

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

**VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE**

**MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP**

[C – 2005/36074]

**1 AUGUSTUS 2005. — Ministerieel besluit houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering**

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

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, 20 december 2002 en 30 april 2004;

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 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, 13 december 2002, 9 mei 2003, 14 november 2003, 2 april 2004, 22 oktober 2004 en 11 maart 2005;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 27 juli 2004 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse Regering;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 17 december 2004 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2005;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 7 april 2005;

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 2005 zodat onverwijld uitvoering moet gegeven worden aan de bepalingen van de besluiten van de Vlaamse Regering ter zake 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, gevoegd als enige bijlage bij dit besluit, wordt goedgekeurd.

**Art. 2.** Het ministerieel besluit van 19 maart 2004 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering wordt opgeheven.

**Art. 3.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2005.

Brussel, 1 augustus 2005.

Mevr. I. VERVOTTE

Handleiding Zorgverzekering

Enige bijlage bij het ministerieel besluit van 1 augustus 2005  
houdende de goedkeuring van de 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

Afdeling I. Verandering van zorgkas

Afdeling II. Verandering van zorgkas en MOB-wetgeving

- Hoofdstuk VI. Aanvraag voor tenlasteneming en beslissing over de formele voorwaarden  
 Afdeling I. Gebruikers die ouder zijn dan 25 jaar  
 Afdeling II. Gebruikers (onder de 25 jaar) die nog niet bij een zorgkas kunnen aansluiten door het betalen van de bijdrage
- Hoofdstuk VII. Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming  
 Afdeling I. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een verblijfsattest  
 Afdeling II. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een attest van een indicatiestelling die reeds uitgevoerd is
- Afdeling III. Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest
- Hoofdstuk VIII. Vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling
- Hoofdstuk IX. Handleiding BEL zorgverzekering
- Hoofdstuk X. Beslissing over de tenlasteneming
- Hoofdstuk XI. Geldigheidsduur van een beslissing
- Hoofdstuk XII. Verandering van zorgvorm
- Hoofdstuk XIII. 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 XIV. Controle op de tenlasteneming
- Hoofdstuk XV. 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 XVI. Terugvordering van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen 46  
 Afdeling I. Terugvordering  
 Afdeling II. Vrijstelling van terugvordering
- Hoofdstuk XVII. 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 XVIII. Bezwaar bij het Vlaams Zorgfonds
- Hoofdstuk XIX. Rechtzetting door de zorgkassen van foutieve beslissingen
- Hoofdstuk XX. Archivering
- Hoofdstuk XXI. Gegevensinzameling  
 Afdeling I. Recordtype A : leden  
 Afdeling II. Recordtype B : tenlastenemingsdossiers  
 Afdeling III. Recordtype D : indicatiestellers en resultaten  
 Afdeling IV. Recordtype M : Mantelzorgers
- Hoofdstuk XXII. Slotbepalingen
- Noot : telkens in deze handleiding Brussel wordt vermeld, 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 bewijsvoering 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;
  - de directeur van het rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis waar de gebruiker verblijft op voorwaarde van de aanwezigheid en het bezorgen aan de zorgkas van :
    - een doktersattest waaruit blijkt dat de gebruiker niet bij machte is zelf de aanvraag tot tenlasteneming te ondertekenen
  - een verklaring van de directeur van het rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dat er voor de betrokken gebruiker, geen andere personen bekend zijn die conform de hierboven vermelde categorieën als vertegenwoordiger zonder volmacht kunnen optreden.

#### *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
- jaar 2004 :
  - 25 euro
  - 10 euro voor de personen die op 1 januari 2003 recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging
- jaar 2005 :
  - 25 euro
  - 10 euro voor de personen die op 1 januari 2004 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, niet volledig of niet tijdig betaald heeft.
- indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het O.C.M.W. vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het O.C.M.W. is echter niet verplicht het verzoek van deze aangeslotene in te willigen

Bestaande domiciliëringsoopdrachten 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. De bijdragen moeten uiterlijk 31 december op de rekening van de zorgkas zelf staan. Uitzonderlijk mag de bijdrage voor het jaar 2004 uiterlijk 5 januari 2005 op de rekening van de zorgkas zelf staan.

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.

Derden (werkgever, O.C.M.W.) 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, niet volledig of niet tijdig betaald heeft.

— indien een aangeslotene zich niet in staat acht om de jaarlijkse ledenbijdrage te betalen, dan kan hij het O.C.M.W. vragen of zij in de plaats van de aangeslotene de ledenbijdrage aan de zorgkas wil betalen. Het O.C.M.W. 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 met betrekking tot de personen die 26 jaar worden, 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 O.C.M.W. kan als derde optreden.

Een gezinshoofd kan gezinsleden aansluiten.

Samen met de betaling van de bijdragen bezorgen de derden een lijst aan de zorgkas van de personen waarvoor de betaling wordt uitgevoerd. Deze lijst bevat per aangeslotene de volgende gegevens : rijksregisternummer, naam, adres, geboortedatum, geslacht, nationaliteit, bedrag.

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.

Een referentieadres wordt voor de toepassing van de regelgeving in verband met de Vlaamse zorgverzekering beschouwd als een inschrijving in het bevolkingsregister.

*Afdeling II. — Ambtshalve aansluiting*

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

Alle personen die zich ondanks de verplichting niet binnen de gestelde termijnen voor aansluiting naar keuze aansluiten bij een erkende zorgkas, zijn bij de Vlaamse Zorgkas ambtshalve aangesloten.

Hierbij kunnen verschillende categorieën onderscheiden worden :

*Aansluiting met ingang van 1 oktober 2001*

— Personen die wonen in Vlaanderen en 26 jaar of ouder zijn in het jaar 2002 en personen die voor 1 juli 2002 in Vlaanderen komen wonen zijn en 26 jaar of ouder zijn in het jaar 2002 :

Dergelijke personen zal geen schorsing met vier maanden opgelegd worden als de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 bij de Vlaamse Zorgkas ten laatste op 5 januari 2004 op het rekeningnummer van de zorgkas staat. Uiteraard moet ook de bijdrage voor 2003 tijdig betaald worden om geen schorsing voor 2003 op te lopen.

— Personen die tussen 1 juli 2002 en 31 december 2002 in Vlaanderen komen wonen zijn en 26 jaar of ouder zijn in het jaar 2002.

Dergelijke personen zal geen schorsing met vier maanden opgelegd worden als de bijdrage voor de periode van 1 oktober 2001 tot 31 december 2002 bij de Vlaamse Zorgkas ten laatste op 31 december 2004 op het rekeningnummer van de zorgkas staat. Vanaf het moment dat de betrokkene een eerste bijdrage betaald heeft, moet hij in hetzelfde jaar de eventuele bijdragen voor voorgaande en lopende kalenderjaren betalen. In het andere geval wordt hij geschorst (met verlies van rechten).

*Aansluiting vanaf 1 januari 2003*

— Personen die in Vlaanderen wonen en in een kalenderjaar 26 jaar worden :

De eerste bijdrage kan zonder een schorsing op te lopen, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het jaar na het jaar waarin men 26 jaar is geworden.

— Personen die in de eerste jaarhelft van een kalenderjaar (van 1 januari tot 30 juni) in Vlaanderen komen wonen terwijl ze in het kalenderjaar minstens 26 jaar zijn of worden :

De eerste bijdrage kan zonder een schorsing op te lopen, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen.

— Personen die in de tweede jaarhelft van een kalenderjaar (van 1 juli tot 31 december) in Vlaanderen komen wonen, terwijl ze in het kalenderjaar minstens 26 jaar zijn of worden :

De eerste bijdrage kan zonder een schorsing op te lopen, betaald worden bij iedere zorgkas tot 31 december van het tweede jaar na het jaar waarin men in Vlaanderen is komen wonen.

Vanaf het moment dat de betrokkene een eerste bijdrage betaald heeft, moet hij in hetzelfde jaar de eventuele bijdragen voor voorgaande en lopende kalenderjaren betalen. In het andere geval wordt hij geschorst (met verlies van rechten).

*Voorbeeld 1 :*

- iemand die in oktober 2003 in Vlaanderen komt wonen, sluit voor het eerst tijdig aan door de bijdrage te betalen op 15 november 2003, hij is aangesloten met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2003

- hij betaalt de bijdrage voor 2004 en 2005 op 1 maart 2005

- hij wordt geschorst met 4 maanden omdat hij de bijdrage voor 2004 laattijdig betaalt, hij had hiervoor tijd tot 31 december 2004.

*Voorbeeld 2 :*

- iemand die in oktober 2003 in Vlaanderen komt wonen, sluit voor het eerst tijdig aan door een bijdrage te betalen op 15 maart 2005, hij is aangesloten met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2003 (hij had tijd tot 31 december 2005 om aan te sluiten zonder schorsing)

- hij betaalt de bijdrage voor 2004 en 2005 op 20 maart 2005

- hij wordt niet geschorst, hij had tijd tot 31 december 2005 om de bijdragen voor 2003, 2004 en 2005 te betalen.

De ambtshalve aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas vervalt als de persoon zich alsnog bij een andere zorgkas aansluit door het betalen van minstens één bijdrage. De zorgkas in kwestie vordert nog verschuldigde bijdragen in.

Eenmaal de aangeslotene een ledenbijdrage aan de Vlaamse Zorgkas betaald heeft, kan hij van zorgkas veranderen via de procedure, beschreven in hoofdstuk V, afdeling I.

*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.

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.

*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, niet volledig of niet tijdig betaald heeft.

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, niet volledig of niet tijdig betaald heeft, hoewel hij aangesloten was bij een zorgkas. Het niet tijdig 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 tijdig 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, niet volledig of niet tijdig betaald is.

— Een persoon kan geen aanvraag voor tenlasteneming indienen, als hij niet bij een zorgkas aangesloten is door het betalen van minstens één bijdrage (dit geldt uiteraard niet voor de personen die geen bijdrage moeten betalen).

— Wanneer een aangeslotene –die reeds minstens één bijdrage voor voorgaande jaren betaald heeft– een aanvraag voor tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering indient en hij zijn jaarlijkse ledenbijdrage nog niet heeft betaald, dan wordt, ten vroegste vanaf de maand april, de bijdrage afgetrokken van de eerste tenlasteneming als deze tenlasteneming nog in het kalenderjaar van de aanvraag valt.

Indien de eerste tenlasteneming niet in het kalenderjaar van de aanvraag valt, kan de zorgkas de aanvraag in dat jaar enkel aanvaarden als aan de beide, volgende voorwaarden is voldaan :

- o de bijdrage wordt in het kalenderjaar van de aanvraag betaald;
- o de bijdrage wordt binnen de zestig dagen na de datum van indiening van de aanvraag betaald.

— voorbeeld 1 :

- iemand dient een aanvraag in op 15 april 2004;

- hij heeft recht op tenlastenemingen vanaf 1 juli 2004, de zorgkas kan de bijdrage voor het lopende jaar dus op een tenlasteneming van het lopende jaar compenseren; - de bijdrage voor 2004 werd nog niet betaald;

- de zorgkas compenseert de bijdrage op de tenlasteneming van juli 2004.

— voorbeeld 2 :

- iemand dient een aanvraag in op 15 oktober 2004;

- hij heeft normaal gezien recht op tenlastenemingen vanaf 1 januari 2005;

- de bijdrage voor 2004 werd nog niet betaald;

- vanaf 15 oktober 2004 heeft hij zestig dagen tijd om de bijdrage voor 2004 alsnog te betalen. De bijdrage voor het lopende jaar kan immers niet meer op tenlastenemingen van het lopende jaar gecompenseerd worden.

- hij betaalt de bijdrage voor 2004 op 5 november 2004, dus binnen de zestig dagen;

- de zorgkas voert tenlastenemingen uit vanaf 1 januari 2005.

— Wanneer een aangeslotene recht heeft op tenlastenemingen terwijl hij nog bijdragen voor voorgaande jaren verschuldigd is, dan compenseert de zorgkas deze bijdragen op de eerste tenlasteneming of tenlastenemingen. Uiteraard heft deze compensatie de schorsing niet op.

— 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.

— Indien een gebruiker met een lopende tenlasteneming de bijdrage voor het lopende jaar niet betaalt en de zorgkas kan in het lopende jaar niet compenseren op tenlastenemingen (omwille van de reglementering), dan wordt de beslissing stopgezet op 31 december van het lopende jaar.

HOOFDSTUK V. — *Verandering van zorgkas**Afdeling I. — Verandering van zorgkas*

Een verandering van zorgkas gaat in op 1 januari.

Bij een verandering van zorgkas wordt de volgende procedure gevolgd :

1. Een persoon verandert van zorgkas door aan de nieuwe zorgkas het ondertekend mutatieformulier te bezorgen ten laatste op 5 december van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin hij van zorgkas verandert.
2. De nieuwe zorgkas kan ten vroegste op 25 november en ten laatste op 6 december een tekstbestand via mail aan het Vlaams Zorgfonds bezorgen dat per record volgende velden omvat.

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code - nieuwe - zorgkas	3	

3. In voorkomend geval levert het Vlaams Zorgfonds dit tekstbestand via mail ten laatste op 10 december terug aan de nieuwe zorgkas aangevuld met de code van de afstaande zorgkas.

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code - nieuwe - zorgkas	3	
code - afstaande - zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	

4. De nieuwe zorgkas levert via mail ten laatste op 15 december aan de hoofdzetel van de afstaande zorgkas één tekstbestand (meerdere bestanden en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen).

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code - nieuwe - zorgkas	3	
code - afstaande - zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	
afdeling - nieuwe - zorgkas	3	
inschrijvingsnummer - nieuwe - zorgkas	15	facultatief
naam	48	
voornaam	48	

5. De nieuwe zorgkas stuurt ten laatste op 20 december en aangetekend de originele mutatieformulieren in één zending naar de hoofdzetel van de afstaande zorgkas (meerdere zendingen en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen). Deze formulieren mogen ook via koerier tegen afgiftebewijs bezorgd worden met dien verstande dat de koerier het pakket ten laatste op 20 december aflevert.

6. De afstaande zorgkas vult het tekstbestand aan met de noodzakelijke gegevens en stuurt ten laatste op 15 januari het aangevulde bestand via mail en waar nodig het papieren dossier per post naar de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas. (meerdere bestanden en zendingen en decentraal mag als zorgkassen dit onderling schriftelijk overeenkomen).

**aangeslotene**

Als het enkel de mutatie van een aangeslotene betreft, wordt via mail samen met de A-string een tekstbestand met de volgende elementen geleverd :

Bij weigering van een mutatie door de afstaande zorgkas worden enkel de velden tot en met het veld 'afdeling - afstaande - zorgkas' ingevuld :

naam	veldlengte	opmerkingen
rijksregisternummer	11	
code - nieuwe - zorgkas	3	
code - afstaande - zorgkas (volgens Zorgfonds)	3	
afdeling - nieuwe - zorgkas	3	
inschrijvingsnummer - nieuwe - zorgkas	15	facultatief
naam	48	
voornaam	48	
straat - woonplaats	32	
nummer - woonplaats	9	

naam	veldlengte	opmerkingen
bus - woonplaats	5	
NIS-code - woonplaats	5	
postcode - woonplaats	5	
gemeente - woonplaats	40	
straat - verblijfplaats	32	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
nummer - verblijfplaats	9	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
bus - verblijfplaats	5	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
NIS-code - verblijfplaats	5	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
postcode - verblijfplaats	5	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
gemeente - verblijfplaats	40	indien idem met 'woonplaats' hoeft dit veld niet ingevuld te worden (blanco's)
geboortedatum	8	DDMMYYYY
geslacht	1	M/V
nationaliteit	3	Landcode (KSZ)
weigering/acceptatie mutatie	2	01 mutatie aanvaard - dossier afgesloten 02 rijksregisternummer foutief of blanco 03 laattijdige aanvraag mutatie 04 MOB-wetgeving geen lid in verplichte ziekteverzekering 05 mutatie-aanvraag op zelfde datum bij meerdere zorgkassen 06 geen lid bij ons, foutieve zorgkas 07 ondertussen overleden 08 ontbreken handtekening 09 betwisting handtekening 10 tegentekening door muterende 11 mutatieformulier ontbreekt 12 ambtshalve, nooit betaald (Vlaamse Zorgkas) 13. weigering mutatie in verplichte ziekteverzekering 14 mag niet aansluiten bij zorgverzekering (Europa, niet ingeschreven in rijksregister, enz.) 15 datum aanvraag door lid ontbreekt op mutatieformulier
code - afstaande - zorgkas	3	
afdeling - afstaande - zorgkas	3	
inschrijvingsnummer - afstaande - zorgkas	15	
schorsing - wachttijd	3	totaal aantal maanden opgelegde schorsing en/of wachttijd
schorsing - wachttijd	3	aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd op einde december
Brussel - datum - start	8	DDMMYYYY, dit is datum start laatste ononderbroken aansluiting
Brussel - aantal - jaren - wachttijd	2	dit is 00, 01, 03, 05 of 10 jaar
dossier - zorgbehoevendheid	1	J/N
totaal - nog - verschuldigde - bijdragen	4	
jaren - niet-betaald	10 en opbouwend	020305 enz.

## Technische voorwaarden van de bestanden

- het gaat om tekstbestanden;
- er wordt steeds gewerkt met een vaste veldlengte
- er wordt steeds links uitgelijnd;
- (deels) lege velden worden opgevuld met blanco's.



**zorgbehoevende**

Als de mutatie een persoon betreft met een lopend dossier of een persoon voor wie in het laatste kalenderjaar voor de mutatie een positieve of negatieve beslissing genomen is, worden bovendien de volgende **gegevens in een papieren dossier bezorgd** (wat niet van toepassing is, kan uiteraard weggelaten worden) :

Het volstaat de gegevens met betrekking tot de laatst genomen beslissing door de afstaande zorgkas aan de nieuwe zorgkas te bezorgen. De gegevens met betrekking tot eerdere beslissingen dienen niet bezorgd te worden.

Volgende elementen dienen uit het papieren dossier gehaald te kunnen worden :

naam	opmerkingen
GKB nummer indicatiesteller	cfr maatregelen ter inperking van shoppinggedrag
datum indicatiestelling	cfr maatregelen ter inperking van shoppinggedrag
score indicatiestelling	
Code aanvraag, herziening of verlenging	cfr B-string
datum van de aanvraag, herziening of verlenging	cfr B-string
code indicatiesteller of attest bij aanvraag, herziening of verlenging	cfr B-string
resultaat van de indicatiestelling bij aanvraag, herziening of verlenging	cfr B-string
code bijkomend onderzoek	cfr B-string
datum van indicatiestelling bijkomend onderzoek :	cfr B-string
resultaat van de indicatiestelling bij bijkomend onderzoek	cfr B-string
code beslissing	cfr B-string
datum van de beslissing	cfr B-string
datum laatste wijziging zorgvorm	cfr B-string
code zorgvorm	cfr B-string
code beslissing na controle	cfr B-string
resultaat van de indicatiestelling bij controle	cfr B-string
datum van de beslissing na controle	cfr B-string
einddatum uitvoering tenlastenemingen	cfr B-string
PAB Vlaams Fonds	nodig om te weten of mag uitbetaald worden of niet
erkeningsnummer van de residentiële voorziening waarin de persoon verblijft	nodig om correct de uitbetaling te kunnen doen voor personen met residentiële zorg en om desnoods hernieuwde aanvragen t.g.v. verhuis naar een andere residentie correct te kunnen verwerken
ingangsdatum van verblijf in een voltijds regime in een door het Vlaams Fonds erkende residentiële voorziening	nodig omdat voor periodes van verblijf in een voltijds regime de tenlasteneming moet opgeschort worden.

**identificatiegegevens vertegenwoordiger**

naam	
voornaam	
straat woonplaats	
nummer woonplaats	
bus woonplaats	
postcode woonplaats	
gemeente woonplaats	
telefoonnummer	
statuut vertegenwoordiger	wettelijke vertegenwoordiger-echtgeno(o)t(e) – zus–broer-(groot)ouder-(klein)kind-met volmacht

## identificatiegegevens mantelzorger(s)

rijksregisternummer zorgbehovende	
naam	
voornaam	
straat woonplaats	
nummer woonplaats	
bus woonplaats	
postcode woonplaats	
gemeente woonplaats	
telefoonnummer	
relatie mantelzorger	echtgeno(o)t(e) – partner – moeder – vader – zus – broer – dochter – zoon – buur – andere

7. In de periode van 15 december tot 15 januari wordt de mogelijkheid van tegentekening voorzien om te garanderen dat de persoon wel degelijk bij de nieuwe zorgkas wenst aan te sluiten. Concreet betekent dit dat de aansluiting bij de nieuwe zorgkas niet doorgaat als :

— de persoon het herroepingsformulier ondertekent waarin verklaard wordt dat hij bij de afstaande zorgkas wenst te blijven;

— de afstaande zorgkas dit formulier aangetekend en ten laatste op 15 januari (postdatum) bezorgt aan de hoofdzetel van de nieuwe zorgkas.

Wanneer een zorgkas 2 of meer mutatieformulieren ontvangt voor dezelfde persoon, wordt de volgende werkwijze gehanteerd :

— indien de betrokkene één maal tegentekent, zijn beide (of meer) mutatieformulieren nietig, tenzij dit zou betekenen dat de betrokkene lid wordt van een zorgkas waarvan hij geen lid kan zijn volgens de MOB-reglementering;

— indien de betrokkene niet tegentekent, dan is het eerst ingediende mutatieformulier bepalend, tenzij dit zou betekenen dat de betrokkene lid wordt van een zorgkas waarvan hij geen lid kan zijn volgens de MOB-reglementering.

De afstaande zorgkas zal in dit geval alle in de handleiding bepaalde gegevens bezorgen aan de zorgkas waarbij de betrokkene het eerst een mutatieformulier indiende. De mutatie naar de zorgkas(sen) waarbij betrokkene het laatst zijn mutatieformulier(en) indiende zal worden geweigerd met code "05" in het veld "weigering/acceptatie mutatie".

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, onrecht uitgevoerd zijn.

*Afdeling II. — Verandering van zorgkas en MOB-wetgeving*

Indien een persoon op 1 januari van een kalenderjaar niet langer lid kan blijven van een zorgkas van een ziekenfonds omwille van het feit dat diezelfde persoon ondertussen van ziekenfonds is veranderd zonder tijdig een mutatieformulier bij een andere zorgkas te hebben ingediend, kan hij na de in afdeling I vooropgestelde mutatieprocedure toch nog veranderen van zorgkas.

Hierbij geldt de volgende procedure :

1. De afstaande zorgkas zal de betrokkene verwittigen van het feit dat hij niet langer aangesloten kan blijven omdat hij van ziekenfonds is veranderd.

2. De afstaande zorgkas zal de betrokken persoon een mutatieformulier bezorgen waarop de gegevens van de afstaande zorgkas zijn aangebracht, samen met een brief waarin de coördinaten zijn opgenomen van de 4 zorgkassen waar betrokkene wel kan bij aansluiten. Deze brief bevat verder de mededeling dat :

— men niet kan aansluiten bij een mutualistische zorgkas indien men niet bij één van de ziekenfondsen van deze mutualistische zorgkas is aangesloten.

— men het ingevulde, ondertekende en gedateerde mutatieformulier voor 30 mei aan de zorgkas van zijn keuze moet bezorgen

— indien men niet voor 30 mei reageert, men ambtshalve bij de Vlaamse Zorgkas zal worden aangesloten

3. De betrokken persoon stuurt het door hem verder ingevulde, ondertekende en gedateerde mutatieformulier voor 30 mei door naar de zorgkas van zijn keuze.

4. De nieuwe zorgkas schrijft de betrokken persoon in als inkomende mutatie met terugwerkende kracht op 1 januari van het jaar waarin zij het mutatieformulier ontvangt.

5. De nieuwe zorgkas stuurt het origineel mutatieformulier voor 30 juni door naar de afstaande zorgkas. De afstaande zorgkas stuurt alle in het kader van de gewone mutaties opgelegde gegevens door naar de nieuwe zorgkas.

Deze mutatieregeling is slechts mogelijk tot 30 juni.

Indien er voor 30 juni geen mutatieformulier bij de afstaande zorgkas ingediend is, dan zijn er twee mogelijkheden :

1. de afstaande zorgkas heeft de betrokkene niet voor 30 mei schriftelijk op de hoogte gebracht van het feit dat hij omwille van de MOB-problematiek geen lid van de zorgkas kan blijven.

In dit geval blijft de betrokkene lid van de afstaande zorgkas tot wanneer hij via de gewone mutatieprocedure naar de zorgkas van zijn keuze kan veranderen;

2. de afstaande zorgkas heeft de betrokkene wel degelijk voor 30 mei op de hoogte gebracht.

In dit geval muteert de betrokkene naar de Vlaamse Zorgkas. De afstaande zorgkas stuurt hiertoe, uiterlijk 31 juli, alle in het kader van een gewone mutatie opgelegde gegevens door naar de Vlaamse Zorgkas.

De Vlaamse Zorgkas brengt de betrokken persoon op de hoogte van zijn aansluiting bij de Vlaamse Zorgkas en de redenen die hiertoe aanleiding hebben gegeven.

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

## Afdeling I. — 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.

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 uiterlijk 31 december 2002 aansluiten, hoewel zij in 2002 minstens 26 jaar zijn;

— 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 verlengt naarmate de zorgverzekering langer bestaat. In onderstaande kader wordt dit verduidelijkt :

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

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

3. de bijdrage voor het lopende jaar voor 1 april 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 verblijft of inwoont, met uitsluiting van de collectieve woonvormen waar personen op een duurzame wijze verblijven en gehuisvest zijn. Een serviceflat en een pleeggezin worden 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 II.* — 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. — *Vaststelling van het ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen bij de aanvraag voor tenlasteneming*

*Afdeling I.* — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger doet een beroep op een verblijfsattest

Alle bewoners van erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorzieningen komen voor tenlastenemingen voor residentiële zorg in aanmerking, als zij aan de formele voorwaarden voldoen. Zij worden beschouwd als lijdend aan een ernstig en langdurig verminderd zelfzorgvermogen op basis van een verblijfsattest.

De gebruiker vraagt zijn verblijfsattest (attest dat bewijst dat de gebruiker in een rusthuis, R.V.T. of psychiatrisch verzorgingstehuis opgenomen is) aan bij zijn verzekeringsinstelling (ziekenfonds, Kas Geneeskundige Verzorging van de N.M.B.S., Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) of bij de residentiële voorziening waar hij verblijft.

Het verblijfsattest moet minstens volgende gegevens bevatten :

- naam, adres, geboortedatum en rijksregisternummer van de gebruiker
- naam van de instantie die het attest heeft afgeleverd
- naam van de residentiële voorziening waar de gebruiker verblijft
- datum van opname in de residentiële voorziening

Attesten op basis van de score op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting gelden eveneens als verblijfsattest.

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

*Afdeling II.* — 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
  - \* bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal (samengesteld uit de pijlers P1, P2 en P3)
  - \* minstens de score C op de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting

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.

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 kan hij aanvragen bij de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid 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 :

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid  
Bestuursdirectie van de Uitkeringen aan personen met een handicap  
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.

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 III. — Gebruiker of zijn vertegenwoordiger heeft geen attest*

De gebruiker of zijn vertegenwoordiger, die geen attest heeft, moet een 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. Dit kan uitzonderlijk in een ziekenhuis, op voorwaarde dat de persoon op het ogenblik van de aanvraag in het thuismilieu verbleef.

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.

Een indicatiestelling die gebeurt binnen zes maanden na een vorige indicatiestelling, aangevraagd door diezelfde gebruiker of zijn vertegenwoordiger, kan niet als bewijs van het getroffen zijn door een langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen gelden, tenzij ze wordt uitgevoerd door dezelfde persoon die de vorige indicatiestelling heeft uitgevoerd.

Indien die persoon niet meer bij de gemachtigde indicatiesteller werkzaam is of in de onmogelijkheid verkeert om de indicatiestelling opnieuw uit te voeren, moet de indicatiestelling door een ander personeelslid van deze gemachtigde indicatiesteller uitgevoerd worden. Volgende redenen kunnen door de zorgkas aanvaard worden: langdurige afwezigheid, ziekte, ontslag of een nieuwe functie van het personeelslid dat de eerste indicatiestelling heeft uitgevoerd. In voorkomend geval deelt de gemachtigde indicatiesteller aan de zorgkas de reden schriftelijk mee. De zorgkas neemt de mededeling op in het dossier van de zorgbehoevende.

In uitzondering hierop mag bij verhuis van de zorgbehoevende buiten de actieradius van de eerste gemachtigde indicatiesteller een beroep gedaan worden op een andere gemachtigde indicatiesteller. De eerste gemachtigde indicatiesteller deelt de zorgkas schriftelijk mee dat de zorgbehoevende buiten zijn actieradius verblijft. De zorgkas neemt de mededeling op in het dossier van de zorgbehoevende.

De persoon die bij een gebruiker de indicatiestelling uitvoert, mag niet een echtgenoot of echtgenote, een samenwonende partner of een verwant in hoogstens de derde graad van de gebruiker zijn.

*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 VIII. — 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 O.C.M.W. 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 O.C.M.W. 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<sup>e</sup> 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 IX. — *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 : HUISHOUEDELIJKE 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.E.L. 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

- 0 komt niet voor
- 1 komt nu en dan voor
- 2 komt meestal voor
- 3 komt voortdurend voor.

4) HET WOORDENBOEK VAN DE ITEMS.

Blok A :

*ONDERHOUD*

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

*WAS*

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

*STRIJK*

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

*BOODSCHAPPEN*

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

*MAALTIJDEN 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 fysieke 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, verschoneren, aankleden en eten geven tot het begeleiden van en toezien op de hygiënische verzorging door de ouder(s) of de (het) kind(eren) zelf.

**OPVANG KINDEREN**

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

Blok D :

**DESORIENTATIE IN TIJD**

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

- het juist aanduiden van de tijd wanneer er om gevraagd wordt.
- het tijdsbegrip op een gepaste wijze hanteren (uur, voormiddag, namiddag, dag, nacht, week, maand, jaar).

**DESORIENTATIE IN RUIMTE**

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

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

**DESORIENTATIE IN PERSONEN**

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

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

aanzien, verpleging met verkeerde naam aanspreken,...

**NIET DOELGERICHT GEDRAG**

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

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

**STOREND GEDRAG**

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

- verbaal storend (roepen, schreeuwen,)
- 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 zorgbehoevendheid?

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

### HOOFDSTUK X. — *Beslissing over de tenlasteneming*

De zorgkas beslist over de aanvraag voor tenlasteneming en bepaalt, overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk XI, 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 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.

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 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
- de mededeling 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.

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 XI. — *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.

Een positieve beslissing voor residentiële zorg geldt voor onbepaalde duur.

De geldigheidsduur van de positieve beslissing wordt berekend vanaf de dag waarop de beslissing tot tenlasteneming ingaat, m.a.w. :

- bij een aanvraag tot tenlasteneming : de eerste dag van de derde maand na de aanvraag
- bij een herziening : de eerste dag van de maand na de aanvraag tot herziening
- bij een verlenging : de eerste dag van de maand na het einde van de geldigheidsduur van de vorige beslissing
- bij een controle : de eerste dag van de maand na de beslissing op basis van de controle.

HOOFDSTUK XII. — *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. Een verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg gebeurt via een aanvraagformulier voor mantel- en thuiszorg. Een verandering van zorgvorm naar residentiële zorg gebeurt via een aanvraagformulier voor residentiële zorg.

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
- de mededeling 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.

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
- de mededeling 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.

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 of via het afleveren van een nieuw verblijfsattest geregeld te worden.

Een aanvraag voor verandering van zorgvorm die voor de eerste dag van de derde maand na een aanvraag tot tenlasteneming wordt ingediend, kan enkel aanvaard worden indien er eerst een positieve beslissing werd genomen op de initiële aanvraag. Deze voorwaarde geldt niet wanneer de betrokkene voor de eerste dag van de derde maand na de aanvraag wordt opgenomen in een erkende of met erkenning gelijkgestelde residentiële voorziening met minimaal een B-forfait.

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 2004	Acties van de zorgkas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- indiening aanvraag voor verandering</li> <li>- gebruiker verblijft in een erkende (of gelijkgestelde) residentiële voorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aanvaarding van de aanvraag voor verandering</li> <li>- tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>- geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>- tenlastenemingen voor residentiële zorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- indiening aanvraag voor verandering</li> <li>- gebruiker verblijft in een erkende (of gelijkgestelde) residentiële voorziening</li> <li>- gebruiker overlijdt tijdens eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aanvaarding van de aanvraag voor verandering</li> <li>- tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>- geen tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg vanaf eerste volle maand verblijf in erkende residentiële voorziening</li> <li>- tenlasteneming voor residentiële zorg in de maand dat gebruiker overlijdt</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- indiening aanvraag voor verandering</li> <li>- gebruiker verblijft in een niet erkende residentiële voorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stopzetting van de positieve beslissing voor tenlasteneming</li> <li>- tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg loopt tot eerste volle maand verblijf in residentiële voorziening</li> </ul>

HOOFDSTUK XIII. — *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 het aanvraagformulier. 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 zestig 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 of via het afleveren van een verblijfsattest behandeld te worden.

*Afdeling II. — Verlenging van een positieve beslissing*

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger schriftelijk mee dat deze een aanvraag tot verlenging van de positieve beslissing moet indienen voor het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige beslissing. De aanvraag tot verlenging kan gebeuren via de indiening bij de zorgkas van een attest, een indicatiestelling of een aanvraagformulier. Als de aanvraag voor verlenging na het verstrijken van de geldigheidsduur van de vorige beslissing wordt ingediend, dan kan de beslissing niet verlengd worden.

Als de gebruiker of zijn vertegenwoordiger met het oog op de verlenging een aanvraagformulier bij de zorgkas indient, dan deelt de zorgkas schriftelijk haar beslissing over de verlenging mee binnen de zestig dagen. Zolang er geen beslissing is, kunnen er geen tenlastenemingen uitgevoerd worden.

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 VII.

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 met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg 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.

Wanneer de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet, treedt de beslissing tot stopzetting in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de dag waarop de gebruiker niet meer aan de formele voorwaarden voldoet.

Wanneer de gebruiker met een positieve beslissing voor mantel- en thuiszorg niet meer als langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen beschouwd wordt, gaat de beslissing tot stopzetting in op de eerste dag van de maand na deze beslissing tot stopzetting door de zorgkas.

HOOFDSTUK XIV. — *Controle op de tenlasteneming*

De zorgkas beslist over de controle op de tenlasteneming op basis van het resultaat van de controle, uitgevoerd door het controleorgaan. De zorgkas neemt een positieve beslissing bij een BEL-score van 35 of meer punten. De zorgkas neemt een negatieve beslissing bij een BEL-score van minder dan 35 punten.

In het geval van een positieve beslissing bepaalt ze de geldigheidsduur van de beslissing op basis van de indicatiestelling van het controleorgaan.

De zorgkas beslist binnen de veertien dagen na ontvangst van het resultaat van het controleorgaan

De zorgkas deelt aan de gebruiker of zijn vertegenwoordiger onmiddellijk schriftelijk haar beslissing over 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 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
- de melding dat een indicatiestelling die binnen de zes maanden na de controle gebeurt, moet uitgevoerd worden door de persoon die de controle heeft verricht
- een kopie van het formulier van het controleorgaan
- 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 op de tenlasteneming heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de datum van beslissing.

Wanneer een gebruiker twee maal zonder voorafgaande verwittiging niet voor een controle beschikbaar is of twee maal zijn medewerking aan een controle weigert, dan zet de zorgkas de beslissing stop. De stopzetting van de beslissing omwille van onbeschikbaarheid of weigering van medewerking aan een controle gaat in op de eerste dag van de maand na de datum van de eerste controle.

#### HOOFDSTUK XV. — *Uitvoering van de tenlasteneming*

##### *Afdeling I. — Financiële regeling : algemeen*

Het uitvoeren van de tenlastenemingen 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.

##### *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 O.C.M.W. 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 de tenlasteneming voor residentiële zorg terug in contanten rechtstreeks aan de gebruiker of via overschrijving op het rekeningnummer van de gebruiker.

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

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

- overlijden van de gebruiker.
- stopzetten van de verblijfsovereenkomst met de residentiële voorziening door de gebruiker (rusthuizen en R.V.T.'s);

De residentiële voorziening meldt dit voor de vijfde dag van de maand na deze waarin de toestand van de gebruiker gewijzigd is. De zorgkas zet vervolgens de beslissing stop.

Gelet op het feit dat in een psychiatrisch verzorgingstehuis geen verblijfsovereenkomst wordt afgesloten met de gebruiker kan de stopzetting van de verblijfsovereenkomst niet aan de zorgkas worden gemeld. In plaats daarvan zal een psychiatrisch verzorgingstehuis het vertrek van een gebruiker melden aan zijn zorgkas vanaf het moment dat de betrokken gebruiker één volledige kalendermaand afwezig is. Deze melding gebeurt voor de vijfde dag van de maand die volgt op de volledige kalendermaand van afwezigheid.

Indien voor de betrokken gebruiker geen verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg werd aangevraagd zet de zorgkas de beslissing stop vanaf de eerste dag van de volledige kalendermaand van afwezigheid.

## HOOFDSTUK XVI. — *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 compenseert de bedragen op tenlastenemingen die zij in de volgende maanden voor de gebruiker zal uitvoeren
- zij vordert de bedragen van de gebruiker terug

Vooraleer de zorgkas tot compensatie of 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 gecompenseerd of teruggevorderd wordt
- de reden of redenen waarom het bedrag gecompenseerd of teruggevorderd wordt
- de wijze waarop het bedrag gecompenseerd of 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 compenseren of terugvorderen van onverschuldigd uitgevoerde tenlastenemingen bedraagt honderd vijftig 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 zorgkas compenseert op eigen middelen de onrechtmatig uitbetaalde tenlastenemingen die zij niet meer kan terugvorderen.

Vanaf 1 januari 2005 kunnen de zorgkassen uitzonderlijk door het Vlaams Zorgfonds vrijgesteld worden van de onrechtmatig uitgevoerde en niet terugvorderbare tenlastenemingen met betrekking tot de eerste maand na het overlijden van een zorgbehoevende met een tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg. Deze niet terugvorderbare tenlastenemingen zullen terugbetaald worden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan :

- de zorgkas verstuurt een gewone brief naar de zorgbehoevende (of diens vertegenwoordiger of diens erfgenen) met de vraag tot terugbetaling van het onrechtmatig ontvangen bedrag aan tenlastenemingen;
- de tenlasteneming voor mantel- en thuiszorg wordt uitgevoerd na de 20e dag van de maand en de tenlasteneming voor residentiële zorg na de laatste dag van de maand.
- in minimum 90 % van de overlijdens bij dossiers mantel- en thuiszorg heeft de zorgkas de tenlasteneming tijdig en correct stopgezet of het onrechtmatig uitbetaald bedrag aan tenlastenemingen na terugvordering alsnog kunnen innen;

De zorgkas vraagt de vrijstelling van terugvordering aan bij het Vlaams Zorgfonds.

De zorgkas doet de aanvraag tot vrijstelling 1 maal per jaar, met name uiterlijk 15 mei van het volgende jaar. De zorgkas geeft hierbij de volgende informatie op :

- het aantal overlijdens bij dossiers mantel- en thuiszorg in het jaar in kwestie;
- het aantal overlijdens waarbij de tenlastenemingen tijdig en correct stopgezet zijn of waarbij de tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden alsnog geïnd zijn kunnen worden na terugvordering;
- het aantal overlijdens waarbij de tenlastenemingen voor de eerste maand na het overlijden na terugvordering niet konden geïnd worden.

Het Vlaams Zorgfonds zal op basis van deze gegevens de vrijstelling van terugvordering verlenen en het bedrag aan de zorgkassen storten tegen uiterlijk 15 juli van het daaropvolgende jaar.

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

HOOFDSTUK XVII. — *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 XVIII. — *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 op 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 van de beslissing tot verlenging
- in voorkomend geval, het formulier vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd 'zelfzorgvermogen' van de voorgaande beslissing
- 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 vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd 'zelfzorgvermogen' van de voorgaande beslissing
    - in voorkomend geval, het formulier « bijkomend onderzoek of controle »
    - de beslissing over de tenlasteneming
    - 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.

Als bij een bezwaar de kamer opdracht geeft om een indicatiestelling uit te voeren, wordt deze indicatiestelling door een andere gemachtigde indicatiesteller uitgevoerd dan deze die de indicatiestelling heeft uitgevoerd waarop de beslissing is gebaseerd waartegen het bezwaar is ingediend.

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 XIX. — *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 XX. — *Archivering*

De papieren aanvraagdossiers blijven onmiddellijk consulteerbaar tot 1 jaar na de verwijdering uit het B-bestand. In de praktijk betekent dit dat een dossier dat in 2005 wordt stopgezet tot 31 december 2006 beschikbaar moet blijven voor controle.

Als dossiers omwille van terugvordering of bijbetaling opnieuw in het B-bestand worden opgenomen, na eerder te zijn verwijderd, dan dienen deze dossiers opnieuw beschikbaar te zijn voor controle conform bovenstaand principe.

Na verloop van deze termijn mogen de aanvraagdossiers worden gearchiveerd.

De papieren aanvraagdossiers mogen worden vernietigd 3 jaar na verwijdering uit het B-bestand. In de praktijk betekent dit dat een dossier dat in de loop van 2005 werd stopgezet vanaf 1 januari 2009 mag worden vernietigd.

Als dossiers omwille van terugvordering of bijbetaling opnieuw in het B-bestand worden opgenomen moet de termijn van drie jaar opnieuw worden toegepast.

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 = Ethias Zorgkas

880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

a. rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)

b. geboortjaar (veldlengte 4, numeriek)

c. code van gemeente (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 = Ethias Zorgkas

78 = Zorgkas DKV Belgium

80 = ambtshalve aansluiting

85 = aansluiting van persoon die vrijgesteld was in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten

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 = Ethias Zorgkas

1078 = Zorgkas DKV Belgium

1080 = overige

1085 = einde aansluiting doordat betrokkene vrijgesteld is in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten

1090 = onbekend

6666 = lid wordt afgestaan aan een andere zorgkas

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

n. aantal maanden schorsing en/of wachttijd (veldlengte 3, numeriek)

o. aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd (veldlengte 3, numeriek)

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.

Jaarovergang :

De leden die hun aansluiting beëindigen of beëindigd hebben op 31/12/JJJJ-1 mogen niet meer opgenomen worden in het tekstbestand A voor het jaar JJJJ, behalve dan de uitgaande mutaties op JJJJ-1. De uitgaande mutaties worden heel het jaar opgenomen in het tekstbestand A.

Indien een aansluiting in het jaar JJJJ-1 niet werd beëindigd, hoewel dit eigenlijk wel had moeten gebeuren, dan moet betrokken record toch nog meegedeeld worden in het JJJJ met datum einde aansluiting 31/12/JJJJ-1 (eventueel 31/12/JJJJ-2, verder terug in de tijd kan niet).

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 uitzondering voor 01/10/2001) 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 2003 mag voor nieuwe aansluitingen deze code niet meer gebruikt worden.

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 (zie ook code 30 en 40)

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.

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.

50 = vrijwillige aansluiting in Brussel

7x = inkomende mutatie van zorgkas x

80 = aansluiting bij een van de 8 zorgkassen, door betaling van een eerste bijdrage bij desbetreffende zorgkas, van een persoon die voorheen ambtshalve aangesloten was bij de Vlaamse zorgkas (zonder ooit een bijdrage betaald te hebben). Alle zorgkassen mogen dus deze code gebruiken.

85 = het gaat hier om personen die aangesloten worden voor het jaar JJJ terwijl ze voor het jaar JJJ-1 niet mochten aansluiten, dit in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten

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/jjj (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

1085 = beëindiging van de aansluiting doordat betrokken persoon vrijgesteld is in het kader van de omzendbrieven beroepsactief buitenlands verzekerden, gepensioneerd buitenlands verzekerden, inkomende grensarbeiders en internationale verdragen en overeenkomsten. De datum einde aansluiting valt op 31/12/JJJ met JJJ het laatste jaar waarop betrokkene niet vrijgesteld was in het kader van bovenstaande omzendbrieven. Enige uitzondering hierop vormt een aansluiting die vanaf het begin ongedaan moet worden gemaakt. Dan is de datum einde aansluiting 31/12/2001.

1090 = onbekend

6666 = lid wordt afgestaan aan een andere zorgkas

betaald bedrag tijdens kalenderjaar : in dit veld wordt het bedrag van de ledenbijdrage voor het kalenderjaar ingevuld, vermeerderd met eventuele bedragen voor regularisaties. Ledenbijdragen van voorgaande jaren die tijdens het betrokken kalenderjaar zijn betaald moeten eveneens meegedeeld worden

verhoogde verzekeringstegemoetkoming : geeft aan of betrokken lid een VT'er is of niet. Voor JJJ is de toestand op 01/01/JJJ-1 van belang.

aantal maanden schorsing en/of wachttijd : totaal aantal maanden opgelopen schorsing en / of wachttijd door betrokken persoon. (Vb. Indien iemand 12 maanden schorsing heeft dan staat in dit veld 012. Indien persoon geen schorsing heeft staat hier 000)

aantal maanden resterende schorsing en/of wachttijd : aantal maanden opgelopen schorsing en / of wachttijd waarvoor de tenlastenemingen van betrokken persoon nog niet werden opgeschort. (Vb. Indien iemand 12 maanden schorsing heeft en er 8 uitgezeten dan staat in dit veld 004. In het veld aantal maanden schorsing en/of wachttijd blijft het oorspronkelijk aantal maanden staan, dit wordt dus niet verrekend). Indien persoon geen schorsing heeft uitgezeten staat hier 000)

#### Afdeling II. — Recordtype B : tenlastenemingsdossiers

Structuur

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

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 = Ethias Zorgkas

880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

a. Rijksregisternummer (veldlengte 11, numeriek)

b. Geboortjaar (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 of verlenging

f. datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten 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 dienstcentra  
 233999 = controleorgaan  
 900210 = Katz-schaal thuisverpleging  
 900220 = evaluatieschaal tegemoetkoming in verzorgingsinrichting, bewijs van opname in rusthuis of R.V.T.  
 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)
  - 5 = geweigerd
- 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 positief of negatief saldo
- 0 = positief saldo
  - 1 = negatief saldo
- u. saldo van de bedragen die werden uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar (eventueel 0 euro) (veldlengte 6, numeriek) (9999,99 komma moet niet toegevoegd worden)
- v. — parameter 0 (veldlengte 6, numeriek)
- 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.

Jaarovergang :

In het bestand tenlastenemingen van het jaar JJJJ worden de volgende records van het bestand van JJJJ - 1 overgenomen :

- de lopende dossiers (goedgekeurde dossiers waarvan de einddatum tenlasteneming valt na 31/12/JJJJ-1)
- de ingediende dossiers waarvoor op 31/12/JJJJ nog geen beslissing werd genomen
- niet - lopende dossiers waarvoor in JJJJ een bedrag uitbetaald of teruggevorderd wordt

Al deze records blijven dan minstens tot het einde van het jaar JJJJ in het tekstbestand B staan. Immers, eenmaal meegedeeld blijft een record tot het einde van het jaar in het B-bestand staan.

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. Voor vroegere records mag de oude code 2 blijven staan

f. datum van de aanvraag, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten : datum waarop de aanvraag aangevraagd wordt. Deze datum wordt bij herziening of verlenging (dus niet bij aanvraag) de datum waarop de tenlastenemingen op basis van de herziening of verlengingsprocedure effectief starten. Het is dus steeds een datum van de vorm 01/mm/jjjj. Records van vroeger dienen aangepast worden zodat deze ook de correcte datum weergeven.

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

de code 233999 dient voor herindicaties van het controleorgaan bij een nieuwe aanvraag van een gebruiker die door het controleorgaan afgescoord is.

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 « 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, 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 plaatsgehadt

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 gekend, dan wordt dit veld opgevuld door « 99 » in te vullen.

l. Code beslissing : gelieve te noteren dat er geen onderscheid meer gemaakt moet worden tussen een dossier dat geweigerd is voor formele redenen (vroegere code 4) en dossiers geweigerd voor overige reden. Aan de zorgkassen wordt gevraagd om code 5 te gebruiken. Vroegere beslissingen hoeven echter niet aangepast te worden.

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 geplaatst. 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 : de laatst geldige einddatum dient hier ingevuld te worden.

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

u. saldo van de bedragen die werden uitbetaald of teruggevorderd tijdens het betrokken kalenderjaar

Dit veld bevat per dossier voor tenlasteningen het saldo van

- enerzijds alle uitbetalingen voor tenlastenemingen die de zorgkas van 01/01/JJJJ tot en met 15/01/JJJJ +1 heeft uitbetaald met betrekking tot het jaar JJJJ (en eventueel rechtzettingen van voorgaande jaren, let wel, het is niet de bedoeling om bijvoorbeeld uitbetalingen residentiële zorg voor december JJJJ - 1 die uitbetaald worden tussen 01/01/JJJJ en 15/01/JJJJ op te nemen in dit veld. Deze bedragen moeten reeds opgenomen zijn in het bestand JJJJ - 1)

- en anderzijds de terugvorderingen die de zorgkas moet uitvoeren (van het jaar JJJJ of van voorgaande jaren) en die vastgesteld zijn tussen 01/01/JJJJ en 15/01/JJJJ+1.

Terugvorderingen die vastgesteld zijn moeten onmiddellijk worden opgenomen. Dit betekent concreet dat er niet gewacht mag worden op de effectieve inning van deze terugvorderingen om tot verwerking hiervan in de bestanden met tenlastenemingen over te gaan.

Om de continuïteit in de verwerking van de trimestriële gegevens te garanderen wordt gevraagd dat de zorgkassen alle uitbetalingen en terugvorderingen tot vijftien dagen na het einde van het kwartaal (dus betalingen en terugvorderingen tot 15 april, 15 juli, 15 oktober en 15 januari) zouden opnemen voor zover deze uitbetalingen en terugvorderingen betrekking hebben op het afgesloten kwartaal of op hieraan voorafgaande kwartalen.

v. parameter 0 : dit veld mag opgevuld worden met nullen. Dit veld was vroeger het veld krediet maar aangezien het « krediet » niet meer meegedeeld hoeft te worden, is dit veld nu het veld « parameter 0 » geworden.

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 = Ethias 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 centraal 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, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten 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.

Jaarovergang :

Naast de indicatiestellingen uitgevoerd in het jaar JJJJ bevat dit bestand alle indicatiestellingen uitgevoerd in het jaar JJJJ-1.

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 centraal 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, datum waarop tenlastenemingen na herziening of verlenging effectief starten : zie uitleg bestand B. Indien er nog geen aanvraag, herziening of verlenging werd ingediend mag dit veld « 00000000 » zijn.

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 ».

*Afdeling IV. — Recordtype M : Mantelzorgers*

## Structuur

header : jaar en maand, zorgkas, type M (YYYYMMXXM)

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 = Ethias Zorgkas

880 = Zorgkas DKV Belgium

Velden :

a. Rijksregisternummer van de zorgbehoevende (veldlengte 11, numeriek)

b. Rijksregisternummer van de mantelzorger (veldlengte 11, numeriek)

c. Relatie zorgbehoevende – mantelzorger (veldlengte 2, numeriek)

- 00 : onbekend
- 01 : echtgeno(o)t(e)
- 02 : partner
- 03 : moeder
- 04 : vader
- 05 : zus
- 06 : broer
- 07 : dochter
- 08 : zoon
- 09 : buur
- 10 : andere

Frequentie en volume :

De databankgegevens dienen voor 15/2 van het jaar JJJ+1 aan het zorgfonds bezorgd te worden. Het behelst hier steeds de toestand op 31/12/JJJ.

Indien er meerdere mantelzorgers voor 1 zorgbehoevende zijn, dan dient er per mantelzorger één record aangemaakt te worden. Een persoon kan ook mantelzorger zijn van meerdere zorgbehoevenden. Per relatie zorgbehoevende – mantelzorger moet er een record aangemaakt worden.

Uitleg velden :

a. rijksregisternummer van de zorgbehoevende : het gaat hier om een persoon die een lopend dossier heeft op 31/12/JJJ voor mantel – en thuiszorg en waarvoor een mantelzorger werd geregistreerd.

b. rijksregisternummer van de mantelzorger : persoon die als mantelzorger werd geregistreerd voor betrokken zorgbehoevende

c. relatie zorgbehoevende – mantelzorger : indien de relatie ongekend is, moet code «00» ingevuld worden. Code 10 mag slechts gebruikt worden voor een gekende relatie die niet onder de categorieën « 01 » t.e.m. « 09 » valt.

#### HOOFDSTUK XXII. — Slotbepalingen

De nota's 2004/01 en 2004/02 aan de zorgkassen bij de handleiding zorgverzekering van het ministerieel besluit van 19 maart 2004 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering, worden opgeheven.

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 1 augustus 2005 houdende de goedkeuring van de handleiding zorgverzekering.

Brussel, 1 augustus 2005.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,  
Mevr. I. VERVOTTE

---

### MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

#### Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

[C – 2005/36086]

#### Welzijnszorg

Bij besluit van de directeur-generaal van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn namens de Vlaamse minister bevoegd voor de bijstand aan personen, van 29 augustus 2005 wordt bepaald :

De erkenning onder nummer PE 814 van het rusthuis « De Lorken », Lariksdreef 4 te 2900 Schoten, beheerd door de B.V.B.A. « De Lorken », zelfde adres, wordt verlengd met ingang van 1 september 2004 tot en met 22 augustus 2005 voor maximaal 24 woonegelegenheden.

De erkenning onder nummer PE 814 van het rusthuis « De Lorken », Lariksdreef 4 te 2900 Schoten, beheerd door de B.V.B.A. « De Lorken », zelfde adres, wordt verlengd met ingang van 23 augustus 2005 tot en met 31 augustus 2007 voor maximaal 20 woonegelegenheden.

Tegen dit besluit kan door elke belanghebbende met een aangetekende brief een vordering tot schorsing en/of een beroep tot nietigverklaring worden ingediend bij de Raad van State binnen de zestig dagen na kennisgeving van deze beslissing.

---

Bij besluit van de directeur-generaal van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn, namens de Vlaamse minister bevoegd voor de bijstand aan personen, van 29 augustus 2005 wordt bepaald :

Aan de v.z.w. « Foyer De Lork », Molenstraat 153 te 3570 Alken wordt de voorafgaande vergunning verleend voor het bouwen van een rusthuis met 45 woonegelegenheden, gelegen Kloosterstraat – Laarstraat te 2470 Retie.

Deze voorafgaande vergunning geldt voor vijf jaar en deze geldigheidsduur kan éénmalig verlengd worden met drie jaar op voorwaarde dat uiterlijk twee maanden voor het verstrijken ervan een ontvankelijke aanvraag voor het verkrijgen van een verlenging van de verleende voorafgaande vergunning bij de administratie wordt ingestuurd.

Als de initiatiefnemer binnen de geldigheidsduur van de voorafgaande vergunning de werken die nodig zijn om het initiatief te verwezenlijken niet heeft aangevat, vervalt de voorafgaande vergunning van rechtswege.

Als het initiatief twaalf jaar na datum van de beslissing van de minister die de voorafgaande vergunning verleent slechts gedeeltelijk verwezenlijkt werd, vervalt de voorafgaande vergunning voor de niet-gerealiseerde opname-mogelijkheden.

Tegen dit besluit kan door elke belanghebbende met een aangetekende brief een vordering tot schorsing en/of een beroep tot nietigverklaring worden ingediend bij de Raad van State binnen de zestig dagen na kennisgeving van deze beslissing.