

**GOUVERNEMENTS DE COMMUNAUTE ET DE REGION
GEMEENSCHAPS- EN GEWESTREGERINGEN
GEMEINSCHAFTS- UND REGIONALREGIERUNGEN**

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

[C – 2001/36169]

1 OKTOBER 2001. — Ministerieel besluit houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000 en 18 mei 2001;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 17 juli 2000 betreffende de organisatie, het beheer, de werking en de erkenning van de zorgkassen en betreffende de controle op de zorgkassen;

Gelet op 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;

Gelet op 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;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 13 juli 2001 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse regering;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 17 september 2001;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3,§ 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de Vlaamse zorgverzekering overeenkomstig de beslissingen van de Vlaamse regering van start gaat op 1 oktober 2001 zodat onverwijld uitvoering moet gegeven worden aan de bepalingen van de besluiten van de Vlaamse regering terzake en de betrokken zorgkassen en de burgers rechtszekerheid moet worden geboden omtrent de regeling in het kader van de zorgverzekering;

Besluit :

Artikel 1. De handleiding zorgverzekering, die als bijlage bij dit besluit gevoegd is, wordt goedgekeurd.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2001.

Brussel, 1 oktober 2001.

Mevr. M. VOGELS

**Bijlage bij het ministerieel besluit van 1 oktober 2001
houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering**

Handleiding Zorgverzekering

Noot : telkens in deze handleiding Brussel wordt vermeldt, dient hieronder te worden verstaan het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zoals bedoeld in het decreet van 30 maart 1999 en de bijhorende uitvoeringsbesluiten

Beschrijving van de actoren

zorgkas

Zorgkassen kunnen opgericht worden door :

- ziekenfondsen, landsbonden van ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand
- verzekeringsondernemingen
- het Vlaams Zorgfonds
- de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS

Het Vlaams Zorgfonds richt een eigen zorgkas op, met name de zorgkas van het Vlaams Zorgfonds, kortweg de Vlaamse zorgkas genoemd. Deze bestaat uit een hoofdzetel en lokale agenten. De functie van lokaal agent zal in Vlaanderen worden waargenomen door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. In het kader van de gefaseerde invoering van de zorgverzekering werft de Vlaamse zorgkas zelf personeelsleden aan om als lokaal agent op te treden.

Een zorgkas moet opgericht worden als een privaatrechtelijke rechtspersoon die zijn opdrachten zonder winstoogmerk uitvoert.

De verzekeringsondernemingen en het Vlaams Zorgfonds zullen een zorgkas oprichten onder de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk.

De ziekenfondsen, landsbonden van ziekenfondsen en maatschappijen van onderlinge bijstand kunnen een zorgkas oprichten onder de vorm van een maatschappij van onderlinge bijstand.

De zorgkassen staan in voor de dagelijkse werking van de zorgverzekering :

- aansluiten van de personen (zie aangeslotene)
- innen van de (forfaitaire) bijdragen van de aangeslotenen

- het 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 (betalingen voor mantelzorg en professionele zorg)
- behandelen van de herzieningen van de tenlastenemingen
- samenstellen van dossiers van behartenswaardige toestand (aanvraag bij Vlaams Zorgfonds)
- verstrekken van gegevens aan het Vlaams Zorgfonds
- het 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.

aangeslotene

De aansluiting bij een zorgkas is verplicht voor personen, wonend in Vlaanderen :

Vanaf 1 oktober 2001 sluiten personen zich bij een zorgkas aan.

wanneer : met ingang van 1 oktober 2001

wie : iedereen die in Vlaanderen woont en 26 jaar wordt of ouder is in het kalenderjaar 2002, de zorgkas bekomt het jaar waarin de aangeslotene voor het eerst aangesloten moet zijn door bij het geboortjaar van de aangeslotene 26 jaar bij te tellen.

wanneer : vanaf het jaar 2003 met ingang van 1 januari van het desbetreffende kalenderjaar

wie : iedereen die in Vlaanderen woont en na het jaar 2002 26 jaar wordt in het desbetreffende kalenderjaar.

Dit kunnen we als volgt omschrijven in volgende tabel :

geboortjaar	datum aansluiting	periode betaling ledenbijdragen bij een erkende zorgkas	tijdstip ambtshalve aansluiting bij de Vlaamse zorgkas
voor 1977	1 oktober 2001	1 oktober 2001 – 31 december 2002	na 31 december 2002
= 1977	1 januari 2003	1 januari 2003 – 1 juli 2003	na 1 juli 2003
= 1978	1 januari 2004	1 januari 2004 – 1 juli 2004	na 1 juli 2004
Enz.			

De aansluiting bij een zorgkas is verplicht voor personen die in Vlaanderen komen wonen :

wanneer : met ingang van 1 oktober 2001

wie : iedereen die in het kalenderjaar 2002 26 jaar wordt of ouder is en in Vlaanderen is komen wonen tussen (en met inbegrip van) 1 oktober 2001 en 31 december 2002

wanneer : vanaf het jaar 2003 met ingang van 1 januari van het kalenderjaar waarin hij in Vlaanderen is komen wonen

wie : iedereen die in het kalenderjaar 26 jaar wordt of ouder is en in Vlaanderen is komen wonen in het desbetreffende kalenderjaar

De aansluiting bij een zorgkas is vrijwillig voor personen, wonend in Brussel :

wanneer : met ingang van 1 oktober 2001

wie : iedereen die in Brussel woont en 26 jaar wordt of ouder is in het kalenderjaar 2002.

wanneer : vanaf het jaar 2003 met ingang van 1 januari van het desbetreffende kalenderjaar

wie : iedereen die in Brussel woont en na het jaar 2002 26 jaar wordt (of ouder is) in het desbetreffende kalenderjaar.

Dit kunnen we als volgt omschrijven in volgende tabel :

geboortjaar	datum aansluiting	periode betaling bij een erkende zorgkas
voor 1977	1 oktober 2001	vanaf 1 oktober 2001
= 1977	1 januari 2003	vanaf 1 januari 2003
= 1978	1 januari 2004	vanaf 1 januari 2004
Enz.		

Tabel 2

De aansluiting bij een zorgkas is vrijwillig voor personen die in Brussel komen wonen :

wanneer : met ingang van 1 oktober 2001

wie : iedereen die in het kalenderjaar 2002 26 jaar wordt of ouder is en aangesloten wordt binnen de zes maanden nadat hij in Brussel is komen wonen tussen (en met inbegrip van) 1 oktober 2001 en 31 december 2002.

wanneer : vanaf het jaar 2003 met ingang van 1 januari van het kalenderjaar waarin hij in Brussel is komen wonen

wie : iedereen die in het kalenderjaar 26 jaar wordt of ouder is en aangesloten wordt binnen de zes maanden nadat hij in Brussel is komen wonen.

wanneer : vanaf het jaar 2003 met ingang van 1 januari van het lopende kalenderjaar

wie : iedereen die in het kalenderjaar 26 jaar wordt of ouder is en niet aangesloten wordt binnen de zes maanden nadat hij in Brussel is komen wonen

gebruiker

De gebruiker is een natuurlijke persoon die lijdt aan een langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen en die een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering indient. Indien hij in aanmerking komt voor de zorgverzekering kan hij een tenlasteneming krijgen voor een (gedeeltelijke) dekking van de kosten van mantelzorg en professionele niet-medische zorg.

vertegenwoordiger

De vertegenwoordiger van de gebruiker is een natuurlijke persoon die optreedt in plaats van de gebruiker bij alle handelingen die de gebruiker moet stellen opdat hij dekking van kosten voor niet-medische zorg in het kader van de zorgverzekering zou kunnen verkrijgen. Een vertegenwoordiger kan om het even wie zijn, het is niet beperkt tot het wettelijk begrip 'vertegenwoordiger'.

De vertegenwoordiger moet over een document beschikken waarin staat dat de gebruiker of diens wettelijke vertegenwoordiger hem volmacht verleent. Dit document moet gedagtekend zijn en ondertekend door de gebruiker of diens wettelijke vertegenwoordiger. De verklaring op het document kan zijn als volgt :

'naam gebruiker' geeft hierbij volmacht aan 'naam vertegenwoordiger' om in naam en voor rekening van 'naam gebruiker' alle formaliteiten te verrichten die nodig zijn opdat hij / zij zijn / haar recht op tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering zou kunnen laten gelden.

Als het bewijs (bijvoorbeeld een doktersattest) geleverd wordt dat de gebruiker niet in staat is een volmacht te verlenen en er geen wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker is, dan kan een samenwonende verwant in de eerste graad van de gebruiker als vertegenwoordiger van de gebruiker in het kader van de zorgverzekering optreden.

Volgende personen kunnen als wettelijke vertegenwoordiger zonder volmacht voor volgende groepen van handelingsonbekwamen optreden :

— één van de ouders of, in voorkomend geval, de voogd voor een niet-ontvoogde minderjarige. Hetzelfde geldt voor de verlengd minderjarige die op het vlak van zijn persoon en zijn goederen met een minderjarige beneden vijftien jaar wordt gelijkgesteld;

— de voogd, zijnde in voorkomend geval de echtgenoot of echtgenote voor een onbekwaamverklaarde

— een voorlopige bewindvoerder kan worden voorzien voor een verdachte die geïnterneerd is en noch onbekwaam is verklaard noch onder voogdij staat, indien zijn belangen zulks eisen. De voorlopige bewindvoerder int onder meer de schuldvorderingen, voldoet de schulden en vertegenwoordigt de geïnterneerde in rechte als verweerder en als eiser;

— een voorlopige bewindvoerder kan door de vrederechter toegevoegd worden aan een meerderjarige die geheel of gedeeltelijk, zij het tijdelijk wegens zijn gezondheidstoestand, niet in staat is zijn goederen te beheren. Tenzij het tegendeel blijkt uit de rechterlijke beslissing waarbij de voorlopige bewindvoerder wordt aangesteld, vertegenwoordigt hij de beschermde persoon in alle rechtshandelingen en procedures met betrekking tot diens goederen.

mantelzorger

Een mantelzorger is een natuurlijke persoon die gebruikers in de thuissituatie verzorgt. De mantelzorger is meerderjarig.

Een mantelzorger moet geregistreerd worden door de zorgkas, waarbij de gebruiker aangesloten is. Hiervoor moet er een activiteitenplan ingevuld worden. De gebruiker gebruikt zijn mantelzorgtoelage om de mantelzorger te vergoeden.

Een gebruiker kan meerdere mantelzorgers hebben en een mantelzorger kan ook meerdere gebruikers verzorgen.

professionele thuiszorg

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.

Naast de sectoraal erkende voorzieningen, zullen 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 worden 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.

De andere voorzieningen en professionele zorgverleners kunnen een aanvraag tot erkenning bij het Vlaams Zorgfonds indienen waarbij moet 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 geïnduceerde 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.

professionele residentiële zorg

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

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 geïnduceerde 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.

Vlaams Zorgfonds

Het Vlaams Zorgfonds is een Vlaamse openbare instelling met de volgende opdrachten :

- uitoefenen van het toezicht en de controle op het beheer, de werking en de financiële situatie van de zorgkassen;
- verzamelen en verwerken van gegevens die nuttig zijn voor het beleid in verband met de zorgverzekering
- aanleggen en beheren van financiële reserves met het oog op de dekking van toekomstige uitgavenverplichtingen
- verstrekken van subsidies aan de zorgkassen.

Het Vlaams Zorgfonds is te bereiken op volgend adres :

Vlaams Zorgfonds
Markiesstraat 1
Brussel

Beschrijving van de processen

de aansluiting bij een zorgkas

de aansluiting bij een zorgkas naar keuze

Een persoon is pas aangesloten bij een zorgkas wanneer voor de eerste keer zijn ledenbijdrage betaald is.

Bestaande domiciliëringsopdrachten kunnen slechts gebruikt worden om een persoon bij een zorgkas aan te sluiten als deze persoon (of zijn gezinshoofd) hiervoor voorafgaandelijk de toestemming gegeven heeft.

Mits toelating van de betrokkenen kunnen derden personen bij een zorgkas aansluiten. De zorgkassen die personen via derden aansluiten, beschikken over een verklaring van de betrokken persoon waaruit blijkt dat deze vrijwillig kiest om aan te sluiten bij de zorgkas.

Indien een derde de aansluiting van andere personen wil realiseren, dan stelt de derde een lijst op van de personen die via de betrokken derde bij de zorgkas willen aangesloten worden. De zorgkas zal dan een lijst in haar bezit hebben van aangesloten personen, waarvoor in groep betaald wordt. Deze procedure geldt niet voor gezamenlijke aansluitingen, betaald door het gezinshoofd.

Alleen een werkgever of een OCMW kan als derde optreden.

De lijst die de derde aan de zorgkas bezorgt, bevat per aangeslotene de gegevens die in het register moeten bijgehouden worden (rijksregisternummer, naam, adres, geboortedatum, geslacht, nationaliteit).

De derden bezorgen jaarlijks een lijst aan de zorgkas. Dit gebeurt samen met de betaling van de jaarlijkse bijdragen.

Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

Hoogte van de ledenbijdrage :

- periode 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 : 10 euro

Vanaf het jaar 2003 geldt dat men bij een zorgkas naar keuze aangesloten is

— met ingang van 1 januari van het jaar waarin men 26 jaar wordt en in Vlaanderen woont, indien men zijn ledenbijdrage voor 1 juli betaald heeft

— met ingang van 1 januari van het jaar waarin men minstens 26 jaar wordt en in Vlaanderen is komen wonen, indien men zijn bijdrage betaald heeft binnen de zes maanden nadat men in Vlaanderen is komen wonen

— met ingang van 1 januari van het jaar waarin men minstens 26 jaar is en in Brussel is komen wonen, indien men zijn bijdrage betaald heeft binnen de zes maanden nadat men in Brussel is komen wonen

— met ingang van 1 januari van het jaar waarin men als inwoner van Brussel minstens 26 jaar is en zijn bijdrage betaald heeft (indien men zijn bijdrage niet betaald heeft binnen de zes maanden nadat men in Brussel is komen wonen).

De zorgkas moet vanaf 1 oktober 2001 een register bijhouden van de bij haar aangesloten personen. Zij registreert ten minste de volgende gegevens van de kandidaat aangeslotenen :

- rijksregisternummer
- naam
- adres
- geboortedatum
- geslacht
- nationaliteit
- datum betaling eerste ledenbijdrage

De zorgkas bepaalt zelf hoe dit register vorm zal krijgen. Het Zorgfonds vraagt alleen dat deze gegevens ter plaatse per individueel aangeslotene in een begrijpelijke vorm bijgehouden worden zodat ze door een inspecteur kunnen gecontroleerd worden.

De leden moeten opgevolgd worden zodat bij verhuis uit Vlaanderen of overlijden de aansluiting kan beëindigd worden. In principe is de aangeslotene (of zijn vertegenwoordiger) verplicht elke wijziging in zijn gegevens betreffende de aansluiting te melden.

De oprichtende instanties van de zorgkassen kunnen een mailing sturen naar hun leden en/of verzekerden met de mededeling dat zij kunnen aansluiten bij hun zorgkas. Vanaf 2003 kunnen ze een mailing sturen naar hun leden of verzekerden die in dat jaar voor de eerste maal verplicht zijn hun ledenbijdragen voor de zorgverzekering te betalen. Deze mailing mag in naam van de oprichtende instantie gebeuren.

Er is enerzijds de mededeling in verband met de zorgverzekering en anderzijds de uitnodiging tot de betaling van de bijdrage waardoor men aansluit. De mailing mag samen met de promotie van andere producten gebeuren zolang de mededeling en de uitnodiging tot betaling (de overschrijving) op aparte documenten verspreid worden. De mededeling bevat minstens de volgende informatie :

— iedereen die in Vlaanderen woont en ouder is dan 25 jaar, is verplicht zich bij een erkende zorgkas aan te sluiten. Dit gebeurt door het betalen van de ledenbijdrage.

— de maatregel van de opschorting van de tenlasteneming met vier maanden op het moment dat de aangeslotene recht heeft op tenlasteneming, voor elk jaar dat een aangeslotene zijn bijdrage niet of niet volledig betaald heeft.

— indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het OCMW vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het OCMW is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen

Wanneer een persoon niet aansluit, dan kan een herinneringsbrief gestuurd worden.

de ambtshalve aansluiting

Een eerste betaling van de bijdrage is geen voorwaarde voor ambtshalve aansluiting bij de Vlaamse zorgkas.

De Vlaamse zorgkas moet alle personen die in Vlaanderen wonen en die zich niet binnen de gestelde termijnen aansluiten bij een erkende zorgkas, ambtshalve aansluiten :

- personen die in Vlaanderen wonen : zie tabel.
- personen die in Vlaanderen komen wonen : iedereen die 26 jaar wordt of ouder is en zich niet ingeschreven heeft binnen de zes maanden nadat hij in Vlaanderen is komen wonen.

Personen die in Vlaanderen wonen :

geboortjaar	datum aansluiting	tijdstip ambtshalve aansluiting bij de Vlaamse zorgkas	inning ledenbijdragen van het jaar
voor 1977	1 oktober 2001	na 31 december 2002	2002 + 2003
= 1977	1 januari 2003	na 1 juli 2003	2003
Enz.			

Bij de ambtshalve aansluiting in 2003 krijgt de persoon een uitnodiging tot betaling van de bijdrage voor de jaren 2002 en 2003. Indien de persoon in hetzelfde jaar bij de Vlaamse zorgkas aansluit en de bijdrage voor de jaren 2002 en 2003 betaalt, dan wordt de persoon geen schorsing opgelegd.

De Vlaamse zorgkas zal de persoon die zich niet binnen de gestelde termijn bij een zorgkas aangesloten heeft, ambtshalve aansluiten en hem hiervan onmiddellijk en schriftelijk op de hoogte stellen. Deze brief zal naast een uitnodiging tot betaling van de ledenbijdrage aan de Vlaamse zorgkas ook de mededeling bevatten dat de betrokkene zich alsnog bij een erkende zorgkas van zijn keuze kan aansluiten. Indien de persoon zich bij een andere zorgkas alsnog aansluit, dan zal het Vlaams Zorgfonds de Vlaamse zorgkas hiervan op de hoogte brengen. In dat geval heft de Vlaamse zorgkas de ambtshalve aansluiting op.

Indien de betrokkene aansluit in de jaren volgend op die waarin hij voor het eerst verplicht was, dan moet de zorgkas waarbij de persoon alsnog aansluit (met uitzondering van de Vlaamse zorgkas in het jaar 2003), hem een schorsing opleggen wegens het niet betalen van de jaarlijkse bijdragen. De zorgkas registreert de schorsing van deze persoon.

Het Vlaams Zorgfonds zal de zorgkas op de hoogte stellen, indien zou blijken dat de persoon toch reeds bij een andere zorgkas aangesloten was.

Indien de aangeslotene reeds eenmaal een ledenbijdrage aan de Vlaamse zorgkas betaald heeft, dan treedt de procedure voor mutatie van de Vlaamse zorgkas naar een andere zorgkas in gang.

meerdere aansluitingen bij verschillende zorgkassen in eenzelfde periode

Een persoon kan niet bij verschillende zorgkassen aangesloten zijn. Het Vlaams Zorgfonds zal dit via de opvraging van de rijksregisternummers van de aangesloten leden bij de verschillende zorgkassen kunnen controleren. In dat geval zal het Zorgfonds de betrokken zorgkassen op de hoogte stellen.

Als principe geldt dat de persoon –die zijn bijdrage betaald heeft– aangesloten is bij de zorgkas die als eerste binnen de daartoe voorziene termijnen zoals beschreven in het hoofdstuk «gegevensinzameling in 2001 en 2002» aan het Vlaams Zorgfonds meegedeeld heeft dat de persoon bij hem aangesloten is. Indien de zorgkassen op dezelfde dag meedelen dat een persoon bij hen aangesloten is, dan is de persoon aangesloten bij de zorgkas die als eerste de ledenbijdrage van de aangeslotene heeft ontvangen.

De andere zorgkassen stellen de persoon schriftelijk op de hoogte dat zijn aansluiting bij hen vervalst, omdat hij reeds bij een zorgkas aangesloten was.

Indien de persoon in eenzelfde periode meerdere tenlastenemingen bij verschillende zorgkassen heeft verkregen, dan vorderen de zorgkassen –met uitzondering van de zorgkas waarbij de persoon effectief aangesloten is– de bedragen bij deze persoon terug.

de beëindiging van de aansluiting

Een aansluiting kan alleen beëindigd worden om volgende redenen :

— de aangeslotene verlaat Vlaanderen of Brussel

— de aangeslotene komt te overlijden

— de in Brussel wonende aangeslotene beëindigt op vrijwillige basis zijn aansluiting.

De aansluiting wordt beëindigd op 31 december van het jaar waarin de reden van beëindiging van de aansluiting plaatsvond.

De aangeslotene of zijn vertegenwoordiger meldt de zorgkas per brief dat de aansluiting beëindigd wordt. In geval van overlijden voegt de vertegenwoordiger van de gebruiker een kopie van de overlijdensakte toe.

De aangeslotene moet in principe de volledige ledenbijdrage van het jaar waarin de reden van beëindiging van de aansluiting plaats vond, nog betalen. Bij overlijden van de aangeslotene moet de ledenbijdrage van het laatste jaar, indien de aangeslotene die nog verschuldigd zou zijn, niet meer betaald worden.

Indien een aangeslotene Vlaanderen of Brussel verlaat, dan bezorgt de zorgkas binnen de zes maanden na het beëindigen van de aansluiting van de gebruiker de volgende gegevens van de gebruiker aan het Vlaams Zorgfonds :

— de gegevens van de aangeslotene die in het register bijgehouden worden

— een overzicht van de betalingen van alle ledenbijdragen van de aangeslotene

— in voorkomend geval, een overzicht van de tenlastenemingen van het laatste jaar

de betaling van de jaarlijks verschuldigde bijdrage

Het gaat hier om de betaling eens men aangesloten is.

De zorgkas is verplicht de jaarlijkse ledenbijdragen van zijn leden te innen. De zorgkas bepaalt de manier waarop zij de bijdragen van hun aangeslotenen innen.

De aangeslotene betaalt zijn verschuldigde, jaarlijkse ledenbijdrage in het lopende jaar aan zijn zorgkas. Wanneer een persoon niet betaalt, dan kan de zorgkas een herinneringsbrief naar deze persoon sturen.

Een aangeslotene, voor wie een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering ingediend wordt, betaalt zijn ledenbijdrage van dat jaar voor het indienen van de aanvraag. In afwijking hiervan betaalt de persoon voor wie een aanvraag in het eerste kwartaal van het jaar ingediend wordt, zijn bijdrage voor 1 april van dat jaar.

Een aangeslotene, die reeds recht heeft op tenlasteneming, betaalt zijn ledenbijdrage in het eerste kwartaal van het jaar.

Bij mutatie betaalt een aangeslotene die van zorgkas veranderd is, zijn eerste bijdrage aan zijn nieuwe zorgkas in het eerste kwartaal van het jaar.

Derden (werkgever, OCMW) kunnen de bijdragen betalen van personen die bij een zorgkas aangesloten zijn. De zorgkas is in het bezit van een lijst van personen voor wie de derde de bijdrage betaalt. De lijst die de derde aan de zorgkas bezorgt, bevat per aangeslotene de gegevens die in het register moeten bijgehouden worden. Deze procedure geldt niet voor bijdragen, gezamenlijk betaald door een gezinshoofd.

Indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het OCMW vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het OCMW is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen.

De uitnodiging tot betaling van de eerste ledenbijdrage –waardoor de persoon bij de zorgkas aansluit– moet steeds op aparte documenten gebeuren. Zo mag op een overschrijvingsformulier slechts het bedrag gevraagd worden dat in dat jaar voor de zorgverzekering moet betaald worden.

Nadat de aangeslotene voor de eerste maal betaald heeft, mag de zorgkas de uitnodiging tot betaling van de bijdrage voor de zorgverzekering samen met de uitnodiging tot betaling voor andere producten (van de zorgkas of van zijn oprichtende instanties) via een document verrichten. Er moet wel een begeleidend document zijn waar duidelijk vermeld staat welk bedrag van de aangeslotene voor de Vlaamse zorgverzekering gevraagd wordt.

de sancties bij niet-aansluiting en niet-betaling

Wanneer een persoon zijn ledenbijdrage niet betaalt, gelden volgende sancties :

— de opschorting van de tenlasteneming met verlies van rechten

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze niet betaald heeft, hoewel hij in dat jaar daartoe verplicht was. Deze opschorting gaat in op het moment dat de aangeslotene als gebruiker recht heeft op tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering (m.a.w. de eerste dag van de maand volgend op het indienen van een aanvraag). De gebruiker verliest ook zijn rechten op tenlasteneming voor die opgeschorte periodes.

Er is sprake van een schorsing en van een wachttijd. Indien een gebruiker zowel een schorsing als een wachttijd opliep, dan worden deze periodes gecumuleerd.

1. schorsing

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze niet betaald heeft, hoewel hij aangesloten was bij een zorgkas. Het niet betalen van de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot en met 31 december 2002 leidt tot een schorsing met vier maanden.

2. wachttijd

De zorgkas moet de gebruiker zijn recht op tenlasteneming met vier maanden opschorten, voor elk jaar dat deze in Brussel woonde en zich niet aangesloten heeft bij een zorgkas, hoewel hij had kunnen aansluiten. Het niet betalen van de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot en met 31 december 2002 leidt tot een wachttijd van vier maanden.

De zorgkas registreert de schorsing en/of wachttijd wanneer de bijdrage voor een bepaald jaar niet betaald is.

2. Wanneer een aangeslotene, die een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering indient, zijn ledenbijdrage niet in het eerste kwartaal van het jaar betaalt, dan wordt het bedrag van de bijdrage afgetrokken van het bedrag van de tenlasteneming vanaf de maand april in de maand dat de uitvoering van de tenlasteneming met meer dan 0 euro ingaat. In eerste instantie wordt het krediet verminderd.

3. Wanneer een aangeslotene, die reeds recht heeft op tenlasteneming, zijn ledenbijdrage niet in het eerste kwartaal van het jaar betaalt, dan wordt het bedrag van de bijdrage afgetrokken van het bedrag van de tenlasteneming in de maand april. In eerste instantie wordt het krediet verminderd.

de verandering van zorgkas

Men is aangesloten bij zijn nieuwe zorgkas na mutatie :

— wanneer de aangeslotene zijn ledenbijdrage aan de nieuwe zorgkas betaald heeft in het eerste kwartaal van het jaar dat hij, na zijn aanvraag tot mutatie, aangesloten kan worden bij de nieuwe zorgkas

— wanneer de nieuwe zorgkas een overzicht van alle betalingen van de ledenbijdragen, een overzicht van de tenlastenemingen van het laatste jaar en de krediettoestand van de oude zorgkas ontvangen heeft.

Hiermee wordt volgende procedure gevolgd :

— de aangeslotene meldt voor 5 december van het kalenderjaar voorafgaand aan dat waarop hij bij zijn nieuwe zorgkas zal aangesloten worden, aan deze nieuwe zorgkas dat hij bij hem wenst aan te sluiten.

— de nieuwe zorgkas vraagt ten laatste voor 15 december van het kalenderjaar voorafgaand aan dat waarop de persoon bij de nieuwe zorgkas zal aangesloten worden, een overzicht van alle betalingen van de ledenbijdragen, een overzicht van de tenlastenemingen, verricht tijdens het laatste jaar en de krediettoestand van de gebruiker bij de oude zorgkas op datum van 31 december.

— de oude zorgkas bezorgt voor 15 januari van het kalenderjaar waarin de betrokken persoon bij de nieuwe zorgkas zal aansluiten, volgende gegevens :

- de gegevens van de gebruiker die in het register moeten opgenomen worden (rijksregisternummer, naam, adres, geboortedatum, geslacht, nationaliteit)

- een overzicht van de betalingen van de ledenbijdragen

- kopie van de laatste beslissing van de oude zorgkas met betrekking tot tenlastenemingen van de aangeslotene (enkel indien de aangeslotene recht heeft op tenlastenemingen)

- het overzicht van de tenlastenemingen, verricht tijdens het laatste jaar

- de gegevens van de mantelzorger of mantelzorgers van de gebruiker (rijksregisternummer, naam, adres, geboortedatum)

- de krediettoestand van de gebruiker op datum van 31 december

— de oude zorgkas beëindigt het lidmaatschap van de betrokken aangeslotene op 31 december van het jaar waarin de nieuwe zorgkas binnen de gestelde termijn de overzichten aangevraagd heeft

— de kandidaat aangeslotene is verplicht zijn jaarlijkse ledenbijdrage aan de nieuwe zorgkas te betalen in het eerste kwartaal van het jaar waarin hij bij zijn nieuwe zorgkas kan aansluiten. In afwijking hiervan bevestigt de kandidaat aangeslotene in het eerste kwartaal van het jaar 2002 aan zijn nieuwe zorgkas dat hij bij deze wenst aangesloten te zijn.

— de aansluiting gaat met terugwerkende kracht in op 1 januari van het jaar waarin de aangeslotene voor de eerste maal zijn bijdrage aan de nieuwe zorgkas betaald heeft.

Indien de gebruiker reeds op tenlasteneming recht had, dan bezorgt de nieuwe zorgkas de gebruiker (ten vroegste op 1 januari) een nieuwe zorgcheque van zodra de gebruiker zijn bijdrage aan de nieuwe zorgkas betaald heeft.

Indien de gebruiker zijn ledenbijdrage aan de nieuwe zorgkas niet voor 1 april betaald heeft, dan vervalt de aansluiting bij de nieuwe zorgkas. De gebruiker is dan terug bij de oude zorgkas aangesloten. De nieuwe zorgkas brengt binnen de 40 dagen de oude zorgkas op de hoogte dat de mutatie vervalt en dat de persoon terug bij de oude zorgkas aangesloten is.

de aanvraag voor tenlastenemingen en de beslissing over de formele voorwaarden

Tabel

zorgvorm	aanvraag indienen	tenlastenemingen
mantelzorg professionele thuiszorg producten	vanaf 1 oktober 2001	vanaf 1 januari 2002
residentiële zorg (C-score*)	vanaf 1 juli 2002	vanaf 1 oktober 2002
residentiële zorg (B-score*)	vanaf 1 januari 2003	vanaf 1 april 2003

Nota

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

Gebruikers die bij een zorgkas aangesloten zijn

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger dient bij zijn zorgkas een aanvraag voor tenlasteneming in via het aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

Dit aanvraagformulier zal ter beschikking gesteld worden bij de zorgkassen, de huisartsen, de niet-medische zorgvoorzieningen en zorgverleners en de OCMW's.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vult het aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering in en bezorgt het aan zijn zorgkas.

De gebruiker moet op het ogenblik van zijn aanvraag voor tenlasteneming aan de volgende formele voorwaarden voldoen :

Formele voorwaarden voor tenlasteneming voor gebruikers die in Vlaanderen wonen

1. de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen; Belgen en onderdanen van een andere lidstaat van de Europese Unie vallen niet onder deze voorwaarde als zij 5 maal het bedrag van de jaarlijkse bijdrage op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming alsnog betalen.

2. de bijdrage voor het lopende jaar voor 1 april betaald hebben

3. in het lopende jaar geen aanvraag voor tenlasteneming bij een andere zorgkas ingediend hebben.

Formele voorwaarden voor tenlasteneming voor gebruikers die in Brussel wonen

1. De inwoner van Brussel die laattijdig aansluit, is gedurende een door de regering bepaalde termijn, voorafgaandelijk aan de datum waarop hij zijn aanvraag voor de tenlasteneming indient, ononderbroken aangesloten bij een erkende zorgkas. Hij heeft ook gedurende die termijn zijn jaarlijkse ledenbijdragen volledig betaald.

Personen sluiten laattijdig aan wanneer zij :

— ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten in het kalenderjaar dat zij 26 jaar worden en in Brussel wonen

— ofwel niet binnen de 6 maanden nadat zij in Brussel komen wonen, aansluiten in het kalenderjaar dat zij minstens 26 jaar werden

De termijn van ononderbroken aansluiting verlengt naarmate de zorgverzekering langer bestaat. In onderstaande kader wordt dit verduidelijkt :

jaar waarin een inwoner van Brussel laattijdig aansluit	de door de regering bepaalde termijn dat een inwoner van Brussel ononderbroken aangesloten moet zijn, voorafgaandelijk aan het ogenblik van de aanvraag tot tenlasteneming
2002	0 jaar
2003	1 jaar
2004	3 jaar
2005	5 jaar
2006 en volgende jaren	10 jaar

2. de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen. Belgen en onderdanen van een andere lidstaat van de Europese Unie vallen niet onder deze voorwaarde als zij 5 maal het bedrag van de jaarlijkse bijdrage op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming alsnog betalen.

3. de bijdrage voor het lopende jaar voor 1 april betaald hebben;

4. in het lopende jaar geen aanvraag tot tenlasteneming bij een andere zorgkas ingediend hebben.

De zorgkas gaat na of de gebruiker aan de formele voorwaarden, dus met uitzondering van de indicatiestelling, voldoet.

De zorgkas vraagt geen verdere bewijsvoering voor het voldoen aan de formele voorwaarden dan de verklaring van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op het aanvraagformulier in het kader van de zorgverzekering.

Indien de gebruiker niet aan de formele voorwaarden voldoet, dan deelt de zorgkas die beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met verduidelijking van de redenen.

Indien de gebruiker aan de formele voorwaarden voldoet, dan wordt gecontroleerd of er een ingevulde indicatiestelling of een attest voorhanden is.

keuze van de zorgvorm

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger duidt op het aanvraagformulier aan op welke zorgvorm hij een beroep wil doen. Er zijn vier mogelijkheden

— mantelzorg

— professionele thuiszorg en/of producten

— mantelzorg en professionele thuiszorg en/of producten

— residentiële zorg (vanaf 1 juli 2002)

Alleen personen die in een thuismilieu verblijven, kunnen een aanvraag indienen voor mantelzorg en professionele thuiszorg en/of producten.

gebruikers (onder de 25 jaar) die niet bij een zorgkas mogen aansluiten

Gebruikers die omwille van hun leeftijd nog geen bijdrage hoeven te betalen, kunnen toch in aanmerking komen voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering mits het indienen van een aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

De gebruikers die in Vlaanderen wonen, moeten ook aan de gestelde formele voorwaarden voor tenlasteneming voldoen.

Uitzondering : personen die jonger zijn dan 5 jaar en die sinds hun geboorte in Vlaanderen of Brussel wonen, hoeven niet aan de voorwaarde van de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen te voldoen.

De gebruikers die in Brussel wonen, moeten eveneens aan de gestelde formele voorwaarden voor tenlasteneming voldoen.

Uitzondering :

— personen die jonger zijn dan 25 jaar hoeven niet aan de voorwaarde te voldoen dat zij gedurende een termijn, voorafgaandelijk aan de datum waarop ze hun aanvraag voor de tenlasteneming indienen, ononderbroken aangesloten zijn bij een erkende zorgkas.

— personen die jonger zijn dan 5 jaar en die sinds hun geboorte in Vlaanderen of Brussel wonen, hoeven niet aan de voorwaarde van de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen te voldoen.

de formele voorwaarde voor tenlasteneming indien de gebruiker de laatste 5 jaar niet ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft

Als de gebruiker niet aan de formele voorwaarde voldoet dat hij op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming de laatste 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft, kan hij toch aan de formele voorwaarden voldoen.

Hiervoor moet de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een aanvraag tot regularisatie voor de gebruiker indienen op voorwaarde dat de gebruiker op het ogenblik van zijn aanvraag tot regularisatie :

- bij de zorgkas aangesloten is, waar hij zijn aanvraag tot regularisatie indient
- de verschuldigde ledenbijdragen betaald heeft

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan op het aanvraagformulier in het kader van de zorgverzekering zijn regularisatie aanvragen. Bij deze aanvraag voegt hij een bewijs van zijn nationaliteit toe, bijvoorbeeld een kopie van zijn identiteitskaart.

De zorgkas beslist over de regularisatie van de gebruiker. De zorgkas regulariseert de gebruiker indien de gebruiker de nationaliteit heeft van een lidstaat van de Europese Unie. Het gaat hier om de Benelux, Duitsland, Frankrijk, Spanje, Portugal, Italië, Griekenland, Denemarken, Groot-Brittannië, Ierland, Finland, Oostenrijk en Zweden. Voorlopig voldoen geen andere landen aan de bepalingen uit het decreet.

Bij een positieve beslissing van de zorgkas vraagt de zorgkas de gebruiker een aanvullende ledenbijdrage te betalen. Deze bedraagt maximaal het vijfvoud van de bijdrage voor het jaar, waarin de aangeslotene zijn aanvraag voor tenlasteneming indient. De vijf jaar wordt verminderd met het aantal jaren dat de aangeslotene in de laatste 5 jaar voor de aanvraag voor tenlasteneming bijdragen betaald heeft.

situaties

Iemand die in het jaar 2002 een aanvraag voor tenlasteneming indient, moet in het totaal 50 euro betalen indien hij niet gedurende de laatste 5 jaar in Vlaanderen of Brussel woonde.

Iemand die in het jaar 2003 een aanvraag voor tenlasteneming indient, betaalt maximaal het vijfvoud van de bijdrage van dat jaar. Indien de gebruiker zijn bijdrage voor het jaar 2002 en 2003 al zou betaald hebben, dan moet hij nog voor de resterende drie jaren betalen, dit is dus het drievoud van de bijdrage aan de zorgkas voor het jaar 2003.

de registratie van de mantelzorg

noot :

De procedure voor registratie van de mantelzorg verloopt simultaan met de procedure voor het behandelen van een aanvraag voor (of een herziening van) de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger over een geldige positieve beslissing beschikt, kan hij een registratie van een mantelzorger of mantelzorgers aanvragen.

De zorgkassen registreren de mantelzorger(s) van de gebruikers die bij hun zorgkas aangesloten zijn. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vraagt de registratie van de mantelzorger(s) aan via het invullen van het formulier M van het aanvraagformulier in het kader van de Vlaamse zorgverzekering, namelijk het registratieformulier voor de mantelzorg. Indien er meerdere mantelzorgers zijn, gebeurt de aanvraag op een(zelfde) registratieformulier met een activiteitenplan.

Volgende gegevens worden van elke mantelzorger op het registratieformulier aangeduid :

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

Vervolgens worden op het activiteitenplan de activiteiten aangekruist die de mantelzorg voor de gebruiker minstens drie dagen per week zal uitvoeren. In principe volstaat het dat 1 activiteit aangekruist wordt om van een geldig activiteitenplan te spreken.

De zorgkas aanvaardt ook als activiteitenplan het zorgenplan van de gebruiker dat opgesteld is in het kader van het besluit van de Vlaamse regering houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, indien dit zorgenplan een schematische omschrijving van de opdrachten van de mantelzorger(s) bevat. De zorgkas vraagt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger dit zorgenplan (minstens de identificatiegegevens van gebruikers en mantelzorgers en de schematische omschrijving van de opdrachten van de mantelzorgers) en maakt er een kopie van.

De zorgkas houdt het registratieformulier voor de mantelzorg met het activiteitenplan (of het zorgenplan) bij in het dossier van de gebruiker.

Het personeelslid van de zorgkas beslist zelf onmiddellijk de registratie al of niet te aanvaarden.

De beslissing over de registratie (zowel positief als negatief) wordt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger meegedeeld samen met de beslissing over de (herziening van de) tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering.

Bij een positieve beslissing (aanvaarding van de registratie) wordt de volgende informatie meegedeeld aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor gebruikers die in Vlaanderen wonen :

- de melding dat de mantelzorger of mantelzorgers geregistreerd zijn in het kader van de zorgverzekering
- de melding dat de gebruiker een bedrag kan ontvangen ter dekking van de door de mantelzorger of mantelzorgers geleverde prestaties in het kader van de zorgverzekering, indien de zorgkas een positieve beslissing over de aanvraag voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering heeft genomen.
- de melding van de hoogte van de bedragen die de gebruiker voor de verschillende zorgvormen kan ontvangen, waarbij verduidelijkt wordt dat de gebruiker kan kiezen voor enkel mantelzorg, enkel professionele thuiszorg of voor de combinatie van mantelzorg en professionele thuiszorg
- een kopie van het registratieformulier en het activiteitenplan.

Bij een positieve beslissing wordt de volgende informatie meegedeeld aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger voor gebruikers die in Brussel wonen :

- de melding dat de mantelzorger of mantelzorgers geregistreerd zijn in het kader van de zorgverzekering

— de melding dat de gebruiker een bedrag kan ontvangen ter dekking van de door de mantelzorger of mantelzorgers geleverde prestaties in het kader van de zorgverzekering, indien de zorgkas een positieve beslissing over de aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering heeft genomen en indien de gebruiker de mantelzorg met erkende professionele thuiszorg cumuleert

- de melding van de hoogte van de bedragen die de gebruiker voor de verschillende zorgvormen kan ontvangen
- een kopie van het registratieformulier en het activiteitenplan.

Noot : bij een positieve beslissing is een rechtstreekse mededeling aan de mantelzorgers niet vereist.

Bij een negatieve beslissing deelt de zorgkas de weigering van de registratie van de mantelzorger(s) onmiddellijk schriftelijk mee aan de betrokken mantelzorger(s).

De mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :

- de melding dat de mantelzorger of mantelzorgers niet geregistreerd zijn in het kader van de zorgverzekering
- de melding van de redenen waarom de mantelzorger of mantelzorgers niet in aanmerking komt
- de melding dat de mantelzorger of mantelzorgers tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

- een kopie van het registratieformulier en het activiteitenplan

De mantelzorgers verrichten de activiteiten minstens drie dagen per week. 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 een van de mantelzorgers van de gebruiker met mantelzorg stopt, dan wordt dit door de mantelzorger aan de zorgkas gemeld. Een onderbreking van de mantelzorg gedurende maximaal 21 opeenvolgende dagen wordt niet als een stopzetting beschouwd.

De zorgkas schrapt daarop de registratie van de mantelzorger en deelt dit schriftelijk mee aan de mantelzorger en aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. Deze mededeling bevat volgende informatie :

- de melding dat de registratie van de mantelzorger in het kader van de zorgverzekering geschrapt is
- indien de registratie van alle mantelzorgers van de gebruiker geschrapt is, de melding dat de gebruiker vanaf de maand volgend op de mededeling niet langer een bedrag kan ontvangen ter dekking van de door de mantelzorger of mantelzorgers geleverde prestaties in het kader van de zorgverzekering.

Het is niet de bedoeling dat de zorgkas gaat controleren of het activiteitenplan daadwerkelijk uitgevoerd wordt.

Een zorgkas kan wel autonoom ingrijpen en de registratie schrappen indien hij duidelijke signalen (van hulpverleners, politie, enz.) ontvangt dat een gebruiker door het niet uitvoeren van het activiteitenplan in gevaar wordt gebracht. Vooraleer tot de beslissing tot schrapping over te gaan, deelt de zorgkas dit aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee en deelt zij eveneens mee dat zij het recht hebben om te worden gehoord. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hierom verzoekt, dan worden zij gehoord door de zorgkas vooraleer deze zijn uiteindelijke beslissing neemt.

De zorgkas deelt de beslissing tot schrapping van de registratie onmiddellijk schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en aan de mantelzorgers. Deze mededeling bevat volgende informatie :

- de melding dat de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers in het kader van de zorgverzekering geschrapt is
- indien de registratie van alle mantelzorgers van de gebruiker geschrapt is, de melding dat de gebruiker vanaf de maand volgend op de mededeling niet langer een bedrag kan ontvangen ter dekking van de door de mantelzorger of mantelzorgers geleverde prestaties in het kader van de zorgverzekering
- de melding van de redenen waarom de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers geschrapt is.
- de melding dat de mantelzorger of mantelzorgers tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.
- een kopie van het registratieformulier en het activiteitenplan

de vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming

Het is de bedoeling om in de definitieve fase de vaststelling van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen of de indicatiestelling via een uniform meetinstrument te laten verlopen. In afwachting werd beslist de BEL-schaal als meetinstrument voor de vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen te hanteren.

In afwachting van de invoering van een uniform meetinstrument wordt er geopteerd voor het aanvaarden van attesten op basis van (federale) schalen die reeds in de sector voor het meten van afhankelijkheid in gebruik zijn. Deze attesten zullen dus in aanmerking komen voor de zorgverzekering tot wanneer er een uniform meetinstrument ingevoerd wordt.

Er zijn wat de indicatiestelling betreft, twee mogelijkheden :

Mogelijkheid 1 : 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
- vanaf 1 januari 2003 geldt ook voor opname in het rusthuis of rust- en verzorgingstehuis de score B op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting

Een attest op basis van een bewijs van opname van de gebruiker in een psychiatrisch verzorgingstehuis komt vanaf 1 juli 2002 eveneens in aanmerking. De gebruiker vraagt dit attest aan bij zijn verzekeringsinstelling waarvan hij lid is.

De gebruiker vraagt de attesten op basis van de score op de Katz-schaal in de thuisverpleging en op basis van de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting aan bij zijn verzekeringsinstelling.

De attesten op basis van de score op de BEL-profielschaal van de gezinszorg vraagt hij aan bij de dienst voor gezinszorg waarop hij een beroep doet.

De attesten op basis van de score 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, de hulp aan bejaarden en de hulp aan derden, kan hij aanvragen bij zijn verzekeringsinstelling, als de verzekeringsinstelling over de score beschikt, of op volgend adres :

Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu :

Bestuur van de Maatschappelijke Integratie
Dienst tegemoetkomingen aan gehandicapten
Zwarte Lievevrouwstraat 3C
1000 Brussel

Een attest op basis van bijkomende kinderbijslag (66% handicap en 7 punten wat betreft graad van zelfredzaamheid) kan hij aanvragen bij het ministerie van Sociale Zaken of de dienst die de kinderbijslag voor de betrokken persoon uitbetaalt.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt het attest aan de zorgkas.

Op het moment van de aanvraag voor tenlasteneming mag de indicatiestelling die aan de basis van het attest ligt, maximaal 12 maanden geleden uitgevoerd zijn. Hiervoor mag ook de datum van start van de erkenning van de zorgbehoefte in het oorspronkelijke stelsel gebruikt worden.

De attesten moeten minstens volgende gegevens bevatten :

- naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker bij wie de schaal afgenomen is
- naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- naam van de schaal waarop het attest is gebaseerd
- de score (of categorie) op deze schaal
- de datum van afname van deze schaal of de datum van start van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel
- de duur van de geldigheid van deze schaal.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing van de zorgkas kan maximaal drie jaar zijn, te rekenen vanaf de indicatiestelling, dit wil zeggen de dag waarop de schaal afgenomen is of de dag waarop de erkenning in het kader van het oorspronkelijke stelsel van start ging.

UITZONDERING 1 :

De indicatiestelling via 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 en de indicatiestelling die aan de basis van de bijkomende kinderbijslag ligt, moet niet maximaal 12 maanden voor de aanvraag uitgevoerd zijn. De geldigheidsduur van de positieve beslissing van de zorgkas kan maximaal drie jaar zijn, te rekenen vanaf de dag waarop de attesten op basis van deze indicatiestellingen werden uitgereikt.

De attesten op basis van deze indicatiestellingen moeten minstens volgende gegevens bevatten :

- naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker bij wie de schaal afgenomen is
- naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- naam van de schaal waarop het attest is gebaseerd (indien er een schaal gebruikt is)
- de score (of categorie) van de gebruiker
- de datum van de start van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel
- de duur van de geldigheid van de erkenning in het oorspronkelijke stelsel
- datum van uitreiking van het attest.

UITZONDERING 2 :

Het attest op basis van een bewijs van opname van de gebruiker in een psychiatrisch verzorgingstehuis moet minstens volgende gegevens bevatten :

- naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker
- naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- bewijs van opname in een psychiatrisch verzorgingstehuis
- de geldigheidsduur
- datum van opname in het psychiatrisch verzorgingstehuis
- datum van uitreiking van het attest.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing van de zorgkas kan maximaal drie jaar zijn, te rekenen vanaf de dag waarop dit attest werd uitgereikt.

Mogelijkheid 2 : 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 of zijn vertegenwoordiger duidt op het aanvraagformulier een indicatiesteller aan. Het gaat hier wel om voorzieningen en niet om personen. Op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger stelt de zorgkas een lijst van alle gemachtigde indicatiestellers uit de regio ter beschikking van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

Als de gebruiker dit wenst, dan gebeurt de indicatiestelling op de plaats waar de gebruiker verblijft.

De gebruiker wordt door de gemachtigde indicatiesteller geïndiceerd aan de hand van de B.E.L.-profielschaal van de zorgverzekering. De indicatiesteller vult het hoofdstuk «Vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen» in. De B.E.L.-foto van de gebruiker wordt ingevuld aan de hand van de handleiding BEL. Ze wordt ondertekend door de persoon die de indicatiestelling uitvoert.

De gebruiker laat zich indiceren en bezorgt de indicatiestelling aan de zorgkas.

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

UITZONDERINGEN

Voor de periode van 1 juli 2002 tot 31 december 2002 geldt enkel een attest op basis van de indicatiestelling waarbij de gebruiker de score C op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting behaald heeft, als bewijs van langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen bij opname in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis.

De vaststelling bij gebruikers die jonger dan 18 jaar zijn, zal gebeuren aan de hand van een aangepaste BEL-schaal (BEL-kinderen). De gebruiker moet minstens 10 punten op het blok lichamelijke A.D.L. van de BEL-profielschaal scoren om beschouwd te worden als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen.

Dat de minderjarige gebruiker getroffen is door een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen zal slechts vastgesteld worden, als een niet-gebruiker van dezelfde leeftijd wel over dit zelfzorgvermogen beschikt.

vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling

Het Vlaams Zorgfonds betaalt de zorgkas 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling op voorwaarde dat :

— het om een indicatiestelling gaat die in het kader van de zorgverzekering uitgevoerd werd door een gemachtigde indicatiesteller op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger (het gaat hier dus om de indicatiestellingen die als tweede mogelijkheid naast de attesten dienen)

— de zorgkas de gemachtigde indicatiesteller voor de indicatiestelling vergoedt

— het niet gaat om een indicatiestelling die uitgevoerd werd door een erkende dienst voor gezinszorg of een OCMW dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, waarbij aan de geïndiceerde gebruiker binnen de zes maanden na het uitvoeren van de indicatiestelling door deze voorziening gezinszorg werd verstrekt.

Van elke indicatiestelling van een gebruiker, die in het kader van de zorgverzekering uitgevoerd werd, bezorgen de gemachtigde indicatiestellers een kopie van de BEL-foto (recto-en verso-zijde) aan de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is.

De dienst voor gezinszorg of het OCMW dat over een erkende dienst voor gezinszorg beschikt, deelt in voorkomend geval aan de zorgkas mee dat zij binnen de zes maanden na het uitvoeren van de indicatiestelling gezinszorg aan de gebruiker verstrekt heeft. Deze mededeling gebeurt binnen de dertig dagen na de feiten.

De zorgkassen storten 75 euro per uitgevoerde indicatiestelling die aan de bovenvermelde voorwaarden voldoet, aan de gemachtigde indicatiestellers.

Maandelijks dienen de zorgkassen een aanvraag in bij het Fonds. Deze aanvraag bevat het aantal uitgevoerde indicatiestellingen die aan de bovenvermelde voorwaarden voldoen. Het Fonds vergoedt de zorgkassen trimesterieel.

Als een indicatiestelling, waarvoor de zorgkas reeds een vergoeding ontvangen heeft, niet meer voor een vergoeding in aanmerking komt, dan vermeldt de zorgkas dit bij de eerstvolgende aanvraag. In voorkomend geval wordt de hiervoor uitbetaalde vergoeding in mindering gebracht op de in het volgende trimester te betalen vergoedingen.

handleiding B.E.L.-zorgverzekering**B.E.L.-FOTO-GEBRUIKER****I. Wie wat en hoe wordt er gescoord?****1) WIE**

We scoren steeds de gebruiker, voor wie de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering werd aangevraagd.

2) WAT EN HOE ?

We peilen naar de zorgbehoefte van de gebruiker door middel van het scoren van de persoon in de ruime betekenis van het woord. We maken een foto van de gebruiker via 27 items. Deze 27 items zijn gerubriceerd in blokken die elk verwijzen naar een welbepaalde invalshoek.

We onderscheiden 4 blokken.

BLOK A : HUISHOUDELIJKE A.D.L.

Dit is het eerste facet van onze foto. Dit blok verwijst naar de huishoudelijke hulpverlening. In de gradatie van uitval van functies bij de gebruiker zullen deze van blok A de eerste zijn die uitvallen en/of waarbij de zorgbehoefte duidelijk wordt.

In blok A kan de zorgbehoefte op verschillende niveau's liggen :

- fysisch niet kunnen
- niet "willen" doen, psychisch niet kunnen
- niet geleerd hebben.

BLOK B : LICHAMELIJKE A.D.L.

Dit facet van de foto verwijst naar fysieke functies die uitvallen. Dit is het blok dat analoog is met de thuisverpleging, waar de gradatie van uitval van fysieke functies wordt nagegaan. Dit stuk van de foto geeft informatie over de zorgbehoefte van de gebruiker op fysisch lichamenlijk vlak.

Hier worden linken gelegd naar noden op vlak van lichaamsverzorging, hygiënische en verpleegkundige zorgen.

In blok B wordt de zorgbehoefte in strikte zin geïnterpreteerd; met name "fysisch niet kunnen"

Blok A en B vormen 1 soort dimensie, 1 vrij coherent geheel, verwijzen naar materiële taken. Beide blokken volgen de denkpijpe : een uitval van functies.

BLOK C : SOCIALE A.D.L.

In dit blok wordt gepeild naar de zorgbehoefte aan sociale ondersteuning voor bepaalde facetten.

Dit blok legt linken naar concrete taken op vlak van algemene en familiale hulpverlening. Om te weten of een gebruiker dit soort hulpverlening nodig heeft, moeten we een foto hebben over de zorgbehoefte tot ondersteuning. Dit kan zowel op het sociaal-relatieve vlak liggen (ondersteuning bij verwerking van verlies, de sociale gevolgen voor de gebruiker bv.) als op het preventieve (GVO) als op het begeleidende vlak (opvang kinderen, trouw aan therapie en gezondheidsregels, financiële verrichtingen,...). Dit blok geeft aanvullende informatie over de mate waarin een gebruiker maatschappelijk geïntegreerd is, zich sociaal handhaaft.

In blok C kan de zorgbehoefte zoals in A op verschillende niveau's liggen : op fysisch, psychisch en sociaal niveau.

Blok C is van een andere aard dan A en B. De zorgbehoefte die hier tot uiting komt, zal ook tot hulpverleningstaken leiden, maar eerder de minder zichtbare taken, de taken die vaak te weinig benoemd worden, of te weinig hun plaats krijgen. Het werken aan zelfredzaamheid, zal hier vaak een belangrijk aandeel van de concrete hulpverlening uitmaken. Bv. sociaal zwakke gezinnen, verwerking van sociale problemen, revalidatie na ongeval.

Bij bejaarden zullen de concrete situaties eerder "maatschappelijke A.D.L. » betreffen en bij gezinnen zal het veelal over assistentie bij het ouderschap gaan, bij het scoren moet men dit in het achterhoofd houden.

We vertalen daarom 5 items in zorgbehoefte naar bejaarden toe, en 2 items, specifiek naar gezinnen.

BLOK D : GEESTELIJKE GEZONDHEID.

Dit blok verwijst naar psychisch disfunctioneren. Dit blok bezorgt bijkomende en aanvullende informatie bij de andere blokken.

In blok D wordt de zorgbehoefte op verschillende niveau's bekeken, naast psychische disfuncties worden ook uiterlijke gedragingen en stemmingen gescoord. Deze zorgbehoefte wordt vertaald in een mate van voorkomen.

De facetten van de foto die we hier willen bekomen zijn gegevens en zichtbare tekens van de mate waarin de gebruiker zich psychisch zelfstandig en onafhankelijk kan handhaven en functioneren.

II. De principes en regels van het scoren bij de B.EL. foto van de gebruiker

1) WIJZE VAN SCOREN : principes en motieven.

Vier blokken dus met elk 6 tot 8 items.

1. Elk item wordt afzonderlijk maar binnen de filosofie van het blok waartoe het behoort, gescoord.

2. Elk blok (en item) is evenwaardig opgebouwd. Dit wil zeggen : er zijn altijd 4 gradatie-niveau's met telkens dezelfde waarde-opbouw.

Bij elk item wordt het van toepassing zijnde niveau aangekruist. Bij twijfel tussen 2 niveau's neemt men het hoogste (meest zorgbehoevende) niveau.

3. Wij hanteren overal de SOM-score, d.w.z. in elk blok alle scores sommeren. De tussenscores vormen een totaalscore.

4. Wij maken een foto van de gebruiker. D.w.z. wij peilen naar de graad van de zorgbehoefte van de gebruiker.

5. Voor de blokken A, B en C, wordt dit verwoord in :

NIVEAU 0 GEEN ZORGBEHOEFTE

NIVEAU 1 ENIGE ZORGBEHOEFTE

NIVEAU 2 MEER ZORGBEHOEFTE

NIVEAU 3 VOLLEDIGE ZORGBEHOEFTE

Voor het blok D wordt dit verwoord in een MATE VAN VOORKOMEN.

In een verdere paragraaf over de concrete toepassingsregels worden deze niveaus van zorgbehoefte vertaald in een niveau waarop de gebruiker nog zelfstandig functioneert en hulp nodig heeft. Hier wordt bewust geen link gemaakt naar taken. Taken kunnen een afleiding krijgen in een apart luik, los van de zorgbehoefte.

6. Bij het scoren van een item **mag er geen rekening gehouden worden** met het feit dat de gebruiker reeds een beroep doet of een beroep gaat doen op een bepaalde hulp (mantelzorg, professionele hulp,...).

7. Bij het scoren van een item moet er niet noodzakelijk een correlatie zijn met :

— de oorzaak van de hulpbehoefte

— de geformuleerde hulpvraag van de hulpvrager

2) VORMGEVING VAN DE REGELS : principes

De principes.

Een korte handleiding met niveau-aanduidingen die

— algemeen maar eenduidig zijn

— consequent terugkomen

— door iedereen begrepen worden vanuit eenzelfde taal, maar per scoring moeten "doordacht" of geïnterpreteerd worden

— geen voorbeelden bevat (tenzij als illustratie tijdens opleiding)

3) DE CONCRETE REGELS.

Voor de items

A. Huishoudelijke A.D.L.

* onderhoud van de woning

* was

* strijk

* boodschappen

* maaltijden bereiden

* organisatie huishoudelijk werk

C. Sociale A.D.L.

* sociaal verlies

* trouw aan therapie en gezondheidsregels

* veiligheid in en om huis

* administratie

* financiële verrichtingen

* hygiënische verzorging kinderen

* opvang kinderen

Wordt de zorgbehoefte veroorzaakt door
 FYSISCH NIET KUNNEN
 PSYCHISCH NIET KUNNEN
 NIET GELEERD HEBBEN
 NIET (WILLEN) DOEN

Voor de items

B. Lichamelijke A.D.L.

* wassen

* kleden

* verplaatsen

* toiletbezoek

* incontinentie eten

Wordt de zorgbehoefte veroorzaakt door
 FYSISCH NIET KUNNEN

OPGELET : het niet meer zelfstandig kunnen en het afhankelijk zijn van hulp is steeds en uitsluitend een gevolg van fysische ongemakken, achteruitgang, disfuncties

het item incontinentie krijgt een vertaling analoog aan blok D.

Vertaling : vervang de

.....

door elk item

Geen zorgbehoefte : de gebruiker staat volledig zelfstandig in voor

.....

Enige zorgbehoefte : de gebruiker kan zelfstandig instaan voor

.....

Met uitzondering van bepaalde deelaspecten

OF : dit kost de gebruiker moeite of tijd

Meer zorgbehoefte : de gebruiker kan niet zelfstandig instaan voor

.....

maar kan wel bepaalde deelaspecten uitvoeren.

OF : de gebruiker heeft gedeeltelijk hulp nodig (personen/ hulpmiddelen)

Veel zorgbehoefte : de gebruiker is volledig afhankelijk voor

.....

OF : de gebruiker is volledig afhankelijk van hulp (personen/ hulpmiddelen)

Vertaling

Voor het item INCONTINENTIE' wordt de vertaling een "mate van voorkomen" met volgende gradatie

1. komt niet voor

2. komt nu en dan voor

3. komt meestal voor

4. komt voortdurend voor.

Dit is een taalkundige gradatie die iedereen verstaat.

Kan door middel van observatie van de intaker of via informatie van andere hulpverleners - eigen basiswerkers - doorverwijzers - mantelzorgers.

D. Voor de items geestelijke gezondheid

* desoriëntatie in tijd

* desoriëntatie in ruimte

* desoriëntatie in personen

* niet doelgericht gedrag

* storend gedrag

* initiatiefloos gedrag

* neerslachtige stemming

* angstige stemming

hanteren wij "mate van voorkomen" met de gradatie

1. komt niet voor

2. komt nu en dan voor

3. komt meestal voor

4. komt voortdurend voor.

4) HET WOORDENBOEK VAN DE ITEMS.

Blok A :

ONDERHOUD

= onderhoud van de woning in al zijn aspecten gaande van opruimen tot taken waarbij uithouding en kracht vereist zijn.

WAS

= gaande van verzamelen en sorteren van de was tot en met het drogen en/of afnemen van de wasdraad.

STRIJK

= gaande van opplooien tot en met opbergen in de kast.

BOODSCHAPPEN

= gaande van opmaken van de boodschappenlijst tot en met het wegbergen van de aangekochte produkten.

MAAL TIJDEN BEREIDEN

= gaande van het opstellen van het menu tot en met het op tafel zetten van de bereide maaltijd.

ORGANISATIE HUISHOUDELIJK WERK

= managen van een huishouden, gaande van de planning van al het huishoudelijk werk dat regelmatig of sporadisch moet gebeuren tot en met de controle op de uitvoering ervan.

Blok B

WASSEN

= de eigen lichaamshygiëne verzorgen.

KLEDEN

= zichzelf kunnen aan- en uitkleden.

VERPLAATSEN

= zichzelf kunnen verplaatsen, binnen- of buitenshuis.

TOILETBEZOEK

= zich naar het toilet begeven en een gepast gebruik maken van het toilet.

INCONTINENTIE

= het niet voelen van de aandrang tot, het niet kunnen controleren van de lozing van urine of faeces

ETEN

= de eigen voedselinname : gaande van het zelf gebruiken van het bestek tot en met het brengen van het voedsel in de mond.

Blok C :

SOCIAAL VERLIES

= het opvangen, verwerken van de sociale gevolgen van verlies, m.b.t. :

* verlies van vertrouwde persoon

* verlies van vertrouwde omgeving

* verlies van werk, status

* verlies van fysische of geestelijke gezondheid

* verlies van

TROUW AAN THERAPIE EN GEZONDHEIDSREGELS

het nakomen, opvolgen van "gezond verstand"-regels of voorgeschreven regels m.b.t. :

* medicatiegebruik

* therapie

* revalidatie

* leefregels

* diëten

* voorkomen van complicaties

VEILIGHEID IN EN OM HET HUIS

= het zicht hebben op en wegwerken van veiligheidsrisico's in en om het huis.

ADMINISTRATIE

= gaande van het opvolgen van de briefwisseling, het schrijven van brieven, het invullen van formulieren tot het bezoek aan het postkantoor en de contacten met allerlei instanties.

FINANCIËLE VERRICHTINGEN

= het uitvoeren van betalingen en financiële opdrachten

HYGIËNISCHE VERZORGING KINDEREN

= naargelang de leeftijd van de kinderen : gaande van wassen, verschoneren, aankleden en eten geven tot het begeleiden van en toezien op de hygiënische verzorging door de ouder(s) of de (het) kind(eren) zelf.

OPVANG KINDEREN

= naargelang de leeftijd van de kinderen : gaande van het letten op de kinderen tot het begeleiden van en toezien op de tijdsbesteding van de (het) kind(eren)

Blok D :

DESORIENTATIE IN TIJD

= de mate waarin de gebruiker geen juist inzicht (meer) heeft in de tijd. Inzicht in de tijd omvat :

— het juist aanduiden van de tijd wanneer er om gevraagd wordt.

— het tijdsbegrip op een gepaste wijze hanteren (uur, voormiddag, namiddag, dag, nacht, week, maand, jaar).

DESORIENTATIE IN RUIMTE

= de mate waarin de gebruiker binnen- of buitenshuis de weg niet (meer) vindt

Vb. :het toilet niet vinden, verloren lopen, zich in een ander huis wanen, ronddolen,...

DESORIENTATIE IN PERSONEN

= de mate waarin de gebruiker personen niet (meer) herkent of niet (meer) met hun juiste naam verbindt.

Vb. :dochter voor eigen moeder aanzien, kleinkinderen voor eigen kinderen

aanzien, verpleging met verkeerde naam aanspreken,...

NIET DOELGERICHT GEDRAG

= de mate waarin de gebruiker gedrag vertoont dat niet zinvol is, niet aan een doel beantwoordt. Dit omvat

- dwangmatige handelingen (poetsmanie, smetvrees, plukken aan deken,...)
- rusteloosheid : psycho-motorische agitatie (vluchtgedrag, stapgedrag,...)

STOREND GEDRAG

= de mate waarin de gebruiker zich storend gedraagt in zijn sociale omgeving. Dit omvat alle omgangsproblemen :

- verbaal storend (roepen, schreeuwen,...)
- onwettig (ontkleden, spuwen, urineren, masturberen,... in publiek)
- destructief geweld t.o.v. personen, vernielingsdrang.

INITIATIEFLOOS GEDRAG

= de mate waarin de gebruiker gebrek aan initiatief vertoont en niet uit zichzelf tot actie komt. Dit omvat :

- geen actie zonder stimulans
- moeilijk tot opstarten komen van activiteiten
- traag (geen gepaste snelheid) bij het uitvoeren van de activiteiten.'

NEERSLACHTIGE STEMMING

= de mate waarin de gebruiker een neerslachtige stemming vertoont (gaande van neiging tot wenen tot depressie) of verwoordt dat hij eraan lijdt.

ANGSTIGE STEMMING

= de mate waarin de gebruiker zich angstig toont of verwoordt dat hij eraan lijdt (gaande van zich zorgen maken over kleine zaken tot slapeloosheid, tot uit angst niet meer adequaat functioneren).

III. De duur van het ernstig, verminderd zelfzorgvermogen

Na de berekening van de totaalscore moet de indicatiesteller ook een schatting maken van de duur van het ernstig, verminderd zelfzorgvermogen, m.a.w. hoe lang zal de gebruiker lijden aan deze graad van zorgbehoevendheid?

Het gaat hier steeds om een subjectieve inschatting, die gebaseerd zal zijn op de observatie bij de gebruiker, maar ook op vroegere ervaringen.

de beslissing over de tenlasteneming

De zorgkas beslist over de aanvraag voor de tenlasteneming en bepaalt de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling of het attest. De zorgkas kan bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten met betrekking tot de indicatiestelling, alvorens over de tenlasteneming te beslissen. Deze bijkomende onderzoeken worden evenwel beperkt tot een controle op de oorspronkelijke indicatiestelling.

Deze onderzoeken kunnen verricht worden door een door de zorgkas aangesteld persoon of door een gemachtigd indicatiesteller die de zorgkas daartoe aanduidt. Deze indicatiesteller moet een andere zijn dan diegene die de laatste indicatiestelling van de gebruiker heeft uitgevoerd.

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.

Het onderzoek moet steeds gebeuren aan de hand van de B.E.L.-profielschaal van de zorgverzekering. De B.E.L. foto gebruiker wordt ingevuld. Indien de gebruiker dit wenst, dan wordt de indicatiestelling uitgevoerd op de plaats waar de gebruiker verblijft.

De indicatiesteller stuurt na de uitvoering van de indicatiestelling het ingevulde formulier 'bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' naar de zorgkas.

De zorgkas kan op basis van dit bijkomend onderzoek de ernst en duur van het verminderd zelfzorgvermogen betwisten. In dat geval deelt zij dit aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee en deelt zij eveneens mee dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht hebben om te worden gehoord. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hierom verzoekt, dan worden zij gehoord door de zorgkas vooraleer deze zijn uiteindelijke beslissing neemt.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing van de zorgkas kan maximaal drie jaar zijn, te rekenen vanaf de dag van de indicatiestelling of het uitreiken van het attest. De zorgkas kan een aanvraag voor tenlasteneming weigeren omdat de gebruiker niet als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de tenlasteneming mee. Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens volgende informatie :

- de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de zorgverzekering
- de vermelding vanaf wanneer de gebruiker, na het aflopen van de carenstijd, zijn recht op tenlasteneming kan laten gelden
- de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming
- de zorgcheque
- de vermelding op welke zorgvormen en op welke bedragen voor welke zorgvormen de gebruiker een beroep kan doen
- de lijst van producten en diensten die voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- een motivering van de beslissing
- de mededeling dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht heeft om op elk moment een herziening van de beslissing over de tenlasteneming te vragen
- de melding dat de gebruiker, zijn vertegenwoordiger en in voorkomend geval, de mantelzorgverzorger of mantelzorgers elke wijziging van zorgvorm waarop de gebruiker een beroep doet, en elke (ernstige) verandering van de gezondheidstoestand van de gebruiker onmiddellijk moet meedelen aan zijn zorgkas. Hier wordt aan toegevoegd dat het niet meedelen van deze wijzigingen kan leiden tot het terugvorderen bij een gebruiker van ten onrechte verkregen tenlastenemingen

— de periode van opschorting van de tenlasteneming.

Deze mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :

- de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de zorgverzekering
- de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt
- een kopie van de aanvraag en de indicatiestellingen
- de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

de verandering van zorgvorm

Men verandert van zorgvorm :

— wanneer men, van in het kader van de zorgverzekering erkende professionele thuiszorg en/of geregistreerde mantelzorg, naar, in het kader van de zorgverzekering erkende professionele residentiële zorg, overstapt (en omgekeerd)

— wanneer men van geregistreerde mantelzorg naar erkende professionele thuiszorg overstapt (en omgekeerd)

— wanneer men van de cumulatie van mantelzorg en erkende professionele thuiszorg naar alleen mantelzorg of alleen erkende professionele thuiszorg overstapt (en omgekeerd)

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moeten elke wijziging in de keuze van een bepaalde zorgvorm onmiddellijk melden aan de zorgkas. Als de gebruiker een beroep doet op mantelzorg, dan is ook de mantelzorger hiertoe verplicht.

Bij verandering van zorgvorm wordt een eventueel nog openstaand krediet overgedragen naar de nieuwe zorgvorm (tot maximaal 12 maal het bedrag waar de gebruiker per maand voor de nieuwe zorgvorm recht op heeft).

De gebruiker kan op twee manieren veranderen van zorgvorm, afhankelijk van de geldigheid van een positieve beslissing over de tenlasteneming, die de zorgkas genomen heeft. Een positieve beslissing van een zorgkas kan maximaal 3 jaar geldig zijn, te rekenen vanaf de dag waarop de indicatiestelling uitgevoerd is of het attest uitgereikt is.

Indien de beslissing van de zorgkas nog geldig is, dan deelt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger aan de zorgkas mee dat hij wenst te veranderen van zorgvorm.

De zorgkas bezorgt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een schriftelijke melding van de nieuwe zorgvorm(en) waarvoor gekozen werd en een nieuwe zorgcheque.

De gebruiker heeft recht op het bedrag dat aan de keuze van de nieuwe zorgvorm gekoppeld is, vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de mededeling van de verandering van zorgvorm en het verkrijgen van de nieuwe zorgcheque.

Indien de positieve beslissing van de zorgkas niet meer geldig is, dan kan de gebruiker van zorgvorm veranderen bij de herziening van de tenlasteneming.

de controle op de tenlasteneming

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.

De zorgkas kan de indicatiestelling van de gebruiker die een tenlasteneming ontvangt, controleren. Het gaat hier om controles nadat de zorgkas reeds een beslissing over de tenlasteneming heeft genomen. De zorgkas controleert op eigen initiatief of in opdracht van het Zorgfonds de indicatiestelling.

De controle wordt uitgevoerd door een door de zorgkas aangesteld persoon of door een gemachtigd indicatiesteller die de zorgkas daartoe aanduidt. Deze indicatiesteller moet een andere zijn dan diegene die de laatste indicatiestelling van de gebruiker heeft uitgevoerd. De persoon die de indicatiestelling uitvoert, moet ten minste beschikken over het niveau van de graad van geïntegreerde 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.

De controle moet steeds gebeuren aan de hand van de B.E.L.-profielchaal van de zorgverzekering. De B.E.L. foto gebruiker wordt ingevuld. Indien de gebruiker dit wenst, dan wordt de indicatiestelling uitgevoerd op de plaats waar de gebruiker verblijft.

De indicatiesteller moet de indicatiestelling uitvoeren binnen de twintig dagen na de dag waarop de zorgkas de indicatiesteller heeft aangeduid. Deze datum bepaalt ook de volgorde waarop de indicatiestellingen van verschillende gebruikers door eenzelfde indicatiesteller aan de zorgkas moeten worden bezorgd.

De indicatiesteller stuurt na de uitvoering van de indicatiestelling het ingevulde formulier 'bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' naar de zorgkas.

De zorgkas beslist over de controle op de tenlasteneming en bepaalt de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing kan maximaal drie jaar zijn, te rekenen vanaf de dag waarop de indicatiestelling gebeurd is.

De zorgkas kan een aanvraag tot tenlasteneming weigeren omdat de gebruiker niet meer als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de tenlasteneming mee binnen de 60 dagen na de mededeling aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger dat een nieuwe indicatiestelling zal uitgevoerd worden.

Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming.

De mededeling bevat bij een negatieve beslissing volgende informatie :

— de melding dat de gebruiker niet meer in aanmerking komt voor de zorgverzekering

— de melding van de datum vanaf wanneer de gebruiker geen bedragen meer zal ontvangen

— de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet meer in aanmerking komt

— een kopie van het formulier 'bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen'

— de melding dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger tegen de beslissing van de zorgkas een bezwaarschrift kan indienen bij het Vlaams Zorgfonds en een beschrijving van alle modaliteiten met betrekking tot het indienen van een bezwaarschrift en de te volgen procedure.

De beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van beslissing.

Indien de controle in opdracht van het Zorgfonds gebeurt, dan brengt de zorgkas ook het Zorgfonds op de hoogte van de beslissing.

de herziening van de tenlasteneming

De herziening van de tenlasteneming gebeurt om volgende redenen :

— de gebruiker of zijn vertegenwoordiger vraagt om een herziening

— de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming is verstreken.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder een ogenblik een herziening te vragen.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger drie maanden voor het verstrijken van de geldigheidsduur schriftelijk mee dat deze een aanvraag tot herziening moet indienen.

De herziening gebeurt via :

— het invullen van een herzieningsformulier. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vult het herzieningsformulier in. Het herzieningsformulier wordt bij de oorspronkelijke aanvraag gevoegd en beide documenten worden samen bewaard in het dossier van de gebruiker.

— een gedagtekende en ondertekende toevoeging bij de oorspronkelijke aanvraag, waarbij de toevoeging de wijzigingen ten aanzien van de oorspronkelijke aanvraag bevat. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vult het in. De toevoeging wordt bij de oorspronkelijke aanvraag gevoegd en beide documenten worden samen bewaard in het dossier van de gebruiker.

De procedure in verband met het nagaan van de formele voorwaarden en de indicatiestelling verloopt conform het hoofdstuk over het behandelen van een aanvraag.

De gemachtigde indicatiesteller moet de indicatiestelling uitvoeren binnen de twintig dagen na de dag waarop de gebruiker hem heeft aangeduid.

Bij een herziening van de tenlasteneming wordt ook de registratie van de mantelzorger(s) hernieuwd op basis van een nieuw activiteitenplan.

De zorgkas beslist over de herziening van de tenlasteneming en bepaalt de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling. De zorgkas kan bijkomende onderzoeken verrichten of laten verrichten met betrekking tot de indicatiestelling, alvorens over de tenlasteneming te beslissen.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing kan maximaal drie jaar zijn.

De zorgkas neemt een negatieve beslissing over de herziening omdat de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voor tenlasteneming voldoet of omdat hij niet meer als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de herziening van de tenlasteneming mee binnen de 60 dagen nadat de aanvraag werd ingediend.

Deze mededeling bevat bij een positieve of negatieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve of negatieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming.

De beslissing over de herziening van de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de herziening gevraagd werd door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De zorgkas kan evenwel niet een aan de gebruiker toegekende tenlasteneming terugvorderen.

de uitvoering van de tenlasteneming

de carenstijd

Het recht op tenlasteneming gaat in op de eerste dag van de maand na de aanvraag. Deze aanvraag hoeft geen vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen te bevatten. Deze moet nadien aan de zorgkas bezorgd worden. Een eventuele opschorting van de tenlastenemingen gaat ook in vanaf de eerste dag van de maand na de aanvraag.

Er wordt een carenstijd ingevoerd. Dit betekent het volgende :

— het recht op tenlastenemingen met meer dan 0 euro gaat in op de eerste dag van de derde maand na de datum van de aanvraag voor de tenlasteneming door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bij de zorgkas waarbij hij aangesloten is

— facturen voor zorgprestaties die aan de gebruiker verleend zijn voor de eerste dag van de derde maand na de datum van de aanvraag komen niet voor tenlasteneming in aanmerking.

Er is alleen een carenstijd bij de aanvraag voor tenlasteneming (en dus niet bij een controle, noch bij een herziening, een verandering van zorgvorm of een verandering van zorgkas).

de bedragen

De gebruiker ontvangt naar gelang zijn keuze voor een bepaalde zorgvorm volgend bedrag voor dekking van zijn kosten door professionele voorzieningen :

in Vlaanderen :

zorgvorm	bedrag per maand
mantelzorg	75 euro
professionele thuiszorg en producten	85 euro
mantelzorg + professionele thuiszorg en producten	75 euro voor mantelzorg 50 euro voor prof. thuiszorg en producten
professionele residentiële zorg	160 euro

In Brussel :

zorgvorm	bedrag per maand
professionele thuiszorg en producten(*)	85 euro
professionele thuiszorg en producten(*), samen met mantelzorg(**)	75 euro voor mantelzorg 50 euro voor prof. thuiszorg en producten
professionele residentiële zorg	160 euro

Nota

(*) Terugbetaling van producten is enkel mogelijk indien voor dezelfde maand ook professionele thuiszorg werd verleend.

(**) De vergoeding voor mantelzorg is enkel mogelijk indien voor dezelfde maand ook professionele thuiszorg werd verleend.

de financiële regeling met betrekking tot diensten verleend en producten verkocht door professionele voorzieningen :

Indien de zorgkas een positieve beslissing neemt inzake de aanvraag voor tenlasteneming door een zorgbehoevende, dan wordt een zorgcheque uitgereikt. De zorgkas bezorgt de zorgcheque samen met de mededeling van de positieve beslissing aan de gebruiker.

De zorgkas kan de gebruiker identificeren via een code.

De zorgkas reikt een nieuwe zorgcheque uit telkens nadat er een beslissing (van zorgkas of Zorgfonds) is waarbij er een wijziging is in de geldigheidsduur, in de zorgvorm waar de gebruiker recht op heeft of in de naam en adres van de zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is.

Indien het om een uitspraak van het Vlaams Zorgfonds gaat, dan bezorgt de zorgkas de nieuwe zorgcheque aan de gebruiker binnen de vijf werkdagen na de uitspraak van het Zorgfonds.

Door middel van de zorgcheque beschikt de zorgbehoevende over een krediet dat maandelijks opgebouwd wordt. De gebruiker verwerft zijn maandelijks krediet op de eerste dag van de maand in kwestie. Indien hij het bedrag waarop hij maandelijks recht heeft, niet besteedt, dan wordt dit bedrag door de zorgkas overgedragen naar de volgende maand. Het krediet mag echter nooit hoger zijn dan 12 x het vastgelegde bedrag per maand. In dat geval kan de gebruiker, zolang hij zijn krediet op dit peil laat staan, geen bijkomend krediet meer bekomen. Hij verliest ook zijn recht op dit bijkomend krediet.

De zorgkas bezorgt de gebruiker wel een overzicht van zijn krediettoestand op het ogenblik dat het krediet 10 x het vastgelegde bedrag per maand bedraagt. De zorgkas meldt de gebruiker hierbij dat de gebruiker zijn recht op bijkomend krediet verliest, eens zijn krediet 12 maal het vastgelegde bedrag per maand overschrijdt.

De geldigheidsduur van de zorgcheque stemt overeen met de geldigheidsduur van de beslissing over de tenlasteneming (maximum 3 jaar).

Systeem van terugbetaling van facturen

De factuur die uitgeschreven wordt door een voorziening die krachtens een sectorale regelgeving erkend is voor diensten en producten, vermeldt duidelijk dat de betrokken factuur in aanmerking komt voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering. Volgende zin wordt op de factuur vermeld :

‘Als u in aanmerking komt voor de zorgverzekering, dan kunt u het bedrag op deze factuur ten bedrage van het beschikbare krediet terugbetaald krijgen door deze factuur aan de zorgkas voor te leggen.’

De professionele zorgvoorziening die in het kader van de zorgverzekering erkend is, wordt door de gebruiker op de hoogte gebracht dat deze laatste recht heeft op tenlasteneming. De gebruiker levert het bewijs door het tonen van de zorgcheque aan de voorziening.

De voorziening bezorgt aan de gebruiker maandelijks een factuur of een aankoopbewijs.

De gebruiker betaalt de volledige factuur binnen de reglementair vastgestelde periode aan de voorziening.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger bezorgt de factuur of het aankoopbewijs aan zijn zorgkas. De gebruiker moet het binnen de 12 maanden na de facturatedatum bij zijn zorgkas inleveren.

De zorgkas controleert via de factuur of het aankoopbewijs of de verstrekte hulp in aanmerking komt voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering. Ze controleert of :

- de gebruiker nog over voldoende krediet beschikt;
- het dienstverlening en een voorziening betreft die erkend is in het kader van de zorgverzekering.
- de factuur of het aankoopbewijs betrekking heeft op zorgprestaties, verleend tijdens de periode tijdens dewelke de zorgbehoevende recht heeft op tenlastenemingen van meer dan 0 euro (dus onder meer de eerste dag van de derde maand volgend op de datum van aanvraag)
- de zorgvorm, vermeld in de factuur of op het aankoopbewijs, overeenkomt met de zorgvorm waarvoor de gebruiker een positieve beslissing heeft gekregen.

De factuur voor **zorg** verleend door een professionele voorziening bevat volgende vermeldingen :

*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)

Ze kan ook een identificatienummer van de voorziening bevatten.

De factuur of het aankoopbewijs bij **producten** bevat volgende vermeldingen :

*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 lijst MB

Ze kan ook het identificatienummer van het product bevatten.

De zorgkas betaalt 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 is op het moment dat de zorgkas het bedrag aan de gebruiker terugbetaalt.

Derdebetalerssysteem

De zorgkas kan, in plaats van de gebruiker, de professionele zorgvoorziening rechtstreeks uitbetalen, indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan :

— de gebruiker doet in het kader van het derdebetalerssysteem (gelijktijdig) slechts op 1 zorgvoorziening een beroep die dan voor terugbetaling in het kader van de zorgverzekering in aanmerking komt

— de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, de zorgvoorziening en de zorgkas gaan akkoord dat de zorgkas in plaats van de gebruiker de zorgvoorziening rechtstreeks uitbetaalt

— de zorgvoorziening stuurt een factuur naar de gebruiker waarop duidelijk en afzonderlijk de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering vermeld staat. Er staat tevens duidelijk bij vermeld dat het hier om een tenlasteneming in het kader van de Vlaamse zorgverzekering gaat.

De professionele zorgvoorziening die in het kader van de zorgverzekering erkend is, wordt door de gebruiker op de hoogte gebracht dat deze laatste recht heeft op tenlasteneming. De gebruiker levert het bewijs door het tonen van de zorgcheque aan de voorziening.

De voorziening stuurt dan een factuur, met daarop de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering duidelijk en afzonderlijk vermeld, naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger. De gebruiker of de vertegenwoordiger betaalt de voorziening, in voorkomend geval, het saldo binnen de reglementair bepaalde termijnen.

De voorziening bezorgt de nodige gegevens maandelijks of driemaandelijks aan de zorgkas, zodat de zorgkas de uitbetaling kan verrichten en kan controleren of :

- de gebruiker nog over voldoende krediet beschikt;
- het dienstverlening en een voorziening betreft die erkend is in het kader van de zorgverzekering.
- de factuur betrekking heeft op zorgprestaties, verleend tijdens de periode tijdens dewelke de zorgbehoevende recht heeft op tenlastenemingen van meer dan 0 euro (dus onder meer vanaf de eerste dag van de derde maand na de datum van aanvraag) en verleend na de eerste dag van de maand volgend op die waarin er een akkoord tussen de drie partijen omtrent het derdebetalersstelsel werd afgesloten
- de zorgvorm, vermeld in de factuur, overeenkomt met de zorgvorm waarvoor de gebruiker een positieve beslissing heeft gekregen.

Volgende gegevens worden aan de zorgkas bezorgd :

- *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

Ook kan als gegeven het globaal bedrag van de factuur en een identificatienummer van de voorziening aan de zorgkas bezorgd worden.

De zorgkas betaalt de voorziening.

Het derdebetalersstelsel gaat in op de eerste dag van de maand volgend op die waarin er een akkoord van de drie partijen is. Vanaf dat moment kan het krediet van een gebruiker enkel nog stijgen doordat zijn kosten die in het kader van het derdebetalersstelsel gedekt worden, kleiner zijn dan het maandelijks bedrag waar hij recht op heeft.

Het is niet nodig dat de handtekeningen van de drie partijen onder 1 document staan. Zorgkassen en voorzieningen kunnen onderling een globaal akkoord afsluiten dat dan voor alle leden van de zorgkas geldt, (indien deze ook akkoord gaan) of ze kunnen een akkoord afsluiten voor een lid van een zorgkas.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger en de zorgkas sluiten onderling een akkoord af door beiden een schriftelijke verklaring te ondertekenen.

De gebruiker mag het resterende krediet die niet in het kader van het derdebetalersstelsel uitbetaald kan worden, opnemen via het systeem van terugbetaling van facturen.

Opmerkingen :

Geldige facturen die na het overlijden van de zorgbehoevende ingediend worden, kunnen nog ten bedrage van het krediet terugbetaald worden. Ook de maandelijks vergoeding voor mantelzorg van iemand die in de loop van de maand sterft, wordt nog uitbetaald.

De zorgkas kan een factuur of aankoopbewijs met een bedrag dat groter is dan het beschikbare krediet op het moment van eerste uitbetaling, maandelijks aan de gebruiker terugbetalen, voor zover de gebruiker terug krediet verworven heeft.

Voorbeeld : een gebruiker dient een factuur van 250 euro in. De zorgkas betaalt gedurende 5 maanden na indiening van de factuur telkens 50 euro per maand aan de gebruiker terug.

Voor gebruikers die in Brussel wonen gebeurt de tenlasteneming voor de aankoop, huur of ontleening van producten slechts in cumulatie met niet-medische zorg verleend door een door de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de zorgverzekering erkende thuiszorgvoorziening.

Indien een dergelijke voorziening aan de gebruiker in een bepaalde maand zorgprestaties biedt, dan heeft de gebruiker ook recht op tenlasteneming voor kosten die in die maand gemaakt zijn door de aankoop, huur of ontleening van producten. Het gaat hier dus twee maal om de prestatiedatum.

Als bewijs voor het bieden van de zorgverlening gelden de facturen die de gebruiker aan de zorgkas bezorgt of de gegevens die de voorzieningen bij het derdebetalersstelsel aan de zorgkas leveren. Bij het systeem van terugbetaling van facturen betaalt de zorgkas aan de gebruiker het product terug op hetzelfde moment waarop de zorgkas aan de gebruiker de professionele zorg voor de betrokken maanden terugbetaalt. Bij het derdebetalersstelsel betaalt de zorgkas het product terug na controle (en goedkeuring) van de gegevens die de zorgverlening in de betrokken maand(en) bewijzen, voor zover de gebruiker nog over een krediet beschikt.

de financiële regeling met betrekking tot de mantelzorgers :

voor gebruikers die in Vlaanderen wonen

De zorgkas betaalt het bedrag voor de mantelzorg aan de gebruiker maandelijks in contanten of via overschrijving op het rekeningnummer uit.

voor gebruikers die in Brussel wonen

Tenlasteneming voor mantelzorg gebeurt slechts in cumulatie met niet-medische zorg verleend door een door de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de zorgverzekering erkende thuiszorgvoorziening (het gaat hier dus om de zorg met uitzondering van de aankoop, huur of ontleening van producten).

Indien een dergelijke voorziening aan de gebruiker in een bepaalde maand zorgverlening biedt, dan heeft de gebruiker ook recht op tenlasteneming voor mantelzorgprestaties die in diezelfde maand werden geleverd.

Als bewijs voor het bieden van de zorgverlening gelden de facturen die de gebruiker aan de zorgkas bezorgt of de gegevens die de voorzieningen bij het derdebetalersstelsel aan de zorgkas leveren.

Bij het systeem van terugbetaling van facturen betaalt de zorgkas aan de gebruiker de vergoeding voor de mantelzorg uit na controle van de facturen voor de betrokken maanden op hetzelfde moment waarop de zorgkas de gebruiker voor de professionele hulp terugbetaalt.

Voorbeeldje

De zorgkas ontvangt in maart facturen van de gebruiker waaruit na controle blijkt dat voorzieningen aan een gebruiker zorg geboden hebben in de maanden januari en februari. De zorgkas betaalt dus 150 euro (75 euro voor januari en 75 euro voor februari) als tenlasteneming voor mantelzorg uit aan de gebruiker op het moment dat de zorgkas de professionele zorg aan de gebruiker terugbetaalt.

Bij het derdebetalersstelsel betaalt de zorgkas de gebruiker de vergoeding voor mantelzorg na controle van de gegevens voor de betrokken maand(en) uit.

Voorbeeldje

Indien de zorgkas in maart gegevens ontvangt waaruit blijkt dat de voorziening in februari aan een gebruiker zorg geleverd heeft, dan betaalt de zorgkas 75 euro als tenlasteneming voor mantelzorg voor de maand februari uit aan de gebruiker.

de terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen

De zorgkas kan tenlastenemingen die zij onterecht voor een gebruiker uitgevoerd hebben, op twee manieren recupereren :

— zij brengt de bedragen in mindering van de tenlastenemingen die zij in de volgende maanden voor de gebruiker zal uitvoeren

— zij vordert de bedragen van de gebruiker terug

Vooraleer de zorgkas tot terugvordering van de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen beslist, deelt zij dit aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger mee en deelt zij eveneens mee dat de gebruiker of zijn vertegenwoordiger het recht hebben om te worden gehoord. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger hierom verzoekt, dan worden zij gehoord door de zorgkas vooraleer deze zijn uiteindelijke beslissing neemt.

De zorgkas deelt haar beslissing schriftelijk mee aan de gebruiker. Deze mededeling bevat minstens de volgende informatie :

— het bedrag dat teruggevorderd wordt

— de reden of redenen waarom het bedrag teruggevorderd wordt

— de wijze waarop het bedrag teruggevorderd zal worden met, in voorkomend geval, het afbetalingsplan

Indien het onterecht uitvoeren van de tenlastenemingen te wijten is aan door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie, dan kan de zorgkas de uitvoering van de tenlasteneming schorsen voor maximum 6 maanden. De zorgkas deelt haar beslissing mee in de brief die het recupereren van het bedrag of de bedragen aankondigt. De schorsing gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de mededeling. Maanden waarin de zorgkas de tenlasteneming in mindering brengt om bedragen te recupereren, kunnen niet meetellen voor de schorsing.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan tegen de beslissing van de zorgkas om de gebruiker te schorsen bij het Vlaams Zorgfonds in beroep gaan. Het in beroep gaan leidt niet tot een opschorting van de beslissing van de zorgkas.

De verjaringstermijn voor het terugvorderen van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen bedraagt 150 dagen als de gebruiker bewijst dat hij te goeder trouw tenlastenemingen ontvangen heeft waarop hij geen recht heeft. In de andere gevallen geldt de dertigjarige verjaringstermijn.

de cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen

De Vlaamse zorgverzekering en het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap : krachtlijnen

de doelgroep van het Vlaams Fonds

Personen behoren tot de doelgroep van het Vlaams Fonds als ze erbij ingeschreven zijn. Dit gebeurt als de Provinciale Evaluatiecommissie (PEC) een aanvraag tot bijstand van de persoon heeft goedgekeurd (en de termijn van erkenning nog niet verstreken is). De aanvraag tot bijstand kan betrekking hebben op een vraag :

— tot een beroep doen op of verblijven in een voorziening, erkend door het Vlaams Fonds

— tot een beroep doen op individuele materiële bijstand

— tot een beroep doen op een persoonlijk assistentiebudget

Men is in het Vlaams Fonds ingeschreven vanaf het ogenblik dat men van het PEC de beslissing gekregen heeft. Het is dus niet vereist dat men ook op het gevraagde effectief een beroep doet.

Producten : een lijst van producten voor de doelgroep van het Vlaams Fonds

De zorgkas betaalt de factuur voor een product niet terug van een persoon die tot de doelgroep van het Vlaams Fonds behoort, als het Vlaams Fonds ook dit product ten laste neemt.

Er wordt een specifieke lijst van producten waarvoor het Vlaams Fonds tegemoetkomt, opgesteld. Indien iemand tot de doelgroep behoort, dan kan hij voor de producten waarvoor het Vlaams Fonds tegemoetkomt, geen tenlasteneming ontvangen. Hij kan wel voor de andere producten, waarvoor het Vlaams Fonds niet tegemoetkomt, een tenlasteneming ontvangen.

De zorgkas doet navraag bij de provinciale afdeling van het Vlaams Fonds indien de zwaar zorgbehoevende beweert niet tot de doelgroep van het Vlaams Fonds te behoren en hij toch een factuur indient voor een product dat op de lijst van het Vlaams Fonds staat.

De provinciale afdeling deelt de zorgkas mee of de zorgbehoevende al of niet ingeschreven is bij het Vlaams Fonds.

Mantelzorg en persoonlijk assistentiebudget (PAB)

Personen hebben geen recht op een tenlasteneming voor mantelzorg indien ze voor dezelfde periode een beroep doen op het persoonlijk assistentiebudget (PAB).

Het Vlaams Fonds bezorgt regelmatig een geactualiseerd bestand aan het Vlaams Zorgfonds. Dit bestand bevat van de mensen die een PAB hebben de volgende gegevens :

— rijksregisternummer

— naam en adres gehandicapte

— startdatum PAB

Het Zorgfonds deelt aan de zorgkassen mee welke van hun aangeslotenen recht hebben op een PAB. Deze hebben dan geen recht op mantelzorg.

Mantelzorg en professionele thuiszorg en het verblijf in een residentiële voorziening erkend door het Vlaams Fonds

De voorzieningen die erkend worden door het Vlaams Fonds, worden niet erkend in het kader van de zorgverzekering;

Personen hebben geen recht op een tenlasteneming voor mantelzorg en professionele thuiszorg en/of producten als ze volgens het protocol van verblijf in een voltijds regime verblijven in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening. Het gaat om volgende voorzieningen :

- de tehuizen niet werkenden
- internaten
- tehuizen werkenden
- diensten voor beschermd wonen
- centra voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling

Als een persoon die volgens het protocol van verblijf in een voltijds regime in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening verblijft, gedurende 21 of meer opeenvolgende dagen in het thuismilieu of een andere dan een residentiële voorziening verblijft, dan heeft hij recht op een tenlasteneming voor mantelzorg en professionele thuiszorg en/of producten voor de maand of maanden die door deze aaneengesloten periode van afwezigheid in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening worden bestreken.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger zal op het aanvraagformulier moeten verklaren of de gebruiker gedurende vijf dagen per week in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening verblijft of op de wachtlijst voor een dergelijke voorziening staat.

Indien de gebruiker pas na het indienen van zijn aanvraagformulier alsnog in een dergelijke voorziening gaat verblijven, dan moet hij (of zijn vertegenwoordiger) dit melden aan de zorgkas.

het bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan een bezwaarschrift indienen bij het Vlaams Zorgfonds tegen de volgende beslissingen van de zorgkas :

- de beslissing inzake de aanvraag tot tenlasteneming waarbij de zorgkas beslist dat de gebruiker niet aan de formele voorwaarden om voor tenlasteneming in aanmerking te komen, voldoet
- de beslissing over de tenlasteneming, al of niet na bijkomend onderzoek
- de beslissing over de herziening van de tenlasteneming
- de beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming
- de beslissing tot schorsing van de tenlastenemingen ten gevolge van door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie

Naast de gebruiker of zijn vertegenwoordiger kunnen ook de mantelzorger(s) een bezwaarschrift indienen bij het Vlaams Zorgfonds tegen de beslissing van de zorgkas over de registratie van de mantelzorger(s). De betrokkenen kunnen dus ook een bezwaarschrift indienen wanneer een zorgkas beslist de registratie van een mantelzorger of mantelzorgers te schrappen.

Het bezwaarschrift moet vergezeld zijn van alle relevante stukken en met redenen omkleed zijn. Per beslissing komt dit op het volgende neer :

- inzake de beslissing inzake de aanvraag tot tenlasteneming bevat het bezwaarschrift :
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - de beslissing van de zorgkas inzake de aanvraag tot tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker niet aan de formele voorwaarden voldoet.
- Inzake de beslissing over de tenlasteneming
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle»
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
- inzake de beslissing over de herziening van de tenlasteneming :
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - in voorkomend geval, het formulier «bijkomend onderzoek of controle»
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - in voorkomend geval, de gedagtekende en ondertekende toevoeging bij de oorspronkelijke aanvraag
 - in voorkomend geval, het herzieningsformulier
 - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle » dat de neerslag bevat van het bijkomend onderzoek betreffende de herziening
 - de beslissing over de herziening van de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker bij de herziening van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt.
- Inzake de beslissing ten gevolge van de controle van de tenlasteneming
 - het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering
 - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - de schriftelijke mededeling dat een door de zorgkas aangeduide indicatiesteller een nieuwe indicatiestelling zal uitvoeren
 - de beslissing ten gevolge van de controle over de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker na controle van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt
- Inzake de beslissing tot de schorsing van de tenlastenemingen ten gevolge van door de gebruiker of zijn vertegenwoordiger bewust achtergehouden informatie of bewust onjuist of onvolledig verstrekte informatie
 - de beslissing over de tenlasteneming
 - de laatste beslissing (ten gevolge van controle of herziening)
 - in voorkomend geval, de laatste beslissing over de verandering van zorgvorm
 - de beslissing tot de schorsing van de tenlastenemingen

- een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de gebruiker na controle van de beslissing tot tenlasteneming niet langer in aanmerking komt
 - Inzake de beslissing over de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers
- het registratieformulier voor de mantelzorg
- de beslissing over de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers
 - Inzake de schrapping van de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers
- het registratieformulier voor de mantelzorg
- de beslissing over de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers
- de beslissing tot schrapping van de registratie van de mantelzorger of mantelzorgers

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger of, in voorkomend geval, de mantelzorger(s) moet het bezwaarschrift binnen de dertig dagen na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas per aangetekende brief versturen aan het Fonds of het bezwaarschrift binnen de dertig dagen tegen ontvangstbewijs aan het Fonds afgeven. Als men wil gehoord worden, dan moet dit in het bezwaarschrift aangevraagd worden.

De zorgkas bezorgt op verzoek van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger of, in geval van bezwaar tegen de registratie, de mantelzorger(s) binnen de vijf dagen na de ontvangst van het verzoek de stukken die nodig zijn opdat de betrokkenen een bezwaarschrift zouden kunnen indienen bij het Zorgfonds. Indien de zorgkas kan bewijzen dat hij de stukken reeds aan de betrokkenen bezorgd heeft, dan mag de zorgkas hiervoor kosten aanrekenen.

Het secretariaat van de kamer van de bezwaarcommissie bij het Vlaams Zorgfonds deelt binnen de vijftien dagen na ontvangst van een ontvankelijk bezwaarschrift de zorgkas schriftelijk mee dat een ontvankelijk bezwaar werd ingediend. De mededeling bevat minstens de volgende informatie :

- de beslissing van de zorgkas waartegen het bezwaarschrift werd ingediend
- de door de gebruiker, zijn vertegenwoordiger of de mantelzorger of mantelzorgers geformuleerde betwisting met argumentatie van de door de zorgkas aangehaalde redenen tot de beslissing
- de melding dat de zorgkas het recht heeft om gehoord te worden

Het secretariaat van de kamer deelt ook binnen de vijftien dagen na ontvangst van een bezwaarschrift de gebruiker of zijn vertegenwoordiger of, in geval van bezwaar tegen de registratie, de mantelzorger mee of het bezwaar ontvankelijk is verklaard.

In geval het bezwaar ontvankelijk is, bevat de mededeling volgende informatie :

- de melding dat het bezwaar ontvankelijk is
- de melding dat de bezwaarcommissie een gemotiveerd advies over het bezwaar moet geven en dat de leidend ambtenaar van het Fonds een gemotiveerde beslissing moet nemen

In geval het bezwaar niet ontvankelijk is, bevat de mededeling volgende informatie :

- de melding dat het bezwaar niet ontvankelijk is
- de melding van de reden(en) waarom het bezwaar niet ontvankelijk is

De kamer van de bezwaarcommissie behandelt het bezwaar en verleent een gemotiveerd advies binnen de drie maanden na ontvangst van het bezwaarschrift. De kamer hoort de zorgkas en de gebruiker of zijn vertegenwoordiger of, in geval van bezwaar tegen de registratie, de mantelzorger, indien deze daar om hebben verzocht.

De leidend ambtenaar van het Fonds neemt een gemotiveerde beslissing binnen één maand na de ontvangst van het advies van de kamer of, bij ontstentenis van een tijdig advies, na het verstrijken van de termijn. Het Fonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar binnen 8 dagen naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger of, in geval van bezwaar tegen de registratie de mantelzorger en naar de zorgkas in kwestie.

De beslissing van de leidend ambtenaar heeft met terugwerkende kracht uitwerking vanaf de datum waarop de beslissing van de zorgkas in werking trad.

Gegevensinzameling in 2001 en 2002

Dit hoofdstuk van de handleiding heeft tot doel duidelijke afspraken te maken over de gegevensinzameling met betrekking tot de jaren 2001 en 2002.

1. Doel van de gegevensinzameling

De gegevensinzameling moet toelaten :

- voorschotten op de subsidies te betalen aan de zorgkassen;
- de budgettaire weerslag van de gefaseerde invoering van de zorgverzekering te meten;
- dubbele aansluitingen zo snel mogelijk vast te stellen.

2. Wijze van gegevensinzameling

Er wordt gevraagd dat de zorgkassen de maandelijkse gegevens op twee manieren overmaken :

- 1) door de aanvulling van een aantal excel-bestanden die ter beschikking worden gesteld
- 2) door het overmaken van databankgegevens

De excel-bestanden moeten garanderen dat de subsidies tijdig aan de zorgkassen worden uitbetaald. De databankgegevens zullen toelaten dat meer gedetailleerde analyses worden uitgevoerd.

3. Toelichting bij de excel-tabellen

De aan te vullen excel-bestanden worden ter beschikking gesteld door het Vlaams Zorgfonds. Deze excel-bestanden zijn beveiligd teneinde te vermijden dat kolommen of rijen worden toegevoegd of verwijderd. Tevens zijn een aantal controles ingebouwd die de consistentie van de gegevens testen.

a) Modellen A : gegevens over het aantal aangesloten leden

Algemene toelichting bij alle modellen A :

- de eerste kolom van de maand stemt overeen met de laatste kolom van de vorige maand;
- enkel personen die betaald hebben in de betrokken maand mogen opgenomen worden als nieuwe leden;
- een beëindiging wordt in aanmerking genomen in de maand waarin de zorgkas hiervan in kennis wordt gesteld, behoudens indien de datum van beëindiging zich situeert in de toekomst;

— de kolom 'overige' kan gebruikt worden voor het verwerken van wijzigingen in het ledental die niet kunnen ondergebracht worden in de andere kolommen (min-teken toevoegen). In de andere kolommen mogen enkel positieve bedragen gebruikt worden.

Lay-out model A01 en A02 :

A01 : Aantal aangesloten leden (exclusief inwoners Brussel)

A02 : Aantal aangesloten leden - inwoners Brussel

geboorte- jaar	aantal aangesloten leden begin van de maand	nieuwe aanslui- tingen	positieve mutaties	overlijden	vertrek	negatieve mutaties	vrijwillige stopzet- ting (enkel A02)	dubbele aansluiting	overige	aantal aangesloten leden einde van de maand
	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+/-)	
1976										
1975										
(... tot 1890)										
vóór 1890										

Lay-out model A03 en A04 :

A03 : Aantal aangesloten leden jonger dan 25 jaar (exclusief inwoners Brussel)

A04 : Aantal aangesloten leden jonger dan 25 jaar - inwoners Brussel
(enkel indien recht op tenlastenemingen)

geboorte- jaar	aantal aangesloten leden begin van de maand	nieuwe aanslui- tingen	positieve mutaties	overlijden	vertrek	negatieve mutaties	vrijwillige stopzet- ting (enkel A04)	dubbele aansluiting	overige	aantal aangesloten leden einde van de maand
	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+/-)	
2001										
2000										
(... tot 1977)										

b) Modellen B : gegevens over de behandeling van de aanvragen

Algemene toelichting bij alle modellen B :

er mogen enkel positieve bedragen ingevuld worden.

Lay-out en toelichting bij de modellen B0., B1. en B2. :

B01 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling (excl. inw. Brussel) - maand X

B02 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling - inwoners Brussel - maand X

B11 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling (excl. inw. Brussel) - maand X-1

B12 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling - inwoners Brussel - maand X-1

B21 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling (excl. inw. Brussel) - maand X-2

B22 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling - inwoners Brussel - maand X-2

geboorte- jaar	ingediende aanvragen	reeds afge- handelde dossiers tijdens vorige maand(en)	geweerde dossiers			goedgekeurde dossiers				Nog in behande- ling
			admini- stratief	na bijkomende indicatie	overige	profes. thuiszorg	mantelzorg (enkel B.1)	prof thuis + mantel- zorg	residentieel	
	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)
2001										
2000										
(...)										
(tot 1890)										
vóór 1890										

Toelichting :

— er wordt een tabel opgesteld per maand waarin de aanvraag is gebeurd. In principe zijn er elke maand drie tabellen (maand X-2, maand X-1 en maand X);

voorbeeld : voor de maand december (over te maken 15 februari) worden tabellen opgesteld voor :

- de aanvragen van de maand X (december)

- de aanvragen van de maand X-1 (november)

- de aanvragen van de maand X-2 (oktober)

— de tweede kolom "aanvragen van de maand" blijft ongewijzigd tijdens de daarop volgende maanden;

voorbeeld : het aantal aanvragen van oktober (meegedeeld op 15 december als zijnde maand X) is hetzelfde als het aantal aanvragen van oktober (meegedeeld op 15 februari als zijnde maand X-2);

— indien de laatste kolom van de maand X-2 "nog in behandeling" niet gelijk is aan 0, dan worden in de volgende maand een extra tabel toegevoegd voor de maand X-3. In voorkomend geval kunnen extra werkbladen toegevoegd worden die dan benoemd worden als B31 en/of B32.

voorbeeld : indien de kolom "nog in behandeling" van de maand oktober (meegedeeld op 15 februari als zijnde maand X-2) niet gelijk is aan 0, dan wordt de maand oktober nogmaals hernomen en meegedeeld op 15 maart als zijnde maand X-3). Dit word eventueel herhaald totdat de kolom "nog in behandeling" gelijk is aan 0;

— de verhuis van woonplaats (van Vlaanderen naar Brussel of omgekeerd) wordt niet in aanmerking genomen totdat de aanvraag is afgehandeld;

— de verhuis naar het buitenland of Wallonië leidt tot een administratieve weigering;

— in kolom 'overige weigeringen' kunnen de aanvragen vermeld worden die geweigerd worden om een andere reden dan beide vorige kolommen.

Lay-out en toelichting bij de modellen B5.. :

B51 : Wijziging van zorgvorm (exclusief inwoners Brussel)

B52 : Wijziging van zorgvorm - inwoners Brussel

geboorte- jaar	profes. thuiszorg naar :			mantelzorg naar :			prof thuis + mantelzorg naar :			residentieel naar :		
	mantel- zorg	prof thuis + mantel- zorg	residen- tieel	profes. thuis- zorg	prof thuis + mantel- zorg	residen- tieel	profes. thuis- zorg	mantel- zorg	residen- tieel	profes. thuis- zorg	mantel- zorg	prof thuis + mantel- zorg
2001												
2000												
(... tot 1890)												
vóór 1890												

Toelichting :

— de wijziging van zorgvorm wordt opgenomen in de tabel van de maand waarin de wijziging ingaat.

— de zorgkas stelt iedere maand slechts één tabel op

vb : Op 15 maart maakt de zorgkas de tabel over van de wijzigingen van zorgvorm die in de maand januari zijn ingegaan.

c) Modellen C : uitbetaling van tenlastenemingen

Lay-out en toelichting bij de modellen C0X :

C01 : Uitbetalingen per zorgvorm (exclusief inwoners Brussel)

C02 : Uitbetalingen per zorgvorm - inwoners Brussel

geboorte- jaar	professionele thuiszorg		mantelzorg		prof thuiszorg + mantelzorg		residentieel	
	aantal dossiers	betaald bedrag	aantal dossiers	betaald bedrag	aantal dossiers	betaald bedrag	aantal dossiers	betaald bedrag
2001								
2000								
(...)								
(tot 1890)								
vóór 1890								
TOTAAL								

Toelichting :

— in de kolom "aantal dossiers" worden enkel de dossiers vermeld waarvoor effectief in de betrokken maand een bedrag werd betaald. De dossiers waarvoor in de betrokken maand geen enkel bedrag wordt betaald, mogen niet meegeteld worden.

— in de kolom "betaald bedrag" worden de bedragen vermeld die tijdens de betrokken maand werden betaald.

Lay-out en toelichting bij de modellen C1X :

C11 : Actieve dossiers (exclusief inwoners Brussel)

C12 : Actieve dossiers - inwoners Brussel

geboorte- jaar	professionele thuiszorg		mantelzorg		prof thuiszorg + mantelzorg		residentieel	
	aantal dossiers	openstaand krediet	aantal dossiers	openstaand krediet	aantal dossiers	openstaand krediet	aantal dossiers	openstaand krediet
2001								
2000								
(...)								
(tot 1890)								
vóór 1890								
TOTAAL								

Toelichting :

— in de kolom "aantal dossiers" worden alle dossiers vermeld waarvoor nog uitbetalingen kunnen uitgevoerd worden.

— in de kolom "openstaand krediet" worden de bedragen vermeld die op het einde van de betrokken maand nog beschikbaar zijn.

Lay-out en toelichting bij de modellen C2.. en C3.. :

C21 : Controles van dossiers (exclusief inwoners Brussel)

C22 : Controles van dossiers - inwoners Brussel

C31 : Herzieningen van dossiers (exclusief inwoners Brussel)

C32 : Herzieningen van dossiers - inwoners Brussel

geboorte- jaar	professionele thuiszorg			mantelzorg			prof thuis + mantelzorg			residentieel		
	totaal	stopzet- ting	verder- zetting	totaal	stopzet- ting	verder- zetting	totaal	stopzet- ting	verder- zetting	totaal	stopzet- ting	verder- zetting
2001												
2000												
(...)												
(tot 1890)												
vóór 1890												
TOTAAL												

Toelichting :

— de controles en herzieningen worden slechts in de tabel opgenomen op het ogenblik dat het resultaat gekend is.

d) Modellen D : indicatiestellers en resultaten

Algemene toelichting bij de modellen D0.. :

— voor rubriek A en C mogen enkel positieve bedragen ingevuld worden; voor rubriek B wordt steeds een negatief bedrag ingevuld worden

— In rubriek A worden de indicatiestellingen opgenomen die vergoed worden (zie rubriek «vergoeding voor indicatiestellers» blz 28 van deze handleiding).

— In rubriek B worden de indicatiestellingen opgenomen die voorheen vergoed werden, maar die teruggevorderd werden van de diensten voor gezinszorg.

— Van rubriek A en B wordt een subtotaal gemaakt. De vergoeding voor indicatiestelling wordt uitbetaald aan de zorgkassen op basis van het subtotaal.

— In rubriek C worden de indicatiestellingen opgenomen waarvan onmiddellijk gekend is dat er geen vergoeding zal uitbetaald worden.

Opmerking : indicatiestellingen die opgenomen worden in rubriek B omdat de vergoeding werd teruggevorderd, dienen niet opnieuw opgenomen te worden in rubriek C.

— In de kolom «diensten gezinszorg» worden zowel de gegevens van de private als de openbare diensten voor gezinszorg opgenomen

— In de kolom «ocmw's» worden enkel de gegevens opgenomen van de ocmw's die niet over een dienst gezinszorg beschikken.

Lay-out bij het model D0.. :

D01 : Aantal indicatiestellingen (niet voor zorgbeh. uit Brussel)

D02 : Aantal indicatiestellingen (enkel voor zorgbehoevenden uit Brussel)

Rubriek :	diensten gezinszorg		ocmw's (enkel D01)		centra maatschappelijk welzijn		lokale dienstencentra (enkel D02)	
	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.
A. Met vergoeding								
B. Teruggevorderd								
Subtotaal								
C. Zonder vergoeding								
Totaal								

e) Model E : jaarlijks overzicht van de evolutie van het aantal aansluitingen

Algemene toelichting bij de modellen E0X :

— de kolom "aantal aangesloten leden begin van het jaar" stemt overeen met de laatste kolom van het vorig jaar. Voor de tabel van het jaar 2002 zal deze kolom niet ingevuld worden. De personen die reeds lid geworden zijn in 2001, worden beschouwd als leden van 2002.

— enkel personen die effectief betaald hebben in het betrokken jaar mogen opgenomen worden als nieuwe leden. Voor het jaar 2002 mogen ook de leden opgenomen worden die betaald hebben in 2001;

— de beëindigingen die bekendgemaakt wordt vóór 1 maart moet nog in aanmerking genomen worden;

— de kolom 'overige' kan gebruikt worden voor het verwerken van wijzigingen in het ledental die niet kunnen ondergebracht worden in de andere kolommen (min-teken toevoegen). In de andere kolommen mogen enkel positieve bedragen gebruikt worden.

Lay-out model E01 en E02 :

E01 : Aantal aangesloten leden (exclusief inwoners Brussel)

E02 : Aantal aangesloten leden - inwoners Brussel

geboorte- jaar	aantal aangesloten leden begin van de maand	nieuwe aanslui- tingen	positieve mutaties	overlijden	vertrek	negatieve mutaties	vrijwillige stopzet- ting (enkel A02)	dubbele aansluiting	overige	aantal aangesloten leden einde van de maand
	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+/-)	
1976										
1975										
(... tot 1890)										
vóór 1890										

Lay-out model E03 en E04 :

E03 : Aantal aangesloten leden jonger dan 25 jaar (exclusief inwoners Brussel)

E04 : Aantal aangesloten leden jonger dan 25 jaar - inwoners Brussel
(enkel indien recht op tenlastenemingen)

geboorte- jaar	aantal aangesloten leden begin van de maand	nieuwe aanslui- tingen	positieve mutaties	overlijden	vertrek	negatieve mutaties	vrijwillige stopzet- ting (enkel A04)	dubbele aansluiting	overige	aantal aangesloten leden einde van de maand
	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+/-)	
2001										
2000										
(... tot 1977)										

f) Modellen F : jaarlijks overzicht van de evolutie van de aanvragen

Lay-out en toelichting bij de modellen F0.. :

F01 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling (exclusief inwoners Brussel)

F02 : Evolutie van de aanvraagdossiers in behandeling - inwoners Brussel

geboorte- jaar	ingediende aanvragen	nog te behandelen aanvragen van vorig jaar	geweigerde dossiers			goedgekeurde dossiers				Nog in behande- ling
			admini- stratief	na bijkomende indicatie	overige	profes. thuiszorg	mantelzorg (enkel B..I)	prof thuis + mantel- zorg	residentieel	
	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)
2001										
2000										
(...)										
(tot 1890)										
vóór 1890										

Toelichting :

— er mogen enkel positieve bedragen ingevuld worden.

— in kolom 'overige weigeringen' kunnen de aanvragen vermeld worden die geweigerd worden om een andere reden dan beide vorige kolommen.

g) Modellen G : jaarlijks overzicht met betrekking tot de tenlastenemingen

Algemene toelichting bij alle modellen G :

— er mogen enkel positieve bedragen ingevuld worden.

Lay-out en toelichting bij de modellen G :

G01 : Uitbetalingen per zorgvorm (exclusief inwoners Brussel)

G02 : Uitbetalingen per zorgvorm - inwoners Brussel

G11 : Actieve dossiers (exclusief inwoners Brussel)

G12 : Actieve dossiers - inwoners Brussel

G21 : Controles van dossiers (exclusief inwoners Brussel)

G22 : Controles van dossiers - inwoners Brussel

G31 : Herzieningen van dossiers (exclusief inwoners Brussel)

G32 : Herzieningen van dossiers - inwoners Brussel

De lay-out van de modellen G is dezelfde als deze van de overeenkomstige modellen C :

— De modellen G0.. zijn gelijk aan de samenvoeging van de 12 modellen C van het afgelopen jaar en de 2 extra modellen C met betrekking tot hetzelfde jaar, die tijdens de eerste twee maanden worden ingediend.

Volgens het subsidiëringsbesluit dienen de uitgaven van de maanden januari en februari toegewezen te worden aan het vorige jaar, indien de uitgaven betrekking hebben op dat jaar.

— De modellen G1.. zijn gelijk aan de laatst ingediende modellen C1...

— De modellen G2.. en G3.. zijn gelijk aan de samenvoeging van de 12 modellen C2.. en C3.. van het afgelopen jaar.

4. Toelichting bij de databankgegevens

De maandelijkse databankgegevens mogen worden overgemaakt onder de vorm van een ascii-bestand.

a) structuur van het recordtype A : leden

header : jaar en maand, zorgkas, type A (YYYYMMXXXA)

code zorgkas :

- 180 = CM-zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualeiten
- 480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse zorgkas
- 780 = Omob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)
- b. code van gemeente (NIS-code van fusiegemeente) (veldlengte 5, numeriek)
- c. datum aanvang aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- d. datum betaling van de laatste ledenbijdrage DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- e. verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- f. code van aansluiting (veldlengte 2, numeriek)
 - 0 = aansluiting bij opstart zorgverzekering
 - 1 = bereiken leeftijd
 - 2 = aansluiting wegens zorgbehoefendheid (jonger dan 25 jaar)
 - 3 = komen wonen in Vlaanderen
 - 4 = komen wonen in Brussel (en aansluiting binnen 6 maanden)
 - 5 = vrijwillige aansluiting in Brussel (na meer dan 6 maanden)
 - 7X = mutatie van andere zorgkas
 - 71 = CM-zorgkas
 - 72 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
 - 73 = Zorgkas van de Socialistische Mutualeiten
 - 74 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
 - 75 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 - 76 = Vlaamse zorgkas
 - 77 = Omob-Zorgkas
 - 78 = Zorgkas DKV Belgium
 - 8 = ambtshalve aansluiting (enkel voor Vlaamse zorgkas)
 - 9 = onbekend
- g. code regularisatie (EU-onderdaan) (veldlengte 2, numeriek)
 - 00 = geen regularisatie
 - 10 = Belgische nationaliteit
 - 11 = andere nationaliteit
- h. datum beëindiging aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- i. verwerkingsdatum van de beëindiging van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- j. code van beëindiging aansluiting (veldlengte 4, numeriek)
 - 1010 = overlijden
 - 1020 = einde van zorgbehoefendheid (jonger dan 25 jaar)
 - 1030 = verlaten van Vlaanderen of Brussel
 - 1050 = vrijwillige stopzetting in Brussel
 - 1060 = schrapping van dubbele aansluiting
 - 107X = mutatie naar andere zorgkas
 - 1071 = CM-zorgkas
 - 1072 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
 - 1073 = Zorgkas van de Socialistische Mutualeiten
 - 1074 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
 - 1075 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
 - 1076 = Vlaamse zorgkas
 - 1077 = Omob-Zorgkas
 - 1078 = Zorgkas DKV Belgium
 - 1080 = overige
 - 1090 = onbekend

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen maandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden dienen eveneens toegevoegd te worden.

b) structuur van het recordtype B : tenlastenemingsdossiers*header : jaar en maand, zorgkas, type B (YYYYMMXXXB)*

code zorgkas :

180 = CM-zorgkas

280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen

380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualeiten

480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen

580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

680 = Vlaamse zorgkas

780 = Omob-Zorgkas

880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

a. geboortjaar (YYYY) (veldlengte 4, numeriek)

b. NIS-code van de fusiegemeente -op het ogenblik van de aanvraag (veldlengte 5, numeriek)

c. NIS-code van de fusiegemeente - domicilië (veldlengte 5, numeriek)

d. geslacht (veldlengte 1, numeriek)

1 = M

2 = V

e. datum van de aanvraag DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

f. code zorgvorm bij aanvraag (veldlengte 1, numeriek)

1 = professionele thuiszorg

2 = mantelzorg

3 = professionele thuiszorg en mantelzorg

4 = residentiële zorg

g. code indicatiesteller of attest (veldlengte 6, numeriek)

207001 = diensten voor gezinszorg

201001 = ocmw's

213001 = centra voor maatschappelijk welzijn

207003 = lokale dienstencentra

900210 = Katz-schaal thuisverpleging

900220 = evaluatieschaal tegemoetkoming in verzorgingsinrichting

900230 = bewijs van opname in psychiatrisch verzorgingstehuis

900240 = BEL-profielschaal in de gezinszorg

900280 = medisch-sociale schaal voor integratietegemoetkoming, tegemoetkoming hulp aan bejaarden, tegemoetkoming hulp van derden

900290 = bijkomende kinderbijslag uit hoofde van het kind

h. datum van de beslissing DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

i. code zorgvorm met gunstige beslissing (veldlengte 1, numeriek)

0 = nog geen beslissing of bijkomend onderzoek

1 = professionele thuiszorg

2 = mantelzorg

3 = professionele thuiszorg en mantelzorg

4 = residentiële zorg

j. code beslissing (veldlengte 1, numeriek)

0 = nog geen beslissing

1 = goedgekeurd

2 = goedgekeurd doch beperkt door cumul (o.a. Vlaams Fonds)

3 = bijkomend onderzoek

4 = administratief geweigerd dossier

5 = overige weigeringen

k. datum van bijkomend onderzoek DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

l. code zorgvorm met gunstige beslissing na bijkomend onderzoek (veldlengte 1, numeriek)

0 = geen beslissing of geen bijkomend onderzoek

1 = professionele thuiszorg

2 = mantelzorg

3 = professionele thuiszorg en mantelzorg

4 = residentiële zorg

m. code beslissing na bijkomend onderzoek (veldlengte 1, numeriek)

0 = geen beslissing of geen bijkomend onderzoek

1 = goedgekeurd

2 = goedgekeurd doch beperkt door cumul (o.a. Vlaams Fonds)

6 = geweigerd na bijkomende indicatiestelling

n. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

o. datum wijziging zorgvorm DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

p. code zorgvorm bij wijziging zorgvorm (veldlengte 1, numeriek)

1 = professionele thuiszorg

2 = mantelzorg

3 = professionele thuiszorg en mantelzorg

4 = residentiële zorg

- q. (meest recente) maand en jaar waarin zorg werd verleend of product werd gekocht (periode van prestatie) DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- r. (meest recente) datum van betaling van tenlasteneming DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- s. bedrag dat werd uitbetaald tijdens de betrokken maand (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- t. bedrag van het openstaand krediet op het einde van de betrokken maand (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- u. code controle of herziening (veldlengte 1, numeriek)
- 0 = geen controle of herziening uitgevoerd
 - 1 = herziening
 - 2 = controle
- v. datum van de beslissing (mbt controle of herziening) DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- w. code beslissing (mbt controle of herziening) (veldlengte 1, numeriek)
- 1 = verderzetting
 - 2 = verderzetting mits wijziging van de zorgvorm
 - 3 = stopzetting
- x. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen na controle of herziening DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen maandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden dienen eveneens toegevoegd te worden.

c) structuur van het recordtype D : indicatiestellers en resultaten

header : jaar en maand, zorgkas, type D (YYYYMMXXD)

code zorgkas :

- 180 = CM-zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualeiten
- 480 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen
- 580 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 680 = Vlaamse zorgkas
- 780 = Omob-Zorgkas
- 880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

- a. geboortejaar van zorgbehoevende (YYYY) (veldlengte 4, numeriek)
- b. code zorgvorm (veldlengte 1, numeriek)
- 1 = professionele thuiszorg
 - 2 = mantelzorg
 - 3 = professionele thuiszorg en mantelzorg
 - 4 = residentiële zorg
- c. erkenningsnummer indicatiesteller (veldlengte 8, numeriek)
- d. code indicatiesteller (veldlengte 6, numeriek)
- 207001 = diensten voor gezinszorg
 - 201001 = ocmw's
 - 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn
 - 207003 = lokale dienstencentra
- e. datum van de aanvraag DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- f. datum van de indicatiestelling DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- g. resultaat van de indicatiestelling (veldlengte 2, numeriek)
- h. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- i. datum van de terugvordering van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen maandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden dienen eveneens toegevoegd te worden.

5. Schematisch overzicht van het overmaken van de gegevens :

Gegevens van de maand :	einddatum voor het overmaken van de gegevens :	model A en type A	model B en type B	model C	model D en type D	model E	model F	model G
oktober 2001	vr 14-dec-01	x	x		x			
november 2001	ma 14-jan-02	x	x		x			
december 2001	vr 15-feb-02	x	x		x			
januari 2002	vr 15-mrt-02	x	x	x	x			
februari 2002	ma 15-apr-02	x	x	x	x			
maart 2002	wo 15-mei-02	x	x	x	x			
april 2002	vr 14-jun-02	x	x	x	x			
mei 2002	ma 15-jul-02	x	x	x	x			
juni 2002	wo 14-aug-02	x	x	x	x			
juli 2002	vr 13-sep-02	x	x	x	x			

Gegevens van de maand :	einddatum voor het overmaken van de gegevens :	model A en type A	model B en type B	model C	model D en type D	model E	model F	model G
augustus 2002	di 15-okt-02	x	x	x	x			
september 2002	vr 15-nov-02	x	x	x	x			
oktober 2002	vr 13-dec-02	x	x	x	x			
november 2002	wo 15-jan-03	x	x	x	x			
december 2002	vr 14-feb-03	x	x	x	x			
januari 2003 mbt 2002	vr 14-mrt-03			x (*)				
februari 2003 mbt 2002	ma 31-mrt-03			x (**)				
samenvatting 2002	ma 31-mrt-03					x	x	x

Nota

(*) heeft enkel betrekking op de modellen C0.. en C1..

(**) heeft enkel betrekking op de modellen C0.. De modellen C1.. zijn immers gelijk aan de modellen G1..

lijst van producten

Bedden en toebehoren

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.*
01.01	Ziekenhuisbed	ja
01.02	Hoog- laag bed	ja
01.03	Bedverhoger	ja
01.04	Zijsponde (onrusthekken)	ja
01.05	Zelfoprichter op voet	ja
01.06	Hoes voor matras - anti-allergiehoes	ja
01.07	Bedtafel	ja
01.08	Rugsteun	ja
01.09	Dekenboog	ja
01.10	Veiligheids- en positioneringsgordels	ja
01.11	Mechanische of elektrische patiëntenlift	ja
01.12	Anatomisch hoofdkussen	ja

Anti-decubitusmateriaal**

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
02.01	Luchtkussens of luchtmatras	nee
02.02	Waterkussens of watermatras	ja
02.03	Gelkussens of gelmatras	ja
02.04	Wisseldrukmatras en motor	ja
02.05	Foammatras of visco-elastische (traag-) schuimmatras	ja
02.06	Vezelkussen of vezelmatras	ja
02.07	Voet-, elleboog- en hielbeschermers	nee

Nota

**met uitzondering van dorso lumbale schelpen in matrasvorm of stuitkorsetten of totale nachtorthesen die na medisch voorschrift op maat vervaardigd worden.

Woninginrichting

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
03.01	Geriatrische zetel	nee
03.02	Relax zetel	ja
03.03	Voorzettafel voor zetel	ja
03.04	Lift : traplift, rolstoelplateaulift	ja

Hygiëne

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
04.01	Bedpan	nee
04.02	Bedfles	nee
04.03	Toiletstoel : vast of op wieltjes	ja
04.04	Toiletverhoger	ja
04.05	Pedicuremateriaal	nee

 Nota

* tenlasteneming van het product door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Mobiliteit

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
05.01	Rolstoel (manuele en elektronische)	ja
05.02	Personenalarmsysteem	nee
05.03	Tillift	ja

Badhulp

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
06.01	Aanpassingen bad	ja
06.02	Aanpassingen douche	ja
06.03	Aanpassingen wastafel	ja
06.04	Badzitje en badplankje	ja
06.05	Badmat	ja
06.06	Douchestoel en douchezitten	ja
06.07	Badlift	ja

Ademhaling

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
07.01	Luchtreiniger	nee
07.02	Aspirator + toebehoren	nee
07.03	Ontspanner Zuurstofbril- masker	nee
07.04	Meeneembaar model O2	nee
07.05	Huur O2- flessen	nee

Incontinentie

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
08.01	Onderleggers	ja
08.02	Luiers	ja

Voeding en perfusie

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
09.01	Perfusiestaander	nee
09.02	Voedingspomp en toedieningslijn	nee
09.03	Intraveneuze pomp en toedieningslijn	nee

Palliatieve zorg

	Vlaams Zorgfonds	V.F.S.I.P.H.
10.01	Pijnpomp en toedieningslijn	nee

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering.

Brussel, 1 oktober 2001.

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Mevr. M. VOGELS