlaamse regering. De regering regelt tevens de werking van de raad en bepaalt de modaliteiten van adviesverstrekking.

De adviesraad werd op 6 september 2000 in aanwezigheid van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, geïnstalleerd.

De adviesraad is samengesteld uit 29 leden, van wie:

- één voorzitter en één ondervoorzitter;
- vijf afgevaardigden van de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;
- vier afgevaardigden van de verzekeringsondernemingen;
- vier afgevaardigden van de verenigingen van gebruikers en mantelzorgers;
- vier afgevaardigden van de gebruikersorganisaties;
- vier afgevaardigden van de ouderenvoorzieningen;
- vier afgevaardigden van de thuiszorgvoorzieningen;
- twee afgevaardigden van de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Gedurende het jaar 2000 werden 4 vergaderingen gehouden, m.n. op 6 september, 18 oktober, 26 oktober en 22 november 2000.

De volgende onderwerpen stonden op de agenda van de adviesraad in 2000:

- de bespreking van het voorstel huishoudelijk reglement van de adviesraad (goedgekeurd tijdens de zitting van 6 september 2000)
- de bespreking van de resultaten van de technische werkgroepen die binnen de schoot van de adviesraad werden opgericht
- de bespreking en het verlenen van 2 adviezen:

**Advies nr. 2000/01** (goedgekeurd tijdens de zitting van 26 oktober 2000) betreffende het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering houdende de erkenning, de registratie en de machtiging en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering.

**Advies nr. 2000/02** (goedgekeurd tijdens de zitting van 22 november 2000) betreffende het voorstel van minidecreet tot wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering.

In de loop van 2001 werden 5 vergaderingen gehouden, m.n. op 14 februari, 14 maart, 2 mei, 16 mei en 20 november 2001. Besproken items waren o.m. het draaiboek zorgverzekering en de thematiek van de indicatiestellingen. Wat betreft deze 2 items werden technische werkgroepen opgericht.

De raad verleende 2 adviezen in 2001:

**Advies nr. 2001/01** (goedgekeurd tijdens de zitting van 2 mei 2001) betreffende de gefaseerde invoering van de zorgverzekering.

**Advies nr. 2001/02** (goedgekeurd tijdens de zitting van 16 mei 2001) betreffende het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering houdende regeling van de uitvoering van de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering.

In de loop van 2002 werden twee vergaderingen gehouden, met name op 11 juni 2002 en 7 oktober 2002. Besproken items waren de evaluatie van het systeem van de zorgverzekering en hierop aansluitend de aanpassingen aan het systeem van de zorgverzekering die vanaf 2003 zouden doorgevoerd worden.

De raad verleende twee adviezen in 2002:

**Advies nr. 2002/01** (goedgekeurd tijdens de zitting van 7 oktober 2002) betreffende de evaluatie van het systeem van de zorgverzekering.

**Advies nr. 2002/02** (goedgekeurd tijdens de zitting van 7 oktober 2002) betreffende het ontwerp van besluit van de Vlaamse regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering en tot opheffing van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de regeling van de uitvoering van de tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering.

#### **2.4.2. DE BEZWAARCOMMISSIE**

Artikel 8, §4, van het decreet voorziet in de mogelijkheid voor een gebruiker of zijn vertegenwoordiger om bezwaar aan te tekenen tegen beslissingen van de erkende zorgkassen. De decreetgever heeft de regering gemachtigd om de bezwaarprocedure te regelen en een multidisciplinair samengestelde bezwaarcommissie op te richten.

In hoofdstuk V, afdeling XI, zijnde de artikelen 41 tot en met 44, van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, wordt uitvoering gegeven aan het voormelde artikel 8, §4, van het decreet.

Aldus wordt in artikel 42, §2, van het voormelde besluit van 28 september 2001, bepaald dat de bezwaarcommissie samengesteld is uit een voorzitter en vier leden en hun plaatsvervangers. De voorzitter en zijn plaatsvervanger moeten beschikken over een diploma van doctor of licentiaat in de rechten, terwijl onder de overige leden minstens de kwalificaties doctor in de geneeskunde, gegradueerde in de verpleegkunde en maatschappelijk assistent aanwezig moeten zijn. Het secretariaat van de bezwaarcommissie wordt waargenomen door een personeelslid van het Vlaams Zorgfonds. De functioneel bevoegde minister wordt gemachtigd de leden van de bezwaarcommissie te benoemen, voor een hernieuwbare termijn van vijf jaar.

In §3 van hetzelfde artikel 42 wordt bepaald dat de voorzitter, de leden en hun plaatsvervangers per vergadering aanspraak kunnen maken op een presentiegeld en op de terugbetaling van hun reis- en verblijfkosten, overeenkomstig het besluit van de Vlaamse regering van 14 december 1983 houdende sommige maatregelen tot harmonisatie van de werking en van de presentiegelden en vergoedingen van adviesorganen.

In artikel 43, §2, van het reeds genoemde besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001, wordt bepaald dat de bezwaarcommissie haar werking regelt in een door de functioneel bevoegde minister goed te keuren huishoudelijk reglement.

Bij het ministerieel besluit van 24 januari 2002 houdende samenstelling van de bezwaarcommissie in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij het ministerieel besluit van 13 december 2002, werden aldus de volgende personen benoemd:

Vereiste kwalificatie en/of functie	Effectief	Plaatsvervangend
licentiaat in de rechten, voorzitter doctor in de geneeskunde gegradueerde in de verpleegkunde maatschappelijk assistent niet gespecificeerd	Greta De Geest Grietje Morren* Caroline Deprez Ingrid Baeyens Gerard Ottenbourgs	Bart Vanneste Jean-Pierre Bronckaers Hilde Van Caeneghem Karlien Craps Willy Goemaere**
secretaris	Stephan Couck, adjunct van de directeur, projectteam zorgverzekering	

\* ter vervanging van de heer Guy Siron (†)

\*\* ter vervanging van mevrouw Annemie Drieskens

Bij het ministerieel besluit van 28 januari 2002 werd het huishoudelijk reglement van de bezwaarcommissie goedgekeurd.

In de loop van het jaar 2002 is de bezwaarcommissie zorgverzekering 20 keer samengekomen om aan het Vlaams Zorgfonds, op basis van de dossierstukken en de schriftelijke of mondelinge argumenten, gemotiveerde adviezen te bezorgen inzake ingediende ontvanke-lijke bezwaarschriften.

### **2.4.3. HET BEGELEIDINGSCOMITÉ VOOR DE BELEGGINGEN**

Binnen het Vlaams Zorgfonds werd een begeleidingscomité voor de beleggingen van het Vlaams Zorgfonds opgericht. Deze werkgroep voert de selectieprocedure uit voor de aanstelling van de vermogensbeheerders en heeft een voorstel van beleggingsstrategie geformuleerd.

Het begeleidingscomité is samengesteld uit de volgende leden (samenstelling per 31 december 2002):

- de heer Guido Steenkiste, kabinetschef bij het kabinet van minister Vogels, voorzitter;
- mevrouw Inge Blauwhoff, adviseur bij het kabinet van minister Vogels, ondervoorzitter;
- de heer Marc Morris, leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds;
- de heer Luc Huybrechts, directeur-projectleider van het projectteam Zorgverzekering;
- de heer Hugo Vandenberghe, adjunct van de directeur bij de administratie Accounting, Budgettering en Financieel Management.

Het secretariaat wordt waargenomen door mevrouw Ilse Wynants, adjunct van de directeur van het projectteam zorgverzekering.

Het begeleidingscomité heeft een beroep gedaan op twee externe raadgevers: een gewoon hoogleraar aan de KULeuven en een afgevaardigd beheerder van een pensioenfonds.

### **2.4.4. HET PERIODIEK OVERLEG MET DE ZORGKASSEN**

Ter begeleiding van de opstart van de Vlaamse zorgverzekering werd beslist tot een tweewekelijks overleg met de zorgkassen met als doel problemen en vraagstukken, waarmee men in het werkveld onvermijdelijk geconfronteerd wordt, snel en op een uniforme wijze op te lossen.

In 2001 werd op volgende data vergaderd: 1 oktober, 15 oktober, 29 oktober, 12 november, 26 november en 10 december.

Belangrijke gespreksonderwerpen tijdens dit overleg in 2001 hadden betrekking op:

- de taalwetgeving;
- de formulieren;
- de gegevensuitwisseling;
- indicatiestelling onder 18 jaar
- het begrip 'vertegenwoordiger van een gebruiker'
- verandering van zorgkas
- cumulatierегeling Vlaamse zorgverzekering-Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap
- de vergoeding van de gemachtigde indicatiestellers.

In 2002 werd aanvankelijk dit tweewekelijks overleg verdergezet. Vanaf september 2002 werd beslist tot een maandelijks overleg.

In 2002 werd op volgende data vergaderd: 14 januari , 28 januari, 18 februari, 4 maart, 18 maart, 15 april, 13 mei, 10 juni, 15 juli, 9 september, 26 september, 14 oktober, 25 november, 9 december.

Belangrijke gespreksonderwerpen tijdens dit overleg in 2002 hadden betrekking op:

- facturatie van de indicatiestellingen;
- de uitbetaling van subsidies;
- de interne controle van en de boekhoudkundige controle op de zorgkassen;
- formulieren (voor terugbetaling niet-medische producten, aanvraagformulier voor residentiële zorg);
- rapportage en verdere uitvoeringsmodaliteiten van de 10% controle;
- de invoering van de zorgverzekering in de residentiële zorg;
- de databankbestanden;
- de aansluiting en het innen van de bijdrage voor 2003;
- de nieuwe besluiten en de nieuwe handleiding naar aanleiding van de aanpassingen van de zorgverzekering vanaf 2003.

3.1.	De Vlaamse zorgverzekering	15
3.2.	De partners	16
	3.2.1. De zorgkassen	16
	3.2.2. De gemachtigde indicatiestellers	17
	3.2.3. De professionele thuiszorgvoorzieningen	17
	3.2.3.1. De sectoraal erkende thuiszorgvoorzieningen	17
	3.2.3.2. De thuiszorgvoorzieningen specifiek erkend voor het verstrekken van producten	18
	3.2.4. De professionele residentiële zorgvoorzieningen	18
3.3.	Het gevoerd beleid	18
	3.3.1. Gefaseerde invoering	18
	3.3.2. Informeren van de burgers en de betrokken partijen	20
	3.3.3. Indiciestelling en gebruik van attesten	22
	3.3.4. Registratie mantelzorg	23
	3.3.5. Opbouw van krediet en kredietoverdracht	24
	3.3.6. Verhoging van de bijdragen	26
	3.3.7. Verlaging van de tenlasteneming	27
	3.3.8. Situatie in Brussel	27
	3.3.9. Evaluatie van de zorgverzekering	28
	3.3.10. Forfaitaire tenlasteneming	30
3.4.	Gegevensbeheer	31
	3.4.1. Situatieschets	31
	3.4.2. Beknopt statistisch overzicht	32
	3.4.2.1. Aantal leden	32
	3.4.2.2. Aantal goedgekeurde aanvragen	32
	3.4.2.3. Aantal lopende dossiers	33
	3.4.2.4. Aantal terugbetaalde indicatiestellingen	33
	3.4.2.5. Aantal bezwaarschriften	34



## HOOFDSTUK 3 Werking van het Vlaams Zorgfonds

### 3.1. DE VLAAMSE ZORGVERZEKERING

De dagelijkse uitvoering van de Vlaamse zorgverzekering werd decretaal toevertrouwd aan door het Vlaams Zorgfonds erkende zorgkassen, die opgericht worden door ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen. Ook heeft het Vlaams Zorgfonds zelf een eigen zorgkas opgericht, met name de Vlaamse Zorgkas waarbij de OCMW's als lokaal agent optreden.

De Vlaamse zorgverzekering biedt aan zorgbehoevenden een geheel of gedeeltelijke dekking van kosten voor niet-medische zorg, verleend door voorzieningen, professionele zorgverleners of mantelzorgers. Sinds 1 oktober 2001 is de Vlaamse zorgverzekering gefaseerd ingevoerd.

Iedereen die ouder is dan 25 jaar en die in Vlaanderen woont, is verplicht om vanaf 1 oktober 2001 bij een zorgkas aan te sluiten en een jaarlijkse bijdrage te betalen. Deze bijdrage is 10 euro voor de periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002. Personen die ouder dan 25 jaar zijn en die in Brussel wonen, kunnen vrijwillig aansluiten.

Wie hieraan geen gevolg geeft, zal (vanaf het jaar 2003) voor elk jaar dat men geen bijdrage betaald heeft, vier maanden geen recht op een tenlasteneming hebben op het moment dat men normaal in aanmerking zou komen. Wie als inwoner van Brussel na 2002 laattijdig aansluit, zal ook gedurende een door de regering bepaald aantal jaren ononderbroken aangesloten moeten zijn bij een zorgkas, vooraleer op tenlasteneming recht te hebben. Met tenlasteneming wordt de uitbetaling voor zorgkosten bedoeld.

Personen die denken voor de Vlaamse zorgverzekering in aanmerking te komen, kunnen een aanvraag indienen bij de zorgkas waarbij ze aangesloten zijn. De zorgkas zal dan nagaan of men aan de voorwaarden voldoet. Zo moet onder meer via een attest (op basis van een indicatiestelling krachtens een reeds bestaande regelgeving) of door middel van een indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller aangetoond worden dat men zwaar zorgbehoevend is. De zorgkas staat ook in voor de uitvoering van de tenlastenemingen. Voor personen die jonger zijn dan 25 jaar en die denken voor de Vlaamse zorgverzekering in aanmerking te komen, kan ook een aanvraag ingediend worden.

Vanaf 1 januari 2002 werden de eerste tenlastenemingen uitgevoerd. In de eerste fase kwamen enkel de zeer zwaar zorgbehoevenden die thuis verzorgd worden, in aanmerking. De zorgbehoevende heeft recht op een door de regering bepaald (maximum)bedrag, afhankelijk van de zorg die aan hem verstrekt wordt. Er was hierbij een carenstijd. Dit betekent dat men slechts een bedrag kon ontvangen vanaf de eerste dag van de derde maand na de datum van de aanvraag door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Vanaf 1 juli 2002 werd de Vlaamse zorgverzekering uitgebreid naar de residentiële sector. Zeer zwaar zorgbehoevenden die in een rusthuis, rust- en verzorgingstehuis (RVT) of een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) verblijven, konden vanaf de maand juli een tenlasteneming voor residentiële zorg aanvragen bij hun zorgkas. De tenlastenemingen voor residentiële zorg zijn sinds 1 oktober 2002 gestart.

De uitbetaling voor de mantelzorg gebeurde maandelijks in cash. De gebruiker ontving het geld. De uitbetaling voor de professionele zorg en producten gebeurde op basis van facturen of betalingsbewijzen, waarbij de gebruiker, tot aan het krediet waarover hij beschikt, zijn kosten terugbetaald kreeg. Onder bepaalde voorwaarden was voor uitbetaling van professionele zorg een derdebetaler systeem mogelijk.

Vanaf 1 januari 2003 werd deze regeling vervangen door een forfaitair systeem zowel voor mantel- en thuiszorg als voor residentiële zorg (zie infra).

## **3.2. DE PARTNERS**

### **3.2.1. DE ZORGKASSEN**

De zorgkassen staan in voor de dagelijkse werking van de zorgverzekering. Dit houdt in:

- aansluiten van de personen
- innen van de bijdragen van de aangeslotenen
- werven van leden/verzekerden
- bijhouden van een register van de bij haar aangesloten personen
- behandelen van de aanvragen voor tenlastenemingen
- controleren van de formele voorwaarden voor tenlastenemingen
- in voorkomend geval, bijkomende onderzoeken verrichten en controleren van de vaststellingen van het verminderd zelfzorgvermogen
- beslissen over de tenlastenemingen
- registreren van de mantelzorgers op basis van een activiteitenplan
- uitvoeren van de tenlastenemingen
- behandelen van de herzieningen van de tenlastenemingen
- verstrekken van gegevens aan het Vlaams Zorgfonds
- opstellen van het boekhoudkundig verslag.

De Vlaamse Zorgkas heeft als bijzondere opdracht het ambtshalve aansluiten en het innen van bijdragen van de personen die in Vlaanderen wonen en die niet binnen de gestelde termijnen bij een erkende zorgkas aansluiten.

Het Vlaams Zorgfonds stuurt de zorgkassen aan. Dit houdt onder meer in het erkennen, subsidiëren, inspecteren en controleren van de zorgkassen alsmede een antwoord bieden op alle inhoudelijke problemen in verband met de aansluiting, de inning van de bijdragen, de behandeling van de aanvragen tot tenlasteneming, de indicatiestellingen, de uitbetaling van de tenlastenemingen, de financiering van de zorgkassen enz.

Er werden acht aanvragen tot erkenning als zorgkas ingediend bij het Vlaams Zorgfonds. Iedere aanvraag leidde tot een erkenning die bij ministerieel besluit werd toegekend. Op diens verzoek werd echter de erkenning van de Vaderlandsche Zorgkas later ingetrokken. De Vlaamse Zorgkas werd decretaal van rechtswege erkend.

Aldus waren er eind 2002 acht erkende zorgkassen. Vijf zorgkassen, allen opgericht door ziekenfondsen, verkozen de maatschappij van onderlinge bijstand als rechtsvorm. De andere drie zijn georganiseerd als een vereniging zonder winstoogmerk.

De namen en adressen van deze zorgkassen vindt men terug als bijlage 3 bij dit jaarverslag.

### **3.2.2. DE GEMACHTIGDE INDICATIESTELLERS**

De Vlaamse regering machtigt indicatiestellers om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen vast te stellen. Volgende voorzieningen die door de Vlaamse Gemeenschap erkend zijn, zijn gemachtigd:

*Voorzieningen die in Vlaanderen activiteiten verrichten:*

- diensten voor gezinszorg
- openbare centra voor maatschappelijk welzijn
- centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen

*Voorzieningen die in Brussel activiteiten verrichten:*

- diensten voor gezinszorg
- centra voor algemeen welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen
- lokale dienstencentra

Personen die in deze voorzieningen werkzaam zijn, scoren met behulp van een schaal de personen die een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering indienen.

De persoon die de indicatiestelling uitvoert, moet ten minste beschikken over het niveau van de graad van gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk, of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee gelijkgesteld is.

### **3.2.3. DE PROFESSIONELE THUISZORGVOORZIENINGEN**

#### **3.2.3.1. DE SECTORAAL ERKENDE THUISZORGVOORZIENINGEN**

Volgende voorzieningen die door de Vlaamse Gemeenschap erkend zijn, komen in aanmerking voor de zorgverzekering:

*Vanaf 1 januari 2002:*

- diensten voor gezinszorg
- lokale dienstencentra
- regionale dienstencentra
- centra voor kortverblijf
- dagverzorgingscentra
- diensten voor oppashulp
- schoonmaakhulp, georganiseerd door een dienst voor gezinszorg of OCMW
- serviceflats
- voorzieningen of professionele zorgverleners die in het kader van de zorgverzekering erkend worden voor het verkopen, verhuren of uitlenen van producten.

### **3.2.3.2. DE THUISZORGVOORZIENINGEN SPECIFIEK ERKEND VOOR HET VERSTREKKEN VAN PRODUCTEN**

Naast de sectoraal erkende voorzieningen, kunnen ook andere voorzieningen of professionele zorgverleners erkend worden, waarbij de gebruiker voor door hen geleverde producten voor tenlasteneming in aanmerking kan komen. De minister stelt hiervoor een limitatieve lijst van producten op.

Concreet betekent dit het volgende. Wat producten betreft die door een zorgverlener aangeboden worden die niet over een sectorale erkenning beschikt, wordt de kost van dit product ten laste genomen als de zorgverlener in het kader van de zorgverzekering erkend is én als het om een product gaat dat op de door de minister opgemaakte limitatieve lijst voorkomt. De benaming van het product, zoals die op de door de minister opgestelde lijst staat, zal op de factuur of aankoopbewijs moeten vermeld worden.

Volgende voorzieningen en professionele zorgverleners werden vanaf 1 oktober 2001 van rechtswege erkend voor het verkopen, verhuren of uitlenen van producten:

- de OCMW's van Vlaanderen
- de door de federale overheid erkende apothekers die in Vlaanderen gevestigd zijn
- de door de federale overheid erkende bandagisten die in Vlaanderen gevestigd zijn.

Daarnaast konden andere voorzieningen en professionele zorgverleners een aanvraag tot erkenning bij het Vlaams Zorgfonds indienen waarbij moest aangetoond worden dat deskundig advies over het gebruik van die producten kan worden verstrekt doordat zijzelf of een personeelslid ten minste beschikken over het niveau van de graad van gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaalagogisch werk, of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee gelijkgesteld is.

### **3.2.4. DE PROFESSIONELE RESIDENTIËLE ZORGVOORZIENINGEN**

Volgende voorzieningen die door de Vlaamse Gemeenschap erkend zijn, komen in aanmerking voor de zorgverzekering:

*Vanaf 1 juli 2002:*

- rusthuizen
- rust- en verzorgingstehuizen
- psychiatrische verzorgingstehuizen

## **3.3. HET GEVOERD BELEID**

### **3.3.1. GEFASEERDE INVOERING**

De Vlaamse regering nam op 8 juni 2000 een beslissing tot uitvoering van de zorgverzekering in fasen.

fase 1: het Vlaams Zorgfonds wordt opgericht als een parastatale A

fase 2: de zorgkassen kunnen een aanvraag tot erkenning indienen en erkend worden

fase 3: vanaf oktober 2001 kunnen alle zwaar zorgbehoevenden die thuis verblijven een aanvraag voor tenlasteneming indienen  
vanaf juli 2002 wordt de doelgroep uitgebreid met de rusthuisbewoners met een C-forfait  
vanaf januari 2003 wordt de doelgroep verder uitgebreid met de rusthuisbewoners met een B-forfait

fase 4: de beslissing van de Vlaamse regering is slechts een eerste stap op weg naar de volwaardige zorgverzekering zoals voorzien in het decreet. Het is de bedoeling op termijn het zorgverzekeringsstelsel uit te breiden tot alle zorgbehoevende Vlamingen.

Sinds 1 oktober 2001 kunnen aanvragen voor tenlastenemingen ingediend worden en tenlastenemingen uitgevoerd worden volgens onderstaand tijdschema:

Zorgvorm	Aanvraag indienen	Tenlastenemingen
mantelzorg professionele thuiszorg producten	vanaf 1 oktober 2001	vanaf 1 januari 2002
residentiële zorg (C-scores* in rusthuis en RVT; PVT)	vanaf 1 juli 2002	vanaf 1 oktober 2002
residentiële zorg (B-score*)	vanaf 1 januari 2003	vanaf 1 april 2003

\* de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinstelling

De zorgbehoevende had naar gelang zijn keuze voor een bepaalde zorgvorm recht op volgend bedrag voor dekking van zijn kosten (toestand in het jaar 2002):

Zorgvorm	Bedrag per maand
mantelzorg	75 euro
professionele thuiszorg en producten*	85 euro
mantelzorg en producten* + professionele thuiszorg	75 euro voor mantelzorg 50 euro voor prof. thuiszorg en producten
professionele residentieel zorg	125 euro

\* de tenlasteneming voor mantelzorg en producten kon in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad enkel gebeuren in cumulatie met zorg verleend door een professionele thuiszorgvoorziening.

### 3.3.2. INFORMEREN VAN DE BURGERS EN DE BETROKKEN PARTIJEN

#### Via gesproken en geschreven pers

Naar aanleiding van de opstart werd beslist een uitgebreide communicatiecampagne ter bekendmaking van de Vlaamse zorgverzekering op te zetten op het moment van de opstart. De organisatie van de campagne werd aan een extern communicatiebureau uitbesteed.

De campagne had als doel aan te geven dat de Vlaamse zorgverzekering een initiatief van de Vlaamse overheid is dat alle Vlamingen aangaat. De te communiceren boodschap was zeer complex en zeer gevoelig. Daarom werd gekozen voor een dedramatiserende aanpak waarbij de situatie van de zwaar zorgbehoevenden symbolisch wordt voorgesteld. Door “kleine” personages te plaatsen in een uitvergroot decor (trap, wastafel, ijskast en bed) wordt de onmogelijkheid van deze mensen om voor zichzelf te zorgen, aangegeven: opstaan, de tanden poetsen, boodschappen doen en de trap opgaan zijn voor hen onoverkoombaar geworden.

De campagne werd vervolgens uitgebouwd naar drie verschillende doelgroepen toe:

- de zwaar zorgbehoevenden: zij moeten zich herkennen in de situatie en vervolgens tijdig een aanvraag tot tenlasteneming indienen;  
**gekozen media:** een ‘pre-communicatie’ werd op 16 september 2001 gestart door middel van een TV-spot die in gerichte tijdsblokken op TV1 en VTM wordt getoond;
- de gehele bevolking: de campagne moet de gehele bevolking informeren en de boodschap moet motiveren tot een verplichte solidariteitsbijdrage van 10 euro voor de periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002;  
**gekozen media:** op 29 september 2001 verscheen een pagina dominante advertentie in alle Vlaamse kranten; een TV-spot werd gedurende de gehele maand oktober 2001 getoond; advertenties werden vanaf oktober 2001 vier weken in tijdschriften geplaatst;
- de Vlamingen in Brussel: binnen de gehele campagne werd speciale aandacht besteed aan het bereiken van de Vlaamse Brusselaars. Zij bevinden zich in een specifieke situatie omdat zij facultatief bij de zorgverzekering kunnen aansluiten, maar dus niet verplicht zijn.  
**gekozen media:** de aan de Brusselse situatie aangepaste TV-spot werd vertoond op TV-Brussel. De specifieke situatie in Brussel werd verder uitgelegd via een encartage (van de brochure ‘De Vlaamse zorgverzekering in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest’) en het plaatsen van advertenties in het weekblad “Deze week in Brussel”.

#### Via de partners van de zorgverzekering

Van bij de start van de zorgverzekering is er duidelijk voor gekozen om te communiceren in samenwerking met de zorgkassen en alle andere actoren die tot een geslaagde invoering konden bijdragen.

De ziekenfondsen en de verzekeringmaatschappijen die een zorgkas hebben opgericht schreven bij de start van de zorgverzekering al hun leden of verzekerden aan met de vraag om zich aan te sluiten bij de door hen opgerichte zorgkas. Hiertoe bezorgde de Vlaamse overheid hen materiaal.

De betrokken actoren uit het maatschappelijk middenveld hebben de zwaar zorgbehoevenden geïnformeerd over de Vlaamse zorgverzekering, zowel in de persoonlijke contacten met zorgbehoevenden en hun verwanten als via de publicatie van artikels in hun ledenbladen, enz.

De Vlaamse overheid heeft geprobeerd de werking van deze organisaties te faciliteren.

Er werd een mailing verricht naar de 308 OCMW's in Vlaanderen, de huisartsen in Vlaanderen en de door de Vlaamse Gemeenschap erkende zorgvoorzieningen. Er werd eveneens een mailing verricht naar de Brusselse huisartsen.

Bovendien werden een twintigtal vrijwilligers door het Vlaams Zorgfonds opgeleid om via lokale voordrachten de bevolking verder te informeren.

Tenslotte vervulde de Vlaamse Infolijn in de communicatiecampagne over de zorgverzekering de eerstelijnsfunctie. In de campagne werd de burger voor algemene vragen steeds verwezen naar de Vlaamse Infolijn.

Tijdens de campagne die liep van 14 september tot 30 november 2001 werden aan de Vlaamse Infolijn 2.709 vragen gesteld over de Vlaamse zorgverzekering. Er waren 674 bestellingen van de brochure *'20 vragen over de Vlaamse zorgverzekering'* en 37 bestellingen van de brochure *'De Vlaamse zorgverzekering in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest'*.

De campagne had als resultaat dat eind november 2001 ongeveer 3,6 miljoen Vlamingen van vijftientig en ouder al aangesloten waren bij een erkende zorgkas. Dit is ruim 86 procent (er zijn iets meer dan 4,1 miljoen Vlamingen ouder dan 25 jaar) en dit ondanks het feit dat men in principe tot het einde van het jaar 2002 tijd had om zich aan te sluiten bij een zorgkas. Ook hadden eind november 2001 ongeveer 57.000 zorgbehoevenden reeds een aanvraag voor tenlasteneming bij een zorgkas ingediend.

### **Vulgariserende publicaties**

- Algemene folder over de Vlaamse zorgverzekering: "Als elke kleinigheid een groot probleem wordt, is hulp nabij" (75.000 exemplaren)
- Brochure '20 vragen over de Vlaamse zorgverzekering' (88.900 exemplaren)
- Brochure 'De Vlaamse zorgverzekering in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest' (totaal 100.000 ex. waarvan 65.000 ex. voor de encartage in "Deze week in Brussel")
- Affiche over de Vlaamse zorgverzekering (9.500 exemplaren).

### **Uitbouw van de website Vlaamse zorgverzekering**

Het projectteam zorgverzekering en de communicatieverantwoordelijken van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur hebben van bij de start van de zorgverzekering samen een website over de Vlaamse zorgverzekering opgebouwd. Men kan op de website terecht via de volgende adressen: [www.vlaamsezorgverzekering.be](http://www.vlaamsezorgverzekering.be) of [www.vlaanderen.be/zorgverzekering](http://www.vlaanderen.be/zorgverzekering). Momenteel onderhoudt het projectteam zorgverzekering de website in eigen beheer.

Bij de start van de zorgverzekering is er in de eerste plaats voor gekozen om algemene informatie over de zorgverzekering te verspreiden en om formulieren in het kader van de zorgverzekering downloadbaar ter beschikking te stellen. De adressen van de betrokken actoren binnen de Vlaamse zorgverzekering werden ook op de website gepubliceerd.

Dit leverde tegen het einde van het jaar 2001 het volgende resultaat op:

#### **Informatie**

- “Waarom u aansluiten? 20 veelgestelde vragen”: een elektronisch handig te consulteren versie van de brochure ‘20 vragen over de Vlaamse zorgverzekering’;
- “Info voor inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest”: een elektronisch handig te consulteren versie van de brochure ‘De Vlaamse zorgverzekering in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest’.

#### **Formulieren**

- het aanvraagformulier voor tenlastenemingen in het kader van de Vlaamse zorgverzekering, beschikbaar in PDF-formaat;
- het aanvraagformulier tot erkenning voor verstrekking van producten in het kader van de Vlaamse zorgverzekering, beschikbaar in Word 97-formaat;
- het formulier GI/01, de lijst van personen die indicatiestellingen uitvoeren, beschikbaar in Word 97-formaat.

#### **Adressen**

- de door de Vlaamse regering erkende zorgkassen;
- de gemachtigde indicatiestellers;
- de door de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de zorgverzekering erkende voorzieningen en professionele zorgverleners.

### **3.3.3. INDICATIESTELLING EN GEBRUIK VAN ATTESTEN**

Er zijn hierbij twee mogelijkheden:

*De gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een attest van een indicatiestelling die reeds uitgevoerd is.*

Volgende scores komen in aanmerking:

- minstens de score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;
- minstens de score 35 op de BEL-profielschaal van de gezinszorg;
- minstens de score 15 op de medisch-sociale schaal die wordt gebruikt voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid met het oog op het onderzoek naar het recht op de integratietegemoetkoming, hulp aan bejaarden en hulp van derden;
- bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 66% handicap én minstens 7 punten met betrekking tot de graad van zelfredzaamheid uit hoofde van het kind;
- minstens de score C op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting.



*De gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest.*

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger, die geen attest heeft, moet een nieuwe indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller laten uitvoeren. De gebruiker wordt door de gemachtigde indicatiesteller geïndiceerd aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering.

De gebruiker moet minstens 35 punten scoren op de BEL-profielschaal om beschouwd te worden als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen.

#### **3.3.4. REGISTRATIE MANTELZORG**

Het decreet bepaalde dat mantelzorg ook in aanmerking zou komen voor een tenlasteneming. Een mantelzorger wordt hierbij omschreven als een meerderjarige natuurlijke persoon die niet beroepsmatig niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt. De mantelzorger diende op basis van een activiteitenplan geregistreerd te worden.

Mantelzorg wordt verder meestal omschreven als de hulp die door familie of vrienden van de zorgbehoevende wordt verstrekt.

Van bij de aanvang werd gekozen om een administratief zo eenvoudig mogelijk systeem op te zetten waarbij toch aan de decretale voorwaarden zou voldaan worden.

De mantelzorger of mantelzorgers worden geregistreerd door de zorgkassen waarbij de gebruikers aangesloten zijn. De registratie gebeurt via een bijlage bij het aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering, namelijk het registratieformulier voor de mantelzorg.

Volgende gegevens worden van elke mantelzorger op het registratieformulier aangeduid:

- naam
- adres
- rijksregisternummer
- geboortedatum
- geslacht
- telefoonnummer (facultatief)

Vervolgens worden op een beperkt activiteitenplan de activiteiten aangekruist die de mantelzorg voor de gebruiker minstens drie dagen per week zal uitvoeren.

Het activiteiten plan ziet er als volgt uit:

**3. Kruis de activiteiten aan die de mantelzorg(er)s minstens drie dagen per week verricht(en) voor de zorgbehoevende.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> onderhoud woning | <input type="checkbox"/> gezelschap/aanwezigheid |
| <input type="checkbox"/> was              | <input type="checkbox"/> dagstructurering        |
| <input type="checkbox"/> strijk           | <input type="checkbox"/> toezicht                |
| <input type="checkbox"/> boodschappen     | <input type="checkbox"/> geldzaken/administratie |

**4. Kruis de activiteiten aan waarbij de mantelzorg(er) hulp biedt aan de zorgbehoevende.**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> opstaan | <input type="checkbox"/> ontbijt             |
| <input type="checkbox"/> wassen  | <input type="checkbox"/> middagmaal          |
| <input type="checkbox"/> kleden  | <input type="checkbox"/> avondmaal           |
| <input type="checkbox"/> toilet  | <input type="checkbox"/> slapengaan/inslapen |

De mantelzorgers dienden de activiteiten minstens drie dagen per week te verrichten Dit houdt in dat een gebruiker niet in aanmerking komt indien:

- bij hem alleen in de weekends mantelzorg geboden wordt
- bij hem slechts twee dagen van de week (zeven dagen) mantelzorg geboden wordt.

Wanneer de mantelzorg langer dan 21 dagen onderbroken werd of stopgezet werd, dan diende dit door de mantelzorg(er) aan de zorgkas gemeld te worden. Een onderbreking van de mantelzorg gedurende maximaal 21 opeenvolgende dagen wordt niet als een stopzetting beschouwd.

Een zorgkas dient de registratie van een mantelzorg(er) te schrappen indien hij duidelijke signalen (van hulpverleners, politie, enz.) ontvangt dat een gebruiker door het niet uitvoeren van het activiteitenplan in gevaar wordt gebracht.

### **3.3.5. OPBOUW VAN KREDIET EN KREDIETOVERDRACHT**

Het decreet bepaalde dat, naast de mantelzorg, de tenlastenemingen ook effectief aan de gebruiker aangerekende kosten of prestaties voor niet-medische hulp- en dienstverlening geheel of gedeeltelijk dienden te dekken. Deze niet-medische hulp- en dienstverlening moet daarbij verleend worden door een erkende voorziening of professionele zorgverlener.

De Vlaamse regering besliste dergelijke tenlastenemingen uit te laten voeren via een systeem van terugbetaling van facturen of via een derdebetalerssysteem. De procedure voor het uitvoeren van dergelijke tenlastenemingen wordt hieronder beschreven.

Bij een positieve beslissing reikte de zorgkas een zorgcheque uit aan de gebruiker. Door middel van deze zorgcheque beschikte de gebruiker over een krediet dat maandelijks opgebouwd wordt. Al naargelang de zorgvorm beschikte de gebruiker over volgend krediet voor professionele zorg:

Zorgvorm	Krediet per maand
professionele thuiszorg en producten	85 euro
mantelzorg en producten + professionele thuiszorg	50 euro voor prof. thuiszorg en producten
professionele residentiële zorg	125 euro

De gebruiker verwierf dit krediet op de eerste dag van de maand in kwestie. Indien hij het bedrag waarop hij maandelijks recht had, niet besteedde dan werd dit bedrag door de zorgkas overgedragen naar de volgende maand. Het krediet mocht echter nooit hoger zijn dan 12 maal het vastgelegde bedrag per maand.

### Systeem van terugbetaling van facturen

De voorziening of professionele zorgverlener bezorgde de gebruiker een factuur of een aankoopbewijs. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgde deze factuur of dit aankoopbewijs aan zijn zorgkas.

De zorgkas controleerde via de factuur of het aankoopbewijs of de verstrekte hulp in aanmerking kwam voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering.

De factuur voor **zorg** verleend door een professionele voorziening diende volgende vermeldingen te bevatten:

- facturatedatum en factuurnummer
- naam en adres voorziening
- naam, voornaam en adres gebruiker
- dossiernummer van de gebruiker
- periode (minstens per kalendermaand) waarin dienstverlening gepresteerd werd
- benaming soort hulp conform erkenning (bijvoorbeeld: niet logistieke hulp maar wel schoonmaakhulp).

De factuur of het aankoopbewijs diende bij **producten** volgende vermeldingen te bevatten:

- naam en adres voorziening
- naam, voornaam (en adres) gebruiker
- dossiernummer van de gebruiker
- prijs van het product dat in aanmerking komt
- aankoopdatum product
- benaming product uit de lijst van de handleiding zorgverzekering.

De zorgkas betaalde het bedrag na ontvangst van de factuur of het aankoopbewijs terug aan de gebruiker ten bedrage van maximaal het openstaande krediet, dit is het krediet dat verworven was op het moment dat de zorgkas het bedrag aan de gebruiker terugbetaalde.

### Derdebetalerssysteem

De zorgkas kon onder bepaalde voorwaarden in plaats van de gebruiker, de professionele zorgvoorziening rechtstreeks uitbetalen. Eén van de voorwaarden was dat de gebruiker (of zijn vertegenwoordiger), de voorziening of de professionele zorgverlener en de zorgkas akkoord gingen om dit systeem te gebruiken.

De voorziening stuurde dan een factuur, met daarop de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering duidelijk en afzonderlijk vermeld, naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De voorziening bezorgde de nodige gegevens maandelijks of driemaandelijks aan de zorgkas, zodat de zorgkas de nodige controle kon uitvoeren.

De voorzieningen dienden volgende gegevens aan de zorgkas te bezorgen:

- naam en adres voorziening
- bedrag van de tenlasteneming
- naam, adres en dossiernummer dat de zorgkas de gebruiker gegeven heeft
- benaming soort hulp conform erkenning
- periode (minstens per kalendermaand) waarin dienstverlening gepresteerd werd.

De zorgkas betaalde vervolgens de tenlasteneming uit aan de voorziening.

Verder was voorzien dat de gebruiker een eventueel resterend krediet dat niet in het kader van het derdebetalerssysteem uitbetaald kon worden, kon opnemen via het systeem van terugbetaling van facturen.

In de praktijk werd het derdebetalerssysteem bijna niet toegepast.

### **3.3.6. VERHOGING VAN DE BIJDRAGEN**

Om de Vlaamse zorgverzekering op termijn alle levenskansen te geven die ze verdient, was een bijsturing van het systeem nodig. In het kader van de begrotingsbesprekingen voor het jaar 2003 heeft de Vlaamse regering daarom een beslissing genomen over de verdere uitbouw van de zorgverzekering, onder meer op het vlak van de bijdragen.

De Vlaamse regering heeft deze beslissing formeel bekrachtigd via de goedkeuring van het besluit van 25 oktober 2002. De bijdrage voor 2003 bedraagt 25 euro behalve voor de mensen die op 1 januari 2002 genieten van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor wie de bijdrage op 10 euro blijft. Het gaat hier om de volgende groepen van personen:

- de WIGW's (weduwen, wezen, invaliden en gepensioneerden wiens inkomen een bepaalde inkomensgrens niet overschrijdt)
- gerechtigden op een leefloon en hun personen ten laste
- gerechtigden op een inkomensgarantie voor ouderen en hun personen ten laste
- mindervaliden met een tegemoetkoming voor personen met een handicap en hun personen ten laste
- gezinshoofden en alleenstaanden, ouder dan 50 jaar, meer dan 1 jaar werkloos met een werkloosheidsvergoeding, en wiens inkomen een bepaalde inkomensgrens niet overschrijdt en hun personen ten laste.

Op die manier wordt bij het vaststellen van de bijdrage reeds enigszins rekening gehouden met het inkomen van de betrokkenen.

De bijdrage voor de zorgverzekering diende te worden verhoogd wegens het grote succes ervan. In het eerste jaar van de zorgverzekering waren er meer goedgekeurde aanvragen in de thuiszorg dan was verwacht. Daarnaast zal de zorgverzekering gradueel uitgebreid worden naar alle bewoners van de residentiële voorzieningen (rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen). Dit houdt in dat er een verdubbeling zal zijn van het aantal mensen dat recht heeft op een tenlasteneming in twee jaar tijd (van 64.902 personen eind september 2002 tot 132.974 personen in 2004).

Tenslotte heeft de Vlaamse regering de intentie geuit om zo snel mogelijk over te gaan tot een volledig inkomensgebonden financiering van de zorgverzekering. Hierbij moet echter rekening gehouden worden met de meerkost die de inning van dergelijke bijdragen met zich mee kan brengen.

### **3.3.7. VERLAGING VAN DE TENLASTENEMING**

Er was ook een bijsturing op het vlak van de tenlastenemingen nodig. De Vlaamse regering heeft de beslissing op dit vlak tijdens de begrotingsbesprekingen formeel bekrachtigd via de goedkeuring van het besluit van 13 december 2002.

Vanaf 1 januari 2003 ontvangen de zorgverzekerden een tenlasteneming van 90 euro per maand voor mantel- en thuiszorg in plaats van de bedragen tussen 75 en 125 euro die men in 2002 kon verkrijgen naargelang de zorgvorm waarvoor men gekozen heeft.

### **3.3.8. SITUATIE IN BRUSSEL**

Elke persoon die binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad zijn woonplaats heeft, kan vrijwillig tot de Vlaamse zorgverzekering toetreden. De zorgkassen zijn ook in Brussel actief.

In de regeling van de zorgverzekering zijn aansluitingsstimulansen ingebouwd zodat Brusselaars zich niet pas zouden aansluiten op het moment dat men zwaar zorgbehoevend wordt:

- indien de persoon niet binnen de zes maanden aansluit bij een zorgkas, dan moet hij in principe minstens 10 jaar bij een erkende zorgkas aangesloten zijn, vooraleer hij een aanvraag voor tenlasteneming kan indienen.

Deze maatregel is vrij streng en daarom zijn er overgangsmaatregelen ingebouwd:

- men kon tot 31 december 2002 aansluiten zonder dat men de sanctie van tien jaar oploopt;
  - wie in het jaar 2003 laattijdig aansluit, heeft een wachttijd van 1 jaar;
  - wie in het jaar 2004 laattijdig aansluit, heeft een wachttijd van 3 jaar;
  - wie in het jaar 2005 laattijdig aansluit, heeft een wachttijd van 5 jaar.
- de gebruiker zal vier maanden opschorting van de tenlasteneming opgelegd worden voor elk jaar dat hij de jaarlijkse ledenbijdrage niet of niet volledig heeft betaald, indien hij in dat jaar ouder dan 25 jaar was en in Brussel woonde. Het maakt hierbij niet uit of deze persoon bij een erkende zorgkas aangesloten was of niet. Deze opschorting met verlies van rechten gaat in op het moment dat de zorgkas de aanvraag voor tenlasteneming heeft goedgekeurd.

De invoering van deze bijkomende bepalingen zorgt ervoor dat de voorwaarden om voor de zorgverzekering in aanmerking te komen voor inwoners van Vlaanderen en Brussel zoveel mogelijk dezelfde zijn.

De tenlastenemingen worden voor zorgverzekerde Brusselaars slechts uitgevoerd als de gebruiker in dezelfde maand ook een beroep doet op zorg, verleend door een door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorziening. De prestaties van deze voorziening worden bewezen door voor elke maand facturen bij de zorgkas in te dienen.

Het probleem hierbij in Brussel is dat het aanbod van door de Vlaamse Gemeenschap erkende voorzieningen eerder beperkt is. Dit geldt in de eerste plaats voor de residentiële zorgvoorzieningen.

Daarom heeft de Vlaamse regering het voorontwerp van besluit houdende gelijkstelling van voorzieningen en professionele zorgverleners, gevestigd in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, met de in het kader van de zorgverzekering van rechtswege erkende voorzieningen en professionele zorgverleners, principieel goedgekeurd. Een advies ten gronde van de Raad van State is aangevraagd. Na eventuele aanpassingen aan het advies van de Raad van State kan het besluit dan definitief goedgekeurd worden en in werking treden.

Dit besluit zal toelaten dat de bicommunautaire voorzieningen in Brussel, die door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie erkend zijn, in aanmerking kunnen genomen worden in het kader van de zorgverzekering. Zij moeten hiervoor een aanvraag tot gelijkstelling van erkenning bij het Vlaams Zorgfonds indienen.

### **3.3.9. EVALUATIE VAN DE ZORGVERZEKERING**

Zoals reeds bij de start van de zorgverzekering aangekondigd werd, heeft in het najaar van 2002 een inhoudelijke evaluatie van het systeem van de zorgverzekering plaatsgehad. Deze evaluatie had in grote mate betrekking op de wijze waarop de uitvoering van de tenlastenemingen in de praktijk verliep.

Hieronder volgt een puntsgewijze bespreking van de problemen die bij de evaluatie zijn vastgesteld:

#### **– De tenlastenemingen voor mantelzorg**

De tenlastenemingen voor mantelzorg worden vlot uitgevoerd.

Het wordt echter wel als onrechtvaardig beschouwd dat de tenlastenemingen voor mantelzorg stopgezet worden als iemand langer dan 21 opeenvolgende dagen niet meer in het thuismilieu verblijft. Dit heeft immers meestal betrekking op een hospitalisatie van de zorg-behoevende.

Er wordt geargumenteed dat de mantelzorg bij hospitalisatie in de meeste situaties immers gewoon verder gezet wordt (onderhoud van de woning, toezicht in ziekenhuis, geldzaken, enz.). In een aantal situaties wordt er bij hospitalisatie zelfs meer gevraagd van de mantelzorger.

Bovendien leidt deze maatregel tot heel wat nutteloze administratieve kosten bij de zorgkassen. Door het maandelijks karakter van de tenlastenemingen moet de mantelzorg immers dikwijls worden stopgezet en herstart, terwijl de uitbetalingen voor mantelzorg gewoon doorlopen. Zo worden de uitbetalingen enkel stopgezet bij een onderbreking van de mantelzorg (vb. door hospitalisatie) van minimum ongeveer 30 of maximum ongeveer 50 dagen, afhankelijk van de datum waarop de onderbreking van mantelzorg aanvangt.

#### – De opbouw van het krediet

De opbouw van het krediet heeft de zorgkassen bij de opstart voor heel wat praktische problemen gesteld, voornamelijk op het vlak van informatica. Dit heeft (in combinatie met de problematiek van de terugbetalingen) ertoe geleid dat de eerste terugbetalingen van de producten en hulpmiddelen en van de professionele zorgverlening pas in maart-april van 2002 zijn gebeurd.

#### – De terugbetaling van producten en hulpmiddelen op basis van facturatie

De terugbetaling van producten ter hoogte van het krediet leidt tot grote problemen in de opstartfase van de zorgverzekering. De problemen kunnen in twee groepen opgedeeld worden:

- op het vlak van de zorgbehoevende: de modaliteiten waaraan bij de facturatie van producten moeten voldaan worden om voor tenlasteneming in aanmerking te komen;
- op het vlak van de productverstrekker: de voorwaarde dat men moet erkend zijn om terugbetaling van zijn producten in het kader van de zorgverzekering te bekomen.

#### – Modaliteiten van facturatie

Volgens de zorgkassen waren er in het voorjaar van 2002 problemen bij het vervullen van de voorwaarden waaraan de ingeleverde facturen moesten beantwoorden volgens de handleiding zorgverzekering (ministerieel besluit van 1 oktober 2001 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering).

Dit betekent dat de zorgbehoevende in veel gevallen zijn terugbetaling voor producten niet ontvangt, zonder dat hij daar zelf schuld aan heeft. Hij dient immers gewoon de factuur in van de voorziening of professionele zorgverlener waar hij het product koopt. De zorgkassen zijn verplicht om al deze facturen te controleren.

Dit probleem werd aangepakt door alle erkende productverstrekkers aan te schrijven met de vraag om zich wat de facturatie van producten betreft, aan de in het kader van de zorgverzekering gestelde voorwaarden te houden. De productverstrekkers zijn ook aangemoedigd om het 'eenheidsformulier' voor terugbetaling van producten te gebruiken. Toch was hiermee het probleem nog steeds niet van de baan.

#### – De erkenning als productverstrekker

De apotheken, bandagisten en OCMW's in Vlaanderen zijn van rechtswege erkend. Daarnaast werden er ongeveer 140 voorzieningen en professionele zorgverleners als productverstrekker erkend.

Deze erkenningsprocedure leidt tot problemen bij de uitvoering van de Vlaamse zorgverzekering.

De enige erkenningsvoorwaarde die volgens het besluit opgelegd wordt, is dat de voorziening of professionele zorgverlener op de plaats waar de producten en hulpmiddelen worden aangeboden deskundig advies moet kunnen verstrekken over het gebruik van die producten en hulpmiddelen. Zij moeten dit doen door ervoor te zorgen dat op die plaats een persoon werkzaam is, die ten minste beschikt over het niveau van de graad van gegradueerde in het studiegebied gezondheidszorg of het studiegebied sociaal-agogisch werk of over een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het departement Onderwijs van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap hiermee is gelijkgesteld.

Deze erkenningsvoorwaarde heeft problemen opgeleverd voor sommige aanbieders die reeds jaren niet-medische producten en hulpmiddelen verkopen die op de lijst van de zorgverzekering staan. Bij het samenstellen van de lijst zijn er immers ook producten en hulpmiddelen opgenomen die niet noodzakelijk in verband staan met de in het besluit gevraagde diploma's.

Erkenningen door de overheid zijn slechts zinvol als hierdoor de kwaliteit van de dienstverlening positief beïnvloed wordt. De op de lijst vermelde producten en hulpmiddelen zijn te uiteenlopend om goede erkenningsvoorwaarden door de overheid te laten bepalen en te controleren.

Daar waar de erkenningen weinig garanties op een kwaliteitsvolle dienstverlening bieden, dreigen ze voor de zorgbehoevende grote problemen op te leveren. De administratie ontvangt signalen dat sommige voorzieningen en professionele zorgverleners die een erkenning hebben, hun producten zeker niet tegen de goedkoopste prijs verkopen.

Het erkennen van aanbieders van producten en hulpmiddelen past bovendien niet in het streven van de Vlaamse regering naar een administratieve vereenvoudiging van de regelgeving.

Er wordt bijgevolg voorgesteld de erkenningsprocedure voor productverstrekkers af te schaffen. Dit leidt tot een administratieve vereenvoudiging en zorgt ervoor dat de vrije markt voluit haar rol kan spelen in het betaalbaar houden van de aangeboden producten en hulpmiddelen.

### **3.3.10. FORFAITAIRE TENLASTENEMING**

De hierboven beschreven evaluatie heeft ertoe geleid dat de Vlaamse regering in het kader van haar begrotingsbespreking heeft beslist vanaf 1 januari 2003 over te gaan tot **één forfaitaire tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg**.

Deze beslissing werd formeel bekrachtigd via het besluit van de Vlaamse regering van 13 december 2002.

Via dit besluit werd tevens de uitvoering van de tenlastenemingen voor residentiële zorg hervormd en geforfaitariseerd.



De zorgkassen betalen vanaf 1 januari 2003 ook de tenlasteneming voor residentiële zorg forfaitair uit via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker of in contanten aan de gebruiker. De terugbetaling voor residentiële zorg gebeurt op zijn vroegst in de loop van de maand die volgt op de maand waarop de tenlasteneming betrekking heeft.

Dit gebeurt op basis van een attest van de verzekeringsinstellingen dat aantoont dat de gebruiker recht heeft op deze tenlastenemingen.

De residentiële voorziening zal de zorgkas de volgende gegevens melden in de maand na deze waarin de toestand van de gebruikers op deze gebieden gewijzigd is:

- stopzetten van de verblijfsovereenkomst met de residentiële voorziening door de gebruiker;
- overlijden van de gebruiker;
- verandering van de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag tot tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting waardoor de gebruiker niet langer onder de voorwaarden op het gebied van zorgbehoefendheid in het kader van de zorgverzekering valt (tot 1 april 2003).

### **3.4. GEGEVENSBEHEER**

#### **3.4.1. SITUATIESCHETS**

Zoals reeds aangehaald in het punt 2.3.4 vraagt het Vlaams Zorgfonds zowel statistische tabellen als databankgegevens op bij de zorgkassen. Onderstaande tabellen over het aantal leden, het aantal goedgekeurde dossiers zijn gebaseerd op de finale statistische tabellen die de zorgkassen hebben bezorgd op 30 april 2003.

De tabel over het aantal lopende dossiers is gebaseerd op de databankbestanden. Deze informatie is namelijk niet voorhanden bij de statistische tabellen. De tabel met het aantal indicatiestellingen is gebaseerd op de door de zorgkassen ingediende en door het Zorgfonds in 2001 en 2002 uitbetaalde verzamelstaten van door de gemachtigde indicatiestellers gefactureerde indicatiestellingen.

Alle hierna opgenomen gegevens hebben betrekking op de toestand per 31 december 2002. In de bijlage 4 bij dit jaarverslag zijn een verdere detaillering van onderstaande statistieken opgenomen, samen met een beknopte commentaar.

### 3.4.2. BEKNOPT STATISTISCH OVERZICHT

#### 3.4.2.1. AANTAL LEDEN

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Vlaanderen	Brussel	Totaal	% Totaal
180	CM-zorgkas*	2.202.945	17.593	2.220.538	55,7%
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	98.239	2.207	100.446	2,5%
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	822.257	7.431	829.688	20,8%
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	273.815	1.869	275.684	6,9%
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	376.192	7.168	383.360	9,6%
680	Vlaamse Zorgkas	63.394	1.465	64.859	1,6%
780	Omob Zorgkas	42.031	3.237	45.268	1,1%
880	Zorgkas DKV Belgium	68.253	850	69.103	1,7%
<b>totaal</b>		<b>3.947.126</b>	<b>41.820</b>	<b>3.988.946</b>	<b>100,0%</b>

\* De CM-zorgkas heeft 1.103 leden meegedeeld waarvan niet bekend is of ze bij Vlaanderen of Brussel horen; ze werden in dit overzicht bij Vlaanderen gevoegd.

In het Vlaams Gewest zijn er bijna 3.950.000 personen aangesloten bij de zorgverzekering. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bijna 42.000.

#### 3.4.2.2. AANTAL GOEDGEKEURDE AANVRAGEN

Zorgkas	Aanvragen	% Verwerkt	Goedgekeurde aanvragen	Geweigerde aanvragen	% Goedgekeurd tov verwerkt
180	75.869	92,6%	62.722	7.544	89,3%
280	3.242	99,8%	3.084	150	95,4%
380	39.136	100,0%	28.518	10.617	72,9%
480	13.002	100,0%	10.671	2.329	82,1%
580	9.138	99,1%	7.474	1.586	82,5%
680	2.520	97,7%	2.090	371	84,9%
780	495	97,6%	389	94	80,5%
880	604	98,8%	444	153	74,4%
<b>totaal</b>	<b>144.006</b>	<b>96,0%</b>	<b>115.392</b>	<b>22.844</b>	<b>83,5%</b>

In de periode 1 oktober 2001 t.e.m. 31 december 2002 zijn er ongeveer 144.000 aanvragen ingediend bij een van de 8 erkende zorgkassen. Bijna 84% van de verwerkte aanvragen werd goedgekeurd. Vier procent van de aanvragen moet nog verwerkt worden.

### 3.4.2.3. AANTAL LOPENDE DOSSIERS

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Thuiszorg	Residentiële zorg	Totaal
180	CM-zorgkas	41.455	17.543	58.998
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	1.969	594	2.563
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	18.578	5.945	24.523
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	6.738	2.188	8.926
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	4.470	2.030	6.500
680	Vlaamse Zorgkas	1.245	925	2.170
780	Omob Zorgkas	171	73	244
880	Zorgkas DKV Belgium	334	77	411
<b>totaal</b>		<b>74.960</b>	<b>29.375</b>	<b>104.335</b>

Lopende dossiers zijn dossiers die werden goedgekeurd en waarvan de einddatum tenlasteneming nog niet overschreden werd. De lopende dossiers voor thuiszorg omvat de zorgvormen professionele thuiszorg, mantelzorg en professionele thuiszorg en mantelzorg.

### 3.4.2.4. AANTAL TERUGBETAALDE INDICATIESTELLINGEN

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Aantal indicatiestellingen
180	CM-zorgkas	12.804
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	1.498
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	11.489
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	3.854
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	3.530
680	Vlaamse Zorgkas	336
780	Omob Zorgkas	60
880	Zorgkas DKV Belgium	0
<b>totaal</b>		<b>33.571</b>

Het aantal indicatiestellingen is gebaseerd op de door de zorgkassen ingediende en door het Zorgfonds in 2001 en 2002 uitbetaalde verzamelstaten van door de gemachtigde indicatiestellers gefactureerde indicatiestellingen. Uit de ingediende tekstbestanden van de zorgkassen blijkt dat in de periode oktober 2001 tot en met december 2002 niet minder dan 56.131 beslissingen tot tenlasteneming gebaseerd op een indicatiestelling met de BEL-schaal werden genomen. De zorgkassen hebben dus een aanzienlijke achterstand in hun aanvragen tot terugbetaling opgelopen. Het Vlaams Zorgfonds moet in 2003 rekening houden met meer dan 22.000 indicatiestellingen van 2002 die nog zullen moeten worden terugbetaald.

### 3.4.2.5. AANTAL BEZWAARSCHRIFTEN

In de loop van het jaar 2002 werden bij het Vlaams Zorgfonds 736 bezwaarschriften ingediend tegen beslissingen van de erkende zorgkassen.

In onderstaande tabellen worden de belangrijkste kerncijfers weergegeven.

#### *Opgedeeld naar indieningswijze*

Indieningswijze	Aantal
aangetekende brief	649
gewone brief	85
afgifte tegen ontvangstbewijs	2
<b>totaal</b>	<b>736</b>

#### *Opgedeeld naar ontvankelijkheid*

Ontvankelijkheid	Aantal
ontvankelijk	634
onontvankelijk	101
nog in onderzoek*	1
<b>totaal</b>	<b>736</b>

\* Dit betreft een dossier van een gebruiker die, na de indiening van het bezwaarschrift, werd gehospitaliseerd. Om het dossier verder te kunnen behandelen, werd recentelijk opnieuw contact opgenomen met de gebruiker.

#### *Opgedeeld naar het geslacht van de gebruiker*

Geslacht	Aantal
mannelijk	217
vrouwelijk	519
<b>totaal</b>	<b>736</b>

*Opgedeeld per zorgkas*

Zorgkas	Aantal
Christelijke Mutualiteiten – Zorgkas Vlaanderen	402
Neutrale Zorgkas Vlaanderen	6
Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	144
Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	124
Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	44
Vlaamse Zorgkas	3
Omob Zorgkas	0
Zorgkas DKV Belgium	0
onbekend	13
<b>totaal</b>	<b>736</b>

*Opgedeeld naar hoorrecht*

Hoorrecht	Aantal
gebruiker	212
zorgkas	0
geen	524
<b>totaal</b>	<b>736</b>

*Opgedeeld naar de grond van het bezwaar*

Grond	Aantal
betwisting indicatiestelling	698
attesten	20
andere	18
<b>totaal</b>	<b>736</b>

*Opgedeeld naar het advies*

Advies	Aantal
reeds gegeven	627
nog te geven**	6
geen advies nodig	103
gegrond	96
ongeground	531
<b>totaal</b>	<b>736</b>

\*\* Dit betreft het onder (\*) vermelde dossier en daarnaast 5 dossiers waarvan de Bezwaarcommissie Zorgverzekering reeds een eerste keer kennis heeft genomen maar t.a.v. dewelke nog geen definitief advies kon worden verstrekt omwille van volgende redenen: langdurige hospitalisatie van de gebruiker waardoor de uitoefening van het hoorrecht voorlopig onmogelijk is (2 dossiers), wachten op de aflevering van attesten door andere diensten (2 dossiers) en wachten op een voorafgaand juridisch advies te verstrekken door het Vlaams Zorgfonds (1 dossier).

4.1.	Inkomsten	40
4.1.1.	Dotaties aan het Vlaams Zorgfonds	40
4.1.1.1.	Gewone dotatie	40
4.1.1.2.	Extra dotaties	40
4.1.2.	Ledenbijdragen	40
4.1.3.	Inkomsten van beleggingen	41
4.2.	Uitgaven	41
4.2.1.	Subsidie voor de tenlastenemingen	41
4.2.1.1.	Vaststelling van de subsidie voor tenlastenemingen	41
4.2.1.2.	Voorschottenregeling	42
4.2.2.	Vergoeding van de indicatiestellingen	43
4.2.3.	Subsidiëring van de opstartkosten en de werkingskosten	43
4.2.3.1.	Vaststelling van de subsidie voor de opstartkosten en de werkingskosten	43
4.2.3.2.	Voorschottenregeling	45
4.2.4.	Werkingskosten van het Vlaams Zorgfonds en de Vlaamse Zorgkas	46
4.2.4.1.	Opstartkosten van de Vlaamse Zorgkas	46
4.2.4.2.	De recurrente kosten van het Vlaams Zorgfonds en de Vlaamse Zorgkas	47
4.2.4.2.1.	De personeelskosten	47
4.2.4.2.2.	De overige recurrente kosten	47
4.2.5.	Dotaties aan het reservefonds	48
4.3.	Over te dragen resultaat voor de jaren 2001 en 2002	49
4.4.	Reservefonds	49

## HOOFDSTUK 4 Inkomsten en uitgaven van het Vlaams Zorgfonds

### Vlaams Zorgfonds – Aangepaste begroting 2001 versus begrotingsuitvoering 2001

#### ONTVANGSTEN (in duizend euro)

ESR 95*	Omschrijving	2001 aangepaste begroting	2001 begrotings- uitvoering
28.01	Inkomsten uit beleggingen	11.899	7.833
46.11	Dotatie Vlaams Zorgfonds 2001	99.157	99.157
46.12	Extra dotatie Vlaams Zorgfonds	6.626	6.626
<b>totaal van de ontvangsten</b>		<b>117.682</b>	<b>113.616</b>

\* ESR 95 = Europees Systeem van Rekeningen

#### UITGAVEN (in duizend euro)

ESR 95	Omschrijving	2001 aangepaste begroting	2001 begrotings- uitvoering
12.11	Werkingskosten van het Vlaams Zorgfonds	1.640	912
12.12	Huurgelden North Plazagebouw	219	0
12.31	Kosten m.b.t. de beleggingsportefeuille	173	38
31.32	Werkingskosten van de Vlaamse Zorgkas	904	566
33.01	Werkingsubsidies zorgkassen	0	0
	(art. 17, 1ste lid, §1 en 2 van het decreet)		
33.02	Werkingsubsidies zorgkassen	2.479	1.983
	(art. 17, 1ste lid, §3 van het decreet)		
74.01	Aankoop van kantoormeubilair	pm	55
93.01	Dotatie aan het reservefonds	89.242	89.242
93.02	Dotatie gekapitaliseerde intresten aan het reservefonds	4.164	4.164
03.22	Over te dragen naar het volgende begrotingsjaar	18.861	16.656
<b>totaal van de uitgaven</b>		<b>117.682</b>	<b>113.616</b>

**RESERVEFONDS (in duizend euro)**

Omschrijving	2001 aangepaste begroting	2001 begrotings- uitvoering
<b>Begintoestand</b>	<b>198.315</b>	<b>198.315</b>
Dotatie van het begrotingsjaar	89.242	89.242
Dotatie van de gekapitaliseerde intresten	4.164	4.164
<b>Eindtoestand</b>	<b>291.721</b>	<b>291.721</b>

**Vlaams Zorgfonds – Aangepaste begroting 2002 versus begrotingsuitvoering 2002****ONTVANGSTEN (in duizend euro)**

ESR 95	Omschrijving	2002 aangepaste begroting	2002 begrotings- uitvoering
08.21	Overgedragen overschot vorige boekjaren	16.750	16.656
28.01	Inkomsten uit beleggingen	12.090	12.363
38.51	Ledenbijdragen	39.000	*40.632
46.11	Dotatie 2002 Vlaams Zorgfonds	99.157	99.157
46.12	Extra dotatie vanuit de Vlaamse begroting 2002	44.689	44.689
<b>totaal van de ontvangsten</b>		<b>211.686</b>	<b>213.497</b>

\* definitieve realisatiecijfers zoals verkregen van de zorgkassen, zowel qua ledenbijdragen als tenlastenemingen.



**UITGAVEN (in duizend euro)**

ESR 95	Omschrijving	2002 aangepaste begroting	2002 begrotings- uitvoering
12.11	Werkingskosten Vlaams Zorgfonds	695	141
12.11	Opstartkosten Vlaamse Zorgkas	844	623
12.12	Huurgelden North Plaza	372	190
12.31	Kosten m.b.t. de beleggingsportefeuille	620	23
33.01	Werkingssubsidies zorgkassen (art. 17, 1ste lid, 3° van het decreet)	6.321	6.321
33.02	Werkingssubsidies zorgkassen: vergoeding indicatiestellers	2.250	2.518
33.03	Specifieke werkingssubsidie Vlaamse Zorgkas	1.508	1.315
34.01*	Subsidies aan de zorgkassen (art. 17, 1ste lid, 1° en 2° van het decreet)	101.997	*72.884
41.01	Interne overdracht	140	0
41.01	Interne overdracht	593	0
74.01	Aankoop van kantoormeubilair	pm	7
93.01	Dotatie aan het reservefonds	89.242	89.242
93.02	Dotatie aan het reservefonds (kapitalisatie van de intresten)	7.104	7.104
03.22	Over te dragen naar het volgende begrotingsjaar	0	33.129
<b>totaal van de uitgaven</b>		<b>211.686</b>	<b>213.497</b>

\* definitieve realisatiecijfers zoals verkregen van de zorgkassen, zowel qua ledenbijdragen als tenlastenemingen.

**RESERVEFONDS (in duizend euro)**

Omschrijving	2002 aangepaste begroting	2002 begrotings- uitvoering
<b>Begintoestand</b>	<b>291.721</b>	<b>291.721</b>
Dotatie van het begrotingsjaar	89.242	89.242
Dotatie van de gekapitaliseerde intresten	7.104	7.104
<b>Eindtoestand van de reserves</b>	<b>388.067</b>	<b>388.067</b>

## **4.1. INKOMSTEN**

### **4.1.1. DOTATIES AAN HET VLAAMS ZORGFONDS**

#### **4.1.1.1. GEWONE DOTATIE**

De gewone werkingsdotatie van het Vlaams Zorgfonds wordt jaarlijks ingeschreven in het activiteitenprogramma 41.1 – Algemeen Welzijnsbeleid van de Vlaamse begroting en dit onder de basisallocatie 41.03 – dotatie aan het Vlaams Zorgfonds (niet gesplitst krediet).

Sinds de oprichting van het Vlaams Zorgfonds op 1 januari 1999 (cf. artikel 11 van het decreet) wordt jaarlijks een bedrag van 99.157.000 euro in de begroting ingeschreven als dotatie.

De uitbetaling van deze dotatie is steeds onderworpen aan het voorafgaand visum van het Rekenhof.

#### **4.1.1.2. EXTRA DOTATIES**

Sedert de oprichting op 1 januari 1999 ontving het Vlaams Zorgfonds tweemaal een extra dotatie die op een aparte basisallocatie 41.04 van het activiteitenprogramma 41.1 – Algemeen Welzijnsbeleid van de Vlaamse uitgavenbegroting werd ingeschreven:

- In 2001 werd een extra dotatie van 6.626.000 euro toegekend op basis van het ministerieel besluit van 5 oktober 2001. Dit bedrag vertegenwoordigt de renteopbrengsten die werden gederfd ten gevolge van de opname van de geldmiddelen van het Vlaams Zorgfonds in het Centraal Financieringsorgaan (CFO). Tot medio april 2001 werd het beheer van de reserves toevertrouwd aan het Centraal Financieringsorgaan. Een gedeelte van deze extra dotatie ad 4.164.181 euro werd getransfereerd naar het reservefonds (zie infra).
- In 2002 bedroeg de extra dotatie aan het Vlaams Zorgfonds 44.689.000 euro. Deze dotatie werd toegekend naar aanleiding van de opmaak van het derde bijblad bij de begroting 2002. De extra dotatie werd ingeschreven om enerzijds het verwachte tekort op de begroting 2002 van het Vlaams Zorgfonds te dekken en anderzijds om voor het jaar 2002 in een bijkomende dotatie ad 24.790.000 euro te voorzien aan het reservefonds.

#### **4.1.2. LEDENBIJDRAGEN**

In het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering wordt de aansluiting bij een zorgkas en de betaling van de ledenbijdragen geregeld.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de geïnde ledenbijdragen per zorgkas op basis van de boekhoudkundige gegevens. Het bedrag van de geïnde ledenbijdragen omvat tevens de ledenbijdragen van de personen die zich hebben laten regulariseren.

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Totaal
180	CM-zorgkas	22.587.621
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	1.024.770
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	8.462.410
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	2.835.130
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	3.892.240
680	Vlaamse Zorgkas	658.000
780	Omob Zorgkas	472.140
880	Zorgkas DKV Belgium	700.200
<b>totaal</b>		<b>40.632.511</b>

#### 4.1.3. INKOMSTEN VAN BELEGGINGEN

Vanaf het jaar 2001 heeft het Vlaams Zorgfonds de dotaties belegd op korte termijn. Het Vlaams Zorgfonds heeft van het ministerie van Financiën op 3 januari 2001 een vrijstelling van roerende voorheffing verkregen (ingevolge artikel 105, 2<sup>o</sup>, a) van het koninklijk besluit tot uitvoering van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 waardoor een belegging via een termijnrekening de hoogste interest opleverde. De liquiditeitoverschotten werden eveneens op korte termijn belegd.

Het Vlaams Zorgfonds heeft voor 2002 een interestopbrengst van 12.363.000 euro gerealiseerd. Hiervan werd 7.104.000 euro toegewezen aan het reservefonds.

## 4.2. UITGAVEN

### 4.2.1. SUBSIDIE VOOR DE TENLASTENEMINGEN

#### 4.2.1.1. VASTSTELLING VAN DE SUBSIDIE VOOR TENLASTENEMINGEN

De Vlaamse regering heeft beslist om tijdens de opstartfase van de zorgverzekering geen financiële verantwoordelijkheid in te voeren op het vlak van de tenlastenemingen en de zorgkassen te subsidiëren voor alle tenlastenemingen die werden uitgevoerd conform de regelgeving over de zorgverzekering. Dit betekent dat tijdens het jaar 2002 nog geen rekening werd gehouden met gewogen parameters met betrekking tot het aantal en het profiel van de aangeslotenen en de gebruikers.

Het Vlaams Zorgfonds heeft de zorgkassen gesubsidieerd voor het volledige bedrag van de tenlastenemingen dat door de zorgkassen werd uitbetaald tot en met 28 februari 2003. Het bedrag van de subsidie werd verminderd met de ledenbijdragen die door de zorgkassen werden geïnd met betrekking tot het jaar 2002. Op 30 april 2003 hebben de zorgkassen aan het Vlaams Zorgfonds een overzicht bezorgd van de uitgevoerde tenlastenemingen en de geïnde ledenbijdragen. Voor 1 juli 2003 bepaalt het Vlaams Zorgfonds de definitieve subsidie voor tenlasteneming en voor 1 oktober 2003 gaat het Vlaams Zorgfonds over tot de uitbetaling van het saldo of de terugvordering van de teveel uitbetaalde voorschotten.

Zorgkas	Mantelzorg	Thuiszorg	Cumul	Residentiële zorg	Totaal
180	306.335	393.576	34.912.618	6.680.021	42.292.551
280	156.450	18.255	1.310.613	172.125	1.657.444
380	876.870	239.583	14.292.864	1.754.679	17.163.998
480	773.925	79.394	4.721.584	633.975	6.208.878
580	482.550	84.650	2.934.886	395.464	3.897.551
680	144.400	33.479	761.239	226.875	1.165.993
780	18.600	3.504	131.455	30.810	184.370
880	29.700	2.161	219.855	21.875	273.591
<b>totaal</b>	<b>2.788.830</b>	<b>854.605</b>	<b>59.285.117</b>	<b>9.915.826</b>	<b>72.844.380</b>

#### 4.2.1.2. VOORSCHOTTENREGELING

Het Vlaams Zorgfonds heeft aan de zorgkassen een voorschot uitgekeerd op de subsidie voor tenlastenemingen. Deze voorschottenregeling moet vermijden dat de zorgkassen de uitbetaling van de tenlastenemingen aan de zorgbehoevenden met eigen middelen moeten financieren in afwachting van de vaststelling van de definitieve subsidies op 1 juli 2003.

De zorgkassen moeten elk kwartaal informatie verstrekken over het aantal leden en het aantal goedgekeurde aanvragen voor tenlasteneming per zorgvorm. Op basis van deze gegevens kan het Vlaams Zorgfonds een raming maken van de ontvangsten en uitgaven van elke zorgkas.

De voorschottenregeling werd zodanig uitgewerkt dat ze zo dicht mogelijk aansluit bij de thesaurietoestand van elke zorgkas. Enerzijds moeten de zorgkassen over voldoende liquiditeiten beschikken voor de uitvoering van de tenlastenemingen en anderzijds moet het Vlaams Zorgfonds de beschikbare financiële middelen zo optimaal mogelijk beleggen. In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de voorschotten die werden uitbetaald in 2002.

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Totaal van de tenlastenemingen	Geïnde ledenbijdragen 2002	Voorschot subsidie tenlastenemingen 2002
180	CM-zorgkas	42.292.551	22.587.621	27.332.370
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	1.657.444	1.024.770	1.231.815
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	17.163.998	8.462.410	11.231.595
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	6.208.878	2.835.130	4.869.960
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	3.897.551	3.892.240	890.350
680	Vlaamse Zorgkas	1.165.993	658.000	817.700
780	Omob Zorgkas	184.370	472.140	0
880	Zorgkas DKV Belgium	273.591	700.200	0
<b>totaal</b>		<b>72.844.380</b>	<b>40.632.511</b>	<b>46.373.790</b>

#### 4.2.2. VERGOEDING VAN DE INDICATIESTELLINGEN

Personen die een aanvraag indienen voor een tenlasteneming moeten beschikken over een attest dat de graad van zorgbehoefte vaststelt. Indien de betrokkene nog geen attest heeft dat recht geeft op een vergoeding in het kader van de zorgverzekering, kan hij zich kosteloos laten indiceren bij een gemachtigde indicatiesteller. De zorgkassen betalen aan de gemachtigde indicatiestellers een forfaitaire vergoeding van 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling (uitgezonderd aan een dienst voor gezinszorg indien dienstverlening binnen de 6 maanden).

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van vergoedingen voor indicatiestellingen die in 2001 en 2002 werden uitbetaald.

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Uitbetaald bedrag
180	CM-zorgkas	960.300
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	112.350
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	861.675
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	289.050
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	264.750
680	Vlaamse Zorgkas	25.200
780	Omob Zorgkas	4.500
880	Zorgkas DKV Belgium	0
<b>totaal</b>		<b>2.517.825</b>

#### 4.2.3. SUBSIDIERING VAN DE OPSTARTKOSTEN EN DE WERKINGSKOSTEN

##### 4.2.3.1. VASTSTELLING VAN DE SUBSIDIE VOOR DE OPSTARTKOSTEN EN DE WERKINGSKOSTEN

De zorgkassen hebben voor het jaar 2001 een subsidie ontvangen voor de opstartkosten die gepaard gaan met de start van de zorgverzekering op 1 oktober 2001. Het Vlaams Zorgfonds heeft voor het jaar 2002 een subsidie verstrekt voor de financiering van de werkingskosten.

De verstrekte subsidie voor opstartkosten en werkingskosten dient voor de financiering van alle onkosten die gepaard gaan met de opstart en de werking van de zorgkassen. Deze kosten hebben voornamelijk betrekking op het innen van de ledenbijdragen en het behandelen van aanvragen voor tenlastenemingen. Het gaat in hoofdzaak over personeelskosten, informatica-uitgaven, huur kantooruimte en -materiaal, kosten in verband met briefwisseling, communicatiecampagnes.

In artikel 7 van het besluit wordt de vaststelling van de subsidies voor opstartkosten evenals de verdeling ervan over de zorgkassen geregeld. Het Vlaams Zorgfonds heeft een bedrag van 2.478.935 euro beschikbaar voor het subsidiëren van de opstartkosten voor het jaar 2001. Dit bedrag werd uitbetaald op 1 juli 2002.

Elke zorgkas die minimaal 20.000 leden heeft op 31 maart 2002 ontvangt een forfaitaire vergoeding van 123.947 euro. Het Vlaams Zorgfonds heeft een bedrag van 867.629 euro uitbetaald voor het verstrekken van deze forfaitaire subsidie. Het resterende saldo van 1.611.306 euro werd verdeeld over de zorgkassen in functie van het ledenaantal.

Het Vlaams Zorgfonds heeft op 1 juli 2002 tevens een bijkomend bedrag van 1.859.201 euro als subsidie voor opstartkosten betaald. Dit bedrag werd verdeeld over de zorgkassen in functie van het ledenaantal op 31 maart 2002 (cf. artikel 8, §1, 2<sup>o</sup>).

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de subsidie voor opstartkosten voor het jaar 2001.

Zorgkas*	Naam van de zorgkas	Forfaitaire vergoeding	Verdeling van het saldo voor opstartkosten op basis van het aantal leden	Verdeling van de bijkomende subsidie voor opstartkosten op basis van het aantal leden	Totaal
180	CM-zorgkas	123.947	924.350	1.066.558	2.114.855
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	123.947	39.455	45.525	208.927
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	123.947	341.457	393.990	859.394
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	123.947	109.725	126.606	360.278
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	123.947	149.491	172.490	445.928
780	Omob Zorgkas	123.947	19.782	22.825	166.554
880	Zorgkas DKV Belgium	123.947	27.046	31.207	182.200
	<b>totaal</b>	<b>867.629</b>	<b>1.611.306</b>	<b>1.859.201</b>	<b>4.338.136</b>

\* Voor de Vlaamse Zorgkas werd een aparte regeling voorzien voor de subsidiëring van de opstartkosten voor het jaar 2001 aangezien deze zorgkas belast is met een specifieke opdracht, namelijk de ambtshalve aansluitingen. Deze subsidieregeling wordt nader omschreven onder punt 4.2.4.1.

Voor het jaar 2002 heeft het Vlaams Zorgfonds een budget van 4.957.870 euro beschikbaar voor het verstrekken van een subsidie voor de werkingskosten voor het jaar 2002. Een zorgkas krijgt een forfaitaire subsidie van 61.973 euro indien zij op 31 december 2002 minstens 20.000 leden en 400 lopende dossiers heeft. Voor het verstrekken van deze subsidie is een maximaal budget van 495.787 euro voorzien. Indien dit budget overschreden wordt, wordt het bedrag van elke zorgkas pro rata verminderd (cf. artikel 8, 9 en 10).

De zorgkassen krijgen ook een forfaitaire vergoeding van 75 euro voor ieder dossier dat werd geweigerd na een extra indicatiestelling of na een controle. Voor het verstrekken van deze subsidie is een maximaal budget van 495.787 euro voorzien. Indien dit budget overschreden wordt, wordt het bedrag van elke zorgkas pro rata verminderd.

Het subsidiebedrag dat overblijft na het verstrekken van de forfaitaire subsidies wordt verdeeld over de zorgkassen op basis van het aantal leden en het aantal lopende dossiers voor tenlasteneming op de laatste dag van elk trimester.

Het Vlaams Zorgfonds is bezig met het verwerken van de cijfergegevens voor het berekenen van deze subsidie. Sommige zorgkassen hebben wel reeds een provisie opgenomen in hun jaarrekening 2002 voor het resterende deel van 20% van de subsidie voor werkingskosten voor het jaar 2002.

#### 4.2.3.2. VOORSCHOTTENREGELING

Op 15 november 2001 heeft het Vlaams Zorgfonds 80% van de subsidie voor opstartkosten voor het jaar 2001, 2.478.935 euro, verdeeld onder de zorgkassen. De zorgkassen hebben een forfaitaire sokkel gekregen van 123.947 euro. Een bedrag van 1.611.308 euro werd verdeeld op basis van het ledenaantal.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de voorschotten op de subsidie voor opstartkosten voor het jaar 2001.

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Voorschot
180	CM-zorgkas	813.000
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	134.500
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	370.500
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	186.500
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	223.000
780	Omob Zorgkas	131.000
880	Zorgkas DKV Belgium	124.500
<b>totaal</b>		<b>1.983.000</b>

Het Vlaams Zorgfonds heeft voor de vijftiende dag van elk kwartaal een bedrag van 991.574 euro verdeeld over de zorgkassen als voorschot op de subsidie voor werkingskosten voor het jaar 2002. De helft van dit bedrag werd verdeeld in functie van het ledenaantal en de andere helft op basis van het aantal dossiers voor tenlasteneming.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de voorschotten op de subsidie voor werkingskosten voor het jaar 2002.

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Voorschot op basis van het aantal leden	Voorschot op basis van het aantal dossiers	Totaal voorschot
180	CM-zorgkas	1.159.238	1.095.532	2.254.770
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	42.428	44.192	86.620
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	416.111	529.492	945.602
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	123.198	181.148	304.345
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	164.646	101.418	266.064
680*	Vlaamse Zorgkas	21.013	21.721	42.734
780	Omob Zorgkas	23.327	3.297	26.625
880	Zorgkas DKV Belgium	33.187	6.348	39.535
<b>totaal</b>		<b>1.983.148</b>	<b>1.983.148</b>	<b>3.966.296</b>

\* Naast deze subsidie werd voor de Vlaamse Zorgkas nog een aparte regeling voorzien voor het subsidiëren van de werkingskosten voor het jaar 2002 aangezien deze zorgkas belast is met een specifieke opdracht, namelijk de ambtshalve aansluitingen. Deze subsidieregeling wordt nader omschreven onder punt 4.2.4.2.

#### 4.2.4. WERKINGSKOSTEN VAN HET VLAAMS ZORGFONDS EN DE VLAAMSE ZORGKAS

##### 4.2.4.1. OPSTARTKOSTEN VAN DE VLAAMSE ZORGKAS

Met toepassing van artikel 14, derde lid van het decreet heeft het Vlaams Zorgfonds op 10 mei 2001 de Vlaamse Zorgkas opgericht.

In uitvoering van artikel 4, §1, tweede lid van het decreet dient de Vlaamse Zorgkas over te gaan tot de ambtshalve aansluiting van alle inwoners van het Vlaamse Gewest die niet vrijwillig aansloten bij een erkende zorgkas.

Omwille van deze specifieke opdracht en omwille van de inbedding van de Vlaamse Zorgkas in de OCMW's, in afwachting van de bouw van de Vlaamse sociale huizen, wordt door het Vlaams Zorgfonds een specifieke supplementaire dotatie toegekend dewelke jaarlijks wordt ingeschreven in het uitgavenluik van haar begroting.

Voor het begrotingsjaar 2002 bedroeg deze dotatie oorspronkelijk 1.240.000 euro. Naar aanleiding van de begrotingscontrole 2002 heeft de Vlaamse Zorgkas evenwel haar uitgaven geactualiseerd. De opstartkosten van de Vlaamse Zorgkas werden begroot op 844.000 euro en hebben uitsluitend betrekking op de informatica-uitgaven. Een bedrag van 623.000 euro werd effectief, na voorleggen van facturen, aan de Vlaamse Zorgkas door het Vlaams Zorgfonds in 2002 aan opstartkosten uitbetaald.

De specifieke werkingssubsidie voor recurrente kosten (zie infra) van de Vlaamse Zorgkas werd begroot op 1.508.000 euro. Eind 2002 werd dit bedrag herleid door de Vlaamse Zorgkas ter gelegenheid van een doorlichting van haar eigen budget tot 1.438.000 euro.



Om één en ander in goede banen te leiden werd naar aanleiding van de begrotingscontrole 2002 in de begroting van het Vlaams Zorgfonds zowel een uitgavenartikel voor de opstartkosten (ESR 12.11) als voor de recurrente kosten (ESR 33.03) van de Vlaamse Zorgkas ingeschreven.

#### **4.2.4.2. DE RECURRENTE KOSTEN VAN HET VLAAMS ZORGFONDS EN DE VLAAMSE ZOR GKAS**

##### *4.2.4.2.1. De personeelskosten*

###### **– de personeelskosten van het Vlaams Zorgfonds**

Het Vlaams Zorgfonds heeft geen eigen personeel en doet beroep op ambtenaren van het directoraat-generaal van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn. In de begroting van het Vlaams Zorgfonds werd voorzien in de terugbetaling aan de administratie van de personeelskosten en van een forfaitair bedrag voor de recurrente werkmiddelen van het personeel. Op 31 december 2002 waren er in het kader 15,5 voltijdse equivalenten voorzien.

###### **– de personeelskosten van de Vlaamse Zorgkas**

De bruto kosten voor het personeel en management (mits abstractie van de huur, de huurlasten en de brand- en inboedelverzekering) werden voor het jaar 2002 door de Vlaamse Zorgkas aangepast begroot op 977.000 euro. Op het einde van het boekjaar 2002 werd hiervan 920.000 euro besteed, waarvan 772.000 euro aan bruto bezoldigingen, patronale lasten en sociale voordelen aan het personeel. Aan vergoedingen woon/werkverkeer en forfaitaire kilometervergoedingen werd 29.000 euro uitbetaald. Aan consultancy, HRM en management werd 37.000 euro door de zorgkas uitgegeven. De Vlaamse Zorgkas telde in 2002 18 voltijdse equivalenten.

##### *4.2.4.2.2. De overige recurrente kosten*

###### **– de overige recurrente kosten van het Vlaams Zorgfonds**

In 2002 (na de opstartfase) werd het budget ‘werking’ herschikt aan de reële noden van het Vlaams Zorgfonds.

De werkkosten die ten laste blijven van het Vlaams Zorgfonds hebben in hoofdzaak betrekking op communicatie, de uitvoering van expertenstudies, de ontwikkeling van informaticatoepassingen en de kosten voor de aankoop van databankgegevens.

In de aangepaste begroting 2002 werd hiervoor 695.000 euro (cf. in 2001: 1.640.000 euro) ingeschreven.

Aan huur, huurlasten en huurwerken (kantoorruimte vijfde verdieping North Plazagebouw), ingeschreven onder een aparte basisallocatie 12.13, werd in 2002 een bedrag van 189.000 euro betaald.

De kosten in verband met de beleggingsportefeuille zijn vooralsnog miniem (42.000 euro in 2001 en 23.000 euro in 2002) en betreffen in hoofdzaak de honorering van adviesverlenende opdrachten die door diverse experten werden uitgevoerd.

Bedoeling is om in de tweede jaarhalf van 2003 te starten met het discretionair vermogensbeheer waardoor beheer- en bewaarlonen zullen moeten worden betaald.

#### – de overige recurrente kosten van de Vlaamse Zorgkas

De reeds supra vermelde specifieke werkingssubsidie ad 1.508.000 euro dekt buiten de kosten met betrekking tot het personeel en het management nog overige recurrente kosten, met name de uitgaven voor inhoudelijke werking, de communicatiekosten en de kosten met betrekking tot het gegevensbeheer en het financieel beheer. Globaal werden deze kosten voor 2002 geraamd op 487.000 euro. Een herziening van de begroting door de zorgkas herleidde dit bedrag tot 323.000 euro grotendeels door het neerwaarts herraamen van de kosten voor de inhoudelijke werking.

Per 31 december 2002 was er door de zorgkas een totaalbedrag van 146.000 euro besteed aan hogervermelde overige recurrente kosten.

De Vlaamse Zorgkas betaalde in 2002 een bedrag van 123.000 euro aan huur, huurlasten en huurwerken voor de kantoorruimten op de vijfde verdieping van het North Plazagebouw. Hiervoor was in de aangepaste begroting 2002 van de zorgkas 138.000 euro ingeschreven.

Op 1 oktober 2002 sloot het Vlaams Zorgfonds een beheersovereenkomst af met de Vlaamse Zorgkas waarbij laatstgenoemde gehouden is om elk jaar een financieel en een beleidsplan op te stellen. Het Vlaams Zorgfonds verleent jaarlijks een advies over deze beide plannen in hoofde van de vertegenwoordiger van het Vlaams Zorgfonds in de Raad van Beheer van de Vlaamse Zorgkas.

De overeenkomst voorziet eveneens in een schijfsgewijze uitbetaling van de werkingssubsidie (22,5% per kwartaal, saldo 10% na goedkeuring van de jaarrekening).

#### 4.2.5. DOTATIES AAN HET RESERVEFONDS

Sedert het begrotingsjaar 1999 heeft de Vlaamse regering jaarlijks een dotatie van 99,2 miljoen euro toegekend aan het Vlaams Zorgfonds. Per 31 december 2002 bedraagt de omvang van het demografisch reservefonds 388 miljoen euro.

Deze reserve werd opgebouwd als volgt:

Dotatie van het jaar 1999	99.157.410
Dotatie van het jaar 2000	99.157.409
Extra dotatie intresten 1999-2000	4.164.181
Dotatie van het jaar 2001	89.242.000
<b>Totaal per 31 december 2001</b>	<b>291.721.000</b>
Dotatie van het jaar 2002	89.242.000
Deel van de intresten van het jaar 2002	7.104.000
<b>Totaal per 31 december 2002</b>	<b>388.067.000</b>

### **4.3. OVER TE DRAGEN RESULTAAT VOOR DE JAREN 2001 EN 2002**

#### **Budgettair resultaat 2001**

Het Vlaams Zorgfonds sloot haar rekeningen voor het jaar 2001, na audit van het Rekenhof, af met een begrotingsoverschot van 110.062.255 euro waarvan 93.406.180 euro werd toegewezen aan het reservefonds.

Hierdoor bedroeg het over te dragen overschot op 31 december 2001 **16.656.075 euro**. Dit overschot dient als overgedragen resultaat in de uitvoeringsrekening van 2002 te worden opgenomen.

#### **Economisch resultaat 2001**

De controle van de jaarrekening opgesteld conform het besluit van de Vlaamse regering van 21 mei 1997 betreffende een geïntegreerde economische boekhouding en budgettaire rapportering voor de Vlaamse openbare instellingen werd voorgelegd met een totaalbalans van 309.656.500 euro en een netto resultaat na toewijzing aan het reservefonds van **17.215.651 euro**.

#### **Budgettair resultaat 2002**

Het over te dragen budgettair resultaat voor het jaar 2002, na dotatie van 96.346.000 euro aan het reservefonds, bedraagt **33.129.295 euro**.

#### **Economisch resultaat 2002**

De economische boekhouding werd per 31 december 2002 afgesloten met een netto resultaat, na de toewijzing aan het demografisch reservefonds van een bedrag van 96.346.000 euro, van **34.185.260 euro**.

### **4.4. RESERVEFONDS**

Het Vlaams Zorgfonds zal het beheer van de financiële reserves toevertrouwen aan gespecialiseerde vermogensbeheerders. Voor de selectie van deze vermogensbeheerders werd een overheidsopdracht uitgeschreven via een onderhandelingsprocedure met bekendmaking op Europees niveau.

De Vlaamse regering heeft tijdens haar vergadering van 29 november 2002 de beleggingsstrategie voor de reserves goedgekeurd. De financiële activa worden ten belope van 350.000.000 euro belegd in obligaties. Daarnaast wordt er 38.000.000 euro belegd in aandelen uit het Ethibel-universum indien het Begeleidingscomité van mening is dat de uitbreiding van de ESI-index voldoet aan de gestelde voorwaarden (uitbreiding met grote marktkapitalisaties en een universum dat meer evenwichtig gespreid is tussen de sectoren). Voor zover het Begeleidingscomité van oordeel is dat aan de voorwaarden voldaan wordt en naarmate de uitbreiding van het universum het toelaat, wordt de dotatie van het jaar 2003 en 2004 (39.268.000 euro) eveneens duurzaam belegd in aandelen uit het Ethibel-universum.

De overdracht van de reserves zal gebeuren na de toewijzing van de overheidsopdracht.

5.1.	Controle op de werking van de zorgkassen	51
5.1.1.	Interne controle	51
5.1.2.	10% controle	51
5.1.3.	Controle ter plaatse	53
5.2.	De boekhoudkundige en financiële controle van de zorgkassen	56
5.2.1.	Inleiding	56
5.2.2.	Het boekhoudkundig verslag van de zorgkassen:	
	bespreking en evaluatie	57
5.2.2.1.	Het administratief-juridisch gedeelte	57
5.2.2.2.	Het financieel-boekhoudkundig gedeelte	58
5.2.2.3.	Bijlagen bij het boekhoudkundig verslag	59
5.2.3.	Bespreking van de voornaamste rubrieken van de balans en de resultatenrekening	59
5.2.3.1.	Bespreking van de activa	60
5.2.3.2.	Bespreking van de passiva	60
5.2.3.3.	Bespreking van de geglobaliseerde technische resultaten van de zorgkassen	61
5.2.3.4.	Bespreking van de geglobaliseerde werkingsresultaten van de zorgkassen	63
5.2.3.5.	Bespreking van de geglobaliseerde financiële resultaten van de zorgkassen	65

## HOOFDSTUK 5 **Controle en toezicht van het Vlaams Zorgfonds op de zorgkassen**

### **5.1. CONTROLE OP DE WERKING VAN DE ZORGKASSEN**

#### **5.1.1. INTERNE CONTROLE**

De zorgkassen moeten beschikken over een interne controle overeenkomstig artikel 2 van het besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen.

In het voorjaar van 2002 werd een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van het Vlaams Zorgfonds en van de zorgkassen. Bedoeling van deze vergaderingen was na te gaan of er in verband met interne controle verder normerend diende opgetreden te worden.

Deze werkgroep kwam samen op 11 maart 2002 en 25 maart 2002.

Na een uitvoerige beraadslaging is besloten bij de start van de zorgverzekering niet verder regulerend op te treden. Hierbij waren volgende argumenten doorslaggevend:

- het aspect interne controle is voldoende gekend binnen de zorgkassen, iedere zorgkas springt daar echter op zijn eigen manier mee om;
- de zorgkassen opgericht door ziekenfondsen zijn onderworpen aan de richtlijnen van de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de overige zorgkassen hebben ervaring met interne controle via hun oprichtende instantie;
- iedere zorgkas wordt gecontroleerd door een erkende revisor die de algemene controle-normen moet toepassen, zoals ook bevestigd wordt door artikel 16, eerste lid, 2<sup>o</sup> van het besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de werking van en controle op de zorgkassen;
- de zorgverzekering is nog maar pas gestart. Indien blijkt dat er toch bijkomende instructies inzake interne controle nodig zijn (vb. op vraag van de revisoren) kan er nog steeds worden ingegrepen.

Het Vlaams Zorgfonds zal aan de hand van de controle op de beslissingen van de zorgkassen de interne controle van elke zorgkas afzonderlijk evalueren en, afhankelijk van de hierbij gedane vaststellingen, de minister adviseren al of niet regulerend op te treden.

#### **5.1.2. 10% CONTROLE**

In het ministerieel besluit van 1 oktober 2001 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering is de volgende norm bepaald:

‘Bijkomende onderzoeken en controles worden verricht bij minstens 10% van de aanvragen voor tenlastenemingen, waarbij er een indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller uitgevoerd is of waarbij er een attest door een dienst voor gezinszorg uitgeschreven is en waarbij de aanvraag niet op basis van de formele voorwaarden is geweigerd’.

Eenzijds gaat het hier om de bijkomende onderzoeken die vóór het nemen van de beslissing over de tenlasteneming verricht worden bij een aanvraag voor of een herziening van een tenlasteneming. Het gaat hier dus om het bijkomend onderzoek op de vaststelling van de ernst en duur van het verminderd zelfzorgvermogen die de aanvraag of herziening vergezelt.

Anderzijds gaat het hier ook om de controles die kunnen uitgevoerd worden op een reeds door de zorgkas genomen beslissing over de tenlasteneming.

In principe moet 10% van de aanvragen en aanvragen tot herzieningen, die in een kalenderjaar bij de zorgkas ingediend zijn, worden gecontroleerd of bijkomend onderzocht. In uitzondering hierop geldt de 10%-norm in de aanvangsfase voor de aanvragen die van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 bij de zorgkas ingediend zijn.

Om voor de 10% norm in aanmerking te komen, dienen de bijkomende onderzoeken en controles te gebeuren op de aanvragen die aan de volgende voorwaarden voldoen:

- er is een indicatiestelling of een attest op basis van de BEL-schaal
- er is geen weigering op basis van formele voorwaarden.

Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op de rapportering van de zorgkassen in verband met de 10 procentcontrole. Deze gegevens zijn, gelet op hun gevoelig karakter, anoniem gemaakt.

Zorgkas	1	2	3	4	5	6	7	8
Verhouding weigeringen op uitgevoerde controles	3%	25%	17%	6%	0%	10%	4%	3%

### Vaststellingen

Qua resultaat van de uitgevoerde controles is er een grote discrepantie te merken. Twee zorgkassen halen respectievelijk 25% en 17% stopzettingen t.o.v. het aantal uitgevoerde controles. De andere zes zorgkassen scoren veel lager, gemiddeld rond de 5%. Deze vaststelling valt niet te verklaren, zeker niet als men in overweging neemt dat iedere zorgkas hoofdzakelijk gecontroleerd heeft op positieve beslissingen op basis van een BEL-score tussen de 35 en de 40 (met uitzondering van één zorgkas: BEL-score tussen 35 en 45) (zie onderstaande tabel die de parameters van de steekproefbepaling per zorgkas weergeeft)

### Gebruikte parameters voor de steekproefbepaling

In onderstaande tabel vindt u per zorgkas welke parameters er bij de steekproefbepaling gebruikt werden en ook of er gecontroleerd werd door gemachtigde indicatiestellers of door eigen personeel van de zorgkassen.

Zorgkas	1	2	3	4	5	6	7	8
Steekproef opgedeeld per regio	ja	nee	nee	ja	ja	nee	ja	nee
Steekproef opgedeeld per oorspronkelijke GI*	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Steekproef opgedeeld naar duurtijd beslissing	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Steekproef opgedeeld naar BEL-score	35-40	35-40	35-40 (80%)	35-40	35-40 (95%)	35-45	35-39	35-40
Controle of bijkomend onderzoek uitgevoerd door:	EP* en GI*	GI*	EP*	EP* en GI*	EP*	EP*	EP*	EP* en GI*

De nummers van de zorgkassen in deze tabel stemmen niet overeen met de zorgkassen in de tabel verhouding weigeringen/uitgevoerde controles.

\* EP: eigen personeel; GI: gemachtigde indicatiesteller

### 5.1.3. CONTROLE TER PLAATSE

Sedert 1 september 2002 is het Vlaams Zorgfonds gestart met het uitvoeren van controles ter plaatse. Hiervoor werd beroep gedaan op 2 personeelsleden van niveau B die hiervoor deeltijds werden vrijgesteld.

De subsidiëring van de zorgkassen gebeurt op twee verschillende manieren. Enerzijds is er een enveloppesubsidiëring voor werkingskosten op basis van een aantal parameters. Anderzijds is er een kostprijsfinanciering voor de door de zorgkassen uitbetaalde tenlastenemingen en vergoedingen voor uitgevoerde indicatiestellingen. De controles moeten voornamelijk in dit laatste proces van kostprijsfinanciering gesitueerd worden.

De terugbetaling van de door de zorgkassen uitbetaalde tenlastenemingen gebeurt op basis van door de zorgkas ingediende bestanden, die als subsidieaanvraag moeten worden geïnterpreteerd. De terugbetaling van de door de zorgkassen uitbetaalde vergoedingen voor indicatiestellers gebeurt op basis van facturen die de indicatiestellers aan de zorgkassen bezorgen. De zorgkassen moeten deze facturen controleren, na controle uitbetalen wat gerechtvaardigd is en de uitbetaalde facturen geïnventariseerd aan het Vlaams Zorgfonds bezorgen voor terugbetaling.

Om tot een correcte kostprijsfinanciering te komen moet het Vlaams Zorgfonds zeker zijn van twee dingen.

Ten eerste moet worden nagegaan of de door de zorgkassen bezorgde bestanden correct zijn en of alle tenlastenemingen die in deze bestanden staan vermeld terecht zijn. Hiervoor is een consultatie van de dossiers noodzakelijk. Verder moet nagegaan worden of de zorgkassen hun controle op de door de gemachtigde indicatiestellers ingediende facturen naar behoren uitvoeren. Hiervoor is eveneens een consultatie van de dossiers noodzakelijk.

Om geen eindeloze papierstroom te doen ontstaan tussen de zorgkassen en het Vlaams Zorgfonds werd besloten deze dossiercontrole ter plaatse bij de zorgkassen uit te voeren.

In de periode september – december 2002 werd gestart met een intensieve controle op de gefactureerde indicatiestellingen uitgevoerd in de periode oktober 2001 - juni 2002.

Een tweede, later nog uit te voeren controle heeft betrekking op de terechtheid van de beslissingen en of de terecht genomen beslissingen correct werden vertaald naar de als subsidieaanvraag ingediende bestanden.

Een derde, later nog uit te voeren controle slaat op de juiste uitvoering van de beslissingen alsook een correcte vertaling van de uitvoering van de beslissingen naar de als subsidieaanvraag ingediende bestanden.

#### **Methode van controle – Stand van zaken**

Vooreerst moet gesteld worden dat de hierna volgende gegevens een tussentijds rapport betreffen. De controle van de facturen van de indicatiestellingen 2001-2002 kan dus zeker niet als afgerond worden beschouwd.

In de eerste fase van controle hebben we ons toegespitst op de controle van de tot 30 juni 2002 door de zorgkassen ingediende aanvragen tot terugbetaling van door de gemachtigde indicatiestellers uitgevoerde en aan de zorgkassen gefactureerde indicatiestellingen.

Er werd gewerkt op basis van een steekproef die ter plaatse of op voorhand werd bepaald. Het streefdoel was een controle van 20 tot 30% van de gefactureerde indicatiestellingen. In sommige gevallen werd dit percentage overtroffen. Reden hiertoe was de grootte van het aantal gefactureerde indicatiestellingen per factuur waarbij dan geopteerd werd om de gehele factuur te controleren en niet te beperken tot het vooropgestelde percentage.

In eerste instantie werd gestart met een louter cijfermatige controle op het aantal aanwezige BEL-foto's en werd nagegaan of dit correspondeerde met de op de ingediende facturen vermelde aantallen. Bovendien werd steekproefsgewijs de correctheid van de optelling van de score gecontroleerd.

In een tweede fase werden al snel, gestoeld op de ervaringen bij de eerste controles, de inventarislijsten per factuur met elkaar vergeleken. Dit gebeurde op twee manieren. Een kruiscontrole tussen facturen op de zetel zelf en een kruiscontrole over de verschillende zetels heen waar mogelijk. Dit om te controleren op dubbel factureren.



In een derde fase werd beslist om dossiers ter plaatse in te kijken en ons niet meer te beperken tot een louter cijfermatige controle van BEL-foto's, inventarislijsten en aanvragen om terugbetaling. Het doel hiervan was na te gaan of we systematisch onnodige indicatiestellingen konden vaststellen, vb. dat er toch nog een BEL-score werd afgenomen als in het dossier reeds een geldig en geldend attest aanwezig was. Hiermee werd gestart begin november.

Onderstaande tabel geeft een zicht op het aantal controledagen per zorgkas.

Zorgkas	Naam zorgkas	Aantal controledagen
180	CM-zorgkas Vlaanderen	28
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	2
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	10
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	4
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	6
680	Vlaamse Zorgkas	2
780	Omob Zorgkas	1
880	Zorgkas DKV Belgium	1
<b>totaal</b>		<b>54</b>

In totaal werden 27.856 indicatiestellingen gefactureerd voor de periode van 1 oktober 2001 tot en met 30 juni 2002 waarvan er 12.326 of 44 procent werden gecontroleerd.

Vastgestelde tekortkomingen:

Dubbel gefactureerde BEL-foto's	Gefactureerde attesten	Ontbrekende BEL-foto's
377	52	115

Totaal werden 544 indicatiestellingen voor een bedrag van  $544 \times 75 \text{ euro} = \mathbf{40.800 \text{ euro}}$  ten onrechte gefactureerd. Dit vertegenwoordigt 4,4% van de gecontroleerde indicatiestellingen.

Bij de steekproefsgewijze dossiercontrole werd bovendien regelmatig vastgesteld dat er een geldig en geldend attest aanwezig was, welke kon (en kan) gebruikt worden in het kader van de zorgverzekering. Niettegenstaande deze aanwezigheid van attesten werd er toch nog, en voornamelijk door de Centra voor algemeen welzijnswerk (CAW's), een bijkomende indicatiestelling uitgevoerd. Deze bijkomende indicatiestellingen waren aldus 'overbodig'.

## 5.2. DE BOEKHOUDKUNDIGE EN FINANCIËLE CONTROLE VAN DE ZORGKASSEN

### 5.2.1. INLEIDING

Het artikel 19 van het decreet en het artikel 14 § 2 van het besluit van de Vlaamse regering van 17 augustus 2000 houdende de organisatie, het beheer, de werking, erkenning en controle op de zorgkassen bepalen dat iedere zorgkas jaarlijks voor 30 april een jaarrekening en een boekhoudkundig verslag van het voorbije boekjaar aan het Vlaams Zorgfonds toestuurt.

De vormvereisten van deze documenten worden bepaald door het Vlaams Zorgfonds. Krachtens artikel 16 van het voornoemde besluit dient het boekhoudkundig verslag daarenboven te worden geïncasseerd door een door de zorgkas aangestelde en een door de Controledienst der Verzekeringen of Controledienst der Ziekenfondsen erkende bedrijfsrevisor.

Ten einde de zorgkassen de mogelijkheid te geven een **uniforme rapportering** naar het Vlaams Zorgfonds op het vlak van boekhouding en financiën te garanderen, werd door het projectteam zorgverzekering in de opstartfase een **ontwerp van jaarrekening en boekhoudkundig verslag** voorbereid. Deze documenten zijn gebaseerd op de type jaarrekeningen van de vrije en aanvullende verzekering en de bestuurskosten van de M.O.B.'s (Maatschappijen voor Onderlinge Bijstand) en type voorbeelden van verslagen die revisoren in toepassing van artikel 57 van de Wet van 6 augustus 1990 dienen op te stellen. Al deze documenten werden a priori in overlegvergaderingen besproken te samen met de boekhoudverantwoordelijken van de erkende zorgkassen.

De zorgkassen dienden voor het eerst deze documenten, die betrekking hebben op de periode vanaf de opstartdatum van de zorgkas tot en met 31 december 2002, in te dienen tegen uiterlijk 30 april 2003. Aangezien de zorgkassen eind 2002 voor het eerst hun boekhouding dienden af te sluiten en bijgevolg belast werden met de opmaak van een jaarrekening en het voorleggen van een boekhoudkundig verslag werd in consensus, gezien het arbeidsintensief karakter, beslist de zorgkassen een bijkomende marge van 1 maand te verlenen zodoende dat de uiterste indieningsdatum vastgelegd werd op **30 mei 2003**.

Op die datum werden dan ook de eerste concrete gegevens ontvangen en verwerkt in de huidige verslaggeving die een cijfermatig overzicht van de boekhouding en het gevoerde financieel beleid van de zorgkassen tracht weer te geven.

Ter aanvulling van deze beide documenten werden tenslotte ook **instructienota's** en een aantal **aanbevelingen m.b.t. de afsluitingsprocedure** geschreven die als leidraad aan de erkende zorgkassen werden gestuurd. Bedoelde nota's bevatten bijvoorbeeld een aantal te volgen richtlijnen met betrekking tot de cut off problematiek op het einde van het boekjaar. Waar nodig worden ook bepaalde begrippen (lopend dossier, actief dossier, aantal gevallen) verder verduidelijkt. De instructienota's en de tussentijdse aanbevelingsbrieven kunnen derhalve waar nodig anticiperen op problemen die gedurende het boekjaar of op het einde van het boekjaar zouden kunnen worden vastgesteld.

De thema's die in het boekhoudkundig verslag worden behandeld, zijn in hoofdzaak administratief-juridisch en financieel-boekhoudkundig georiënteerd. Een geglobaliseerd cijferoverzicht van de activa, de passiva en de kosten- en opbrengstenrekeningen van de zorgkassen werd als bijlage bij dit jaarverslag gevoegd.

## 5.2.2. HET BOEKHOUDKUNDIG VERSLAG VAN DE ZORGKASSEN: BESPREKING EN EVALUATIE

Het door de zorgkassen in te dienen boekhoudkundig verslag kan worden ingedeeld in *3 luiken*:

- een administratief-juridisch gedeelte
- een financieel-boekhoudkundig gedeelte
- een aantal verplicht te overhandigen bijlagen.

In de hierna volgende alinea's wordt een beknopte evaluatie gemaakt van de boekhoudverslagen zoals verkregen van de erkende zorgkassen.

Op grond van de door de zorgkassen tijdig ingediende documenten werd door de ambtenaren van het Vlaams Zorgfonds een checklist opgesteld teneinde het onderzoek naar eventuele materiële en vormelijke fouten te versnellen alvorens dieper in te gaan op de door de zorgkassen voorgelegde cijfergegevens uit hun respectieve boekhoudingen.

### 5.2.2.1. HET ADMINISTRATIEF-JURIDISCH GEDEELTE

Dit gedeelte omvat respectievelijk een luik administratieve, boekhoudkundige en specifieke regelgeving en wordt afgesloten met specifieke informatie betreffende het aantal leden en het aantal lopende dossiers op vooraf bepaalde referentiedata.

In het *administratief luik* worden de zorgkassen verzocht melding te doen van hun rechtsvorm, oprichtingsdatum en publicatie van de statuten in het Belgisch Staatsblad. Tevens dient er een organogram van de administratieve organisatie van de zorgkas te worden opgenomen.

De belangrijkste wijzigingen (statuten, organogram) die in de loop van het boekjaar werden doorgevoerd en de effecten op de administratieve organisatie van de zorgkas dienen in voorkomend geval kort te worden toegelicht.

In het kader van de *boekhoudkundige regelgeving* zijn de zorgkassen gehouden hun boekhouding te voeren conform de boekhoudwet van 17 juli 1975 op de ondernemingen. Het verslag van de bedrijfsrevisor neemt een belangrijke plaats in bij de rapportering. Dit verslag, dat als bijlage bij het boekhoudkundig verslag dient gevoegd, vermeldt in het bijzonder hoe de controles werden verricht, of alle gevraagde documenten werden verkregen of de boekhouding conform de toepasselijke regelgeving (zie supra) werd gevoerd.

Het boekhoudkundig gedeelte dient verder te worden vervolledigd met het organogram van de boekhoudkundige dienst van de zorgkas. In voorkomend geval is iedere zorgkas gehouden jaarlijks melding te doen van de belangrijkste wijzigingen en de weerslag ervan op die in de loop van het boekjaar werden getroffen (wijziging waarderingsregels, wijzigingen in de boekhoudkundige organisatie van de zorgkas, enz.).

In de hoofdstukken *specifieke regelgeving en specifiek te verstrekken informatie* bevestigen de zorgkassen dat hun werkzaamheden werden uitgevoerd conform de regelgeving vervat in het decreet en het besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 en leveren zij specifieke informatie met betrekking tot het aantal leden en het aantal lopende dossiers op welbepaalde referentiedata: 31 maart, 30 juni, 30 september en 31 december.

Over het algemeen werden de door het Vlaams Zorgfonds opgevraagde gegevens vrij nauwgezet toegeleverd. Wel werd vastgesteld dat, wat betreft het doorsturen van de specifieke kwartaalinformatie met betrekking tot het aantal leden en het aantal lopende dossiers (luik A.4. van het verslag), dit blijkbaar problemen veroorzaakte bij een tweetal zorgkassen (van onmogelijkheid tot toeleveren tot presenteren van niet geheel consistente cijfers).

#### **5.2.2.2. HET FINANCIËEL-BOEKHOUDKUNDIG GEDEELTE**

Dit gedeelte bevat de jaarrekening zowel beschrijvend als cijfermatig (schematische voorstelling).

In het beschrijvend gedeelte worden de belangrijkste activa en passivaposten van de balans besproken evenals de kosten en opbrengstenrekeningen.

Bij de kosten- en opbrengstenrekeningen dienden, benevens de werkings- en financiële kosten/opbrengsten, in het bijzonder te worden vermeld:

- het bedrag van de tenlastenemingen, waar mogelijk geventileerd naar de aard van de verstrekte zorgvorm (mantelzorg, professionele thuiszorg, residentiële zorg) en het bedrag aan indicatiestellingen;
- bij de technische opbrengsten dient naast de subsidies afkomstig van het Vlaams Zorgfonds ook een evolutie te worden gegeven van de ledenbijdragen.

Alhoewel een aantal zorgkassen dit gedeelte naar behoren hebben ingevuld, bleek het voor andere zorgkassen blijkbaar moeilijker een aanvullende, dikwijls verhelderende, commentaar te geven. Derhalve was het Vlaams Zorgfonds genoodzaakt om enkele zorgkassen bijkomende inlichtingen omtrent dit deel van het verslag te vragen.

Het cijfermatig gedeelte van de jaarrekening van de zorgkas werd ingedeeld in een vijftal secties telkens genummerd met een specifieke code ZK (zorgkas).

De sectie 1 omvat de balansgegevens van de erkende zorgkas met de verschillende activa-posten (blz. ZK1) en passivaposten (blz. ZK2).

De resultatenrekening (blz. ZK3) wordt onder de sectie 2 opgenomen. Het betreft hier de opname van het technisch resultaat, het werkingsresultaat, het financieel resultaat en in voorkomend geval het uitzonderlijk resultaat van het boekjaar, inclusief de resultaatverwerking.

De cijfermatige toelichting van de jaarrekening diende door de zorgkassen onder de sectie 3 te worden opgenomen.

De sociale balans van de zorgkas wordt opgenomen onder de sectie 4 van de jaarrekening. In deze sectie wordt informatie opgenomen met betrekking tot:

- overzicht van het aantal tewerkgestelde personen bij de zorgkas
- overzicht van het personeelsverloop tijdens het boekjaar
- overzicht van de maatregelen die werden doorgevoerd om de tewerkstelling te bevorderen
- inlichtingen omtrent de door de werknemers van de zorgkas gevolgde opleidingen.

De sectie 5 van de jaarrekening verzamelt tenslotte gegevens afkomstig van de modellen E, F en G:

E: jaarlijks overzicht van de evolutie van het aantal aansluitingen

F: jaarlijks overzicht van de evolutie van het aantal aanvragen

G: jaarlijks overzicht met betrekking tot de tenlastenemingen

### **5.2.2.3. BIJLAGEN BIJ HET BOEKHOUDKUNDIG VERSLAG**

Ter aanvulling bij het supra omschreven boekhoudkundig verslag dienden de zorgkassen een aantal documenten als bijlage toe te voegen. Het betroffen:

- de samenvatting van de waarderingsregels per 31/12 van het boekjaar die door de zorgkassen in hun boekhouding werd gehanteerd;
- de door de zorgkassen toegepaste toerekeningsregels van de kosten en de opbrengsten;
- het gehandtekend en gedateerd verslag van de door de zorgkas aangestelde en erkende bedrijfsrevisor over de neergelegde jaarrekening.

Het verslag van de door de Controledienst der Verzekeringen of de Controledienst der Ziekenfondsen erkende bedrijfsrevisor werd door alle zorgkassen bij het boekhoudkundig verslag gevoegd. Het boekhoudkundig verslag werd telkens geïllustreerd door de revisor.

De toerekeningsregels van de kosten en opbrengsten en de gehanteerde waarderingsregels werden niet door alle zorgkassen bijgevoegd. Soms werden de gehanteerde waarderingsregels slechts summier verklaard.

### **5.2.3. BESPREKING VAN DE VOORNAAMSTE RUBRIEKEN VAN DE BALANS EN DE RESULTATENREKENING**

De jaarrekening in schemavorm werd door alle zorgkassen conform de gestelde vormvereisten op de daartoe voorziene bladen ingediend. Voor sommige rubrieken van de balans en de resultatenrekening waren de instructies evenwel onvoldoende gedetailleerd om tot een volledig uniforme voorstelling van de jaarrekening te komen. Teneinde een geglobaliseerde balans te kunnen opstellen die tevens interpreteerbaar is, werden enkele wijzigingen aangebracht aan de jaarrekeningen die door de zorgkassen werden ingediend. Hiermee wordt echter niet beweerd dat de jaarrekening die door de betrokken zorgkas werd opgesteld, onjuist zou zijn. Op basis van de opgedane ervaring zullen bijkomende instructies opgesteld worden ten behoeve van de jaarrekening van 2003, zodat kan vermeden worden dat nog aanpassingen dienen uitgevoerd te worden alvorens een geglobaliseerde balans kan opgesteld worden.

De geglobaliseerde balans en resultatenrekening van de acht zorgkassen is toegevoegd als bijlage 6. Er dient opgemerkt dat deze balans en resultatenrekening betrekking heeft op een verlengd boekjaar van 15 maanden, te weten vanaf de start van de Vlaamse zorgverzekering (1 oktober 2001) tot 31 december 2002.

### 5.2.3.1. BESPREKING VAN DE ACTIVA

#### **Immateriële vaste activa**

Twee zorgkassen hebben ervoor gekozen om een gedeelte van de informatica-investeringen die werden uitgevoerd naar aanleiding van het opstarten van de Vlaamse zorgverzekering te activeren. De ene zorgkas heeft tevens het overeenkomstig gedeelte van de ontvangen opstartsubsidie gekapitaliseerd onder de passiefrubriek 'reserves' (276.564 euro). De andere zorgkas heeft de volledige opstartsubsidie in resultaat behouden.

#### **Materiële vaste activa**

Vier zorgkassen hebben aangeschafte investeringen geactiveerd. Eén zorgkas heeft het overeenkomstig gedeelte van de ontvangen opstartsubsidie gekapitaliseerd onder de passiefrubriek 'reserves' (70.002 euro).

#### **Vorderingen op ten hoogste één jaar**

De vorderingen op ten hoogste 1 jaar hebben voornamelijk betrekking op nog te ontvangen overheidssubsidies. Het betreft voornamelijk het nog resterend deel van de werkingssubsidies dat door vier van de acht zorgkassen werd geboekt als een vordering en de nog door het Vlaams Zorgfonds terug te betalen facturen van indicatiestellingen. Hierover wordt meer uitleg verstrekt bij de bespreking van de resultatenrekening.

#### **Geldbeleggingen en liquide middelen**

De geldbeleggingen betreffen uitsluitend beleggingen in termijndeposito's. De liquide middelen van de zorgkassen bedroegen op balansdatum 4.212.597 euro.

### 5.2.3.2. BESPREKING VAN DE PASSIVA

#### **Reserves**

In het opgelegde boekhoudschema was geen rubriek voorzien om de opstartsubsidie te kapitaliseren in de mate dat aangeschafte investeringen werden geactiveerd. Daarom heeft de betrokken zorgkas deze gekapitaliseerde opstartsubsidie (346.566 euro) vermeld onder de rubriek 'reserves'.

Drie van de vier zorgkassen die een boni hebben gerealiseerd op de werkings- en de financiële resultaten, hebben dit overschot toegewezen aan de reserves (988.367 euro).

#### **Overgedragen winst of overgedragen verlies**

Vier zorgkassen hebben een mali gerealiseerd op de werkings- en de financiële resultaten (samen 764.837 euro). Een van de vier zorgkassen met een boni (312.781 euro) heeft dit boni toegewezen aan de rubriek 'overgedragen winst'.

#### **Schulden op ten hoogste één jaar**

De schulden op ten hoogste 1 jaar belopen voor alle zorgkassen te samen 29.402.114 euro waarvan 30% schulden wegens tenlastenemingen of (terug te betalen) bijdragen. De schulden wegens tenlastenemingen (8.107.717 euro) betreffen betalingen die in de maanden januari en februari 2003 werden uitgevoerd en die nog betrekking hebben op het jaar 2002. De schulden wegens terug te betalen bijdragen (694.067 euro) hebben betrekking op bijdragen die ofwel moeten terugbetaald worden aan de leden omdat er teveel of ten onrechte

werd geïnd, ofwel op bijdragen die nog niet konden geïdentificeerd worden omdat er onvoldoende informatie werd gegeven bij de storting.

De overige schulden ad 15.128.998 euro (code 48) betreffen in hoofdzaak de schulden ten aanzien van het Vlaams Zorgfonds naar aanleiding van de uitbetaalde voorschotten op tenlastenemingen. Naar aanleiding van de opmaak van de lopende rekening van de zorgkassen op 31 december 2002 werd door het Vlaams Zorgfonds berekend dat het terug te verdienen gedeelte van de uitbetaalde voorschotten op de tenlastenemingen globaal 14.122.210 euro bedraagt. Dit bedrag werd ingeschreven in het actief van de balans van het Vlaams Zorgfonds als vordering op ten hoogste 1 jaar.

Uit de toelichting bij de jaarrekening is gebleken dat de zorgkassen in de rubriek 'niet in de balans opgenomen rechten en verplichtingen' nog ten belope van 19.059.529 euro openstaande kredieten hebben geboekt. Het betreft rechten die de zorgbehoevenden hebben opgebouwd en die opvraagbaar zijn in de mate dat geldige facturen kunnen voorgelegd worden.

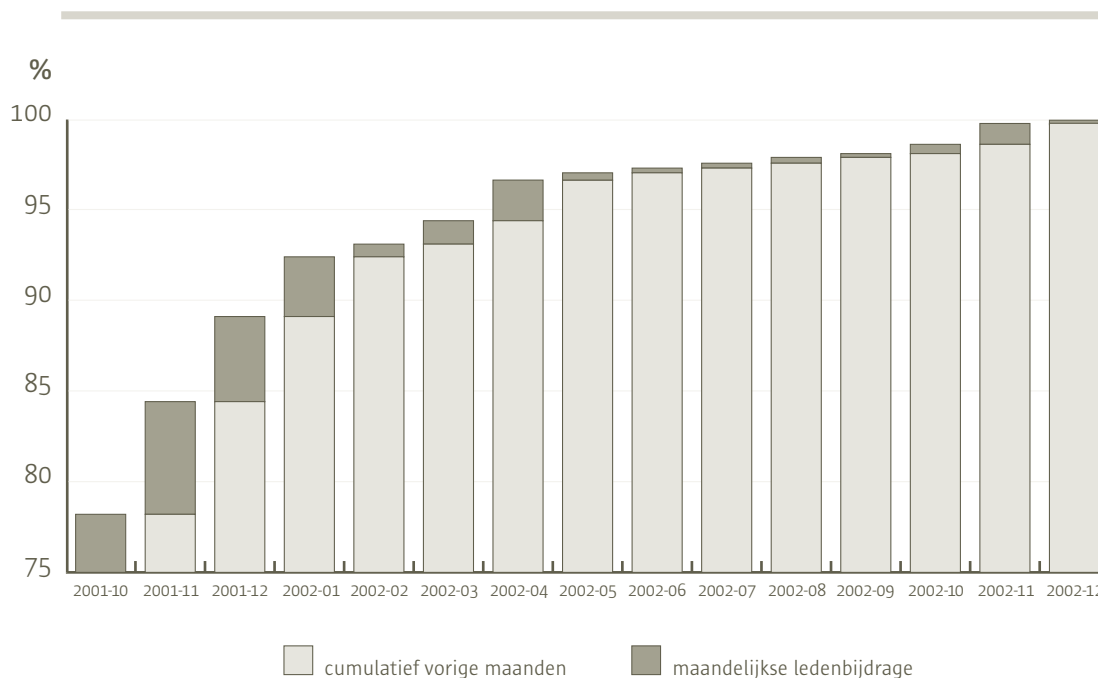
### **5.2.3.3. BESPREKING VAN DE GEGLOBALISEERDE TECHNISCHE RESULTATEN VAN DE ZORGKASSEN**

Omwille van het feit dat bij de opstart van de Vlaamse zorgverzekering ervoor gekozen werd om geen financiële verantwoordelijkheid toe te kennen aan de zorgkassen op het vlak van de tenlastenemingen van een deel van de niet-medische kosten van de zorgbehoevenden, zijn de technische resultaten van de zorgkassen steeds gelijk aan nul (behoudens een klein verschil ad 300 euro bij één zorgkas).

#### **Ledenbijdragen**

Het totaal bedrag van geïnde ledenbijdragen zoals blijkt uit de globale cijfers van de zorgkassen bedraagt 40.632.010 euro. Ongeveer **89% van dit bedrag** werd reeds tijdens **het vierde kwartaal 2001** geïnd zoals blijkt uit onderstaande grafiek.

Grafiek 1 – Evolutie van de inning van de ledenbijdragen



### Overheidstoelagen

De subsidies voor tenlastenemingen bedragen 34.894.886 euro en zijn gelijk aan het verschil tussen de geboekte tenlastenemingen en vergoedingen enerzijds en de geïnde ledenbijdragen anderzijds.

### Tenlastenemingen en vergoedingen aan indicatiestellers

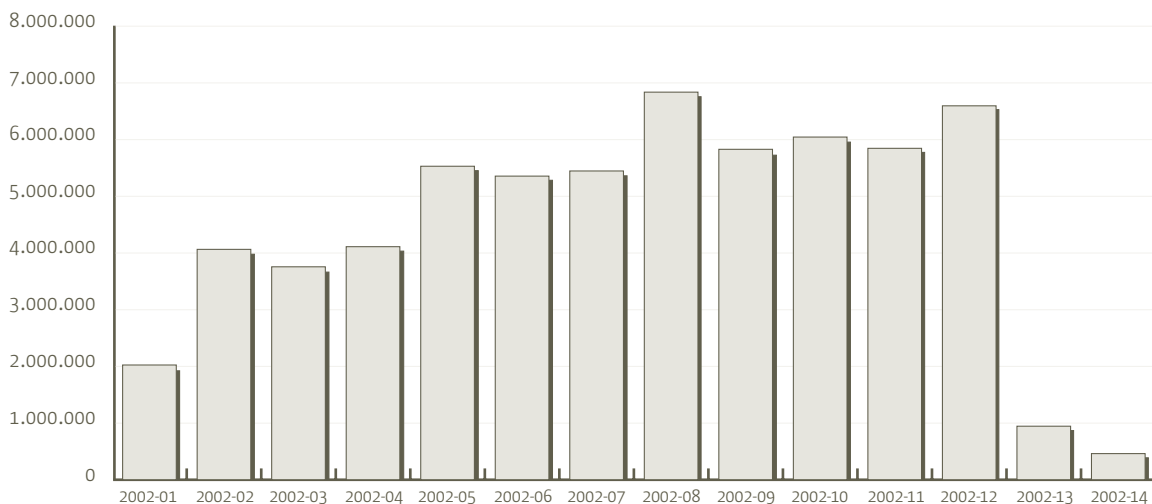
Het Vlaams Zorgfonds heeft in zijn boekhouding slechts vergoedingen aan indicatiestellers geboekt ten belope van 2.517.821 euro. Dit cijfer wijkt af van het opgenomen gecumuleerd bedrag van de zorgkassen ad 3.584.696 euro aangezien een aantal facturen (met datum in 2003) met betrekking tot indicatiestellingen die door de zorgkassen lastens 2002 boekhoudkundig werden verwerkt en in het resultaat opgenomen, in de boekhouding van het Vlaams Zorgfonds omwille van de specifiek voor het Vlaams Zorgfonds geldende aanrekeningsregels pas in 2003 kunnen worden opgenomen.

Het effectief bedrag dat de zorgkassen met betrekking tot de tenlastenemingen in 2002 aan de zorgbehoevenden uitkeerden, bedroeg 71.942.500 euro. Dit bedrag wijkt enigszins af van het in de boekhouding van het Vlaams Zorgfonds opgenomen cijfer (72.884.091 euro), omdat één zorgkas de teruggevorderde tenlastenemingen niet in mindering gebracht had van de statistische gegevens die eind april 2003 aan Vlaams Zorgfonds werden overgemaakt en die werden gebruikt voor het afsluiten van de boekhouding van het Vlaams Zorgfonds. Bij het opstellen van de definitieve afrekening inzake de subsidiëring voor tenlasteneming zullen uiteraard de definitieve cijfergegevens uit de boekhouding van de zorgkassen in aanmerking worden genomen.



Uit onderstaande grafiek blijkt dat de betalingen aan de zorgbehoevenden slechts geleidelijk op gang zijn gekomen. Deze grafiek heeft enkel betrekking op de uitgaven voor zorgbehoevenden die thuis verzorgd worden. De uitgaven in het kader van de residentiële verzorging werden slechts uitbetaald vanaf november 2002 en werden in de grafiek niet in aanmerking genomen.

*Grafiek 2 – Evolutie van de tenlastenemingen thuiszorg*



#### 5.2.3.4. BESPREKING VAN DE GEGLOBALISEERDE WERKINGSRESULTATEN VAN DE ZORGKASSEN

##### Overheidstoelagen

De subsidies voor werkingskosten voor het werkingsjaar 2001-2002 bedragen 10.891.901 euro. Dit bedrag is samengesteld uit enerzijds de opstartsubsidie en de voorschotten op de werkingssubsidie die aan de zorgkassen in 2001 en 2002 werd uitgekeerd en anderzijds de (specifieke) subsidies voor opstart en recurrente kosten in 2001 en 2002 uitbetaald aan de Vlaamse Zorgkas.

Aan gewone werkings- en opstartsubsidies ten behoeve van de erkende zorgkassen werd door het Vlaams Zorgfonds een bedrag van 8.304.431 euro uitbetaald, enerzijds een éénmalige opstartsubsidie van 2.478.935 euro, anderzijds 5.825.496 euro aan voorschotten op de werkingssubsidie voor het jaar 2002.

Een aantal zorgkassen hebben in hun balans reeds rekening gehouden met de uitbetaling in 2003 van (het saldo ad 20% van de) nog te ontvangen werkingssubsidie 2002. Globaal bedrag van deze post: 430.007 euro. Dit verklaart het verschil tussen het reëel door het

Vlaams Zorgfonds uitbetaalde bedrag en de opname van 8.734.309 euro voor de werking en de opstartkosten in de jaarrekeningen van de zorgkassen.

Aan de Vlaamse Zorgkas werd een specifieke subsidie toegekend teneinde haar opstartkosten in de beginfase en haar recurrente kosten te dekken. Voor de jaren 2001 en 2002 bedroeg deze subsidie globaal 2.372.528 euro (565.703 euro aan opstartsubsidie in 2001 en resp. 623.325 euro aan opstart- en 1.183.500 euro aan werkingssubsidie (90%) in 2002). Het saldo van de specifieke werkingssubsidie (10%) ad 131.500 euro zal in de loop van 2003 worden uitbetaald.

De reconciliatie van de cijfergegevens uit de jaarrekening van het Vlaams Zorgfonds met deze van de zorgkassen is globaal als volgt samen te vatten:

Betaald door het Vlaams Zorgfonds:

<i>Opstartsubsidie aan de zorgkassen</i>	<b>2.478.935</b>
In 2001:	1.983.000
In 2002:	495.935
 <i>Werkingsubsidie zorgkassen</i>	 <b>5.825.496</b>
In functie van ledenaantal per 31/03/02:	1.859.201
Betaalde voorschotten:	3.966.295
 <i>Specifieke subsidie werking + opstart Vlaamse Zorgkas</i>	 <b>2.372.529</b>
In 2001:	565.703
In 2002:	1.806.826
 <b>Totaal:</b>	 <b>10.676.960</b>
 door zorgkassen geboekte ‘nog te ontvangen subsidies’	 + 430.007*
kapitalisatie van de opstartsubsidie door de Vlaamse Zorgkas	- 346.566
saldo 10% subsidie specifieke werking Vlaamse Zorgkas	+131.500
 Opgenomen in de jaarrekening van de zorgkassen	 <b>10.891.901</b>

\* het saldo van de werkingssubsidie 2002 (20%) bedraagt 991.574 euro te verdelen onder de zorgkassen.  
4 van de 8 zorgkassen hebben deze nog te ontvangen subsidie opgenomen in hun boekhouding.

### **Diensten, diverse goederen, bezoldigingen**

De in het resultaat opgenomen kosten voor de aankoop van goederen en diensten bedragen 8.922.107 euro. Voor zover rechtstreeks door de zorgkassen zelf uitbetaald, beliepen de uitgaven voor bezoldigingen en sociale lasten en pensioenen 1.251.673 euro.

### **Afschrijvingen**

Er werd in het eerste boekjaar een bedrag van 1.044.845 euro door de zorgkassen als afschrijving op hun (im)materieel vast activum in resultaat genomen.

### **Werkingsresultaat**

Vier zorgkassen sloten hun boekjaar af met een negatief werkingsresultaat. De overige zorgkassen sloten het boekjaar af met een positief werkingsresultaat. Een zorgkas sloot

haar eerste boekjaar weliswaar af met een positief resultaat dat echter dient te worden genuanceerd aangezien bedoelde zorgkas wel de informatica-uitgaven (1.033.200 euro) activeerde, maar de ontvangen subsidie voor de opstartkosten niet kapitaliseerde voor hetzelfde bedrag.

#### **5.2.3.5. BESPREKING VAN DE GEGLOBALISEERDE FINANCIËLE RESULTATEN VAN DE ZORGKASSEN**

De geglobaliseerde financiële resultaten van de zorgkassen voor het eerste boekjaar belopen 962.458 euro. De financiële opbrengsten ad 1.043.516 euro worden voornamelijk gegenereerd uit beleggingen in termijndeposito's op korte termijn. Als financiële kosten (bankkosten) werd een totaalbedrag van 81.058 euro geboekt en in het resultaat opgenomen.





BIJLAGEN

- 1 Glossarium
- 2 Organogram van het projectteam zorgverzekering
- 3 Coördinaten van de zorgkassen
- 4 Statistisch overzicht van de zorgverzekering per 31 december 2002
- 5 Jaarrekening van het Vlaams Zorgfonds
- 6 Geglobaliseerde balans en resultatenrekening van de zorgkassen
- 7 Overzicht van de relevante wetgeving
- 8 Inventaris van de parlementaire vragen
- 9 Contact

## BIJLAGE 1 Glossarium

**De Vlaamse zorgverzekering:** De Vlaamse zorgverzekering biedt aan personen die geconfronteerd worden met een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen een geheel of gedeeltelijke dekking van de kosten voor niet-medische zorg verleend door voorzieningen, professionele zorgverleners of mantelzorgers.

**Het Vlaams Zorgfonds:** Het Vlaams Zorgfonds staat in voor het beheer van de Vlaamse zorgverzekering. Ze erkent, subsidieert en controleert de zorgkassen. Ze beheert tevens de reserves die met het oog op de vergrijzing na 2010 aangelegd worden.

**De Zorgkassen:** De zorgkassen staan in voor de dagelijkse werking van de zorgverzekering. Ze worden opgericht door een ziekenfonds of een verzekeringsmaatschappij en erkend door het Vlaams Zorgfonds. Het Vlaams Zorgfonds richt zelf ook een (openbare) Vlaamse Zorgkas op, waarbij de openbare centra voor maatschappelijk welzijn als lokaal agent optreden. Aan de zorgkassen werd een identificatienummer bestaande uit 3 cijfers toegekend. In totaal zijn acht zorgkassen actief (zie bijlage 3).

**De tenlasteneming:** Met tenlasteneming wordt de vergoeding van de niet-medische kosten door de zorgkas bedoeld. Voor de tenlasteneming wordt een onderscheid gemaakt tussen de vergoeding voor mantel- en thuiszorg enerzijds en voor residentiële zorg anderzijds.

**De mantel- en thuiszorg:** De mantel- en thuiszorg is een zorgvorm waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een niet-residentiële zorgvoorziening, een professionele zorgverlener of een mantelzorger.

**De residentiële zorg:** De residentiële zorg is een zorgvorm waarbij de niet-medische hulp- en dienstverlening verstrekt wordt door een voorziening die erkend is als rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis.

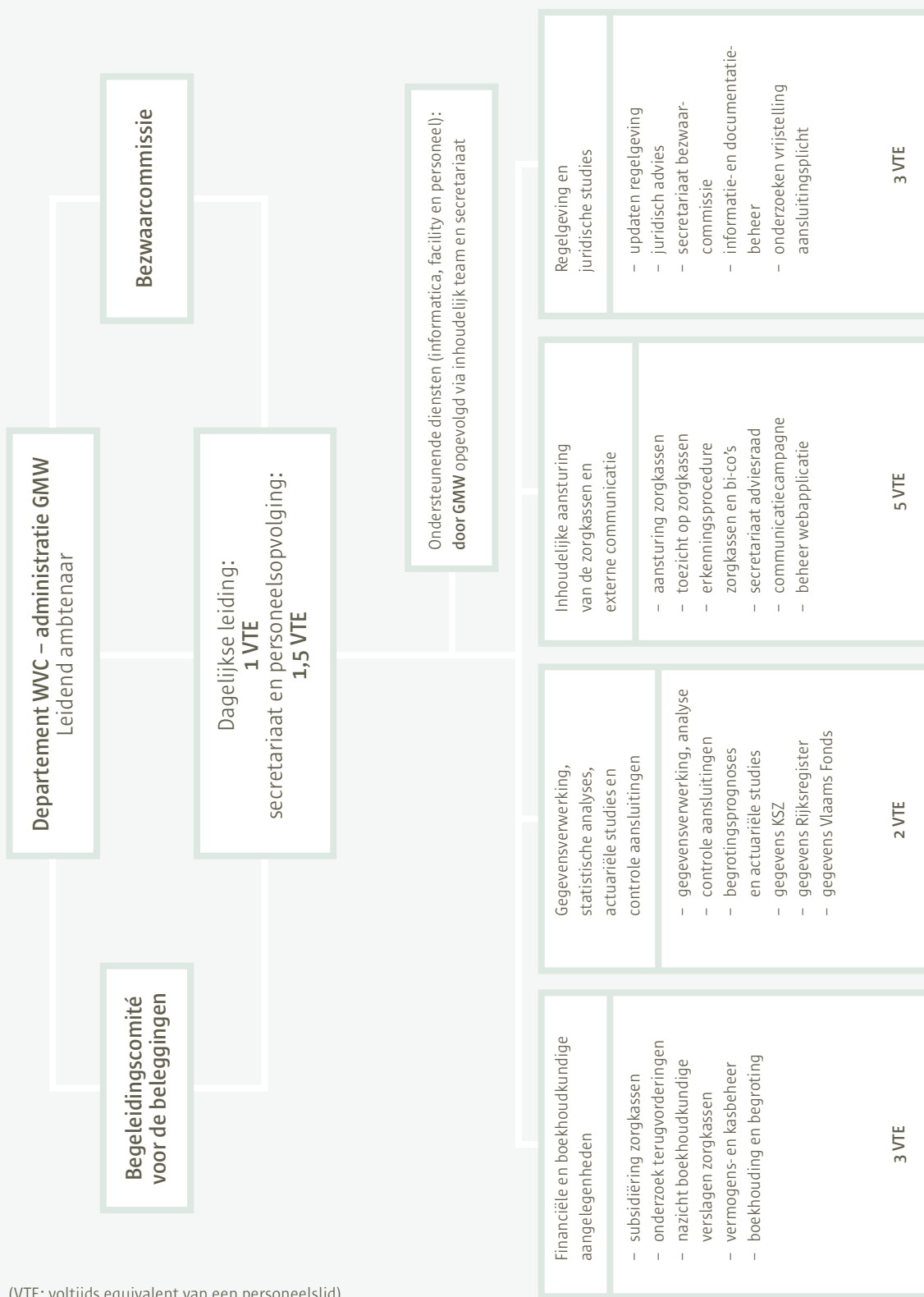
**Het verminderd zelfzorgvermogen:** De toestand van een persoon van wie de mogelijkheden tot zelfzorg zijn aangetast. Onder zelfzorg wordt verstaan: de beslissingen en acties van een natuurlijke persoon in het dagelijks leven met het oog op het voorzien in de eigen basisbehoeften, en de daarbij aansluitende activiteiten die voornamelijk betrekking hebben op de uitvoering van de huishoudelijke activiteiten en de mogelijkheden om sociale contacten te leggen, zich te ontplooiën en te oriënteren in tijd en ruimte.

**De indicatiestelling:** Het vaststellen van de ernst en duur van het verminderd zelfzorgvermogen met behulp van de BEL-profielschaal.

**De gemachtigde indicatiesteller:** Een organisatie, voorziening of professionele zorgverlener die gemachtigd is indicatiestellingen uit te voeren.

**Een attest:** Het bewijs van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen op basis van schalen die voor het meten van de afhankelijkheid krachtens andere regelgeving reeds in gebruik zijn.

## BIJLAGE 2 Organogram van het projectteam zorgverzekering



(VTE: voltijds equivalent van een personeelslid)



## BIJLAGE 3 Coördinaten van de zorgkassen

**Zorgkas 180**  
**Christelijke Mutualiteiten-Zorgkas Vlaanderen**  
Haachtsesteenweg 579  
1031 Brussel  
tel.: 02-246 41 11  
fax: 02-246 48 57  
e-mail: zorgverzekering@cm.be  
webadres: www.zorgverzekering.be

**Zorgkas 580**  
**Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen**  
Sint-Huibrechtstraat 19  
1150 Brussel  
tel.: 02-778 92 11  
fax: 02-778 94 00  
e-mail: zorgkas@mloz.be  
webadres: www.mloz.be

**Zorgkas 280**  
**Neutrale Zorgkas Vlaanderen**  
Antwerpsestraat 145  
2500 Lier  
tel.: 03-491 86 60  
fax: 03-488 11 88  
e-mail:  
webadres:

**Zorgkas 680**  
**Vlaamse Zorgkas**  
Koning Albert-II laan 7  
1210 Brussel  
tel.: 02-553 45 90  
fax: 02-553 45 95  
e-mail: info@vlaamsezorgkas.be  
webadres: www.vlaamsezorgkas.be

**Zorgkas 380**  
**Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten**  
Sint-Jansstraat 32-38  
1000 Brussel  
tel.: 078-15 02 60  
fax: 02-515 03 08  
e-mail: zorgkas@socmut.be  
webadres: www.socmut.be

**Zorgkas 780**  
**Ethias Zorgkas**  
Prins-Bisschopssingel 73  
3500 Hasselt  
tel.: 0800-931 26 of 011-28 21 11  
fax: 011-28 20 20  
e-mail: ethias.zorgkas@ethias.be  
webadres: www.ethias.be

**Zorgkas 480**  
**Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen**  
Livornostraat 25  
1050 Brussel  
tel.: 02-542 86 00  
fax: 02-542 86 46  
e-mail: zie website  
webadres: www.mut400.be

**Zorgkas 880**  
**Zorgkas DKV Belgium**  
Bischoffsheimlaan 1-8  
1000 Brussel  
tel.: 02-287 64 11  
fax: 02-287 64 12  
e-mail: zorgkas@dkv.be  
webadres: www.dkv.be

## BIJLAGE 4 Statistisch overzicht van de zorgverzekering per 31 december 2002

### Toelichting bij de brongegevens

De zorgkassen bezorgen maandelijks **statistische tabellen** aan het Vlaams Zorgfonds met betrekking tot het aantal leden (model A), het aantal aanvragen en de verwerking ervan (model B) en met betrekking tot de uitbetalingen en de beschikbare kredieten (model C). De statistische gegevens dienen als basis voor de uitbetaling van de voorschotten op de subsidies en voor rapporteringsdoeleinden. Aan de zorgkassen werd gevraagd tegen 31 maart 2003 een finale versie van de drie bovenstaande modellen op te sturen, respectievelijk model E, model F en model G genaamd. De statistieken in deel I zijn op deze finale tabellen gebaseerd.

De zorgkassen bezorgen ons eveneens maandelijks databankgegevens over de leden en over de tenlastenemingen. Het is de bedoeling dat de zorgkassen vanaf 2003 enkel deze databankgegevens overmaken en dat het Vlaams Zorgfonds dan zelf de statistische tabellen genereert. Er bestaan lichte afwijkingen tussen de statistische tabellen enerzijds en de maandelijks databankgegevens anderzijds. Alle rapportering wordt dan ook op basis van de statistische tabellen gemaakt. De analyse van de databankgegevens levert evenwel waardevolle extra informatie op die onmogelijk uit de statistische tabellen kan afgeleid worden. Deze bijkomende analyses zijn opgenomen in deel II van dit rapport. De totalen van deze statistieken stemmen dus niet noodzakelijk overeen met de totalen uit deel I van dit rapport.

### Deel I: Statistische tabellen afkomstig van de zorgkassen

#### A. LEDEN

Tabel 1 – Aantal leden in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: toestand op 31 december 2002

Zorgkas	Naam van de zorgkas	VL	VL<26j	Tot VL	BR	BR<26j	Tot BR	Totaal	% Totaal
180	CM-zorgkas*	2.201.190	1.755	<b>2.202.945</b>	17.589	4	<b>17.593</b>	<b>2.220.538</b>	55,7%
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	98.144	95	<b>98.239</b>	2.206	1	<b>2.207</b>	<b>100.446</b>	2,5%
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	820.498	1.759	<b>822.257</b>	7.427	4	<b>7.431</b>	<b>829.688</b>	20,8%
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	273.432	383	<b>273.815</b>	1.868	1	<b>1.869</b>	<b>275.684</b>	6,9%
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	375.844	348	<b>376.192</b>	7.158	10	<b>7.168</b>	<b>383.360</b>	9,6%
680	Vlaamse Zorgkas	63.316	78	<b>63.394</b>	1.464	1	<b>1.465</b>	<b>64.859</b>	1,6%
780	Omob Zorgkas	41.977	54	<b>42.031</b>	3.235	2	<b>3.237</b>	<b>45.268</b>	1,1%
880	Zorgkas DKV Belgium	68.218	35	<b>68.253</b>	850	0	<b>850</b>	<b>69.103</b>	1,7%
	<b>totaal</b>	<b>3.942.619</b>	<b>4.507</b>	<b>3.947.126</b>	<b>41.797</b>	<b>23</b>	<b>41.820</b>	<b>3.988.946</b>	<b>100,0%</b>

\* De CM-zorgkas heeft 1.103 leden meegedeeld waarvan niet bekend is of ze bij Vlaanderen of Brussel horen; ze werden in dit overzicht bij Vlaanderen gevoegd.

De Vlaamse zorgverzekering is op 1 oktober 2001 van start gegaan. Iedere inwoner van het Vlaams Gewest van 26 jaar of ouder is verplicht zich aan te sluiten bij de zorgverzekering. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is de aansluiting niet verplicht. Bijna 42.000 Brusselaars hebben zich bij de Vlaamse zorgverzekering aangesloten. Dit is, gezien het niet verplicht karakter van de zorgverzekering in Brussel, zeker geen slecht resultaat.

Ongeveer 4.500 personen jonger dan 26 jaar zijn eveneens aangesloten bij de zorgverzekering. Deze personen moeten niet aansluiten en moeten bijgevolg geen bijdrage betalen maar kunnen wel genieten van tegemoetkomingen in het kader van de zorgverzekering.

*Tabel 2 – Evolutie van het aantal leden*

Zorgkas	Naam van de zorgkas	31 december 2001	31 maart 2002	30 juni 2002	30 september 2002	31 december 2002**
180	CM-zorgkas	2.112.488	2.170.833	2.195.648	2.202.820	2.220.538
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	69.132	92.660	95.660	100.507	100.446
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	777.456	801.912	807.937	810.837	829.688
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	212.589	257.688	261.592	265.130	275.684
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	296.776	351.080	375.286	378.820	383.360
680	Vlaamse Zorgkas*	53.590	64.422	53.840	60.553	64.859
780	Omob Zorgkas	40.821	46.458	47.541	48.097	45.268
880	Zorgkas DKV Belgium	62.337	63.517	63.678	66.613	69.103
	<b>totaal</b>	<b>3.625.189</b>	<b>3.848.570</b>	<b>3.901.182</b>	<b>3.933.377</b>	<b>3.988.946</b>

\* Voor december 2001 en maart 2002 zijn de aantallen van de Vlaamse Zorgkas gebaseerd op schattingen.

\*\* De definitieve cijfers van 31 december 2002 houden rekening met dubbele aansluitingen, sterfgevallen, fouten, enz. Vandaar bijvoorbeeld dat voor de Neutrale Zorgkas Vlaanderen er minder leden zijn op 31 december 2002 dan op 30 september 2002.

We zien dat het merendeel (91%) van de personen die op 31 december 2002 aangesloten zijn bij een van de 8 erkende zorgkassen, reeds aangesloten waren eind 2001.

## B. AANVRAGEN

Tabel 3 – Goedkeuringspercentage van de ingediende aanvragen op 31 december 2002

Zorgkas	Aanvragen	% Verwerkt	Goedgekeurde aanvragen	Geweigerde Aanvragen	% Goedgekeurd tov verwerkt
180	75.869	92,6%	62.722	7.544	89,3%
280	3.242	99,8%	3.084	150	95,4%
380	39.136	100,0%	28.518	10.617	72,9%
480	13.002	100,0%	10.671	2.329	82,1%
580	9.138	99,1%	7.474	1.586	82,5%
680	2.520	97,7%	2.090	371	84,9%
780	495	97,6%	389	94	80,5%
880	604	98,8%	444	153	74,4%
<b>totaal</b>	<b>144.006</b>	<b>96,0%</b>	<b>115.392</b>	<b>22.844</b>	<b>83,5%</b>

In de periode 1 oktober 2001 t.e.m. 31 december 2002 zijn er ongeveer 144.000 aanvragen ingediend bij een van de 8 erkende zorgkassen. Bijna 84% van de verwerkte aanvragen werden goedgekeurd. Het goedkeuringspercentage van de zorgkassen varieert sterk. Er zijn geen specifieke redenen te vinden voor deze verschillen in goedkeuringspercentages tussen de zorgkassen. Een plausible verklaring zou het al dan niet vooraf screenen van de aanvragers door de zorgkassen kunnen zijn. De laagste goedkeuringspercentages vinden wij bij de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten, de Vlaamse Zorgkas en de Zorgkas DKV Belgium. Het hoogste percentage komt voor bij de Neutrale Zorgkas Vlaanderen. Ter verklaring van het laag percentage van de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten, zie uitleg bij tabel 13.

Tabel 4 – Verhouding van het aantal goedgekeurde aanvragen t.o.v. het aantal leden per zorgkas per regio

Zorgkas	Vlaanderen			Brussel			Totaal		
	Goedgek. aanvragen	Leden	%	Goedgek. aanvragen	Leden	%	Goedgek. aanvragen	Leden	%
180	62.476	2.202.945	2,8%	246	17.593	1,4%	62.722	2.220.538	2,8%
280	3.056	98.239	3,1%	28	2.207	1,3%	3.084	100.446	3,1%
380	28.400	822.257	3,5%	118	7.431	1,6%	28.518	829.688	3,4%
480	10.621	273.815	3,9%	50	1.869	2,7%	10.671	275.684	3,9%
580	7.306	376.192	1,9%	168	7.168	2,3%	7.474	383.360	1,9%
680	2.050	63.394	3,2%	40	1.465	2,7%	2.090	64.859	3,2%
780	366	42.031	0,9%	23	3.237	0,7%	389	45.268	0,9%
880	436	68.253	0,6%	8	850	0,9%	444	69.103	0,6%
<b>totaal</b>	<b>114.711</b>	<b>3.947.126</b>	<b>2,9%</b>	<b>681</b>	<b>41.820</b>	<b>1,6%</b>	<b>115.392</b>	<b>3.988.946</b>	<b>2,9%</b>

De kolommen % geven de verhouding weer van het aantal goedgekeurde aanvragen per 100 leden.

De verhouding tussen het aantal goedgekeurde dossiers en het aantal leden bedraagt voor alle zorgkassen samen 2,9 per 100 leden. Deze verhouding ligt laag bij de twee zorgkassen opgericht door verzekeringsmaatschappijen. De Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen (3,9%) en de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten (3,4%) hebben een verhouding die iets hoger ligt dan gemiddeld. Bij de mutualistische zorgkassen valt vooral het lage percentage van de Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op.

Wat eveneens opvalt is dat er blijkbaar minder goedgekeurde aanvragen per lid zijn in Brussel (1,6%) dan in Vlaanderen. Aangezien de Vlaamse zorgverzekering in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geen verplicht karakter heeft, is dit opmerkelijk. Aanvankelijk was er vrees voor negatieve selectie bij de te verzekeren populatie in dit gewest. Daar is vooralsnog geen sprake van. Met negatieve selectie wordt bedoeld dat vooral personen met een hoger risico op zorgbehoevendheid (bijvoorbeeld oudere personen of personen die reeds zorgbehoevend zijn) zich aansluiten, terwijl personen met een laag risico de behoefte niet voelen zich in te dekken tegen dat risico.

*Tabel 5 – Verhouding van het aantal goedgekeurde aanvragen t.o.v. het aantal leden per zorgkas per type zorg*

Zorgkas	Thuiszorg*	%	Residentiële zorg	%	Goedgekeurde aanvragen	%
180	47.344	2,1%	15.378	0,7%	62.722	2,8%
280	2.448	2,4%	636	0,6%	3.084	3,1%
380	21.984	2,6%	6.534	0,8%	28.518	3,4%
480	8.285	3,0%	2.386	0,9%	10.671	3,9%
580	5.341	1,4%	2.133	0,6%	7.474	1,9%
680	1.002	1,5%	1.088	1,7%	2.090	3,2%
780	292	0,6%	97	0,2%	389	0,9%
880	366	0,5%	78	0,1%	444	0,6%
<b>totaal</b>	<b>87.062</b>	<b>2,2%</b>	<b>28.330</b>	<b>0,7%</b>	<b>115.392</b>	<b>2,9%</b>

De kolommen % geven de verhouding weer van het aantal goedgekeurde aanvragen per 100 leden op 31/12/2002.

\* Thuiszorg omvat de zorgvormen professionele thuiszorg, mantelzorg en de cumulvorm.

Ongeveer drie op de vier goedgekeurde aanvragen betreft aanvragen voor thuiszorg. Opvallend is dat voor de Vlaamse Zorgkas (zorgkas 680) er minder dossiers voor thuiszorg werden goedgekeurd dan voor residentiële zorg.

Tabel 6 – Goedkeurings- en verwerkingspercentage van de ingediende aanvragen per leeftijdscategorie

Totaal	Aanvragen	% Verwerkt	Goedgekeurde aanvragen	Geweigerde aanvragen	% Goedgekeurd tov verwerkt
0-18	4.929	97,7%	2.562	2.252	53,2%
19-25	2.202	97,8%	1.548	606	71,9%
<b>&lt;=25</b>	<b>7.131</b>	<b>97,7%</b>	<b>4.110</b>	<b>2.858</b>	<b>59,0%</b>
26-44	8.030	98,0%	6.429	1.440	81,7%
45-64	16.575	97,0%	12.916	3.162	80,3%
<b>26-64</b>	<b>24.605</b>	<b>97,3%</b>	<b>19.345</b>	<b>4.602</b>	<b>80,8%</b>
65-69	8.725	95,6%	6.862	1.481	82,2%
70-74	14.190	95,8%	11.285	2.302	83,1%
75-79	21.377	95,0%	17.097	3.214	84,2%
80-84	25.153	95,3%	20.354	3.613	84,9%
85-89	22.133	95,6%	18.512	2.651	87,5%
90-94	15.579	96,3%	13.338	1.670	88,9%
95-99	4.522	96,8%	3.971	405	90,7%
>= 100	591	95,8%	518	48	91,5%
<b>&gt;= 65</b>	<b>112.270</b>	<b>95,6%</b>	<b>91.937</b>	<b>15.384</b>	<b>85,7%</b>
<b>totaal</b>	<b>144.006</b>	<b>96,0%</b>	<b>115.392</b>	<b>22.844</b>	<b>83,5%</b>

Uit deze tabel blijkt dat het percentage goedgekeurde aanvragen stijgt met de leeftijd van de aanvrager. Voor de personen jonger dan 26 jaar bedraagt het goedkeuringspercentage nog geen 60%. De reden hiervoor is dat de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten (zorgkas 380) ongeveer 2.800 aanvragen heeft behandeld via een attest voor bijkomende kinderbijslag uit hoofde van het kind. Slechts 500 hiervan werden goedgekeurd<sup>1</sup>. Zie eveneens het commentaar bij tabel 13.

<sup>1</sup> Dit gegeven werd verkregen uit de databankgegevens.

Tabel 7 – Verhouding van het aantal goedgekeurde aanvragen t.o.v. het aantal leden per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	Leden	Thuiszorg	Thuiszorg/ leden (*)	Residentiële	Residentiële/ leden (*)	Goedgekeurde aanvragen	Goedgek. aanvr/ leden (*)
0-18	3.158	2.562	81,1%	0	0,0%	2.562	81,1%
19-25	1.372	1.545	112,6%	3	0,2%	1.548	112,8%
<b>&lt;=25</b>	<b>4.530</b>	<b>4.107</b>	<b>90,7%</b>	<b>3</b>	<b>0,1%</b>	<b>4.110</b>	<b>90,7%</b>
26-44	1.515.562	6.279	0,4%	150	0,0%	6.429	0,4%
45-64	1.431.510	11.373	0,8%	1.543	0,1%	12.916	0,9%
<b>26-64</b>	<b>2.947.072</b>	<b>17.652</b>	<b>0,6%</b>	<b>1.693</b>	<b>0,1%</b>	<b>19.345</b>	<b>0,7%</b>
65-69	300.646	5.932	2,0%	930	0,3%	6.862	2,3%
70-74	281.116	9.443	3,4%	1.842	0,7%	11.285	4,0%
75-79	221.615	13.541	6,1%	3.556	1,6%	17.097	7,7%
80-84	136.662	14.690	10,7%	5.664	4,1%	20.354	14,9%
85-89	61.994	11.898	19,2%	6.614	10,7%	18.512	29,9%
90-94	28.695	7.587	26,4%	5.751	20,0%	13.338	46,5%
95-99	5.994	1.970	32,9%	2.001	33,4%	3.971	66,2%
>= 100	622	242	38,9%	276	44,4%	518	83,3%
<b>&gt;= 65</b>	<b>1.037.344</b>	<b>65.303</b>	<b>6,3%</b>	<b>26.634</b>	<b>2,6%</b>	<b>91.937</b>	<b>8,9%</b>
<b>totaal</b>	<b>3.988.946</b>	<b>87.062</b>	<b>2,2%</b>	<b>28.330</b>	<b>0,7%</b>	<b>115.392</b>	<b>2,9%</b>

\* Onder de 26 jaar kan je alleen lid worden van een zorgkas indien je over een goedgekeurde aanvraag voor tenlasteneming beschikt. In theorie betekent dat, dat het aantal leden nooit hoger kan liggen dan het aantal goedgekeurde dossiers. Een dossier kan immers stopgezet worden, waardoor het lidmaatschap van betrokken persoon op het einde van het jaar vervalst. Het dossier blijft natuurlijk wel goedgekeurd. Indien er meer leden worden opgegeven dan er goedgekeurde dossiers zijn, wijst dit op fouten meegedeeld door de zorgkassen.

Zoals verwacht stijgt het aantal goedgekeurde aanvragen per lid naargelang de leeftijd, behalve dan in de leeftijdscategorieën waar de aansluiting niet verplicht is. Voor de 90-plussers bedraagt de verhouding tussen het aantal goedgekeurde aanvragen en het aantal leden ongeveer 50,5. Wat ook duidelijk blijkt uit de cijfers is dat de residentiële zorg een aangelegenheid is van de oudere leeftijdscategorieën. Twee derden van de personen in de leeftijdscategorieën tot 45 jaar die over een goedgekeurde aanvraag voor residentiële zorg beschikken, zitten in een psychiatrisch verzorgingstehuis<sup>2</sup>. Bij de jongere leeftijdscategorieën zien wij dat daar praktisch uitsluitend thuiszorg voorkomt. Bij de 95-plussers zijn er meer goedgekeurde dossiers voor residentiële zorg dan dat er voor thuiszorg zijn.

<sup>2</sup> Berekend vanuit de databankgegevens.

## A. AMBTSHALVE AANSLUITINGEN

Tabel 8 – Ambtshalve aansluitingen op 31/12/2002

Leeftijds-categorie	# Ambtshalve aansluitingen	Bevolking op 31/12/2002	% Niet aangesloten
26-30	40.411	369.249	10,9%
31-35	40.868	429.523	9,5%
36-40	41.312	480.777	8,6%
40-44	30.899	379.013	8,2%
45-50	37.728	522.602	7,2%
51-55	23.515	395.296	5,9%
56-60	16.600	346.516	4,8%
61-64	8.130	241.490	3,4%
65-69	7.163	304.018	2,4%
70-74	5.289	282.311	1,9%
75-79	3.844	221.072	1,7%
80-84	2.615	136.228	1,9%
85-89	1.125	61.805	1,8%
90-94	436	28.526	1,5%
95-99	99	5.973	1,7%
>= 100	16	629	2,5%
<b>totaal</b>	<b>260.050</b>	<b>4.205.028</b>	<b>6,2%</b>

Op 31 december waren er in het Vlaams Gewest ongeveer 4,2 miljoen personen van 26 jaar of ouder. Ongeveer 260.000 personen hebben zich niet aangesloten bij de zorgverzekering, hoewel zij hiertoe verplicht waren. Deze personen zullen vanaf 1 januari 2003 ambtshalve aangesloten zijn bij de Vlaamse Zorgkas. We zien eveneens dat het aansluitingspercentage stijgt naarmate de leeftijd stijgt.



## B. AANTAL LOPENDE DOSSIERS PER ZORGKAS

Tabel 9 – Aantal lopende dossiers per zorgvorm en per zorgkas

Zorgkas	Thuiszorg	Residentiële zorg	Totaal	Goedgekeurde dossiers	% Verval tov goedgekeurde dossiers
180	41.455	17.543	58.998	67.673	12,8%
280	1.969	594	2.563	3.084	16,9%
380	18.578	5.945	24.523	28.201	13,0%
480	6.738	2.188	8.926	10.703	16,6%
580	4.470	2.030	6.500	7.472	13,0%
680	1.245	925	2.170	2.540	14,6%
780	171	73	244	251	2,8%
880	334	77	411	414	0,7%
<b>totaal</b>	<b>74.960</b>	<b>29.375</b>	<b>104.335</b>	<b>120.338</b>	<b>13,3%</b>

Lopende dossiers zijn dossiers die werden goedgekeurd en waarvan de einddatum tenlasteneming nog niet overschreden werd. Iets meer dan 13% van de goedgekeurde dossiers in 2002 zijn op het einde van datzelfde jaar niet meer lopend. Een dossier heeft een maximale looptijd van 3 jaar. Opmerkelijk zijn de lage percentages ‘verval’ van goedgekeurde dossiers voor OMOB (zorgkas 780) en DKV (zorgkas 880).

## C. AANVRAGEN PER PROVINCIE

Tabel 10 – Aantal aanvragen per provincie

Provincie	Aanvragen	% Verwerkt	Goedgekeurde aanvragen	Geweigerde aanvragen	% Goedgekeurd tov verwerkt
Antwerpen	38.757	98,7%	31.172	7.085	81,5%
Limburg	21.648	97,9%	16.736	4.467	78,9%
Oost-Vlaanderen	34.767	99,2%	29.592	4.887	85,8%
Vlaams-Brabant	19.205	98,9%	16.444	2.549	86,6%
West-Vlaanderen	29.222	99,4%	24.736	4.309	85,2%
Onbepaald	1.800	99,7%	956	838	53,3%
<b>Tot. Vlaanderen</b>	<b>145.399</b>	<b>98,9%</b>	<b>119.636</b>	<b>24.135</b>	<b>83,2%</b>
Brussel H. Gew.	<b>1.028</b>	<b>96,2%</b>	<b>702</b>	<b>287</b>	<b>71,0%</b>
<b>totaal</b>	<b>146.427</b>	<b>98,9%</b>	<b>120.338</b>	<b>24.422</b>	<b>83,1%</b>

Noot: We zien hier onmiddellijk dat er lichte verschillen zijn met statistische tabellen uit deel I van dit rapport. 146.427 ingediende aanvragen i.p.v. 144.006; 120.338 goedgekeurde aanvragen i.p.v. 115.392; 24.422 geweigerde aanvragen i.p.v. 22.844.

Het goedkeuringspercentage in Vlaanderen ligt rond de 83%. Voor het Brussels hoofdstedelijk gewest is het goedkeuringspercentage veel lager, namelijk 71%. In Vlaanderen heeft Limburg het laagste goedkeuringspercentage, Vlaams-Brabant het hoogste.

## D. GOEDGEKEURDE AANVRAGEN VAN PERSONEN DIE OOK EEN BEROEP DOEN OP HET VLAAMS FONDS

Tabel 11 – Goedgekeurde aanvragen doch beperkt door cumul

Zorgkas	Naam van de zorgkas	Goedgekeurd doch beperkt door cumul	Totaal goedgekeurde aanvragen	%
180	CM-zorgkas	8.951	67.673	13,2%
280	Neutrale Zorgkas Vlaanderen	398	3.084	12,9%
380	Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten	2.723	28.201	9,7%
480	Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen	728	10.703	6,8%
580	Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen	604	7.472	8,1%
680	Vlaamse Zorgkas	158	2.540	6,2%
780	Omob Zorgkas	0	251	0,0%
880	Zorgkas DKV Belgium	63	414	15,2%
<b>totaal</b>		<b>13.625</b>	<b>120.338</b>	<b>11,3%</b>

Ongeveer 11% van de goedgekeurde aanvragen is een aanvraag beperkt door de cumulering met het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Zorgkas DKV Belgium (zorgkas 880) heeft verhoudingsgewijs het hoogst aantal goedgekeurde aanvragen beperkt door cumul. De Omob Zorgkas (zorgkas 780) heeft nog geen enkel dossier goedgekeurd met cumulbeperking. De Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen (zorgkas 480) en de Vlaamse Zorgkas (zorgkas 680) hebben relatief ook weinig goedgekeurde aanvragen beperkt door cumul.

Tabel 12 – Goedgekeurde aanvragen doch beperkt door cumul per leeftijdscategorie

Leeftijd	Goedgekeurd en beperkt door cumul	Goedgekeurd	%
0-18	1.876	2.626	71,4%
19-25	1.169	1.604	72,9%
26-44	3.837	6.617	58,0%
45-64	4.115	13.329	30,9%
<b>0-64</b>	<b>10.997</b>	<b>24.176</b>	<b>45,5%</b>
65-69	1.198	7.137	16,8%
70-74	545	11.779	4,6%
75-79	372	17.940	2,1%
80-84	220	21.393	1,0%
85-89	164	19.364	0,8%
90-94	102	13.892	0,7%
95-99	26	4.121	0,6%
>= 100	1	536	0,2%
<b>&gt;= 65</b>	<b>2.628</b>	<b>96.162</b>	<b>2,7%</b>
<b>totaal</b>	<b>13.625</b>	<b>120.338</b>	<b>11,3%</b>

We zien dat hoe jonger de leeftijd, hoe hoger het percentage van de aanvragen met cumulbeperking is.

## E. AANVRAGEN VOLGENS DE WIJZE VAN INDICATIESTELLING

Tabel 13 – Aanvragen per type indicatiesteller of attest

Type indicatiesteller /attest	Aanvraag	% Verwerkt	Goedgekeurd	Geweigerd	% Goedgekeurd tov verwerkt
OCMW's	2.598	98,9%	2.297	272	89,4%
Diensten gezinszorg	12.833	99,7%	9.584	3.210	74,9%
Lokale dienstencentra	103	99,0%	67	35	65,7%
CAW	40.558	99,7%	32.355	8.097	80,0%
Indicatiesteller onbepaald**	39	100,0%	33	6	84,6%
<b>totaal indicatiestellingen</b>	<b>56.131</b>	<b>99,7%</b>	<b>44.336</b>	<b>11.620</b>	<b>79,2%</b>
Katz-thuisverpleging	22.020	99,0%	19.862	1.941	91,1%
Katz-verzorgingsinrichting	29.706	99,3%	27.145	2.365	92,0%
Opname PVT	2.249	98,8%	2.142	81	96,4%
BEL gezinszorg	8.994	99,7%	7.852	1.113	87,6%
Integratie, hulp bejaarden	18.809	99,9%	16.389	2.398	87,2%
Kinderbijslag	4.248	99,9%	1.841	2.402	43,4%
attest onbepaald***	76	100,0%	76	0	100,0%
<b>totaal attesten</b>	<b>86.102</b>	<b>99,4%</b>	<b>75.307</b>	<b>10.300</b>	<b>88,0%</b>
Onbepaald*	4.194	76,2%	695	2.502	21,7%
<b>totaal</b>	<b>146.427</b>	<b>98,9%</b>	<b>120.338</b>	<b>24.422</b>	<b>83,1%</b>

- \* Onbepaald = het veld indicatiestelling of attest werd niet ingevuld of verkeerd ingevuld
- \*\* Indiciesteller onbepaald = de zorgkas heeft hier een onbestaande code ingebracht, doch sterk gelijkend op een code van een type indicatiesteller (de code begint met een '2')
- \*\*\* Attest onbepaald = de zorgkas heeft hier een onbestaande code ingebracht, doch sterk gelijkend op een code van een type attest (de code begint met een '9')

Er zijn meer aanvragen ingediend met een attest dan met een indicatiestelling. Het goedkeuringspercentage voor attesten ligt eveneens hoger dan voor aanvragen ingediend aan de hand van een indicatiestelling. Alleen de attesten voor kinderbijslag scoren opmerkelijk laag (slechts 43%). De reden hiervoor is het extreem lage percentage bij de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten (18,2%) voor de attesten kinderbijslag, terwijl diezelfde zorgkas voor het leeuwenaandeel (65,6%) zorgt van aanvragen ingediend met een attest voor kinderbijslag. Indien wij geen rekening houden met de attesten voor kinderbijslag van de Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten, dan bedraagt het goedkeuringspercentage van deze attesten 91,6%, wat duidelijker meer in lijn ligt met de goedkeuringspercentages van de andere attesten. Eigenlijk kunnen we van een lichte onderschatting van het goedkeuringspercentage van de attesten spreken. Indien wij geen rekening houden met de attesten voor kinderbijslag van de 380, dan komt het goedkeuringspercentage voor alle attesten op 90,3% i.p.v. het huidige 88,0%.

## BIJLAGE 5 Jaarrekening van het Vlaams Zorgfonds per 31 december 2002

### SECTIE 1: BALANS VLAAMS ZORGFONDS

#### ACTIEF

ACTIVA (in euro)	Codes	boekjaar	orig boekjaar
<b>Vaste activa</b>	<b>20/28</b>	<b>55.159</b>	<b>54.705</b>
I. Oprichtingskosten	20		
II. Immateriële vaste activa	21		
III. Materiële vaste activa	22/27	55.159	54.705
A. Terreinen en gebouwen	22		
B. Installaties, machines en uitrusting	23		
C. Meubilair, materieel en rollend materieel	24	55.159	54.705
D. Leasing en soortgelijke rechten	25		
E. Andere materiële vaste activa	26		
F. Vaste activa in aanbouw	27		
IV. Financiële vaste activa	28		
<b>Vlottende activa</b>	<b>29/58</b>	<b>422.833.582</b>	<b>309.601.795</b>
V. Vorderingen op meer dan één jaar	29		
VI. Voorraden	30/39		
VII. Vorderingen op ten hoogste één jaar	40/41	58.830.039	6.641.995
A. Handelsvorderingen	40		
B. Overige vorderingen	41		
1. Dotatie ministerie			
Vlaamse Gemeenschap	413	44.689.000	6.641.995
2. Vorderingen:			
voorschotten zorgkassen	4160	14.141.039	
VIII. Geldbeleggingen	51/54	360.000.000	301.200.000
A. Aandelen	51		
B. Vastrentende effecten	52		
C. Termijndeposito's	53	360.000.000	301.200.000
D. Te incasseren vervallen waarden	54		
IX. Liquide middelen	54/59	3.332.531	774.757
X. Overlopende rekeningen	490/491	671.012	985.043
<b>Totaal van de activa</b>	<b>20/59</b>	<b>422.888.741</b>	<b>309.656.500</b>

SECTIE 1: BALANS VLAAMS ZORGFONDS (vervolg)

**PASSIEF**

PASSIVA (in euro)	Codes	boekjaar	vorig boekjaar
<b>Eigen vermogen</b>	<b>12/14</b>	<b>422.252.260</b>	<b>308.936.651</b>
IV. Reservefond	13	388.067.000	291.721.000
V. Overgedragen winst of overgedragen verlies (+)/(-)	14	34.185.260	17.215.651
<b>Voorzieningen</b>	<b>16</b>		
VI. Voorzieningen voor overige risico's en kosten	163/165		
<b>Schulden</b>	<b>17/49</b>	<b>636.481</b>	<b>719.849</b>
VII. Schulden op meer dan één jaar	17/19		
A. Financiële schulden	170/174		
VIII. Schulden op ten hoogste één jaar	42/48	636.463	719.829
A. Schulden op meer dan één jaar die binnen het jaar vervallen	42		
B. Financiële schulden	43		
C. Handelsschulden	44	486.756	223.759
D. Schulden met betrekking tot belastingen, bezoldigingen en sociale lasten	45	83	135
E. Ontvangen vooruitbetalingen	46		
F. Overige schulden	47/48	149.624	495.935
IX. Overlopende rekeningen	492/3	18	20
<b>Totaal van de passiva</b>	<b>12/49</b>	<b>422.888.741</b>	<b>309.656.500</b>
<b>RESERVEFONDS (in euro)</b>		<b>boekjaar</b>	<b>vorig boekjaar</b>
<b>Begintoestand van het reservefonds</b>		<b>291.721.000</b>	<b>198.314.819</b>
Dotatie aan het reservefonds		+ 89.242.000	+ 89.242.000
(Gedeeltelijke) kapitalisatie van financiële opbrengsten		+ 7.104.000	+ 4.164.181
<b>Eindtoestand van het reservefonds</b>		<b>388.067.000</b>	<b>291.721.000</b>

## SECTIE 2: RESULTATENREKENING VLAAMS ZORGFONDS

OPERATIONELE RESULTATEN (in euro)	Codes	boekjaar	orig boekjaar
<b>Operationele opbrengsten</b>		<b>184.478.511</b>	<b>105.783.603</b>
Werkingsdotatie van ministerie			
Vlaamse Gemeenschap	730	99.157.000	99.157.410
Extra dotatie van ministerie			
Vlaamse Gemeenschap	733	44.689.000	6.626.193
Ledenbijdragen	740	40.632.511	
<b>Operationele kosten</b>		<b>-83.470.886</b>	<b>-3.943.407</b>
Aankopen van diensten en studies	60	67.724	51.095
Leveringen van goederen en diensten	610/618	228.827	847.674
Specifieke opstartkosten Vlaamse Zorgkas	6181	623.325	565.703
Afschrijvingen materiële vaste activa	6303	6.128	
Specifieke werkingssubsidie Vlaamse Zorgkas	6401	1.315.000	
Werkingssubsidie zorgkassen voor werkingkosten	6401	5.825.495	2.478.935
Werkingssubsidie zorgkassen voor indicatiestellingen	6402	2.520.296	
Werkingssubsidie zorgkassen voor tenlastenemingen	6403	72.884.091	
<b>Totaal van de operationele resultaten</b>		<b>101.007.625</b>	<b>101.840.196</b>

FINANCIËLE RESULTATEN (in euro)	Codes	boekjaar	orig boekjaar
<b>Financiële opbrengsten</b>		<b>12.363.072</b>	<b>8.817.518</b>
Intresten termijnrekeningen	7593	12.260.991	8.779.052
Intresten zichtrekeningen	7595	102.081	38.466
<b>Financiële kosten</b>		<b>-55.088</b>	<b>-35.882</b>
Kosten zichtrekeningen	6570	126	703
Debetintresten zichtrekeningen	6593	54.962	35.179
<b>Totaal van de financiële resultaten</b>		<b>12.307.984</b>	<b>8.781.636</b>

Bepaling van de resultaatverdeling (in euro)	Codes	boekjaar	orig boekjaar
<b>Te bestemmen netto resultaat</b>		<b>130.531.260</b>	<b>110.621.832</b>
Operationele resultaten		101.007.625	101.840.196
Financiële resultaten		12.307.984	8.781.636
Overgedragen netto resultaat vorig jaar	7900	17.215.651	
<b>Verdeling van het netto resultaat</b>		<b>-130.531.260</b>	<b>-110.621.832</b>
Dotatie aan het reservefonds	6920	96.346.000	93.406.181
Over te dragen netto resultaat	6930	34.185.260	17.215.651

## BIJLAGE 6 Geglobaliseerde balans en resultatenrekening van de zorgkassen

Periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002

### SECTIE 1: BALANS ZORGKASSEN

#### ACTIEF

ACTIVA (in euro)	Codes	boekjaar
<b>Vaste activa</b>		
	<b>20/29</b>	<b>1.398.253,32</b>
I. Oprichtingskosten	20	
II. Immateriële vaste activa	21	1.309.764,02
III. Materiële vaste activa	22/26	88.117,46
A. Terreinen en gebouwen	22	
B. Installaties, machines en uitrusting	23	29.356,35
C. Meubilair, materieel en rollend materieel	24	58.761,11
D. Leasing en soortgelijke rechten	25	
E. Overige materiële vaste activa, vaste activa in aanbouw en vooruitbetalingen	26	
IV. Financiële vaste activa	28	371,84
A. Verbonden entiteiten en entiteiten waarmee een samenwerkingsakkoord bestaat	280/1	
1. Deelnemingen	280	
2. Vorderingen	281	
B. Andere financiële vaste activa, overige vorderingen en borgtochten in contanten	284/8	371,84
V. Vorderingen op meer dan één jaar	29	
A. Vorderingen op verbonden entiteiten	291/5	
B. Overige vorderingen	298/9	
<b>Vlottende activa</b>		
	<b>31/58</b>	<b>30.293.039,74</b>
VI. Voorraden	31	
VII. Vorderingen op ten hoogste één jaar	40/47	2.920.658,94
A. Vorderingen wegens tenlastenemingen, toelagen of bijdragen	40	2.634.474,69
1. Terugvorderingen van tenlastenemingen	400/1	209.492,76
2. Terugvorderingen van indicatiestellers	402	
3. Te ontvangen overheidssubsidies en -tussenkomsten	404	2.243.515,80
4. Te innen bijdragen	405	175.419,52
5. Overige vorderingen	407	6.046,61
B. Vorderingen op verbonden entiteiten	471/4	22.108,57
C. Vorderingen op andere zorgkassen	475/479	
D. Overige vorderingen	41	264.075,68
VIII. Geldbeleggingen	51/53	23.014.400,00
A. Vastrentende effecten	51	
B. Termijnrekeningen bij kredietinstellingen	52	23.014.400,00
C. Overige geldbeleggingen	53	
IX. Liquide middelen	54/58	4.212.597,36
X. Overlopende rekeningen	490/1	145.383,44
<b>Totaal van de activa</b>	<b>20/58</b>	<b>31.691.293,06</b>



! "#\$ % &' (

## PASSIEF

) % * (	+	,
	- .	/ 0
I. Herwaarderingsmeerwaarden	12	
II. Reserves	13	1.334.934,18
III. Overgedragen winst of overgedragen verlies (-)(+)	14	-452.056,47
	2	
IV. Technische voorzieningen	161/163	
A. Technische voorzieningen	161	
B. Voorzieningen voor I.B.N.R.	162	
C. Overige voorzieningen	163	
VI. Voorzieningen voor risico's en kosten	165/9	
	- . 4	/ / . 50 5
VII. Schulden op meer dan één jaar	17/19	
A. Financiële schulden	172/4	
B. Schulden tegenover verbonden entiteiten	19	
C. Overige schulden op meer dan één jaar	175/9	
VIII. Schulden op ten hoogste één jaar	43/48	29.402.113,91
A. Financiële schulden	43	
B. Schulden wegens tenlastenemingen of bijdragen	44	11.748.394,66
1. Schulden wegens tenlastenemingen	440/5	8.107.717,12
2. Terug te betalen bijdragen	446	694.067,42
3. Overige schulden	449	2.946.610,12
C. Schulden met betrekking tot belastingen, bezoldigingen en sociale lasten	45	93.354,14
1. Belastingen	452/3	
2. Bezoldigingen en sociale lasten	454/9	93.354,14
D. Schulden tegenover verbonden entiteiten	471/4	2.431.367,52
E. Schulden tegenover andere zorgkassen	475/479	
F. Overige schulden	48	15.128.997,59
IX. Overlopende rekeningen	492/3	1.406.301,44
& 6 ++	- . 4	/24 / 4 0 2

## SECTIE 2: RESULTATENREKENING ZORGKASSEN

Periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002

TECHNISCHE RESULTATEN (in euro)		Codes	boekjaar
I. Bijdragen	(+)	700	40.632.010,91
II. Overheidstoelagen	(+)	701	34.894.885,95
III. Tenlastenemingen en vergoedingen			
A. Tenlastenemingen	(-)	600	71.942.500,66
B. Overdrachten aan andere zorgkassen	(-)	601	
C. Vergoedingen aan indicatiestellers	(-)	6091	3.584.696,20
V. Technische voorzieningen	(-)/(+)	607/8, 707/8	
VI. Overige technische opbrengsten	(+)	703/6, 709	
VII. Overige technische kosten	(-)	605, 6092/99	
<b>Technische resultaten (I tot VII)</b>		<b>70/60</b>	<b>-300,00</b>

WERKINGSRESULTATEN (in euro)		Codes	boekjaar
IX. Overheidstoelagen	(+)	7491	10.891.901,37
X. Diensten, diverse goederen en kosten	(-)	61	8.922.107,19
XI. Bezoldigingen, sociale lasten en pensioenen	(-) /(+)	62	1.251.673,16
XII. Afschrijvingen en waardeverminderingen op oprichtingskosten en op immateriële en materiële vaste activa	(-)	630, 6391	1.044.844,97
XIII. Waardeverminderingen op vlottende activa	(-) (+)	631/3, 6392	75,00
XIV. Voorzieningen voor risico's en kosten	(-) (+)	635/7, 6393	101.243,00
XV. Overige bedrijfsopbrengsten			
A. Aanrekening van werkingskosten aan derden	(+)	732/9	501,23
B. Overige bedrijfsopbrengsten	(+)	742/9	177.223,55
XVI. Overige bedrijfskosten	(-)	640/8	72.879,90
<b>Werkingsresultaten (IX tot XVI)</b>		<b>74/64</b>	<b>-323.197,07</b>

SECTIE 2: RESULTATENREKENING ZORGKASSEN (vervolg)

Periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002

FINANCIËLE RESULTATEN (in euro)		Codes	boekjaar
XIX. Financiële opbrengsten	(+)	75	1.043.515,89
XX. Financiële kosten	(-)(+)	65	81.057,69
<b>Financiële resultaten (XIX tot XX)</b>		<b>75/65</b>	<b>962.458,20</b>
UITZONDERLIJKE RESULTATEN (in euro)		Codes	boekjaar
XXI. Uitzonderlijke opbrengsten			
A. Overdracht om niet van vermogen door derden	(+)	765	
B. Overige uitzonderlijke opbrengsten	(+)	760/4, 769	214,21
XXII. Uitzonderlijke kosten	(-)	66	102.864,93
<b>Uitzonderlijke resultaten (XXI tot XXII)</b>	<b>76/66</b>	<b>- 102.650,72</b>	
<b>XXIII. RESULTAAT VAN HET BOEKJAAR (I tot XXII)</b>		<b>70/66</b>	<b>536.310,41</b>
XXIV. RESULTAATVERWERKING (in euro)		Codes	boekjaar
A. Boni van het boekjaar	(+)	70/69	1.301.148,75
B. Mali van het boekjaar	(-)	69/70	- 764.838,34
1. Te bestemmen boni van het boekjaar	(+)	70/66	
Te verwerken mali van het boekjaar	(-)	66/70	
2. Overgedragen boni van het vorige boekjaar	(+)	790	
Overgedragen mali van het vorige boekjaar	(-)	690	
C. Toevoeging aan de reserves	(-)	691/692	988.367,88
D. Over te dragen boni	(-)	693	312.780,87
Over te dragen mali	(+)	793	- 764.838,34

## BIJLAGE 7 Overzicht van de relevante wetgeving

### Decreten

Decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering  
(*B.S. 28 mei 1999*)

### Gewijzigd bij

Decreet van 22 december 1999 (*B.S. 30 december 1999*)

Decreet van 8 december 2000 (*B.S. 13 januari 2001*)

Arrest van het Arbitragehof van 13 maart 2001 (*B.S. 27 maart 2001*)

Decreet van 18 mei 2001 (*B.S. 28 juli 2001*)

Decreet van 20 december 2002 (*B.S. 31 december 2002*)

### Koninklijke besluiten

Koninklijk besluit van 2 augustus 2002 waarbij het Vlaams Zorgfonds gemachtigd wordt de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen te raadplegen en het identificatienummer ervan te gebruiken en waarbij de erkende zorgkassen gemachtigd worden het bewuste identificatienummer te gebruiken (*B.S. 23 oktober 2002*)

### Besluiten van de Vlaamse regering

Besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 2000 houdende organisatie en regeling van het beheer en de werking van het Vlaams Zorgfonds (*B.S. 26 oktober 2000*)

### Gewijzigd bij

Besluit van de Vlaamse regering van 19 oktober 2001 (*B.S. 17 november 2001*)

Besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds (*B.S. 21 oktober 2000*)

Besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen  
(*B.S. 1 november 2000*)

### Gewijzigd bij

Besluit van de Vlaamse regering van 14 december 2001 (*B.S. 25 april 2002*)

Besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering (*B.S. 20 maart 2002*)

### Gewijzigd bij

Besluit van de Vlaamse regering van 14 december 2001 (*B.S. 25 april 2002*)

Besluit van de Vlaamse regering van 25 oktober 2002 (*B.S. 28 november 2002*)

Besluit van de Vlaamse regering van 13 december 2002 (*B.S. 29 januari 2003*)

Besluit van de Vlaamse regering van 9 mei 2003 (*B.S. 30 mei 2003*)

Besluit van de Vlaamse regering van 19 oktober 2001 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor de jaren 2001 en 2002 (*B.S. 13 december 2001*)

### **Gewijzigd bij**

Besluit van de Vlaamse regering van 14 juni 2002 (*B.S. 27 augustus 2002*)

Besluit van de Vlaamse regering van 5 juli 2002 (*B.S. 18 juli 2002*)

Besluit van de Vlaamse regering van 24 januari 2003 (*B.S. 27 februari 2003*)

Besluit van de Vlaamse regering van 6 december 2002 houdende oprichting van een expertencommissie ter voorbereiding van de afstemming van de regelgeving Vlaamse zorgverzekering op de Europese regelgeving (*B.S. 4 juni 2003*)

Besluit van de Vlaamse regering van 14 februari 2003 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2003 (*B.S. 20 maart 2003*)

### **Ministeriële besluiten**

Ministerieel besluit van 16 oktober 2000 houdende benoeming van de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden van de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds (*niet gepubliceerd*)

Ministerieel besluit van 20 november 2000 betreffende de goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds (*niet gepubliceerd*)

Ministerieel besluit van 21 januari 2002 houdende de invulling van de taken uit te voeren door de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen voor de Vlaamse Zorgkas (*B.S. 14 februari 2002*)

Ministerieel besluit van 24 januari 2002 houdende samenstelling van de bezwaarcommissie in het kader van de zorgverzekering (*niet gepubliceerd*)

### **Gewijzigd bij**

Ministerieel besluit van 13 december 2002 (*niet gepubliceerd*)

Ministerieel besluit van 28 januari 2002 houdende goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de bezwaarcommissie in het kader van de zorgverzekering (*niet gepubliceerd*)

Ministerieel besluit van 12 februari 2002 houdende de vervanging van leden van de adviesraad bij het Vlaams Zorgfonds (*niet gepubliceerd*)

Ministerieel besluit van 9 december 2002 houdende samenstelling van de expertencommissie (*niet gepubliceerd*)

Ministerieel besluit van 23 december 2002 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering (*B.S. 12 februari 2003*)

Ministerieel besluit van 23 december 2002 houdende de bepaling van de formulieren in verband met de zorgverzekering (*B.S. 12 februari 2003*)

### **Publicaties**

Brochure '20 vragen over de Vlaamse zorgverzekering'

*tekst enkel nog beschikbaar op de website [www.vlaamsezorgverzekering.be](http://www.vlaamsezorgverzekering.be)*

Brochure 'De Vlaamse zorgverzekering in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest'

*tekst enkel nog beschikbaar op de website [www.vlaamsezorgverzekering.be](http://www.vlaamsezorgverzekering.be)*

## BIJLAGE 8 Inventaris van de parlementaire vragen

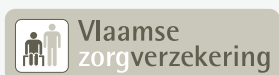
23 oktober 1997	Interpellatie in commissie nr. 207 (1996-1997) van Yolande Avontroodt > Zorgverzekering ~ Invoering voor ouderen in Vlaanderen
23 oktober 1997	Interpellatie in commissie nr. 210 (1996-1997) van Etienne Van Vaerenbergh > Zorgverzekering ~ Invoering voor ouderen in Vlaanderen
5 mei 1999	Actuele vraag nr. 200 (1998-1999) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Gebruik van de term 'zorgverzekering' in reclameboodschappen
23 augustus 1999	Vraag nr. 5 (1999-2000) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Fiscaal statuut
1 december 1999	Actuele vraag nr. 85 (1999-2000) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Beroep van de Franse Gemeenschap bij het Arbitragehof
23 december 1999	Vraag om uitleg nr. 144 (1999-2000) van Sonja Becq > Zorgverzekering
2 mei 2000	Actuele vraag nr. 236 (1999-2000) van Ria Van Den Heuvel > Zorgverzekering ~ Startdatum
2 mei 2000	Actuele vraag nr. 237 (1999-2000) van Etienne Van Vaerenbergh > Zorgverzekering ~ Stand van zaken
30 mei 2000	Actuele vraag nr. 276 (1999-2000) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Invoering
30 mei 2000	Actuele vraag nr. 277 (1999-2000) van Guy Swennen > Zorgverzekering ~ Individuele materiële bijstand voor ouderen
30 mei 2000	Actuele vraag nr. 278 (1999-2000) van Etienne Van Vaerenbergh > Zorgverzekering ~ Invoering
15 juni 2000	Vraag nr. 193 (1999-2000) van Johan De Roo > Zorgverzekering ~ Uitvoering
29 november 2000	Vraag nr. 29 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Commercieel gebruik
30 januari 2001	Actuele vraag nr. 110 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Invoering op 1 juli 2001
8 maart 2001	Vraag om uitleg nr. 331 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Uitvoering
21 maart 2001	Vraag nr. 45 (2000-2001) van Luk Van Nieuwenhuysen > Zorgverzekering ~ Brussel
30 maart 2001	Vraag nr. 154 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Rusthuiskosten
14 mei 2001	Vraag nr. 189 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Rusthuiskosten OCMW's
7 juni 2001	Vraag nr. 213 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Informatie en inschrijving
7 juni 2001	Vraag nr. 214 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Inschaling -65-jarigen
7 juni 2001	Vraag nr. 215 (2000-2001) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Prijseffect
7 juni 2001	Vraag nr. 216 (2000-2001) van Rufin Grijp > Zorgverzekering ~ Brussel
24 juli 2001	Vraag nr. 251 (2000-2001) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Gesubsidieerde hulpverlening
24 juli 2001	Vraag nr. 252 (2000-2001) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Reclamecampagne

24 juli 2001	Vraag nr. 253 (2000-2001) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Zorgkassen
8 augustus 2001	Vraag nr. 184 (2000-2001) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Ambtenaren
18 oktober 2001	Vraag nr. 16 (2001-2002) van Johan De Roo > Zorgverzekering ~ Hulpverleningsaanbod
18 oktober 2001	Interpellatie nr. 10 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Invoering
18 oktober 2001	Interpellatie nr. 18 (2001-2002) van Brigitte Grouwels > Zorgverzekering ~ Organisatie in Brussel
7 november 2001	Actuele vraag nr. 42 (2001-2002) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Voorstel van federaal regeringscommissaris Van Gool om een federale zorgverzekering uit te bouwen
13 november 2001	Vraag om uitleg nr. 147 (2001-2002) van Kris Van Dijck > Zorgverzekering ~ Start van de Vlaamse Zorgkas
7 december 2001	Vraag nr. 41 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Vlaamse Zorgkas
17 januari 2002	Vraag nr. 60 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Evaluatie
30 januari 2002	Actuele vraag nr. 133 (2001-2002) van Marijke Dillen > Zorgverzekering ~ Beroep bij het Arbitragehof van de Franstalige Brusselse ministers
7 februari 2002	Interpellatie nr. 137 (2001-2002) van Brigitte Grouwels > Zorgverzekering ~ Uitbouw van het aanbod in Brussel
8 februari 2002	Vraag nr. 76 (2001-2002) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Fiscaal statuut bijdragen en uitkeringen
21 februari 2002	Vraag nr. 93 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Inschaling
21 februari 2002	Vraag nr. 94 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Rusthuisbewoners
21 februari 2002	Vraag nr. 95 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Evaluatiecongres
27 februari 2002	Actuele vraag nr. 165 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Vraag van andere deelstaatregeringen om federale middelen
28 februari 2002	Vraag om uitleg nr. 470 (2001-2002) van Ria Van Den Heuvel > Zorgverzekering ~ De lokale mantelzorgpremie
6 maart 2002	Actuele vraag nr. 169 (2001-2002) van Guy Swennen > Zorgverzekering ~ Aanbieden van een aanvullende verzekering door een ziekenfonds
14 maart 2002	Vraag nr. 119 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Fiscaal statuut bijdragen en uitkeringen
14 maart 2002	Vraag om uitleg nr. 517 (2001-2002) van Frans De Cock > Zorgverzekering ~ Lijst van producten waarvan de kosten in aanmerking komen voor een tenlasteneming
27 maart 2002	Actuele vraag nr. 189 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Bewoners van rusthuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen
27 maart 2002	Actuele vraag nr. 190 (2001-2002) van Ria Van Den Heuvel > Zorgverzekering ~ Middelen
28 maart 2002	Vraag nr. 131 (2001-2002) van Ria Van Den Heuvel > Zorgverzekering ~ Beschermd wonen

28 maart 2002	Vraag nr. 133 (2001-2002) van Patricia Ceysens > Zorgverzekering ~ Controles
28 maart 2002	Vraag om uitleg nr. 663 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Betaalbaarheid
17 april 2002	Actuele vraag nr. 200 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Financiering
24 mei 2002	Vraag nr. 31 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Uitgaven
24 mei 2002	Vraag nr. 176 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Uitgaven
27 juni 2002	Vraag nr. 207 (2001-2002) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Inschaling rusthuisbewoners
27 juni 2002	Vraag nr. 214 (2001-2002) van Riet Van Cleuvenbergen > Zorgverzekering ~ Genderevenwicht
10 oktober 2002	Vraag om uitleg nr. 62 (2002-2003) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Wijzigingen in de regelgeving op de zorgverzekering
10 oktober 2002	Vraag om uitleg nr. 64 (2002-2003) van Felix Strackx > Zorgverzekering ~ Verschillende aspecten van de zorgverzekering
6 november 2002	Actuele vraag nr. 33 (2002/2003) van Jan Roegiers > Zorgverzekering ~ Mogelijk misbruik door Brusselse OCMW-rusthuizen
8 november 2002	Vraag om uitleg nr. 62 (2002-2003) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Rusthuisprijzen
8 november 2002	Vraag om uitleg nr. 62 (2002-2003) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Mantelzorgpremies
20 november 2002	Actuele vraag nr. 46 (2002-2003) van Sven Gatz > Zorgverzekering ~ Toepasbaarheid in Brussel
21 november 2002	Vraag om uitleg nr. 167 (2002-2003) van Sonja Becq > Zorgverzekering ~ Implicaties voor de kostprijs van de dienstverlening



## BIJLAGE 9 Contact



### ADRES

Vlaams Zorgfonds  
Koning Albert II-laan 7  
1210 Brussel

### LEIDING

Marc Morris, directeur-generaal van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn,  
leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds

Luc Huybrechts, directeur-projectleider van het projectteam zorgverzekering

### CONTACT

Algemeen infonummer: 02-553 46 90  
Faxnummer: 02-553 46 59  
e-mail: [zorgverzekering@vlaanderen.be](mailto:zorgverzekering@vlaanderen.be)

### WEBSITE

[www.vlaamsezorgverzekering.be](http://www.vlaamsezorgverzekering.be)

# Colofon



**Vlaamse overheid**

## **Samenstelling**

Projectteam Zorgverzekering  
Directoraat-generaal  
Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn

## **Verantwoordelijke uitgever**

Marc Morris, directeur-generaal  
Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn

## **Productie**

Vlaams Zorgfonds

## **Coördinatie**

Kathy Ooge, afdeling Algemeen Welzijnsbeleid

## **Vormgeving**

Meer wit, Leuven

## **Druk**

DV3, Overijse

## **Depotnummer**

D/2003/3241/345





Vlaams Zorgfonds  
Koning Albert II-laan 7  
1210 Brussel

**Algemeen infonummer**

02-553 46 90

**Faxnummer**

02-553 46 59

**E-mail**

[zorgverzekering@vlaanderen.be](mailto:zorgverzekering@vlaanderen.be)

**Website**

[www.vlaamsezorgverzekering.be](http://www.vlaamsezorgverzekering.be)



Vlaamse overheid