

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

[C - 2003/35210]

GOM-Limburg. — Wijziging van de samenstelling van de raad van bestuur

Bij besluit van de Vlaamse minister van Economie, Buitenlands Beleid, Buitenlandse Handel en Huisvesting van 22 januari 2003, wordt aan de heer Karel Willaert eervol ontslag gegeven als lid van de raad van bestuur van de GOM-Limburg en wordt de heer Jos Van Den Boer benoemd als lid van de raad van bestuur voor de resterende termijn van het mandaat van de heer Karel Willaert.

Dit besluit treedt in werking op 22 januari 2003.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

[C - 2003/35125]

23 DECEMBER 2002. — Ministerieel besluit houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke kansen en Ontwikkelingssamenwerking,

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, 18 mei 2001 en 20 december 2002;

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, zoals gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 14 december 2001;

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, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002 en 13 december 2002;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 3 juli 2002 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse regering;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 6 december 2002;

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 volgens de aangepaste procedures van start gaat op 1 januari 2003 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 nieuwe 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. Het ministerieel besluit van 1 oktober 2001 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering wordt opgeheven.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2003.

Brussel, 23 december 2002.

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,
M. VOGELS

Handleiding Zorgverzekering

DEEL I. — Verdere definiëring van de actoren

Hoofdstuk I. — Vertegenwoordiger

Afdeling I. — Vertegenwoordiger zonder volmacht.

Afdeling II. — Vertegenwoordiger met volmacht

DEEL II. — Beschrijving van de processen

Hoofdstuk I. — Hoogte van de bijdragen

Hoofdstuk II. — Betaling van de jaarlijks verschuldigde bijdrage door aangeslotenen

Hoofdstuk III. — Aansluiting bij een zorgkas

Afdeling I. — Aansluiting bij een zorgkas naar keuze

Afdeling II. — Ambtshalve aansluiting

Afdeling III. — Meerdere aansluitingen bij verschillende zorgkassen in eenzelfde periode

Afdeling IV. — Beëindiging van de aansluiting

Hoofdstuk IV. — Sancties bij niet aansluiting en niet betaling

Hoofdstuk V. — Verandering van zorgkas

Hoofdstuk VI. — Aanvraag voor tenlasteneming en beslissing over de formele voorwaarden

Afdeling I. — Tabel

Afdeling II. — Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar

Afdeling III. — Gebruikers (onder de 25 jaar) die nog niet bij een zorgkas kunnen aansluiten door het betalen van de bijdrage

Hoofdstuk VII. — Formele voorwaarde voor tenlasteneming indien de gebruiker de laatste vijf jaar niet ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond heeft

Hoofdstuk VIII. — Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming

Afdeling I. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een attest van een indicatiestelling die reeds uitgevoerd is

Afdeling II. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest

Hoofdstuk IX. — Vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling

Hoofdstuk X. — Handleiding BEL zorgverzekering

Hoofdstuk XI. — Beslissing over de tenlasteneming

Hoofdstuk XII. — Geldigheidsduur van een beslissing

Hoofdstuk XIII. — Verandering van zorgvorm

Hoofdstuk XIV. — Beslissing tot herziening, verlenging of stopzetting van een (oorspronkelijke) positieve beslissing

Afdeling I. — Herziening op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger

Afdeling II. — Verlenging van een positieve beslissing

Afdeling III. — Stopzetting van een positieve beslissing

Hoofdstuk XV. — Controle op de tenlasteneming

Hoofdstuk XVI. — Uitvoering van de tenlasteneming

Afdeling I. — Financiële regeling : algemeen

Afdeling II. — Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Vlaanderen wonen

Afdeling III. — Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Brussel wonen

Afdeling IV. — Financiële regeling met betrekking tot diensten verleend door professionele, residentiële voorzieningen

Hoofdstuk XVII. — Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen

Afdeling I. — Terugvordering

Afdeling II. — Vrijstelling van terugvordering

Hoofdstuk XVIII. — Cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen

Afdeling I. — Mantel- en thuiszorg en persoonlijk assistentiebudget (PAB)

Afdeling II. — Mantel- en thuiszorg en het verblijf in een residentiële voorziening erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Hoofdstuk XIX. — Bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds

Hoofdstuk XX. — Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen

Hoofdstuk XXI. — Gegevensinzameling

Afdeling I. — Recordtype A : leden

Afdeling II. — Recordtype B : tenlastenemingsdossiers

Afdeling III. — Recordtype D : indicatiestellers en resultaten

Hoofdstuk XXII. — Slotbepalingen

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 houdende de organisatie van de zorgverzekering en de bijhorende uitvoeringsbesluiten

DEEL I. — Verdere definiëring van de actoren

HOOFDSTUK I. — *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.

Afdeling I. — Vertegenwoordiger zonder volmacht

Volgende personen kunnen zonder volmacht als vertegenwoordiger van een gebruiker optreden :

- de echtgenoot, echtgenote of een verwant in de eerste of tweede graad ((groot)ouder, (klein)kind, broer of zus) van de gebruiker;

de vertegenwoordiger dient op het aanvraagformulier te vermelden onder welke hoedanigheid hij of zij zich ten opzichte van de gebruiker bevindt (echtgenote, zus, enz.);

- Een meerderjarig lid van het gezin van de gebruiker. In dit geval volstaat ter bewijsovereenkomst een attest van gezinssamenstelling van betrokkenen. Dit attest wordt door de gemeente uitgereikt;

- de wettelijke vertegenwoordiger van de gebruiker : zijnde 1 van de onderstaande personen :
 - > 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.

Afdeling II. — Vertegenwoordiger met volmacht

De personen die niet voldoen aan één van de in afdeling I vermelde omschrijvingen kunnen als vertegenwoordiger van de gebruiker optreden als zij over een document beschikken waarin staat dat de gebruiker of diens wettelijke vertegenwoordiger hem volmacht verleent. Dit kan om het even wie zijn, het is niet beperkt tot het wettelijke begrip vertegenwoordiger'.

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.

DEEL II. — Beschrijving van de processen

HOOFDSTUK I. — Hoogte van de bijdragen

Periode : 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 : 10 euro

jaar 2003 : 25 euro

10 euro voor de personen die op 1 januari 2002 recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging

HOOFDSTUK II. — Betaling van de jaarlijks verschuldigde bijdrage door aangeslotenen

Onder dit hoofdstuk wordt de betaling behandeld, 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 zorgkas of de oprichtende instantie mag 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 één document verrichten.

Er wordt de aangeslotene wel een aparte mededeling bezorgd waar duidelijk vermeld staat welk bedrag van de aangeslotene voor de Vlaamse zorgverzekering gevraagd wordt. Er wordt ook duidelijk vermeld voor welke periode het bedrag gevraagd wordt.

Beide documenten kunnen uiteraard in eenzelfde mailing verstuurd worden.

De mededeling dient minstens de volgende informatie te bevatten :

- het bedrag dat in het kader van de zorgverzekering gevraagd wordt en de periode waarvoor dit bedrag gevraagd wordt.

- 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

Bestaande domiciliëringsoverdrachten kunnen slechts gebruikt worden om de bijdrage door een aangeslotene te laten betalen als deze persoon (of zijn gezinshoofd) hiervoor voorafgaandelijk de toestemming gegeven heeft.

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.

De zorgkassen mogen een einddatum voor het betalen van de bijdrage vooropstellen. Deze einddatum mag niet vallen voor 1 januari van het jaar waarop de bijdrage betrekking heeft. Als deze einddatum in het lopende jaar valt, mogen er geen sancties aan verbonden worden.

Een aangeslotene, voor wie een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering ingediend wordt, betaalt zijn ledenbijdrage van dat jaar vóór 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 is niet verplicht voor bijdragen, gezamenlijk betaald door een gezinshoofd.

HOOFDSTUK III. — *Aansluiting bij een zorgkas**Afdeling I. — Aansluiting bij een zorgkas naar keuze*

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

De oprichtende instanties van de zorgkassen kunnen een mailing sturen naar hun leden en/of verzekerden met de mededeling dat zij kunnen aansluiten bij een zorgkas. 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.

De mededeling en de uitnodiging tot betaling (de overschrijving) moeten op aparte documenten verspreid worden.

De mededeling dient minstens de volgende informatie te bevatten :

- het bedrag dat in het kader van de zorgverzekering gevraagd wordt en de periode waarvoor dit bedrag gevraagd wordt;

- iedereen die in Vlaanderen woont en ouder is dan 25 jaar, is verplicht zich bij één van de acht erkende zorgkassen 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.

De uitnodiging tot betaling vermeldt enkel het bedrag dat moet betaald worden voor de zorgverzekering. Er wordt benadrukt dat de eerste bijdrage, waardoor men aansluit, betaald moet worden via storting op een rekeningnummer op naam van de zorgkas.

De zorgkassen dienen de keuzevrijheid van de gebruiker te respecteren. De mededeling en de uitnodiging tot betaling mogen dus geen aanwijzingen bevatten die laten uitschijnen dat aansluiting bij de zorgkas in kwestie verplicht is. Het moet steeds duidelijk zijn dat aansluiting bij één van de acht erkende zorgkassen verplicht is.

De zorgkassen mogen ten vroegste 1 april als einddatum voor het betalen van de bijdrage vooropstellen met vermelding van de reden dat men anders vanaf 1 juli ambtshalve aangesloten zal worden bij de Vlaamse zorgkas. In geen geval mag hiervoor als sanctie de schorsing met vier maanden als reden opgegeven worden.

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 is niet verplicht voor gezamenlijke aansluitingen, betaald door het gezinshoofd.

Alleen een werkgever of een OCMW kan als derde optreden.

Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

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 een lijst aan de zorgkas van de personen waarvoor de betaling wordt uitgevoerd, samen met de betaling van de bijdragen.

De zorgkas moet een register bijhouden van de bij haar aangesloten personen. Zij registreert ten minste de volgende gegevens van de 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.

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

Afdeling II. — 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 zich niet binnen de gestelde termijnen aansluiten bij een erkende zorgkas, ambtshalve aansluiten :

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 (het jaar 2003) 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.

Als 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 als betaald wordt voor 2002 en 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 kan de aangeslotene enkel nog van zorgkas veranderen via de procedure, beschreven in hoofdstuk V.

Afdeling III. — 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 controleren.

Als principe geldt dat de persoon –die zijn bijdrage betaald heeft- aangesloten is bij de zorgkas die als eerste binnen de daartoe voorziene termijnen aan het Vlaams Zorgfonds meegedeeld heeft dat de persoon bij hem aangesloten is. Indien de zorgkassen op hetzelfde ogenblik 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 vervalt, 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.

Afdeling IV. — 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. In afwijking hiervan moeten bij overlijden van de aangeslotene de ledenbijdragen niet meer betaald worden, indien de aangeslotene die nog verschuldigd zou zijn.

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

HOOFDSTUK IV. — 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.

Men is voor een jaar verplicht te betalen in de volgende gevallen :

- > als men op de eerste januari van het jaar in kwestie bij een zorgkas aangesloten is;
- > als men met ingangsdatum in het jaar in kwestie ambtshalve aangesloten wordt.

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 derde 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 aangesloten zijn tijdens 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.

- 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 ingaat.

- 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.

HOOFDSTUK V. — *Verandering van zorgkas*

Een verandering van zorgkas is rechtsgeldig indien :

- 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
- de nieuwe zorgkas een overzicht van alle betalingen van de ledenbijdragen en een overzicht van de tenlastenemingen van het laatste jaar van de oude zorgkas ontvangen heeft.

Hiertoe 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 haar 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 en een overzicht van de tenlastenemingen, verricht tijdens het laatste jaar.
- 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 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.
- 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 zijn verschuldigde 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.

Tenlastenemingen worden door die zorgkas uitbetaald waarbij de gebruiker aangesloten was in de maand waarop de tenlasteneming betrekking heeft. Dit houdt in dat er geen kredietoverdracht van de oude naar de nieuwe zorgkas zal plaatsvinden.

Terugvorderingen bij de gebruiker worden ook door die zorgkas verricht waarbij de gebruiker aangesloten was op het moment dat de tenlastenemingen, waarop de terugvordering betrekking heeft, onterecht uitgevoerd zijn.

HOOFDSTUK VI. — *Aanvraag voor tenlasteneming en beslissing over de formele voorwaarden**Afdeling I. — Tabel*

zorgvorm	aanvraag indienen	tenlastenemingen
mantel- en thuiszorg	vanaf 1 januari 2003	vanaf 1 april 2003*
residentiële zorg (C-score en PVT**)	vanaf 1 juli 2002	vanaf 1 oktober 2002
residentiële zorg (B-score**)	vanaf 1 januari 2003	vanaf 1 april 2003

* overgangsbepaling : de personen met een positieve beslissing voor mantelzorg en/of thuiszorg en producten in 2002 die ook nog geldt voor 2003, beschikken vanaf 1 januari 2003 over een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg.

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

*Afdeling II. — Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar**Onderafdeling I. — Algemeen*

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

Een persoon kan geen aanvraag voor tenlasteneming indienen, als hij niet bij de zorgkas aangesloten is door het betalen van minstens één bijdrage.

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

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

Onderafdeling II. — 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 betaald hebben voor 1 april of voor het indienen van de aanvraag
3. in het lopende jaar geen aanvraag voor tenlasteneming bij een andere zorgkas ingediend hebben
4. wat de aanvragen voor tenlasteneming voor residentiële zorg betreft, effectief verblijven in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening

Onderafdeling III. — 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.

Personen sluiten laattijdig aan wanneer zij :

- ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten in het kalenderjaar dat zij 26 jaar worden
- ofwel niet binnen de 6 maanden aansluiten, nadat zij in Brussel komen wonen in een kalenderjaar dat zij minstens 26 jaar worden.

De termijn van ononderbroken aansluiting verlenget 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 of voor het indienen van de aanvraag betaald hebben;

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

5. wat de aanvragen voor tenlasteneming voor residentiële zorg betreft, effectief verblijven in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening

De zorgkas gaat na of de gebruiker aan de formele voorwaarden voldoet en vraagt, indien nodig, verdere bewijsvoering 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 reden.

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

Onderafdeling IV. — Keuze van de zorgvorm

Er zijn twee mogelijkheden :

- mantel- en thuiszorg;
- residentiële zorg.

Alleen personen die in een thuismilieu verblijven, kunnen een aanvraag indienen voor mantel- en thuiszorg. Het thuismilieu is de plaats waar de gebruiker effectief woont of inwoont, met uitsluiting van de collectieve woonvormen waar personen op een duurzame wijze verblijven en gehuisvest zijn. Een serviceflat wordt beschouwd als een thuismilieu.

Alleen personen die in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verblijven, kunnen een aanvraag indienen voor residentiële zorg.

Afdeling III. — Gebruikers (onder de 25 jaar) die nog niet bij een zorgkas kunnen aansluiten door het betalen van de bijdrage

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.

Deze gebruikers moeten eveneens aan de gestelde formele voorwaarden voor tenlasteneming voldoen.

Uitzondering :

• gebruikers die jonger zijn dan 25 jaar en die in Brussel wonen, kunnen niet laattijdig aansluiten. Zij hoeven dus 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.

• gebruikers 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.

HOOFDSTUK VII. — 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.

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 die hij in dat jaar moet betalen. 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 zijn bijdrage aan de zorgkas voor het jaar 2003.

Iemand van 27 jaar die bijvoorbeeld in het jaar 2003 een aanvraag voor tenlasteneming indient, dient ook voor regularisatie maximaal het vijfvoud van de bijdrage van dat jaar te betalen. 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 zijn bijdrage aan de zorgkas voor het jaar 2003.

Iemand van 23 jaar die bijvoorbeeld in het jaar 2003 een aanvraag voor tenlasteneming indient, dient voor regularisatie geen bijdrage te betalen.

HOOFDSTUK VIII. — *Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming*

Er zijn wat de indicatiestelling betreft, twee mogelijkheden :

Afdeling I. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een attest van een indicatiestelling die reeds uitgevoerd is :

Volgende scores komen voor de mantel-en thuiszorg in aanmerking :

- ◆ minstens de score 35 op de BEL-profielschaal van de gezinszorg;
- ◆ minstens de score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging;
- ◆ 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

Volgende scores komen voor de residentiële zorg in aanmerking :

- ◆ minstens 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
- ◆ de personen die op of na 1 april 2003 veranderen van zorgvorm van mantel- en thuiszorg naar residentiële zorg, worden beschouwd als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen en hoeven geen verdere scores aan te tonen

De gebruiker vraagt het attest op basis van de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting aan bij zijn verzekeringsinstelling (ziekenfonds, Kas Geneeskundige Verzorging van de NMBS, Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Hij vraagt het attest op basis van een bewijs van opname van de gebruiker in een psychiatrisch verzorgingstehuis aan bij zijn verzekeringsinstelling of bij het psychiatrisch verzorgingstehuis.

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.

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 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

De attesten moeten minstens volgende gegevens bevatten :

naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker bij wie de indicatiestelling 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 indicatiestelling

In uitzondering hierop geldt een kopie van de beslissing tot integratietegemoetkoming of tot tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden ook als attest.

Het attest op basis van een bewijs van opname 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 een psychiatrisch verzorgingstehuis

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

Op de dag van de aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering mag de geldigheidsduur van bovenvermelde indicatiestelling of van de beslissing in het oorspronkelijke stelsel krachtens de bovenvermelde indicatiestelling niet verstreken zijn.

Afdeling II. — 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. 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 BEL-profielschaal van de zorgverzekering. De indicatiesteller vult het HOOFDSTUK « Vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen » in. De BEL-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 ontvangt de indicatiestelling 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 voor tenlastenemingen voor mantel- en thuiszorg.

UITZONDERINGEN

De vaststelling bij gebruikers die tussen vijf en achttien jaar oud 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.

Gebruikers onder de vijf jaar kunnen geen indicatiestelling aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering bij hen laten uitvoeren.

HOOFDSTUK IX. — 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 Vlaams Zorgfonds. Deze aanvraag bevat het aantal uitgevoerde indicatiestellingen die aan de bovenvermelde voorwaarden voldoen. Het Zorgfonds vergoedt de zorgkassen maandelijks. Het Zorgfonds kan hiervoor verdere instructies opstellen.

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. Ze dient hiervoor een creditnota in bij het Vlaams Zorgfonds. In voorkomend geval wordt de hiervoor uitbetaalde vergoeding in mindering gebracht op de in de volgende maand te betalen vergoedingen.

De aanvraag van de zorgkassen dient aan volgende vormvereisten te voldoen :

- de aanvraag wordt opgesteld onder de vorm van een verzamelstaat, waarop alle facturen worden vermeld die tijdens de afgelopen maand werden ingediend door de gemachtigde indicatiestellers;
- per factuur worden volgende gegevens op de verzamelstaat opgenomen :
 - de naam en het GKB-nummer van de gemachtigde indicatiesteller;
 - de factuurdatum;
 - het aantal gefactureerde indicatiestellingen per indicatiesteller;
 - het gefactureerde bedrag per indicatiesteller;
 - in voorkomend geval : het aantal teruggevorderde indicatiestellingen per indicatiesteller;
 - in voorkomend geval : het teruggevorderde bedrag per indicatiesteller;
 - in voorkomend geval : het verschil tussen het gefactureerde en het teruggevorderde bedrag per indicatiesteller;
- de verzamelstaat vermeldt het totaal bedrag waarvoor terugbetaling gevraagd wordt. Dit totaal bedrag is het verschil tussen het totaal van alle gefactureerde bedragen en van alle teruggevorderde bedragen of creditnota's
- bij de verzamelstaat wordt een kopie gevoegd van alle facturen en eventuele creditnota's waarop hij betrekking heeft.
- iedere zorgkas mag slechts één verzamelstaat indienen per maand. Deze verzamelstaat kan eventueel opgedeeld worden in deelstaten per afdeling, doch wordt steeds in één zending overgemaakt aan het Vlaams Zorgfonds. In voorkomend geval worden de bijgevoegde kopies van facturen en creditnota's gegroepeerd per deelstaat.
- de verzamelstaat dient ten laatste op de 15^e dag van de maand volgend op de maand waarop hij betrekking ingediend te worden bij het Vlaams Zorgfonds.

Het Vlaams Zorgfonds heeft het recht de verzamelstaat die niet tijdig is ingediend, over te dragen naar de eerstvolgende betaaldatum.

HOOFDSTUK X. — Handleiding BEL zorgverzekering

BEL-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 : HUISHOUELIJKE 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 fysische functies die uitvallen. Dit is het blok dat analoog is met de thuisverpleging, waar de gradatie van uitval van fysische functies wordt nagegaan. Dit stuk van de foto geeft informatie over de zorgbehoefte van de gebruiker op fysisch lichamelijk 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 denkpiste : 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 producten.

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.

FINANCIELE VERRICHTINGEN

= het uitvoeren van betalingen en financiële opdrachten

HYGIENISCHE VERZORGING KINDEREN

= naargelang de leeftijd van de kinderen : gaande van wassen, verschonen, 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, rondlopen,

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,)
- onwelvoeglijk (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 zorgbehoefendheid ?

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

HOOFDSTUK XI. — Beslissing over de tenlasteneming

De zorgkas beslist over de aanvraag voor 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 in het kader van een bijkomend onderzoek uitvoert, moet ten minste beschikken over het niveau van de graad van geïntegreerde in de gezinswetenschappen, 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.

Het onderzoek moet steeds gebeuren aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering. De BEL 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 wordt bepaald overeenkomstig het hoofdstuk geldigheidsduur van een beslissing'.

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 zijn recht op tenlasteneming kan laten gelden
- de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing tot tenlasteneming
- de vermelding op welke zorgvorm en op welk bedrag de gebruiker een beroep kan doen
- 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 of zijn vertegenwoordiger een verandering van zorgvorm 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

- in voorkomend geval, 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.

HOOFDSTUK XII. — *Geldigheidsduur van een beslissing*

De zorgkas beslist over de duur van de geldigheid van een positieve beslissing op basis van de indicatiestelling. Een positieve beslissing van een zorgkas geldt minstens voor zes maanden.

De geldigheidsduur van een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg bedraagt maximaal drie jaar, uitgezonderd de geldigheidsduur van een positieve beslissing op basis van een attest op basis van minstens een B-score in de thuisverpleging bij gebruikers die op het moment van het ingaan van de beslissing jonger dan 75 jaar zijn, waar de maximale geldigheidsduur één jaar bedraagt.

De geldigheidsduur van een positieve beslissing voor residentiële zorg geldt voor onbepaalde duur.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing van de zorgkas wordt berekend vanaf de dag waarop de beslissing tot tenlasteneming ingaat.

HOOFDSTUK XIII. — *Verandering van zorgvorm*

Men verandert van zorgvorm wanneer men van mantel- en thuiszorg naar, in het kader van de zorgverzekering erkende of met een erkenning gelijkgestelde professionele residentiële zorg, overstapt (en omgekeerd).

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet elke wijziging in de keuze van een bepaalde zorgvorm onmiddellijk bij de zorgkas aanvragen.

De zorgkas beslist over de aanvraag tot verandering van zorgvorm. De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing mee.

Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens volgende informatie :

- de vermelding dat de gebruiker in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm
- de vermelding vanaf wanneer de gebruiker recht heeft op tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm
- de vermelding op welke zorgvorm en op welke bedrag de gebruiker een beroep kan doen
- de vermelding van de geldigheidsduur van de beslissing

Deze mededeling bevat bij een negatieve beslissing minstens volgende informatie :

- de melding dat de gebruiker niet in aanmerking komt voor de verandering van zorgvorm
- de vermelding van de reden of redenen waarom de gebruiker niet in aanmerking komt

Bij de verandering van mantel- en thuiszorg naar residentiële zorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de eerste volle maand dat de gebruiker in een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verblijft.

Bij de verandering van residentiële zorg naar mantel- en thuiszorg gaat de tenlasteneming voor de nieuwe zorgvorm, eventueel met terugwerkende kracht, in vanaf de eerste dag van de maand na deze waarin de gebruiker de erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening verlaten heeft.

Een verhuis van een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening naar een andere residentiële voorziening kan niet als een verandering van zorgvorm beschouwd worden. Dit dient via een aanvraag tot herziening behandeld te worden.

Overgangsmaatregel

Voor gebruikers die voor 1 april 2003 veranderen van mantel- en thuiszorg naar residentiële zorg en die over een B-score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting beschikken, worden de tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf 1 april 2003 uitgevoerd.

In de onderstaande tabel staan afhankelijk van de situatie van de gebruiker, de acties die de zorgkas dient te ondernemen, vermeld.

Aanvraag tot verandering naar residentiële zorg ingediend vanaf januari 2003	Acties van de zorgkas
<ul style="list-style-type: none"> — indiening aanvraag voor verandering — verblijf start voor 1 april 2003 in erkende residentiële voorziening — C- score, PVT 	<ul style="list-style-type: none"> — aanvaarding van de aanvraag voor verandering tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening (ten vroegste vanaf 1 januari 2003)
<ul style="list-style-type: none"> — indiening aanvraag voor verandering — verblijf start voor 1 april 2003 in erkende residentiële voorziening — B-score <ul style="list-style-type: none"> — indiening aanvraag voor verandering — verblijf start op of na 1 april 2003 in erkende residentiële voorziening 	<ul style="list-style-type: none"> — aanvaarding van de aanvraag voor verandering — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — tenlastenemingen voor residentiële zorg ten vroegste vanaf 1 april 2003 (bij volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening in april) <ul style="list-style-type: none"> — aanvaarding van de aanvraag voor verandering — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening (ten vroegste vanaf 1 april 2003)
<ul style="list-style-type: none"> — gebruiker voldoet aan voorwaarden voor verandering naar residentiële zorg — gebruiker overlijdt tijdens eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening 	<ul style="list-style-type: none"> — aanvaarding van de aanvraag voor verandering — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening — tenlasteneming voor residentiële zorg in de maand dat gebruiker overlijdt
<ul style="list-style-type: none"> — gebruiker voldoet aan voorwaarden voor verandering naar residentiële zorg — gebruiker verblijft in een <u>niet</u> erkende residentiële voorziening 	<ul style="list-style-type: none"> — stopzetting van de positieve beslissing voor tenlasteneming — tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening

HOOFDSTUK XIV. — *Beslissing tot herziening, verlenging of stopzetting van een (oorspronkelijke) positieve beslissing*

Afdeling I. — Herziening op vraag van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft het recht om op ieder ogenblik een herziening te vragen. De herziening gebeurt via het invullen van een herzieningsformulier. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger vult het formulier in, ondertekent het en dient het in bij zijn zorgkas.

De procedure in verband met het nagaan van de formele voorwaarden en de eventuele vaststelling van het verminderd zelfzorgvermogen verloopt conform het hoofdstuk over het behandelen van een aanvraag. De zorgkas beslist over de herziening van de tenlasteneming.

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 beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor tenlasteneming. De positieve 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.

Een verhuis van een erkende of met een erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening naar een andere residentiële voorziening dient via een aanvraag tot herziening behandeld te worden.

Afdeling II. — Verlenging van een positieve beslissing

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

De gebruiker doet in samenspraak met de zorgkas een beroep op een attest of de gebruiker of zijn vertegenwoordiger duidt in samenspraak met de zorgkas een gemachtigde indicatiesteller aan.

Het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen wordt vastgesteld overeenkomstig hoofdstuk VIII.

De zorgkas beslist over de verlenging 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.

De zorgkas neemt een positieve beslissing over de verlenging als de gebruiker nog steeds als langdurig en ernstig zorgbehoevend beschouwd wordt. In het andere geval wordt de beslissing stopgezet.

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk haar beslissing over de verlenging van de tenlasteneming mee. Deze mededeling bevat bij een positieve beslissing minstens de informatie die meegedeeld wordt bij een positieve beslissing over een aanvraag voor de tenlasteneming. De verlenging van de tenlasteneming treedt in werking op de dag dat de geldigheidsduur van de vorige beslissing verstrijkt.

Afdeling III. — Stopzetting van een positieve beslissing

De zorgkas zet een beslissing stop als de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet of als de gebruiker niet meer als ernstig en langdurig zorgbehoevend wordt beschouwd. De zorgkas deelt de beslissing tot stopzetting schriftelijk mee aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger.

De mededeling bevat bij een stopzetting 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
- in voorkomend geval, een kopie van 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 treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de dag waarop de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet of waarop de gebruiker niet meer als langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen beschouwd wordt.

De beslissing tot stopzetting ten gevolge van het niet meer als langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen beschouwd worden, gaat in :

- op de eerste dag van de maand na de beslissing tot stopzetting door de zorgkas bij een beslissing voor mantel- en thuiszorg
- op de eerste dag van de maand na de vaststelling door de verzekeringsinstelling, bij een beslissing voor residentiële zorg

HOOFDSTUK XV. — Controle op de tenlasteneming

Bijkomende onderzoeken en controles worden verricht bij minstens 10 % van de eerste 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 Vlaams 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 gegradueerde in de gezinswetenschappen, 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.

De controle moet steeds gebeuren aan de hand van de BEL-profielschaal van de zorgverzekering. De BEL 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 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 zestig 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.

HOOFDSTUK XVI. — *Uitvoering van de tenlasteneming*

Afdeling I. — Financiële regeling : algemeen

Het recht op tenlasteneming gaat in op de eerste dag van de derde maand na de aanvraag. Een eventuele opschorting van de tenlastenemingen (zie hoofdstuk IV) gaat ook in vanaf de eerste dag van de derde maand na de aanvraag.

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

zorgvorm	bedrag per maand
mantel- en thuiszorg	90 euro
professionele residentiële zorg	125 euro

Bij een gebruiker die in de loop van de maand sterft, wordt de tenlasteneming voor de maand in kwestie nog uitgevoerd.

Personen die in een erkend of met een erkenning gelijkgesteld rusthuis of rust- en verzorgingstehuis verblijven, ontvangen tot 31 maart 2003 enkel tenlastenemingen als ze aan de formele voorwaarden voldoen en als ze over een score C op de schaal voor tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting beschikken. Indien een dergelijke persoon na terugzetting over een B-score zou beschikken, dan worden de tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf 1 april 2003 opnieuw uitgevoerd. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger hoeft hiervoor geen nieuwe aanvraag in te dienen.

Afdeling II. — Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Vlaanderen wonen

De zorgkas betaalt het bedrag voor mantel- en thuiszorg aan de gebruiker maandelijks in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker uit.

Afdeling III. — Financiële regeling met betrekking tot mantel- en thuiszorg voor gebruikers die in Brussel wonen

De zorgkas betaalt het bedrag voor mantel- en thuiszorg aan de gebruiker in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker uit.

De tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg wordt slechts uitgevoerd als de gebruiker in dezelfde maand op één van de volgende door de Vlaamse regering erkende of met een erkenning gelijkgestelde voorzieningen een beroep doet of erin verblijft :

- een dienst voor gezinszorg
- een lokaal of regionaal dienstencentrum
- een centrum voor kortverblijf
- een dagverzorgingscentrum
- een dienst voor oppashulp
- een serviceflat
- een dienst voor gezinszorg of OCMW die in het kader van de zorgverzekering erkende of met erkenning gelijkgestelde schoonmaakhulp biedt.

Indien een dergelijke voorziening aan de gebruiker in een bepaalde maand zorgverlening biedt, dan heeft de gebruiker recht op de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg voor die maand.

Als bewijs voor het bieden van de zorgverlening geldt de factuur die de gebruiker aan de zorgkas bezorgt. De factuur moet ingediend worden binnen de zes maanden na de prestatie maand waarop ze betrekking heeft.

De factuur bevat de volgende vermeldingen :

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

Afdeling IV. — Financiële regeling met betrekking tot diensten verleend door professionele, residentiële voorzieningen

De zorgkas betaalt rechtstreeks aan de gebruiker de tenlasteneming voor residentiële zorg terug in contanten aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker. Dit gebeurt op basis van een geldig attest op basis van een score die in aanmerking komt voor residentiële zorg overeenkomstig het hoofdstuk vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming'.

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

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

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

De residentiële voorziening meldt dit voor de vijfde dag van de maand na deze waarin de toestand van de gebruiker gewijzigd is.

De betaling gebeurt op zijn vroegst in de loop van de maand die volgt op de maand waarop de tenlasteneming betrekking heeft.

*HOOFDSTUK XVII. — Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen**Afdeling I. — Terugvordering*

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 zes 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.

Afdeling II. — Vrijstelling van terugvordering

De zorgkassen kunnen door het Vlaams Zorgfonds vrijgesteld worden van terugvordering van onrechtmatig uitgevoerde tenlastenemingen bij een gebruiker onder de volgende voorwaarden :

- de onverschuldigde betaling mag niet voortvloeien uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de zorgkas;
- de zorgkas toont aan dat alle haar ter beschikking staande middelen, rechtsmiddelen inbegrepen, werden aangewend om de terugbetaling te vorderen. Deze voorwaarde wordt als vervuld beschouwd wanneer de terugvordering wordt beschouwd als onzeker of wanneer de kosten verbonden aan de uitvoering van de terugvordering, het terug te vorderen bedrag overschrijden. Het sturen van een gerechtsdeurwaarder is niet vereist als het terug te vorderen bedrag lager dan 270 euro is;
- de onverschuldigde betaling van een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg mag niet gebeurd zijn voor de twintigste van de maand waarop ze betrekking heeft.

De zorgkas vraagt de vrijstelling van terugvordering aan bij het Vlaams Zorgfonds. Het Fonds ontwerpt hiervoor een formulier.

De leidend ambtenaar van het Vlaams Zorgfonds neemt een beslissing om de zorgkas al of niet vrij te stellen van de terugvordering van de onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen. Een negatieve beslissing van de leidend ambtenaar wordt met redenen omkleed. Het Zorgfonds deelt deze beslissing mee aan de zorgkas.

Het Vlaams Zorgfonds kan nadere regels bepalen met betrekking tot de vrijstelling van terugvordering.

HOOFDSTUK XVIII. — *Cumulatie van de tenlasteneming met uitkeringen krachtens andere bepalingen**Afdeling I. — Mantel- en thuiszorg en persoonlijk assistentiebudget (PAB)*

Personen hebben geen recht op de uitvoering van een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg indien ze in dezelfde maand een beroep doen op het persoonlijk assistentiebudget (PAB). De beslissing kan echter niet worden geweigerd of stopgezet omwille van het feit dat iemand beroep doet op het persoonlijk assistentiebudget.

Het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap 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 mantel- en thuiszorg.

Afdeling II. — Mantel- en thuiszorg en het verblijf in een residentiële voorziening erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Personen hebben geen recht op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg als ze volgens het protocol van verblijf in een voltijds regime verblijven in een door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap 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

In voorkomend geval worden de tenlastenemingen voor de maanden in kwestie opgeschort.

Als een persoon die volgens een protocol van verblijf in een voltijds regime in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening verblijft, gedurende 21 of meer opeenvolgende dagen afwezig is uit deze voorziening, dan heeft hij recht op een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg voor de maand of maanden waarin deze aaneengesloten periode van afwezigheid valt.

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger zal op het aanvraagformulier moeten verklaren of de gebruiker in een voltijds regime 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.

HOOFDSTUK XIX. — *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 over de verlenging van een tenlasteneming
- de beslissing over een stopzetting 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

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
 - 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 over de verlenging van de tenlasteneming :
 - het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' of het attest
 - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
 - de beslissing over de verlenging 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 over de stopzetting van de tenlasteneming :
 - de laatste beslissing over de tenlasteneming vóór de beslissing tot stopzetting
 - in voorkomend geval, het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen' of het attest dat geleid heeft tot de beslissing tot stopzetting
 - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle » die geleid heeft tot de beslissing tot stopzetting
 - de beslissing tot stopzetting van de tenlasteneming
 - een betwisting met argumentatie van de door de zorgkas vermelde reden of redenen waarom de beslissing stopgezet is
- 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

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger moet het bezwaarschrift binnen de dertig dagen na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas per aangetekende brief versturen aan het Zorgfonds of het bezwaarschrift binnen de dertig dagen tegen ontvangstbewijs aan het Zorgfonds 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 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 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 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 Zorgfonds 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, indien deze daar om hebben verzocht.

De leidend ambtenaar van het Zorgfonds 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 Zorgfonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar binnen 8 dagen naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger 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.

HOOFDSTUK XX. — *Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen*

Indien de zorgkas zelf een foutieve beslissing heeft genomen, dan kunnen zij deze rechtzetten door een nieuwe beslissing naar de gebruiker of zijn vertegenwoordiger op te sturen, waarbij de oude beslissing nietig verklaard wordt met vermelding van de reden waarom.

Indien de rechtzetting van de foutieve beslissing nog binnen de zestig dagen na de aanvraag voor (de herziening van) de tenlasteneming gebeurt, dienen kopieën van de foutieve en de rechtgezette beslissingen in het dossier bewaard te worden.

Indien de foutieve beslissing later dan zestig dagen na de aanvraag voor (de herziening van) de tenlasteneming rechtgezet wordt, dan dient men, naast het bewaren van de kopieën in de dossiers, tevens kopieën van de foutieve en de rechtgezette beslissing aan het Vlaams Zorgfonds te bezorgen.

HOOFDSTUK XXI. — *Gegevensinzameling**Afdeling I. — Recordtype A : leden***Structuur**

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

code zorgkas :

180 = CM-zorgkas

280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen

380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten

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. geboortjaar (veldlengte 4, numeriek)

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

d. datum aanvang aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

e. datum betaling van de laatste ledenbijdrage DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

f. verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

g. code van aansluiting (veldlengte 2, numeriek)

00 = aansluiting bij opstart zorgverzekering

10 = bereiken leeftijd

20 = indienen aanvraag tenlasteneming (jonger dan 26 jaar)

21 = goedgekeurde aanvraag tenlasteneming (jonger dan 26 jaar, is effectief lid van de zorgkas)

30 = komen wonen in Vlaanderen

40 = komen wonen in Brussel (en aansluiting binnen 6 maanden)

50 = 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 Mutualiteiten

74 = Zorgkas van de liberale ziekenfondsen

75 = Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

76 = Vlaamse zorgkas

77 = Omob-Zorgkas

78 = Zorgkas DKV Belgium

80 = ambtshalve aansluiting (enkel voor Vlaamse zorgkas)

90 = onbekend

h. code regularisatie (EU-onderdaan) (veldlengte 2, numeriek)

00 = geen regularisatie

10 = Belgische nationaliteit

11 = andere nationaliteit

i. datum beëindiging aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

j. verwerkingsdatum van de beëindiging van aansluiting DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

k. code van beëindiging aansluiting (veldlengte 4, numeriek)

0000 = geen beëindiging aansluiting

1010 = overlijden

1020 = einde van zorgbehoevendheid (jonger dan 26 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 Mutualiteiten

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

l. betaald bedrag tijdens het kalenderjaar (veldlengte 5, numeriek) (999,99 komma moet niet toegevoegd worden. Indien het betrokken lid in het betrokken kalenderjaar nog niet betaald heeft, dan wordt dit veld opgevuld met nullen.

m. verhoogde verzekeringstegemoetkoming (veldlengte 1, numeriek)

0 = voorlopig onbekend

1 = persoon geniet niet van verhoogde verzekeringstegemoetkoming

2 = persoon geniet van verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Frequentie en volume :

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

Overgang 2002-2003 :

De leden die hun aansluiting beëindigen of beëindigd hebben op 31/12/2002 mogen niet meer opgenomen worden in het tekstbestand A, behalve dan de uitgaande mutaties van 2002 - 2003. Deze moeten nog opgenomen worden in de bestanden 200303A en 200306A.

Uitleg velden :

rijksregisternummer : rijksregisternummer van het betrokken lid

geboortejaar : geboortejaar van het betrokken lid

code van de gemeente : NIS - code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon laatst in het Vlaams Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woonachtig was (toestand laatste dag van het opgevraagde trimester).

datum aanvang aansluiting : datum van de aansluiting van betrokken lid bij de betrokken zorgkas. De aansluitingsdatum is altijd van de vorm 01/01/JJJJ met JJJJ het eerste jaar dat het betrokken lid aangesloten was bij de zorgkas.

datum betaling van de laatste ledenbijdrage : datum waarop de laatste ledenbijdrage betaald werd door het betrokken lid. Indien in het betrokken jaar nog een regularisatie betaald wordt door het betrokken lid, dan moet dit veld niet aangepast worden.

verwerkingsdatum van de aanvang van aansluiting

code aansluiting : het type aansluiting waarover het gaat

00 = aansluiting opstart zorgverzekering. Vanaf volgend jaar mag voor nieuwe aansluitingen deze code niet meer gebruikt worden (behalve dan voor personen die niet ambtshalve willen aansluiten bij de Vlaamse zorgkas en vooralsnog kiezen voor een andere zorgkas dan de 680).

10 = bereiken leeftijd. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden en in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen. De ledenbijdrage moet voor 1 juli betaald worden.

20 = deze code moet gebruikt worden wanneer een persoon jonger dan 26 jaar een aanvraag voor tenlasteneming indient.

21= deze code moet gebruikt worden wanneer een persoon jonger dan 26 jaar een positieve beslissing voor tenlasteneming heeft.

30 = komen wonen in Vlaanderen. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden of zijn en in Vlaanderen komen wonen. De bijdrage moet betaald worden binnen de zes maanden nadat men in Vlaanderen is komen wonen.

40 = komen wonen in Brussel. Het gaat hier om personen die in het lopend jaar 26 jaar worden of zijn en in Brussel komen wonen. De bijdrage moet betaald worden binnen de zes maanden nadat men in Brussel is komen wonen

50 = vrijwillige aansluiting in Brussel

7x = inkomende mutatie van zorgkas x

80 = de ambtshalve aansluiting door de Vlaamse zorgkas. De Vlaamse zorgkas is de enige zorgkas die deze code mag gebruiken.

90 = onbekend

code regularisatie : deze code slechts invullen indien het om een regularisatie gaat (zie handleiding pg 21)

datum beëindiging aansluiting : is steeds van de vorm 31/12/jjjj (ook voor dubbele aansluitingen) ofwel wordt dit veld opgevuld door nullen (indien er geen beëindiging is).

verwerkingsdatum beëindiging aansluiting :

code van beëindiging aansluiting

0000 = geen beëindiging aansluiting

1010 = overlijden

1020 = einde van de zorgbehoevendheid (code 21) of geweigerde aanvraag (code 20). Deze code kan alleen gebruikt worden indien betrokken lid nog geen 26 is.

1030 = verlaten van Vlaanderen of Brussel

1050 = vrijwillige stopzetting in Brussel

1060 = schrapping van dubbele aansluiting

107X = mutatie naar andere zorgkas

1080 = overige

1090 = onbekend

betaald bedrag tijdens kalenderjaar : in dit veld wordt het bedrag van de ledenbijdrage voor het kalenderjaar ingevuld, vermeerderd met eventuele bedragen voor regularisaties.

verhoogde verzekeringstegemoetkoming geeft aan of betrokken lid een VT'er is of niet. Voor 2003 is de toestand op 01/01/2002 van belang.

Afdeling II. — Recordtype B : tenlastenemingsdossiers

Structuur

header : jaar en maand, zorgkas, type B (YYYYMMXXB)

code zorgkas :

180 = CM-zorgkas

280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen

380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten

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. Geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)

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

d. Code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)

e. Code aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 1, numeriek)

0 = aanvraag

1 = herziening

2 = verlenging

f. datum van de aanvraag, herziening of verlenging DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

g. code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging (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. resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging (veldlengte 2, numeriek, veld = 99 indien het gaat om een attest)

i. code bijkomend onderzoek (veldlengte 1, numeriek)

0 = geen bijkomend onderzoek

1 = bijkomend onderzoek

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

k. resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek (veldlengte 2, numeriek, indien geen bijkomend onderzoek is veld 99)

l. code beslissing (veldlengte 1, numeriek)

0 = nog geen beslissing

1 = goedgekeurd

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

4 = administratief geweigerd dossier

5 = overige weigeringen

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

n. datum laatste wijziging zorgvorm DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

- o. code zorgvorm (veldlengte 1, numeriek)
 0 = geen positieve beslissing na aanvraag, herziening of verlenging
 4 = residentiële zorg
 5 = mantel- en thuiszorg
- p. code beslissing na controle (veldlengte 1, numeriek)
 0 = geen controle of nog geen beslissing na controle
 1 = verderzetting
 3 = stopzetting
- q. resultaat van de indicatiestelling bij controle (veldlengte 2, numeriek, indien geen controle is veld = 99)
- r. datum van de beslissing na controle DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- s. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- t. code uitbetaling of terugvordering
 0 = uitbetaling
 1 = terugvordering
- u. bedrag dat werd uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- v. bedrag van het openstaand krediet op het einde van het trimester (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- w. parameter 1 (veldlengte 8, numeriek)
- x. parameter 2 (veldlengte 8, numeriek)
- y. parameter 3 (veldlengte 8, numeriek)
- z. parameter 4 (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen driemaandelijks overgemaakt te worden. De databankgegevens zijn cumulatief : de gegevens van vorige maanden dienen eveneens toegevoegd te worden. Behalve waar dit expliciet wordt opgegeven, worden velden die niet ingevuld hoeven te worden, opgevuld door nullen.

Overgang 2002-2003 :

Gezien de kredieten van 2002 nog tot en met april 2003 opgebruikt mogen worden, betekent dit dat alle actieve dossiers van 2002 moeten opgenomen worden in het tekstbestand B van 2003.

Actieve dossiers van het jaar 2002 zijn :

- de lopende dossiers (dossiers waarvan de einddatum tenlasteneming valt na 31/12/2002)
- de dossiers die niet meer lopend zijn maar waarvan het krediet verschillend is van nul

Deze records blijven dan minstens tot eind 2003 in het tekstbestand B van 2003 staan.

Het krediet van 2002 kan na april 2003 niet meer opgebruikt worden. Dit betekent dat in het bestand 200303B en 200306B het krediet van 2002 nog opgenomen wordt. Daarna wordt het krediet van 2002 op nul gezet en wordt het dus niet meer megedeeld in de bestanden 200309B en 200312B.

Voor Brussel is het zo dat er wel nog « krediet » voor het jaar 2003 moet megedeeld worden. Dit betekent dat in de bestanden 200303B en 200306B het veld krediet voor de dossiers in Brussel zowel het krediet van 2002 als die van 2003 zal bevatten.

Uitleg velden :

a. rijksregisternummer :

b. geboortejaar :

c. NIS-code fusiegemeente : NIS - code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon laatst in het Vlaams Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woonachtig was (toestand laatste dag van het opgevraagde trimester)

d. Code decentraal punt van de zorgkas : de afdeling waar desbetreffend dossier fysisch geconsulteerd kan worden.

e. Code aanvraag, herziening of verlenging : in dit veld wordt aangegeven of het hier een aanvraag, een herziening of een verlenging betreft. Dit veld werd ingevoerd aangezien een herziening en een verlenging een nieuw record wordt.

f. datum van de aanvraag, herziening of verlenging : datum waarop de aanvraag of herziening aangevraagd wordt. Bij een verlenging is deze datum gelijk aan de datum van de uitvoering van de indicatiestelling of de datum van de indiening van het attest bij de zorgkas.

g. code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging

h. resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging : hier moet de score ingevuld worden van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling. Indien er geen indicatiestelling heeft plaatsgevonden (er wordt met een attest gewerkt) dan moet dit veld opgevuld worden door « 99 » in te vullen, en niet 00. Er worden hier dus « opvulnogens » i.p.v. opvulnullen gebruikt. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling, dus vooraleer de eigenlijke beslissing genomen werd.

i. code bijkomend onderzoek : hier wordt aangegeven of er een bijkomend onderzoek plaats heeft gehad of niet.

j. datum indicatiestelling bij bijkomend onderzoek : datum waarop het bijkomend onderzoek (dus eigenlijk de bijkomende indicatiestelling) heeft plaatsgehad

k. resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek : hier moet de score van de indicatiestelling ingevuld worden bij bijkomend onderzoek. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling. Indien er geen bijkomend onderzoek plaats heeft of het resultaat is nog niet bekend, dan wordt dit veld opgevuld door « 99 » in te vullen.

l. Code beslissing : is een samentrekking van de vroegere velden j. « Code beslissing » en m. « code beslissing na bijkomend onderzoek ». (De code is hier de code al dan niet na bijkomend onderzoek). De optie 3 = bijkomend onderzoek in het vroegere veld j. is vervangen door veld i. « code bijkomend onderzoek ».

m. datum van de beslissing : datum waarop de beslissing over de aanvraag, herziening of verlenging genomen werd.

n. datum laatste wijziging zorgvorm : datum waarop de laatste wijziging van de zorgvorm ingaat. Indien er meerdere wijzigingen zijn, wordt de laatste datum weerhouden. Deze datum is de datum waarop het bedrag van de uitbetaling effectief verandert. Het is dus steeds een datum van de vorm 01/mm/jjjj.

o. Code zorgvorm : in dit veld wordt de laatst geldige zorgvorm ingeput. De code bij de aanvraag moet niet meer worden opgegeven. Het is pas indien de aanvraag goedgekeurd wordt dat dit veld ingevuld moet worden. Bij wijziging van zorgvorm wordt dit veld gewoon aangepast en wordt het veld n. « datum laatste wijziging zorgvorm » ingevuld.

p. code beslissing na controle :

q. resultaat van de indicatiestelling bij controle : hier moet de score ingevuld worden van de indicatiestelling bij controle. Indien er geen controle heeft plaatsgevonden of het resultaat van de controle is nog niet bekend, dan moet dit veld opgevuld worden door 99 in te vullen, en niet 00. Er worden hier dus « opvulnegens » i.p.v. opvulnullen gebruikt. De score mag ingevuld worden op het ogenblik dat de zorgkas kennis neemt van het resultaat van de indicatiestelling, dit kan dus vallen voor de datum waarop de eigenlijke beslissing van de controle genomen werd.

r. datum van de beslissing na controle : datum waarop de beslissing na controle genomen werd.

s. einddatum voor uitvoering tenlastenemingen : dit veld is de samentrekking van de velden n. « einddatum voor uitvoering tenlastenemingen » en x. « einddatum voor uitvoering tenlastenemingen na controle of herziening » in de vroegere B-bestanden. De laatst geldige einddatum dient hier ingevuld te worden. Voor residentiële zorg is deze datum gelijk aan « 00000000 ».

t. code uitbetaling of terugvordering : met dit veld kunnen wij bepalen of het veld u. « bedrag uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar » een positief of negatief bedrag is.

u. bedrag dat werd uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar : in dit veld wordt het cumulatief bedrag (of saldo) van alle uitbetalingen en terugvorderingen tijdens het betrokken kalenderjaar weggeschreven.

v. bedrag van het openstaand krediet op het einde van het betrokken trimester

velden w.; x.; y.; z. : zijn eventueel nog te bepalen velden voor de financiële verantwoordelijkheid van de zorgkassen

Afdeling III. — Recordtype D : indicatiestellers en resultaten

Structuur

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

code zorgkas :

- 180 = CM-zorgkas
- 280 = Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- 380 = Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- 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. Geboortejaar (veldlengte 4, numeriek)
- c. NIS-code van fusiegemeente (veldlengte 5, numeriek)
- d. Code decentraal punt van de zorgkas (veldlengte 3, numeriek)
- e. GKB-nummer indicatiesteller (veldlengte 8, numeriek)
- f. code indicatiesteller (veldlengte 6, numeriek)
 - 207001 = diensten voor gezinszorg
 - 201001 = ocmw's
 - 213001 = centra voor maatschappelijk welzijn
 - 207003 = lokale dienstencentra
- g. datum van de aanvraag, herziening of verlenging DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- h. datum van de indicatiestelling DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- i. resultaat van de indicatiestelling (veldlengte 2, numeriek)
- j. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)
- k. datum van de terugvordering van de indicatiesteller DDMMYYYY (veldlengte 8, numeriek)

Frequentie en volume :

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

Overgang 2002-2003 :

Het bestand 2003 wordt vanaf 0 opnieuw opgebouwd. Er worden geen records van 2002 overgedragen naar het bestand 2003.

Uitleg velden :**a. rijksregisternummer :****b. geboortejaar****c. NIS-code fusiegemeente :** NIS - code van de fusiegemeente waar de betrokken persoon laatst in het Vlaams Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woonachtig was (toestand laatste dag van het opgevraagde trimester).**d. Code decentraal punt van de zorgkas :** afdeling waar desbetreffend dossier fysisch geconsulteerd kan worden.**e. GKB-nummer indicatiesteller :****f. code indicatiesteller of attest****g. datum van de aanvraag, herziening of verlenging :** datum van de aanvraag, herziening of verlenging (zie uitleg bestand B). Indien er nog geen aanvraag of herziening werd ingediend mag dit veld «00000000» zijn. Bij een verlenging is deze datum steeds gelijk aan veld h. datum van de indicatiestelling.**h. datum van de indicatiestelling :** datum waarop de indicatiestelling uitgevoerd wordt**i. resultaat van de indicatiestelling :** score van de zorgbehoevende bij de indicatiestelling.**j. datum van de uitbetaling van de indicatiesteller :** datum waarop het bedrag uitbetaald wordt. Indien het om een indicatiestelling gaat die nog niet uitbetaald is of die niet uitbetaald dient te worden, dan mag dit veld « 00000000 » blijven.**k. datum van de terugvordering van de indicatiesteller :** datum waarop de terugvordering geïnd wordt. Indien er geen terugvordering plaats vindt, dan wordt dit veld « 00000000 ».HOOFDSTUK XXII. — *Slotbepalingen*

De toelichtingsfiches 7/001, 8/001, 17/001, 18/001, 22/001, 25/001, 27/001, 27/002, 41/001, 41/002, 46/001 bij de handleiding zorgverzekering van het ministerieel besluit van 1 oktober 2001 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering worden opgeheven.

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

Brussel, 23 december 2002.

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,
M. VOGELS

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

[C – 2003/35126]

23 DECEMBER 2002. — Ministerieel besluit houdende de bepaling van de formulieren in verband met de zorgverzekering

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,

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, 18 mei 2001 en 20 december 2002;

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, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002 en 13 december 2002;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 3 juli 2002 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse regering,

Besluit :

Artikel 1. In uitvoering van artikel 21, § 1, artikel 29, en artikel 34, § 1, van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering gebruikt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een van de volgende formulieren :

1° het aanvraagformulier dat als bijlage I bij dit besluit gevoegd is, voor een aanvraag voor mantel- en thuiszorg;

2° het aanvraagformulier dat als bijlage II bij dit besluit gevoegd is, voor een aanvraag voor residentiële zorg.

Art. 2. In uitvoering van artikel 37, § 1, van hetzelfde besluit gebruikt de door de zorgkas aangewezen indicatiesteller het formulier dat als bijlage III bij dit besluit gevoegd is.**Art. 3.** Het ministerieel besluit van 1 oktober 2001 houdende de bepaling van de formulieren in verband met de zorgverzekering wordt opgeheven.**Art. 4.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2003.

Brussel, 23 december 2002.

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,
M. VOGELS