

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2003 — 4536

[2003/202027]

31 OKTOBER 2003. — Ministerieel besluit houdende uitvoering van artikel 33, 1e lid, 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

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001 en 20 december 2002, inzonderheid op artikel 6, § 1, 4^e lid, en op artikel 23ter, 2^e lid;

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, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002, 13 december 2002 en 9 mei 2003, inzonderheid op artikel 33;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 10 juni 2003 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse regering,

Besluit :

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder :

1^o decreet : 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;

2^o besluit : 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, gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002, 13 december 2002 en 9 mei 2003;

3^o Fonds : het Vlaams Zorgfonds, bedoeld in artikel 11 van het decreet;

4^o bezwaarcommissie : de bezwaarcommissie, bedoeld in artikel 42 van het besluit.

Art. 2. De gebruiker of zijn vertegenwoordiger kan bij het Fonds een bezwaarschrift indienen tegen de beslissing van de zorgkas waarbij enerzijds de gebruiker wordt erkend en anderzijds de uitvoering van de tenlasteneming wordt geschorst overeenkomstig artikel 6, § 1, 4^e lid, 1^e zin, van het decreet.

Art. 3. § 1. Om ontvankelijk te zijn moet het bezwaarschrift :

1^o met redenen omkleed zijn;

2^o vergezeld zijn van alle relevante stukken;

3^o binnen dertig dagen na ontvangst van de beslissing, bedoeld in artikel 1, per aangetekende brief verstuurd zijn aan het Fonds of er binnen die termijn tegen ontvangstbewijs zijn afgegeven.

§ 2. Onder relevante stukken wordt minstens verstaan :

1^o een kopie van het aanvraagformulier voor de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering;

2^o een kopie van de beslissing, bedoeld in artikel 2;

3^o een uittreksel uit het bevolkingsregister houdende de feitelijke gezinssamenstelling op het ogenblik van indiening van het bezwaarschrift;

4^o een kopie van alle nuttige stukken ter staving van de middelen van de gebruiker en de personen met wie hij samenleeft, zoals het aanslagbiljet van de belastingen, een pensioenstrookje of uittreksels uit de individuele rekening;

5^o een kopie van alle nuttige stukken ter staving van de lasten van de gebruiker en de personen met wie hij samenleeft, zoals facturen of uittreksels uit de individuele rekening.

De voormelde relevante stukken, bedoeld onder 4^o en 5^o, moeten betrekking hebben op ieder jaar waarvoor de gebruiker geen bijdrage heeft betaald in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

§ 3. Indien de gebruiker weigert de middelen en lasten, bedoeld in § 2, 4^o en 5^o, bekend te maken, wordt het bezwaarschrift onontvankelijk verklaard.

Art. 4. Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger gehoord wil worden bij de behandeling van het bezwaarschrift door de bezwaarcommissie, moet dat op straffe van verval gevraagd worden in het bezwaarschrift.

Art. 5. § 1. Als het bezwaar ontvankelijk is, bezorgt het Fonds het bezwaarschrift binnen vijftien dagen na ontvangst aan de bezwaarcommissie.

§ 2. De bezwaarcommissie verleent haar gemotiveerd advies aan het Fonds binnen drie maanden na ontvangst van het bezwaarschrift.

§ 3. De leidend ambtenaar van het Fonds neemt een gemotiveerde beslissing binnen één maand na ontvangst van het advies of, bij ontstentenis van een tijdig advies, na het verstrijken van de in het vorige lid bedoelde termijn.

§ 4. Het Fonds stuurt de beslissing van de leidend ambtenaar van het Fonds binnen acht dagen met aangetekende brief aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger en aan de betrokken zorgkas.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op 1 november 2003.

Brussel, 31 oktober 2003.

A. BYTTEBIER

TRADUCTION

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2003 — 4536

[2003/202027]

31 OCTOBRE 2003. — Arrêté ministériel portant exécution de l'article 33, alinéa premier, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins

La Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Égalité des Chances,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001 et 20 décembre 2002, notamment l'article 6, § 1^{er}, alinéa 4, et l'article 23^{ter}, alinéa 2;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel qu'il a été modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002 et 9 mai 2003, notamment l'article 33;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 10 juin 2003 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté on entend par :

1° décret : le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001 et 20 décembre 2002;

2° arrêté : l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel qu'il a été modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002 et 9 mai 2003;

3° Fonds : le "Vlaams Zorgfonds" (Fonds flamand des Soins), visé à l'article 11 du décret;

4° commission de réclamation : la commission de réclamation visée à l'article 42 du décret.

Art. 2. L'usager ou son représentant peut introduire auprès du Fonds une réclamation contre la décision de la caisse d'assurance soins de reconnaître l'usager, d'une part, et de suspendre, d'autre part, l'exécution de la prise en charge conformément à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 4, 1^{re} phrase du décret.

Art. 3. § 1^{er}. Pour être recevable, la réclamation doit :

1° être motivée;

2° être accompagnée de toutes les pièces pertinentes;

3° être envoyée en recommandé au Fonds ou y remise contre récépissé dans les trente jours de la réception de la décision visée à l'article 1^{er}.

§ 2. Par pièces pertinentes, on entend au moins :

1° une copie du formulaire de demande de prise en charge dans le cadre de l'assurance soins;

2° une copie de la décision visée à l'article 2;

3° un extrait du registre de la population démontrant la composition de fait du ménage au moment de l'introduction de la réclamation;

4° une copie de toutes les pièces utiles justificatives des ressources de l'usager et des personnes avec qui il cohabite, tels que la feuille d'impôts, une souche de pension, ou des extraits du compte individuel;

5° une copie de toutes les pièces utiles justificatives des charges de l'usager et des personnes avec qui il cohabite, tels que factures ou des extraits du compte individuel.

Les pièces justificatives utiles visées au 4° et au 5° doivent se rapporter à chaque année pendant laquelle l'usager n'a pas payé de cotisation dans le cadre de l'assurance soins flamande.

§ 3. Si l'usager refuse de communiquer les ressources et charges visées au § 2, 4° et 5°, la réclamation est déclarée irrecevable.

Art. 4. Si l'usager ou son représentant souhaite être entendu quand la commission traite la réclamation, il est tenu d'en faire la demande dans la réclamation, à peine de forclusion.

Art. 5. § 1^{er}. Si la réclamation est recevable, le Fonds transmet la réclamation à la commission de réclamation dans les quinze jours de la réception.

§ 2. La commission de réclamation formule son avis motivé au Fonds dans les trois mois de la réception de la réclamation.

§ 3. Le fonctionnaire dirigeant du Fonds prend une décision motivée dans le mois de la réception de l'avis ou, à défaut d'avis dans le délai, à l'expiration du délai visé à l'alinéa précédent.

§ 4. Le Fonds envoie la décision du fonctionnaire dirigeant du Fonds, par lettre recommandée, dans les huit jours à l'usager ou son représentant et à la caisse d'assurance soins en question.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} novembre 2003.

Bruxelles, le 31 octobre 2003

A. BYTTEBIER