



Vlaanderen
is zorg

**DIGITAAL OPNAME- EN
FACTURATIEPROCES TUSSEN
OUDERENVOORZIENINGEN EN
ZORGKASSEN
EWZCFIN**

AGENTSCHAP
ZORG &
GEZONDHEID

www.zorg-en-gezondheid.be

INHOUD

Afkortingen, definities en verwijzingen.....	5
Afkortingen en definities	5
Verwijzingen	6
Juridische verwijzingen	6
Technische verwijzingen	6
Websites	6
1 Inleiding.....	7
1.1 Algemeen	7
1.2 Tegemoetkoming voor zorg versus zorgbudget	7
Automatische rechtentoekenning zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	8
2 Voorwaarden voor de tegemoetkoming.....	9
2.1 Voorwaarden voor de gebruiker	9
2.1.1. Afhankelijkheidsvoorwaarde	9
2.1.2. Voorwaarde inzake lidmaatschap zorgkas en premiebetaling Vlaamse sociale bescherming	10
2.2. Voorwaarden voor de voorziening	10
2.2.1. Erkenningsvoorwaarde	10
2.2.2. Voorwaarden m.b.t. het personeel	11
2.2.3. Aanmelding	11
2.2.4. Verzorgingsdossier	12
2.2.5. Voorwaarden verblijfsduur	12
2.2.6. Voorwaarden digitale applicatie	13
3. Tegemoetkomingen en gedekte zorg.....	13
3.1. De basistegemoetkoming	14
3.1.1. De basistegemoetkoming in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	14
3.1.2. De basistegemoetkoming in centra voor dagverzorging	15
3.2. De tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal in een woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf	16
3.3. De tegemoetkoming in de reiskosten centrum voor dagverzorging	16
3.3.1. De tegemoetkoming voor de reiskosten in het centrum voor dagverzorging	17
3.3.2. Bepalen van de afstand	17
3.3.3. Schriftelijke overeenkomst	17
3.3.4. Overgangsbepaling schriftelijke overeenkomst	18
3.4. Indexering bedragen	18
4. Aanmeldingsprocedure.....	19
4.1. De aanmelding van de opname	19
4.1.1. Meldingstermijn	19
4.1.2. Gegevens over de opname in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	20
4.1.3. Gegevens over de opname in een centrum voor dagverzorging	24
4.3. De indicatiestelling	33
4.3.1. Afhankelijkheidscategorieën	33
4.3.2. KATZ	35
4.3.3. Diagnostisch bilan dementie	35
4.3.4. MMSE	37
4.3.5. Palliatief attest	37
4.3.6. Omstandig medisch verslag	37
4.3.7. Handtekeningen indicatiestelling bij verandering van de afhankelijkheidscategorie binnen 6 maanden na aanpassing als gevolg van een controle zorgkassencommissie	38

4.3.8.	De digitale of elektronische handtekening	38
4.3.9.	Gegevens indicatiestelling	39
4.4.	Wijzigingen	42
4.4.1.	Wijziging verblijfsgegevens	42
4.4.2.	Wijziging indicatiestelling	44
4.4.3.	Annuleren opnamebericht en indicatiestelling	44
4.5.	Welke berichten wanneer versturen?	45
4.6.	Behandeling – controle van opnamebericht en indicatiestelling	46
4.6.1.	Behandeling van de aanmelding van de opname	46
4.6.2.	Behandeling van de indicatiestelling	47
4.6.3.	Berekening afhankelijkheidscategorie	48
4.6.4.	Berekening aanvaarde datum start opname	48
4.7.	Beslissing	49
4.7.1.	Weigering	49
4.7.2.	Aanvullende inlichtingen	49
4.7.3.	Goedkeuring	50
4.8.	Wijzigingen ten opzichte van de federale wetgeving	50
5.	Informatie van eWZCfin naar de zorgkassen.....	51
6.	Informatie van eWZCfin naar de ziekenfondsen	52
7.	Facturatie.....	52
7.1.	Regelgeving en procedures	52
7.1.1.	Algemene procedure en proces	52
7.1.2.	Modelformulieren	52
7.1.3.	Model van de zending en de factuur	53
7.1.4.	Model van de gebruikersfactuur	53
7.1.5.	Technische facturatie-instructies	54
7.1.6.	Zending/factuur/prestatie	55
7.1.7.	Delen van de zending	55
7.1.8.	Types zendingen	56
7.1.9.	Types facturen	56
7.1.10.	Tegemoetkoming VSB/Persoonlijk aandeel/Supplement of bijdragen ten laste van de gebruikers	56
7.2.	Behandeling zending	57
7.2.1.	Algemeen proces verwerking zending	57
7.2.2.	Behandeling zending eWZCfin	59
7.3.	Ondertekening zending door zorgkasmedewerker	62
7.4.	Betaling	62
7.5.	Specifieke situaties en begrippen	63
7.5.1.	Prestatiecodes	63
7.5.2.	Verjaringstermijn	72
7.5.3.	Gevraagde/gefactureerde bedrag versus aanvaarde/goedgekeurde bedrag	73
7.5.4.	Bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg	73
7.5.5.	Controle op capaciteit	73
7.5.6.	Regularisaties	73
7.5.7.	Verwijlinteressen	76
7.5.8.	Herhaalde tekortkomingen	77
7.5.9.	Basistegemoetkoming gelijk aan 0€	77
7.6.	Wijzigingen ten opzichte van de federale wetgeving	77
8.	FAQ.....	79
8.1.	VSB-verzekeringsstatus	79
8.2.	Aanmelding van de opname/indiciestelling	82

8.3.	Tegemoetkoming voor de reiskosten in CDV	83
8.4.	Facturatie	84
8.5.	eHealth-certificaten	86
9.	Bijlagen	87
9.1.	Bijlage 1. Werkdagen en feestdagen	87
9.2.	Bijlage 2. Aanvaarde datum	88
9.2.1.	Aanvaarde datum opname	88
9.2.2.	Parameters	90
9.2.3.	Voorbeeld scenario's validatie opname/indicatiestelling	91
9.3.	Bijlage 3. Minimale verblijfsduur	95
9.3.1.	Woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf	95
9.3.2.	Centrum voor dagverzorging	95

Lijst van tabellen

Tabel 1.	Overzicht soorten voorzieningen, entiteiten en afhankelijkheidscategorieën	10
Tabel 2.	Begin opname versus einde opname	20
Tabel 3.	Tijdelijke afwezigheden	21
Tabel 4.	Einde opname versus einde verblijfsovereenkomst	24
Tabel 5.	Gegevens aanmelding opname	26
Tabel 6.	Omschrijving afhankelijkheidscategorieën	33
Tabel 7.	Gegevens indicatiestelling	40
Tabel 8.	Scenario's wijziging verblijfsgegevens	43
Tabel 9.	Welke berichten wanneer versturen	45
Tabel 10.	Opbouw prestatiecode	64
Tabel 11.	Prestatiecodes tot en met 31 december 2021	64

Lijst van figuren

Figuur 1.	Processchema verwerking zending	58
Figuur 2.	Behandeling zending eWZCfin.....	59

AFKORTINGEN, DEFINITIES EN VERWIJZINGEN

AFKORTINGEN EN DEFINITIES

AVSB	Agentschap Vlaamse sociale bescherming
Afrekenbestand	Bestand dat vanuit de centrale toepassing eWZCfin naar de ouderenvoorziening wordt verzonden en de verworpen prestaties/facturen en de gegevens met betrekking tot de afrekening bevat.
CRA	Coördinerend en raadgevend arts
CVK	Centrum voor kortverblijf
Bed-type	In de federale regelgeving spreekt men van types bedden. In de Vlaamse regelgeving gebruikt men deze term niet en spreekt men van woongelegenheden in een woonzorgcentrum en verblijfseenheden in een centrum voor kortverblijf of in een centrum voor dagverzorging.
Bewoners van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	Iedere persoon die in een WZC of CVK verblijft, ongeacht of deze persoon aangesloten is bij een zorgkas en in orde met de premiebetalingen.
BVR VSB	Besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming
CDV	Centrum voor dagverzorging
Decreet VSB	Decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming
DP	Digitaal platform Vlaamse sociale bescherming
Entiteit	Term voor zowel een woongelegenheden in een woonzorgcentrum als een verblijfseenheid in een centrum voor kortverblijf of in een centrum voor dagverzorging.
eWZCfin	Module die wordt toegevoegd aan het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming en de digitalisering van het opname- en facturatieproces tussen ouderenvoorzieningen en zorgkassen mogelijk maakt.
Facturatiebestand	Federale term, synoniem voor een zending of bundel facturen.
Factuur	Synoniem voor individuele kostennota
Gebruiker	Bewoners van WZC en CVK en personen die gebruik maken van een CDV die aangesloten zijn bij een zorgkas en in orde met de premiebetalingen.
Indicatiestelling	De KATZ-schaal en eventuele bijkomende attesten en verslagen die de afhankelijkheid van de persoon aantonen.
Individuele kostennota	Federale term, synoniem voor factuur, term die in BVR VSB is overgenomen om onderscheid met de gebruikersfactuur duidelijk te kunnen maken. De individuele kostennota of factuur is gericht aan de zorgkas. De gebruikersfactuur is gericht aan de gebruiker.
MB VSB	Ministerieel besluit betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming, wat betreft de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en centrum voor dagverzorging
Personen die gebruik maken van een centrum voor dagverzorging	Iedere persoon die gebruikt maakt van een CDV, ongeacht of deze persoon aangesloten is bij een zorgkas en in orde met de premiebetalingen.
VAZG	Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid
Verzekeringsinstelling	Mutualiteit, ziekenfonds
VI	Verzekeringsinstelling, mutualiteit, ziekenfonds
VSBNet	Vlaamse tegenhanger van MyCareNet
VSB	Vlaamse sociale bescherming

Woongelegenheid	Vervangt de federale term 'bed-type'
WZC	Woonzorgcentrum
Zending	Synoniem voor facturatiebestand of bundel facturen. Het bestand dat door de ouderenvoorziening naar de centrale toepassing eWZCfin wordt gestuurd en de initiële factureringsgegevens bevat.
Ziekenhuis	Psychiatrisch ziekenhuis, universitair ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis
ZK	Zorgkas
ZKC	Zorgkassencommissie
ZKM	Zorgkassenmedewerker

VERWIJZINGEN

Juridische verwijzingen

De juridische basis voor deze handleiding is:

- Het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (decreet VSB);
- Het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (BVR VSB);
- Het Ministerieel besluit betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming, wat betreft de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en centrum voor dagverzorging (MB VSB).

De verwijzingen naar deze juridische teksten zijn terug te vinden op de website van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/regelgeving-financiering-ouderenzorg-vlaamse-sociale-bescherming>.

Technische verwijzingen

De technische informatie over de toepassing eWZCfin voor de softwareleveranciers kan hier worden teruggevonden:

https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/overzicht_wzc-cookbook.html

Websites

Website Zorg en Gezondheid

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/financiering-van-ouderenzorg-in-de-vlaamse-sociale-bescherming>

Website status toepassing eWZCfin

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/toepassingen-ewzcfin-en-emohm>

Website Vlaamse sociale bescherming

<http://www.vlaamsesocialebescherming.be>

1 INLEIDING

1.1 ALGEMEEN

Sinds 1 januari 2019 wordt de tegemoetkoming voor zorg voor de ouderenvoorzieningen gefinancierd door de Vlaamse sociale bescherming.

De Vlaamse sociale bescherming komt tussen in een deel van de kosten van de zorg van bewoners van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf en personen die gebruik maken van een centrum voor dagverzorging via een tegemoetkoming voor zorg. Het agentschap bepaalt het bedrag van deze tegemoetkoming. De tegemoetkoming wordt door de zorgkas waarbij de persoon is aangesloten uitbetaald aan de ouderenvoorziening.

Om de gegevensuitwisseling tussen de ouderenvoorzieningen en de zorgkassen mogelijk te maken, werkte de Vlaamse overheid in samenwerking met de zorgkassen het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming verder uit. Aan dit digitaal platform VSB werd een nieuwe module “eWZCfin” toegevoegd.

Opdat ouderenvoorzieningen tegemoetkomingen voor zorg kunnen factureren aan de zorgkassen via eWZCfin moeten zowel de ouderenvoorzieningen als de bewoners van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf en personen die gebruik maken van een centrum voor dagverzorging aan een aantal voorwaarden voldoen. Bovendien moeten de ouderenvoorzieningen eerst bepaalde gegevens via eWZCfin aan de zorgkassen bezorgen. Deze gegevens hebben betrekking op de opname en de indicatiestelling. De ouderenvoorziening moet een opname van een gebruiker of een wijziging van de opname aanmelden bij de zorgkas via eWZCfin. Daarnaast moet de ouderenvoorziening voor elke gebruiker ook een indicatiestelling bezorgen aan de zorgkas via eWZCfin.

Eenmaal de opname en indicatiestelling zijn goedgekeurd door eWZCfin, kan de ouderenvoorziening de tegemoetkoming factureren aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten. De zorgkas betaalt, na goedkeuring, de tegemoetkoming rechtstreeks uit aan de ouderenvoorziening via een derdebetalerssysteem op basis van een bundel facturen die maandelijks wordt verstuurd door de ouderenvoorziening naar eWZCfin.

Zowel het bezorgen van de opnamegegevens, de indicatiestellingen en de facturatie gebeuren voor prestaties vanaf 1 januari 2019 op elektronische wijze. Dit kan enkel met software die geattesteerd is en voldoet aan een aantal technische voorwaarden.

In deze handleiding worden enerzijds de procedures beschreven zoals bepaald in de regelgeving en anderzijds wordt er ingegaan op de manier van werken van de module eWZCfin.

1.2 TEGEMOETKOMING VOOR ZORG VERSUS ZORGBUDGET

Niet alleen de tegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging wordt door de Vlaamse sociale bescherming gefinancierd. Naast de financiering van de ouderenvoorzieningen staat de Vlaamse sociale bescherming ook in voor het toekennen van zorgbudgetten en mobiliteitshulpmiddelen.

Een zorgbudget is een maandelijkse tegemoetkoming voor mensen die veel zorg nodig hebben. Deze zorgbudgetten worden rechtsreeks aan de gebruiker uitbetaald. Voor meer informatie over de zorgbudgetten zie: <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget>.

Wie door chronische ziekte, ouderdom of een beperking een hulpmiddel nodig heeft om zich te verplaatsen, kan via de Vlaamse sociale bescherming een mobiliteitshulpmiddel (rolstoel, elektrische scooter, duwwandelwagen, ...) kopen of huren. Voor meer informatie over de mobiliteitshulpmiddelen, zie:

<http://www.vlaamsesocialebescherming.be/mobiliteitshulpmiddelen>.

Automatische rechtentoekenning zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden

De opnamegegevens en indicatiestellingen die via de digitale toepassing eWZCfin aan de zorgkassen worden bezorgd worden door de zorgkassen gebruikt voor de automatische toekenning van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, de vroegere zorgverzekering.

Het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden zal vanaf het moment dat voor een persoon een digitaal opnamebericht wordt verstuurd, automatisch worden toegekend bij opname in een Vlaams erkend:

- een woonzorgcentrum;
- een centrum voor kortverblijf, personen met afhankelijkheidscategorie C of Cd;
- een centrum voor dagverzorging, personen met afhankelijkheidscategorie C of Cd;

Voor deze personen moet het papieren formulier dus niet meer worden gebruikt voor de aanvraag van een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

Voor personen waarvoor er geen digitale berichten worden verzonden naar de zorgkassen is er geen automatische toekenning van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden mogelijk. Voor deze personen is er dus wel nog een papieren aanvraag nodig, bijvoorbeeld:

- comapatiënten die worden opgenomen in een bed met een bijkomende specialisatie voor de verzorging van personen met een gestabiliseerde niet-aangeboren hersenaandoening, de zogenaamde NAH-bedden;
- personen met MS, ALS of Huntington die worden opgenomen in een bed waarvoor een speciale conventie werd afgesloten met het RIZIV;
- personen die via een verzekeringsmaatschappij worden vergoed naar aanleiding van een ongeval.

Voor deze personen kan er wel een zorgbudget worden aangevraagd aan de hand van een papieren aanvraagformulier indien zij voldoen aan de voorwaarden. De zorgzwaarte moet aangetoond worden op basis van een geldig attest of er moet een BEL-foto afgenomen worden.

Meer informatie: <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-zwaar-zorgbehoevenden>.

2 VOORWAARDEN VOOR DE TEGEMOETKOMING

2.1 VOORWAARDEN VOOR DE GEBRUIKER

2.1.1. Afhankelijkheidsvoorwaarde

De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en centrum voor dagverzorging wordt enkel toegekend aan de personen die voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Geen dagelijks medisch toezicht en geen permanente specialistische verzorging nodig hebben, maar anderzijds in sterke mate aangewezen zijn op zowel verzorging als op ondersteuning van derde personen bij de essentiële handelingen van het dagelijks leven;
- Beantwoorden aan de criteria van de afhankelijkheidscategorieën die gelden in de ouderenvoorziening waar de persoon verblijft.

De criteria van de afhankelijkheidscategorieën en de afhankelijkheidscategorie worden bepaald aan de hand van de KATZ-schaal en enkele bijkomende attesten.

Afhankelijk van de ouderenvoorziening en het type woongelegenheid waarin een persoon verblijft, gelden er andere afhankelijkheidscategorieën.

Tabel 1. Overzicht soorten voorzieningen, entiteiten en afhankelijkheidscategorieën

Federale terminologie	Vlaamse terminologie: entiteit die erkend is als ...	Afhankelijkheids- categorieën
Rustoord voor bejaarden ROB	Woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning	O, A, B, C, Cd of D
Rust- en verzorgingstehuis RVT	Woonzorgcentrum met bijkomende erkenning	B, C, Cd
Centrum voor kortverblijf KV	Centrum voor kortverblijf	O, A, B, C, Cd of D
Centrum voor dagverzorging voor afhankelijke bejaarden CDV	Centrum voor dagverzorging voor zorgafhankelijke personen	F, Fd, D
Centrum voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte	Centrum voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor personen met een ernstige ziekte	Fp

De afhankelijkheidsvoorwaarde wordt gecontroleerd in eWZCfin.

2.1.2. Voorwaarde inzake lidmaatschap zorgkas en premiebetaling Vlaamse sociale bescherming

Eén van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en centrum voor dagverzorging is dat persoon op datum van de aanmelding van de opname en op datum van elke gefactureerde verblijfsdag aangesloten is bij een erkende zorgkas en de verschuldigde premies voor de Vlaamse sociale bescherming voor de voorgaande jaren betaald heeft.

De voorwaarde inzake lidmaatschap zorgkas en premiebetaling VBS worden automatisch gecontroleerd in eWZCfin.

De VSB-verzekeringsstatus voor een persoon kan worden nagevraagd via het softwarepakket dat de voorziening gebruikt.

Meer informatie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/handleiding-om-personen-in-een-ouderenzorgvoorziening-aan-te-sluiten-bij-een-zorgkas>.

2.2. VOORWAARDEN VOOR DE VOORZIENING

2.2.1. Erkenningsvoorwaarde

De tegemoetkoming voor zorg kan enkel worden toegekend aan personen die verblijven in een door de Vlaamse overheid erkende voorziening.

Meer bepaald gaat het om een:

- woonzorgcentrum al dan niet met een bijkomende erkenning;

- centrum voor kortverblijf type 1: respijtzorg voor ouderen met een zorg- en ondersteuningsvraag in een WZC;
- centra voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor de opvang van zorgafhankelijke personen;
- centra voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor de opvang van personen die lijden een ernstige ziekte.

De volgende voorzieningen vallen niet onder de Vlaamse sociale bescherming:

- Centra voor herstelverblijf;
- Groepen van assistentiewoningen;
- Centra voor kortverblijf die gelinkt zijn aan centra voor herstel = CVK type 1: respijtzorg voor ouderen met een zorg- en ondersteuningsvraag in een centrum voor herstelverblijf (CVH); ;
- Centra voor dagverzorging zonder bijkomende erkenning;
- Centra voor dagverzorging uitgebaat door een erkende dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (ook centra voor dagverzorging conform art. 51 of “Cado’s” genoemd).
- CVK type 2: respijtzorg voor andere specifieke doelgroepen vanaf 18 jaar (in principe tot 65 jaar)
- CVK type 3: respijtzorg voor ernstig zieke kinderen en jongeren tot en met 21 jaar

Bepaalde woonzorgcentra met een bijkomende erkenning beschikken over een bijkomende specialisatie voor de verzorging van personen met een gestabiliseerde niet-aangeboren hersenaandoening, de zogenaamde NAH-bedden. De financiering van deze bedden is niet overgedragen met de 6^e staatshervorming, maken dus geen deel uit van de Vlaamse sociale bescherming, en worden ook na 1 januari 2019 nog via het RIZIV en de ziekenfondsen gefinancierd. De opnamedagen voor deze personen kunnen niet gemeld worden via eWZCfin en kunnen bijgevolg ook niet gefactureerd worden aan de zorgkassen.

Bepaalde woonzorgcentra hebben een bijkomende conventie voor patiënten met de ziekte van Huntington, MS of ALS. De financiering naar aanleiding van deze conventies werd niet overgedragen naar Vlaanderen en maken dus geen deel uit van de Vlaamse sociale bescherming, maar blijven ook nog na 1 januari 2019 door het RIZIV en de ziekenfondsen gefinancierd. De opnamedagen voor deze personen kunnen niet gemeld worden via eWZCfin en kunnen bijgevolg ook niet gefactureerd worden aan de zorgkassen.

2.2.2. Voorwaarden m.b.t. het personeel

Om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming voor zorg moeten de ouderenvoorzieningen voldoen aan de door het BVR VSB bepaalde loons- en arbeidsvoorwaarden en personeelsnormen.

De controle hierop gebeurt niet in eWZCfin, maar door Zorg en Gezondheid in de webtoepassing, RaaS¹.

2.2.3. Aanmelding

Enkel ouderenvoorzieningen die de opname van een gebruiker hebben aangemeld aan de zorgkas via eWZCfin en een positief antwoord hebben ontvangen, kunnen een tegemoetkoming factureren aan de zorgkas van de gebruiker.

¹ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overname-van-de-riziv-webtoepassing-ouderenzorg-door-zorg-en-gezondheid>

2.2.4. Verzorgingsdossier

De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging moeten een verzorgingsdossier bijhouden voor iedere bewoner van een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf of persoon die gebruikt maakt van een centrum voor dagverzorging.

Het individueel verzorgingsdossier moet minstens de volgende informatie bevatten:

- Een beschrijving van de inzet van het personeel in de zorg voor de persoon;
- In woonzorgcentra of centra voor kortverblijf, bij bewoners die gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte, een opsomming van de verwarrende gedragsstoornissen;
- Een overzicht van de technische handelingen door verpleegkundig en paramedisch personeel, namelijk de geneeskundige voorschriften, de aard en de frequentie;
- Indien een persoon ingedeeld is in de afhankelijkheidscategorie D of Cd o.b.v. een gespecialiseerd diagnostisch bilan dementie, de datum van het gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie;
- Als de persoon die gebruik maakt van een centrum voor dagverzorging in de afhankelijkheidscategorie Fp is ingedeeld: een attest dat aantoont dat die gebruiker voldoet aan de voorwaarden;
- Als de ouderenvoorziening een indicatiestelling opmaakt wegens een verandering van de afhankelijkheidscategorie: een omstandig verslag ondertekend door:
 - o Een arts als de aanvraag tot herziening wordt ingediend binnen de zes maanden volgend op de beslissing tot aanpassing na controle door de Zorgkassencommissie;
 - o Een arts of een verpleegkundige die de mogelijkheid heeft gehad om de bewoner of de persoon die gebruik maakt van het centrum voor dagverzorging te observeren in de uitvoering van de handelingen van het dagelijks leven, als de aanvraag tot herziening wordt ingediend na een vorige aanvraag of meer dan zes maanden na de beslissing tot aanpassing na controle door de Zorgkassencommissie;
- Indien een gebruiker van een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf, deelneemt aan een collectief vakantieverblijf (zie verder), dan moeten de data, de duur en de plaats van het verblijf in het verzorgingsdossier van de gebruiker worden opgenomen.

De controle van het verzorgingsdossier verloopt niet via eWZCfin, maar wordt de Zorgkassencommissie en de Zorginspectie opgenomen.

2.2.5. Voorwaarden verblijfsduur

De tegemoetkoming voor zorg is pas verschuldigd indien er aan de voorwaarde van een minimale verblijfsduur is voldaan.

Voor de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf is dat 1 nacht, d.w.z. dat de opname begint voor middernacht en eindigt na 8 u 's anderendaags. Voor de centra voor dagverzorging geldt een minimale verblijfsduur van zes uren, waarbij de opname uiterlijk om 12u moet gebeuren.

eWZCfin zal nagaan of deze voorwaarden worden nageleefd door de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf.

2.2.6. Voorwaarden digitale applicatie

Om via het digitaal platform VSB en de toepassing eWZCfin met de zorgkassen te kunnen communiceren moeten ouderenvoorzieningen voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Beschikken over geattesteerde software;
- Beschikken over een eHealth-certificaat;
- Voldoen aan de voorwaarden inzake informatieveiligheid en gegevensbescherming.

Geattesteerde software

Elk softwarepakket moet voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid. De Vlaamse overheid zal, na advies van een groep van onafhankelijke experts, de softwarepakketten attesteren. Een lijst met geattesteerde software wordt op de website van het agentschap ter beschikking gesteld.²

eHealth-certificaat

Om vanuit de software van de ouderenvoorziening met het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming te kunnen communiceren, moet iedere voorziening over een eHealth-certificaat op RIZIV-nummer beschikken.³

Richtsnoeren informatieveiligheid en gegevensbescherming

Iedere ouderenvoorziening moet voldoen aan een aantal voorwaarden inzake informatieveiligheid en gegevensbescherming.⁴ In het e-loket kunnen ouderenvoorzieningen verklaren dat zij deze richtsnoeren naleven. Enkel indien zij deze naleven, kunnen zij communiceren met de zorgkassen.

3. TEGEMOETKOMINGEN EN GEDEKTE ZORG

De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of een centrum voor dagverzorging bestaat uit:

- De *basistegemoetkoming voor zorg* in een woonzorgcentrum, een centrum voor kortverblijf of een centrum voor dagverzorging;
- De *tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal* in een woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf;
- De *tegemoetkoming in de reiskosten centrum voor dagverzorging*.

eWZCfin zal voor elk van de tegemoetkomingen nagaan of de ouderenvoorziening de facturatieregels naleeft en het correcte bedrag aanrekent aan de zorgkas van de gebruiker.

² <https://www.zorg-en-gezondheid.be/digitaal-platform-vlaamse-sociale-bescherming>

³ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vergeet-uw-riziv-ehealth-certificaat-niet>

⁴ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtsnoeren-informatieveiligheid-en-gegevensbescherming>

3.1. DE BASISTEGEMOETKOMING

3.1.1. De basistegemoetkoming in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

De basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf is alleen bestemd voor de financiering van de volgende diensten en producten:

- De zorg en ondersteuning in de handelingen van het dagelijks leven;
- De verzorging verleend door verpleegkundigen;
- De logopedieverstrekkingsen verleend door de zorgverleners die daarvoor bevoegd zijn;
- Elke handeling tot reactivatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;
- Een tegemoetkoming om de inzet van bijkomende zorginspanningen te stimuleren;
- De producten en de materialen ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook de volgende producten:
 - o De ontsmettingsmiddelen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering, uitgezonderd de ontsmettingsmiddelen voor gynaecologie, mond- en oogverzorging;
 - o De niet-geïmpregneerde verbanden;
 - o De steriele kompressen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering;
 - o Het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal, uitgezonderd insulinespuiten;
- De opleiding en de sensibilisering van het personeel voor de palliatieve verzorging in:
 - De woonzorgcentra met een bijkomende erkenning;
 - De woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens 25 bewoners in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, huisvesten en ten opzichte van het totaal aantal erkende entiteiten minstens 40% bewoners telt in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd;
- Een tegemoetkoming in de beheerskosten en de kosten voor de gegevensoverdracht;
- Het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de coördinerend verpleegkundigen met minstens achttien jaar anciënniteit;
- De financiering van een referentiepersoon voor dementie in de desbetreffende ouderenvoorzieningen waarin gemiddeld 25 bewoners verblijven die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie Cd, wegens hun psychische afhankelijkheid;
- De titels en de beroepskwalificaties, vermeld in het koninklijk besluit van 28 december 2011;
- De aanvullende opleiding van het personeel op het vlak van dementie in de desbetreffende ouderenvoorzieningen met een bijkomende erkenning en in de ouderenvoorzieningen waarin gemiddeld vijftien bewoners verblijven die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie Cd, wegens hun psychische afhankelijkheid.
- De taken van de coördinerend en raadgevend arts;
- De taken van een hoofdverpleegkundige.
- De kinesitherapieverstrekkingsen verleend aan bewoners in de afhankelijkheidscategorie B, C, Cd en D door de zorgvertrekkers die daarvoor bevoegd zijn.

De basistegemoetkoming voor zorg in een centrum voor kortverblijf bevat ook nog de volgende producten en diensten:

- Een bijkomende financiering voor het kortverblijf;
- De werkingsmiddelen van het centrum voor kortverblijf;
- In voorkomend geval de financiering voor het personeel in een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning.

In het MB VSB wordt de lijst van de producten en materialen ter preventie van nosocomiale ziekten opgesomd.

Tot en met 30 juni 2021 bevat de basistegemoetkoming voor zorg in een woongegelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning en een CVK **geen** kinesitherapieverstrekkingen. Een persoon die verblijft in een woongegelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning of CVK kan kinesitherapieverstrekkingen via de nomenclatuur laten uitvoeren. Voor een persoon die verblijft in een woongegelegenheid WZC met bijkomende erkenning zijn er geen kinesitherapieverstrekkingen via de nomenclatuur mogelijk.

Vanaf 1 juli 2021 zijn de kinesitherapieverstrekkingen voor alle bewoners met een afhankelijkheids categorie B, C, Cd en D inbegrepen in de basistegemoetkoming voor zorg. Er kan dus vanaf 1 juli 2021 voor bewoners met afhankelijkheids categorie B, C, Cd en D in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf geen aanrekening meer gebeuren aan de bewoner. Om dubbele financiering te vermijden, is het bovendien logisch dat er vanaf 1 juli 2021 voor bewoners met een afhankelijkheids categorie B, C, Cd en D in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf geen nomenclatuur meer wordt aangerekend aan het RIZIV. Voor bewoners met een afhankelijkheids categorie O of A kunnen kinesitherapieverstrekkingen wel nog steeds aangerekend worden aan de bewoner. Als er een aanrekening aan de bewoner gebeurt, ontvangt hij/zij een getuigschrift versterkte hulp die hij/zij dan bij de mutualiteit kan indienen voor tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering.

Het bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg wordt bepaald door Zorg en Gezondheid, via de webtoepassing RaaS. Dit bedrag is verschillend per voorziening, maar gelijk voor alle bewoners of gebruikers van die voorziening.

3.1.2. De basistegemoetkoming in centra voor dagverzorging

De basistegemoetkoming voor zorg in centra voor dagverzorging is alleen bestemd voor de financiering van de volgende diensten en producten:

- de zorg en ondersteuning in de handelingen van het dagelijks leven;
- de verzorging verleend door verpleegkundigen;
- de kinesitherapieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn;
- de logopedieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn;
- elke handeling tot reactivatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;
- de producten en de materialen ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook de volgende producten:
 - a) de ontsmettingsmiddelen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte ziekteverzekering, met uitzondering van de ontsmettingsmiddelen voor gynaecologie, mond- en oogverzorging;
 - b) de niet-geïmpregneerde verbanden;
 - c) de steriele kompressen die niet terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte

ziekteverzekering;

d) het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal, uitgezonderd insulinespuiten.

De basistegemoetkoming voor centra voor dagverzorging is een vast bedrag per dag dat gelijk is voor alle centra voor dagverzorging.

De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

3.2. DE TEGEMOETKOMING IN DE GESOLIDARISEERDE KOST VAN HET INCONTINENTIAMATERIAAL IN EEN WOONZORGCENTRUM EN CENTRUM VOOR KORTVERBLIJF

De tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal bedraagt per verblijfsdag en per gebruiker 0,34 euro op 1/1/2019. De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

Enkel indien er een basistegemoetkoming wordt gefactureerd voor een gebruiker voor een bepaalde verblijfsdag kan er ook een tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal worden gefactureerd. Bovendien geldt dat voor elke verblijfsdag die gefactureerd wordt, ook de tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal moet worden gefactureerd aan de zorgkas en vervolgens in mindering gebracht op de gebruikersfactuur.

Deze tegemoetkoming is enkel van toepassing voor de verblijfsdagen in een woonzorgcentrum en een centrum voor kortverblijf.

3.3. DE TEGEMOETKOMING IN DE REISKOSTEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

In het BVR VSB is bepaald dat de tegemoetkoming voor de reiskosten van en naar de centra voor dagverzorging door het centrum voor dagverzorging wordt aangerekend aan de zorgkas en in mindering gebracht op de factuur van de gebruiker.

De centra voor dagverzorging zullen daarom op de gebruikersfactuur de dagprijs verminderen met de tegemoetkoming voor de reiskosten in het centrum voor dagverzorging.

De verrekening op de factuur aan de zorgkas gebeurt zoals de basistegemoetkoming voor zorg in een centrum voor dagverzorging (het vroegere instellingsforfait of f-forfait) en de tegemoetkoming voor kosten voor incontinentiemateriaal. Het centrum voor dagverzorging gebruikt een specifieke prestatiecode (zie verder) voor de tegemoetkoming voor de reiskosten en vermeldt deze op de factuur aan de zorgkas. De zorgkas zal dit bedrag vervolgens betalen aan het centrum voor dagverzorging.

3.3.1. De tegemoetkoming voor de reiskosten in het centrum voor dagverzorging

De tegemoetkoming in de reiskosten bedraagt per verblijfsdag en per gebruiker 0,35 euro op 1/1/2019 per kilometer op grond van de werkelijke afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker en het centrum voor dagverzorging. De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

De vergoedbare afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker en het centrum voor dagverzorging wordt beperkt tot maximum 15 kilometer. De tegemoetkoming voor de reiskosten centrum voor dagverzorging wordt toegekend zowel voor de verplaatsing van de hoofdverblijfplaats van de gebruiker naar het centrum voor dagverzorging als voor de verplaatsing van het centrum voor dagverzorging naar de hoofdverblijfplaats van de gebruiker. Het maximale bedrag dat kan worden aangerekend per verblijfsdag bedraagt dus $15\text{km} * 2 * 0,35\text{€} = 10,5\text{€}$.

De tegemoetkoming in de reiskosten centrum voor dagverzorging kan voor iedere gebruiker van een centrum voor dagverzorging worden gefactureerd die op een gegeven dag in het centrum voor dagverzorging aanwezig is, ongeacht of er voor deze gebruiker voor die dag ook een basistegemoetkoming voor zorg in een centrum voor dagverzorging (het zogenaamde instellingsforfait of f-forfait) wordt gefactureerd. Maar de gebruiker moet wel voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden (afhankelijkheidscategorie F, Fd, D of voor de palliatieve centra voor dagverzorging de afhankelijkheidscategorie Fp), de minimale verblijfsduur van 6 uur en de voorwaarden inzake VSB-verzekeringsstatus. Er moet in eWZCfin bovendien een goedgekeurde opname zijn.

3.3.2. Bepalen van de afstand

Het aantal kilometer tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker van het centrum voor dagverzorging en het centrum voor dagverzorging wordt eenmalig bepaald bij de opname van de gebruiker in het centrum voor dagverzorging. Bij de bepaling van het aantal kilometers wordt rekening gehouden met de kortste afstand. De afstand wordt berekend met een routeplanner of een GPS-systeem.

De afstand wordt afgerond tot 2 cijfers na de komma. Er wordt geen rekening gehouden met het cijfer dat volgt op de af te ronden decimaal als het lager is dan vijf. De af te ronden decimaal wordt met een eenheid verhoogd als het cijfer dat volgt op de af te ronden decimaal gelijk is aan of hoger is dan vijf.

3.3.3. Schriftelijke overeenkomst

De afstand in kilometer tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker en het centrum voor dagverzorging wordt in de schriftelijke overeenkomst vermeld.

Indien de hoofdverblijfplaats van de gebruiker van het centrum voor dagverzorging of het adres van het centrum voor dagverzorging wijzigt, of bij een wijziging van minstens een kilometer van de kortste afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker van het centrum voor dagverzorging en het centrum voor dagverzorging, wordt de afstand in de schriftelijke overeenkomst aangepast.

3.3.4. Overgangsbepaling schriftelijke overeenkomst

Om te vermijden dat de centra voor dagverzorging alle bestaande schriftelijke overeenkomsten met de gebruikers moeten aanpassen is er een overgangsmaatregel bepaald. Indien er tussen een gebruiker en het CDV op 1 januari 2019 al een schriftelijke overeenkomst is afgesloten, dan wordt de afstand pas opgenomen bij de eerste wijziging van de overeenkomst (conform artikel 13 van bijlage IX van het besluit van 24 juli 2009 of de eerste aanpassing van het bedrag van de dagprijs conform artikel 14 van de voormelde bijlage.)

3.4. INDEXERING BEDRAGEN

Artikel 511 van het BVR VSB bepaalt het volgende met betrekking tot de indexering van de bedragen:

“De bedragen vermeld in dit boek worden geïndexeerd overeenkomstig de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld, waarbij de verhoging of de vermindering wordt toegepast vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarvan het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

Die koppeling aan het indexcijfer wordt berekend en toegepast conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen.

De bedragen vermeld in dit boek zijn gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,04 (1 juni 2017; basis 2013=100).”

Het eerste lid van dit artikel stelt dat de aanpassing van de bedragen steeds gebeurt vanaf de eerste maand volgend op de maand waarvan het indexcijfer het cijfer bereikt dat een wijziging rechtvaardigt.

Het tweede lid van dit artikel verwijst naar [art. 2 van het KB van 24/12/1993](#) voor de berekening en toepassing van de koppeling aan het indexcijfer. In dit art. 2 wordt bepaald dat gewerkt wordt met de afgevlakte gezondheidsindex. Deze afgevlakte gezondheidsindex is het rekenkundig gemiddelde van de gezondheidsindexen van de laatste 4 maanden, vermenigvuldigd met een factor 0,98.

Van zodra deze afgevlakte index de spilindex overschrijdt, worden, de maand volgend op deze overschrijding, de bedragen in het BVR VSB verhoogd. De spilindex fungeert als een aanpassingsdrempel. Deze aanpassingsdrempel wordt op voorhand vastgelegd door de laatst overschreden spilindex te vermenigvuldigen met 1,02.

In augustus 2018 werd het vorige spilindexcijfer van 105,10 overschreden. Het volgende te overschrijden spilindexcijfer is 107,20 (=105,10*1,02). De afgevlakte gezondheidsindex bedroeg in januari 2019 106,25. (zie bv <https://www.plan.be/databases/17-nl-indexcijfer+der+consumptieprijzen+inflatievooruitzichten>)

Zoals het laatste lid van 511 van het BVR VSB stelt, zijn de bedragen gekoppeld aan het spilindexcijfer. Dit betekent dat de bedragen vermeld in het BVR VSB bij een overschrijding van de spilindex worden verhoogd met dezelfde coëfficiënt waarmee het spilindexcijfer zelf wordt verhoogd ten opzichte van het spilindexcijfer 103,04 vermeld in het BVR VSB.

Een voorbeeld:

In het BVR VSB staat voor de basistegemoetkoming voor zorg in de CDV's met een bijkomende erkenning als centrum voor dagverzorging voor zorgafhankelijke personen een bedrag van 49,59 euro vermeld.

Door de overschrijding van de spilindex in augustus 2018 werd dit bedrag op 1 september 2018 verhoogd naar 50,58 euro ($49,59/103,04 \times 105,10$).

Bij het overschrijden van de volgende spilindex van 107,2 zal dit bedrag worden verhoogd naar 51,59 euro ($49,59/103,04 \times 107,2$).

De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid:
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

4. AANMELDINGSPROCEDURE

4.1. DE AANMELDING VAN DE OPNAME

De woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging melden elke opname van een gebruiker via eWZCfin aan de zorgkas van de gebruiker. Deze aanmelding van de opname is een voorwaarde voor het verkrijgen van een tegemoetkoming voor zorg. Enkel voor goedgekeurde opnames kunnen nadien ook verblijfsdagen gefactureerd worden.

4.1.1. Meldingstermijn

De aanmelding van de opname moet plaatsvinden binnen de 5 werkdagen na de datum van de opname van de gebruiker. In dat geval kan de tegemoetkoming worden toegekend vanaf de opnamedatum. Indien een ouderenvoorziening laattijdig opnamegegevens doorstuurt, dan zal de datum van de melding van de opname gelden als de ingangsdatum van de opname.

De zorgkas heeft de mogelijkheid om, op vraag van de voorziening en enkel in uitzonderlijke situaties, de 5-werkdagenregel aan te passen en een langere termijn toe te laten. Dit kan indien de voorziening door overmacht de 5-werkdagen regel niet heeft kunnen naleven. Daarnaast kan de zorgkasmedewerker in het geval van een wijziging in de verzekeringsstatus van de gebruiker of indien er sprake is van een erkenning met terugwerkende kracht de 5-werkdagenregel aanpassen.

De concrete toepassing van deze regel in eWZCfin wordt toegelicht in bijlage 2.

Indien door overmacht de meldingstermijn niet werd gerespecteerd kan een uitzondering worden aangevraagd bij de zorgkassen. De volgende procedure is daarvoor van toepassing:

- Schriftelijke melding via mail
- Informatie die de mail moet bevatten:
 - HCO-nummer voorziening
 - INSZ-nummer persoon/personen waarvoor meldingstermijn moet worden aangepast
 - Periode waarvoor overmacht wordt aangevraagd
 - Reden van de overmacht duidelijk omschreven
 - Voldoende argumenten met bewijsstukken ter staving

- Vermelding bij welke zorgkassen de aanvraag werd ingediend
- De zorgkas bezorgt een ontvangstbevestiging binnen 5 werkdagen.
- De zorgkas neemt een beslissing 3 weken na melding.

4.1.2. Gegevens over de opname in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

4.1.2.1. Minimale verblijfsduur

De tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum en een centrum voor kortverblijf kan worden toegekend voor elke verblijfsdag die minstens één nacht duurt mits de opname begint vóór middernacht en eindigt na 8 uur 's anderendaags.

Daarom moeten de ouderenvoorzieningen aan eWZCfin het tijdstip van het begin van de opname en het tijdstip van het einde van de opname doorgeven. Op basis van deze informatie zal eWZCfin nagaan of een verblijfsdag (gefactureerde prestatie) gefactureerd mag worden.

Als door het overlijden van de gebruiker niet wordt voldaan aan de minimale verblijfsduur van één nacht, dan is de betaling van de tegemoetkoming verschuldigd.

De concrete toepassing van de minimale verblijfsduur in eWZCfin wordt toegelicht in bijlage 3.

4.1.2.2. Moment van opname en einde verblijf

Voor het moment van opname en het einde van het verblijf gelden er specifieke regels. De dag van opname en de dag van ontslag worden samen voor één verblijfsdag gerekend, behalve in de gevallen waarin de volgende voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

- 1) De opname van de gebruiker vindt plaats vóór 12 uur op de dag van zijn opname;
- 2) Het vertrek van de gebruiker vindt plaats na 14 uur op de dag van zijn ontslag.

In de andere gevallen wordt de dag van de opname als verblijfsdag beschouwd, indien de opname gebeurde vóór 12 uur van de dag van zijn opname en het vertrek plaatsvond vóór 14 uur op de dag van het ontslag.

De dag van ontslag wordt in rekening gebracht bij opname na 12 uur van de dag van zijn opname, ongeacht het uur van vertrek op de dag van het ontslag.

Tabel 2. Begin opname versus einde opname

Begin van de opname	Einde van de opname	Verblijfsdagen waarvoor tegemoetkoming kan worden gefactureerd
Opname vóór 12u	Vertrek vóór 14u	1 dag, opnamedag
Opname vóór 12u	Vertrek na 14u	2 dagen, opnamedag en dag van vertrek
Opname na 12u	Vertrek vóór 14u	1 dag, dag van vertrek
Opname na 12u	Vertrek na 14u	1 dag, dag van vertrek

De uren werden als volgt geïmplementeerd in eWZCfin:

- Vóór 12u = 00:00:00 tot en met 12:00:00
- Na 12u = 12:00:01 tot en met 23:59:59
- Vóór 14u = 00:00:00 tot en met 13:59:59

- Na 14u = 14:00:00 tot en met 23:59:59

4.1.2.3. Tijdelijke afwezigheid

Er is geen recht op de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf in geval van een tijdelijke afwezigheid van de gebruiker. Een tijdelijke afwezigheid betekent de afwezigheid van een gebruiker gedurende minstens één nacht, die loopt van vóór middernacht tot 8 uur de volgende dag.

Indien een persoon overdag naar het ziekenhuis gaat (bijvoorbeeld van 16u tot 22u), is dit geen tijdelijke afwezigheid en moet dit niet worden gemeld. Een opname in het ziekenhuis gedurende de nacht moet worden gemeld als een einde van de opname (zie verder).

Om te bepalen welke dagen mogen worden gefactureerd indien er sprake is van een tijdelijke afwezigheid van minstens één nacht worden dezelfde regels toegepast als beschreven in tabel 2. Indien een persoon tijdelijk afwezig is gedurende één nacht, dan wordt het begin van de tijdelijke afwezigheid beschouwd als het einde van een opnameperiode. Het einde van de tijdelijke afwezigheid wordt aanzien als het begin van een nieuwe opnameperiode.

Indien een gebruiker langer dan 72u afwezig is, wordt dit beschouwd als het einde van de opname in de ouderenvoorziening (zie verder).

Tabel 3. Tijdelijke afwezigheden

Situatie	Voorbeeld	Recht op tegemoetkoming?	Meldingsplicht?	Einde opname?
Tijdelijke afwezigheid tijdens de dag	2 uur op bezoek bij familie Dagopname in het ziekenhuis	Ja	Neen	Neen
Tijdelijke afwezigheid van een gebruiker gedurende één nacht tot 72u	Een weekend bij familie	Neen	Ja	Neen
Tijdelijke afwezigheid van een gebruiker van meer dan 72u	Een week bij de familie	Neen	Ja	Ja

4.1.2.4. Collectieve vakanties

Aan de gebruikers die zijn opgenomen in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf kunnen collectieve vakantieverblijven worden toegestaan die worden georganiseerd en geleid door, en onder de verantwoordelijkheid van deze ouderenvoorziening.

Een collectief vakantieverblijf wordt niet beschouwd als een tijdelijke afwezigheid. Tijdens de periode van een collectief vakantieverblijf kan voor de gebruiker dus wel de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf worden aangerekend aan de zorgkas van de gebruiker. Het maximum aantal dagen van een collectief vakantieverblijf, bedraagt veertien dagen per kalenderjaar.

Indien een gebruiker van een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf, deelneemt aan een collectief vakantieverblijf, moeten de data, de duur en de plaats van het verblijf in het verzorgingsdossier van de gebruiker worden opgenomen.

De informatie in het verzorgingsdossier wordt bewaard in de ouderenvoorziening en wordt niet verstuurd naar de zorgkas via eWZCfin.

4.1.2.5. Soort woongelegenheid (woonzorgcentra)

Een verhuis van een bewoner van een woongelegenheid zonder bijzondere erkenning (of ROB-woongelegenheid/ROB-bed) binnen een woonzorgcentrum naar een woongelegenheid met een bijzondere erkenning binnen hetzelfde woonzorgcentrum (of RVT-woongelegenheid/RVT-bed) of omgekeerd betekent geen einde van het verblijf. Het type woongelegenheid waarin een bewoner verblijft moet worden meegegeven aan de zorgkas, via eWZCfin, omdat zowel de afhankelijkheidscategorieën als de prestatiecodes verschillen naargelang het type woongelegenheid in een woonzorgcentrum.

Bij een verhuis van een woongelegenheid WZC zonder bijzondere erkenning (of ROB-woongelegenheid/ROB-bed) naar een woongelegenheid WZC met een bijzondere erkenning (of RVT-woongelegenheid/RVT-bed) voor 12u kan het WZC die dag factureren als een dag in een woongelegenheid WZC met bijkomende erkenning.

Bij een verhuis van een woongelegenheid WZC zonder bijzondere erkenning (of ROB-woongelegenheid/ROB-bed) naar een woongelegenheid WZC met een bijzondere erkenning (of RVT-woongelegenheid/RVT-bed) vanaf 12u moet het WZC die dag factureren als een dag in een woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning.

Het uur van verhuis heeft ook een impact op de datum van de indicatiestelling (zie ook 6.4. welke berichten wanneer versturen?).

4.1.2.6. Einde van de opname

Indien een gebruiker overlijdt, dan moet dit worden meegedeeld binnen 5 werkdagen aan de zorgkas via eWZCfin. Het overlijden wordt beschouwd als het einde van een opname. Indien de gebruiker de dag van zijn opname overlijdt, is de betaling van de tegemoetkoming verschuldigd.

Naast het overlijden van de gebruiker zijn er nog een aantal andere redenen die aanleiding geven tot het einde van de opname:

- opname in een ziekenhuis⁵ voor minstens één nacht,
- opname in een andere (ouderen)voorziening,
- vertrek naar huis,
- tijdelijke afwezigheid langer dan 72 uur,
- indien er geen tegemoetkoming voor zorg zal worden gefactureerd,
- indien de voorziening de reden van het einde van de opname niet kent, dan kan de reden "vertrek naar huis of andere" worden gekozen

De reden "geen tegemoetkoming voor zorg" kan worden toegepast indien:

- een persoon is opgenomen in een centrum voor kortverblijf en het maximaal aantal dagen wordt overschreden.

⁵ Psychiatrisch ziekenhuis, universitair ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis

- indien de maximale capaciteit van de federaal gefinancierde NAH-bedden⁶ wordt bereikt dan kan een comapatiënt worden opgenomen in een Vlaams gefinancierde woongelegenheden. Op het moment dat deze persoon mag worden gefactureerd aan VSB wordt een nieuwe opname gemeld. Op het moment dat deze persoon terug kan worden gefinancierd via de federale regelgeving moet de opname worden beëindigd met als reden “geen tegemoetkoming voor zorg”, de verblijfsovereenkomst blijft doorlopen.

Het woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf moet het overlijden meedelen aan de verstrekker van de mobiliteitshulpmiddelen indien deze aan de bewoner een rolstoel verhuurt.

4.1.2.7. Einde van de opnameovereenkomst of verblijfsovereenkomst

Het einde van de verblijfsovereenkomst moet worden meegedeeld via eWZCfin omdat dit voor personen opgenomen in het woonzorgcentrum in een aantal gevallen het stopzetten van het recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (ZZZ) betekent.

Niet elk einde van de opname heeft een einde van de verblijfsovereenkomst tot gevolg. Een persoon kan bijvoorbeeld opgenomen worden in een ziekenhuis voor 1 nacht of langer zonder dat de verblijfsovereenkomst wordt beëindigd, omdat de persoon na de ziekenhuisopname naar de voorziening zal terugkeren.

Een vaak voorkomende reden om de opname te beëindigen is de opname in het ziekenhuis (of revalidatieziekenhuis). In dit geval zal de verblijfsovereenkomst niet worden beëindigd. Hetzelfde geldt voor een tijdelijke afwezigheid meer dan 72u of geen recht op een tegemoetkoming. Deze redenen worden dan ook niet overgenomen als redenen voor het einde van de verblijfsovereenkomst.

Indien een bewoner van een WZC wordt opgenomen in het ziekenhuis voor langer dan een nacht, dan moet het WZC dus eerst het einde van de opname aan de zorgkas bezorgen. Indien deze bewoner nadien in het ziekenhuis overlijdt, dan zal het WZC de verblijfsovereenkomst met deze bewoner beëindigen. Op dat moment moet ook de datum van het einde van de verblijfsovereenkomst aan de zorgkas worden meegedeeld en moet ook een nieuwe reden worden meegedeeld.⁷

Indien de reden voor het einde van de verblijfsovereenkomst niet voorkomt in de lijst met categorieën of men niet weet wat de reden is voor het beëindigen van de verblijfsovereenkomst, dan kan men de reden “vertrek naar huis of andere” kiezen.

⁶ Bepaalde woonzorgcentra met een bijkomende erkenning beschikken over een bijkomende specialisatie voor de verzorging van personen met een gestabiliseerde niet-aangeboren hersenaandoening, de zogenaamde NAH-bedden. De financiering van deze bedden is niet overgedragen met de 6^e staatshervorming, maken dus geen deel uit van de Vlaamse sociale bescherming, en worden ook na 1 januari 2019 nog via het RIZIV en de ziekenfondsen gefinancierd. De opnamedagen voor deze personen kunnen niet gemeld worden via eWZCfin en kunnen bijgevolg ook niet gefactureerd worden aan de zorgkassen.

⁷ Het doorsturen van de reden van het einde van de opname en de reden van het einde van de verblijfsovereenkomst kan in dit geval niet in 1 bericht (ModifyAdmission) omdat er maar 1 EndReason beschikbaar is. In 2021 wordt er een apart veld “reden einde verblijfsovereenkomst” toegevoegd.

Tabel 4. Einde opname versus einde verblijfsovereenkomst

Situatie	Einde opname?	Steeds einde verblijfsovereenkomst?
Overlijden	Ja	Ja
Vertrek naar (ander) WZC	Ja	Ja
Vertrek naar (ander) CVK	Ja	Ja
Vertrek naar (ander) CDV	Ja	Ja
Vertrek naar ziekenhuis of revalidatieziekenhuis	Ja	Neen
Vertrek naar PVT	Ja	Ja
Vertrek naar IBW	Ja	Ja
Vertrek naar assistentiewoning	Ja	Ja
Vertrek naar herstelverblijf	Ja	Ja
Vertrek naar huis, maar geen gebruik maken van een CDV, of andere reden	Ja	Ja
Tijdelijke afwezigheid meer dan 72u	Ja	Neen
Tijdelijke afwezigheid minder dan 72u	Neen	Neen
Geen tegemoetkoming	Ja	Neen

4.1.3. Gegevens over de opname in een centrum voor dagverzorging

4.1.3.1. Minimale verblijfsduur

Een gebruiker die beroep doet op een centrum voor dagverzorging heeft recht op een tegemoetkoming voor zorg voor elk verblijf dat minstens zes uur duurt. De opname moet uiterlijk om 12 uur plaatshebben.

De centra voor dagverzorging moeten een aanwezigheidsregister bijhouden waarin voor elke dag waarop het centrum voor dagverzorging open is, de namen van de aanwezige gebruikers en het uur van aankomst en vertrek is vermeld.

Dit register moet elke dag om 13u worden afgesloten wat het aantal gebruikers en hun uur van aankomst betreft.

Het aanwezigheidsregister wordt bijgehouden in het centrum voor dagverzorging en moet niet aan eWZCfin worden overgemaakt. Dit wil zeggen dat een centrum voor dagverzorging de zorgkas eenmaal, binnen de 5 werkdagen na de opname, via eWZCfin, moet laten weten dat een persoon is opgenomen in het centrum voor dagverzorging. Het centrum voor dagverzorging moet echter niet per dag aan de zorgkas, via eWZCfin, een overzicht bezorgen van het aankomstuur en vertrekuur van de gebruikers die die dag aanwezig waren.

Het centrum voor dagverzorging dient zelf de voorwaarde met betrekking tot de minimale verblijfsduur na te leven bij de facturatie van de verblijfsdagen.

4.1.3.2. Overlijden en einde van de opname

De goedkeuring van een opname in een centrum voor dagverzorging is onbeperkt geldig in de tijd.

Dit wil zeggen dat wanneer een centrum voor dagverzorging zeker weet dat een gebruiker niet meer naar het centrum voor dagverzorging zal komen, bijvoorbeeld omwille van een opname in een woonzorgcentrum of het overlijden van de gebruiker, het centrum voor dagverzorging het

einde van de opname moet melden aan de zorgkas van de gebruiker via eWZCfin. Tot 31 december 2018 moest dit niet en werd er na verloop van 1 jaar door het centrum voor dagverzorging geen nieuwe aanvraag om tegemoetkoming ingediend bij de verzekeringsinstelling.

Indien een gebruiker van een centrum voor dagverzorging in een ziekenhuis wordt opgenomen, wordt dit niet beschouwd als het vertrek van de gebruiker uit de voorziening. Het centrum voor dagverzorging moet dus geen einde opname melden, de verblijfsovereenkomst zal niet worden beëindigd. Ook een tijdelijke afwezigheid moet in het geval van een centrum voor dagverzorging niet worden gemeld.

Indien de gebruiker tijdens een verblijfsdag overlijdt of moet worden opgenomen in een ziekenhuis is de betaling van de tegemoetkoming steeds verschuldigd.

4.1.3.3. Afhankelijkheidscategorieën

Enkel personen die voldoen aan de voorwaarden van de afhankelijkheidscategorieën die van toepassing zijn in een centrum voor dagverzorging (F, Fp, D) hebben recht op een basistegemoetkoming voor zorg en kunnen worden aangemeld bij de zorgkassen. De opname van personen met afhankelijkheidscategorie O en A in een centrum voor dagverzorging kan dus niet worden doorgestuurd. Zij hebben namelijk geen recht op een tegemoetkoming voor zorg.

4.2. Gegevens aanmelding opname

In onderstaande tabel worden de gegevens die moeten worden bezorgd aan de zorgkas via eWZCfin weergegeven⁸.

⁸ Het doorsturen van opnamegegevens gebeurt met het bericht DF003.CreateAdmission of DF004.ModifyAdmission.

Tabel 5. Gegevens aanmelding opname

Gegeven	Omschrijving	Waarde	Formaat/ lengte	Verplicht/ Optioneel	Opmerking
INSZ-nummer van de gebruiker	Rijksregisternummer/identificatienummer van de sociale zekerheid in België	Numeriek	11 cijfers	Verplicht	
HCO-nummer van de voorziening	Identificatienummer van de voorziening - Verschillend per locatie - Verschillend per type zorgvorm WZC/CVK/CDV	Numeriek	11 cijfers In de praktijk 4 tot 6 cijfers	Verplicht	Raadpleegbaar via website Z&G: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Lijst_voorzieningen_HCO_nr.xlsx
Uitbatingplaats	/	/	/	Optioneel	Is voorzien in het bericht, maar moet op 01/01/2019 nog niet worden ingevuld. Instructies volgen later.
Zorgactiviteit	/	/	/	Optioneel	Is voorzien in het bericht, maar moet op 01/01/2019 nog niet worden ingevuld. Instructies volgen later.
Interne referentie van de verzender van het bericht	Bedoeld voor intern gebruik in de voorziening. Indien de verzender een interne referentie invult, dan zal deze waarde ook in alle antwoorden op dit bericht vermeld worden. Zo kan de verzender de antwoorden koppelen aan het bericht.	Alfanumeriek: letters en/of cijfers	100 tekens	Optioneel	

Begindatum van de opname	Datum van het begin van de opname	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Verplicht	Het opnamebericht kan niet voor het effectieve tijdstip van een opname worden verstuurd. Indien men bijvoorbeeld op maandag een opname heeft gepland voor woensdag, dan kan deze niet reeds worden doorgestuurd op maandag.
Begintijdstip van de opname	Tijdstip van het begin van de opname	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Verplicht	
Type woongegelegenheid	In een WZC kan een gebruiker ofwel in een woongegelegenheid zonder bijzondere erkenning (ROB-woongegelegenheid) of een woonzorgcentrum met een bijzondere erkenning (RVT-woongegelegenheid) verblijven. De ouderenvoorziening moet dus meegeven in welk soort woongegelegenheid een persoon verblijft. Voor een CVK is er maar 1 soort van woongegelegenheid, nl. CVK. Voor een CDV is er, afhankelijk van de aard van de erkenning dat een CDV heeft, een onderscheid tussen een “gewoon” CDV en CDV-p.	ROB RVT CVK CDV CDV-p		Verplicht	
Begindatum type woongegelegenheid	Datum van het begin van de opname in een bepaalde woongegelegenheid of verblijfseenheid	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Verplicht	

Begintijdstip type woongelegenheid	Tijdstip van het begin van de opname in een bepaalde woongelegenheid of verblijfseenheid	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Verplicht
Ongeval	Is de opname te wijten aan een ongeval? Dit gegeven laat de zorgkas toe om een proces van subrogatie ten opzichte van een derde aansprakelijke of zijn verzekeringsmaatschappij op te starten. De ouderenvoorziening staat rechtsreeks in contact met de gebruiker. Indien de ouderenvoorziening informatie heeft dat de opname te wijten is aan een ongeval met mogelijks een aansprakelijke derde of een arbeidsongeval betreft, dient de ouderenvoorziening dit aan de zorgkas door te geven. Indien er door de ouderenvoorziening wordt aangegeven dat de opname mogelijks te wijten is aan een ongeval, dan kan de zorgkas van de gebruiker dit verder onderzoeken en indien mogelijk de kosten	Ja Neen		Verplicht

	terugvorderen bij de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde. Het is aangewezen dat alle situaties die beschouwd kunnen worden als ongeval doorgegeven worden. Door de zorgkas of de externe dienstverlener wordt dan nagegaan of er sprake is van een aansprakelijke derde en of kosten teruggevorderd kunnen worden. Een ongeval is dan elke plotse gebeurtenis dat een letsel veroorzaakt (zo kunnen we het onderscheid maken met een ziekte).				
Migratiedossier	Overgangsmaatregel	Ja Neen	/	Optioneel	
	Door dit gegeven kunnen we de reële opnames op 1/1/2019 onderscheiden van de opnames van personen die reeds vóór 1/1/2019 waren opgenomen in een ouderenvoorziening.				
	Indien een persoon vóór 1/1/2019 reeds was opgenomen in een ouderenvoorziening, dan moet de waarde gelijk zijn aan “ja”. Indien een persoon op 1/1/2019 voor het eerst in een ouderenvoorziening is				

	opgenomen, dan moet de waarde gelijk zijn aan “neen”.				
Begindatum tijdelijke afwezigheid	Datum van het begin van een tijdelijke afwezigheid	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	
Begin tijdstip van tijdelijke afwezigheid	Tijdstip van het begin van een tijdelijke afwezigheid	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel	
Einddatum tijdelijke afwezigheid	Datum van het einde van een tijdelijke afwezigheid	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	
Eind tijdstip van tijdelijke afwezigheid	Tijdstip van het einde van een tijdelijke afwezigheid	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel	
Einddatum van de opname	Datum van het einde van de opname	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	Het einde van de opname kan niet voor het effectieve tijdstip van het einde van de opname worden verstuurd.
Eind tijdstip van de opname	Tijdstip van het einde van de opname	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel	
Reden einde opname	Indien de opname is beëindigd en er een einddatum en eindtijdstip van de opname wordt doorgegeven, moet de ouderenvoorziening, voor zover zij hiervan op de hoogte is, ook	Overlijden Vertrek naar (ander) WZC Vertrek naar (ander) CVK		Optioneel	

	meegeven wat de reden was voor het einde van de opname.	Vertrek naar (ander) CDV Vertrek naar ziekenhuis of revalidatieziekenhuis Vertrek naar PVT Vertrek naar IBW Vertrek naar assistentiewoning Vertrek naar herstelverblijf Vertrek naar huis of andere reden Tijdelijke afwezigheid meer dan 72u Geen recht op een tegemoetkoming		
Einddatum verblijfsovereenkomst	Datum van het einde van de verblijfsovereenkomst Dit gegeven moet worden doorgegeven omdat het recht op een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, automatisch wordt toegekend bij de opname in een WZC. Indien de verblijfsovereenkomst wordt beëindigd, zal ook het zorgbudget automatisch worden stopgezet.	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel
Eindtijdstip	Tijdstip van het einde van de verblijfsovereenkomst	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel

verblijfsve reekomst			
Reden einde verblijfsve reekomst	Reden van het einde van de verblijfsovereenkomst	Overlijden Vertrek naar (ander) WZC	Optioneel
	Indien de verblijfsovereenkomst is beëindigd en er een datum einde verblijfsovereenkomst en een tijdstip einde verblijfsovereenkomst wordt doorgegeven, moet de ouderenvoorziening, voor zover zij hiervan op de hoogte is, ook meegeven wat de reden was voor het einde van de verblijfsovereenkomst.	Vertrek naar (ander) CVK Vertrek naar (ander) CDV Vertrek naar PVT Vertrek naar IBW Vertrek naar assistentiewoning Vertrek naar herstelverblijf Vertrek naar huis of andere	

4.3. DE INDICATIESTELLING

De aanmelding van de opname (het opnamebericht) moet vergezeld zijn van een indicatiestelling.

De indicatiestelling moet worden verzonden binnen de 5 werkdagen na de datum van de opname van de gebruiker of in het geval van een wijziging van de afhankelijkheidscategorie binnen 5 werkdagen volgend op de dag van de wijziging.

Op basis van deze indicatiestelling en de gegevens uit het opnamebericht, zal eWZCfin de afhankelijkheidscategorie van de bewoner bepalen en nagaan of aan de afhankelijkheidsvoorwaarde is voldaan.

4.3.1. Afhankelijkheidscategorieën

Zoals eerder aangegeven zijn niet alle afhankelijkheidscategorieën in alle soorten voorzieningen of woongelegenheden/verblijfseenheden van toepassing.

Bijvoorbeeld: in een woongelegenhed met een bijzondere erkenning kunnen enkel personen met een afhankelijkheidscategorie B, C of Cd worden opgenomen.

Tabel 6. Omschrijving afhankelijkheidscategorieën

Afhankelijkheidscategorie	
0	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>fysiek</i> en <i>psychisch</i> volledig onafhankelijk zijn
A	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die: <i>a) ofwel fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen of te kleden; <i>b) ofwel psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en zijn fysiek volledig onafhankelijk;
B	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die: <i>a) ofwel fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan; <i>b) ofwel psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en ze zijn afhankelijk om zich te wassen of te kleden
C	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, en ze zijn afhankelijk wegens incontinentie of om te eten;
Cd	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die: <i>a) ofwel Psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk wegens incontinentie, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan of om te eten;

	<i>b) ofwel</i> <i>Psychisch afhankelijk</i> zijn: de bewoners voor wie de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, en <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en afhankelijk zijn wegens incontinentie, en afhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan of om te eten;
D	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt voor wie de <i>diagnose van dementie</i> is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag.
F	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>fysiek afhankelijk zijn</i> : ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan
Fd	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte en afhankelijk om zich te wassen of te kleden
Fp	Categorie waarin de personen, zonder leeftijdsbeperking, zijn gerangschikt: - die zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte bevinden, ongeacht zijn of haar levensverwachting; - met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen; - die thuis verblijven en de intentie hebben om verder thuis te verblijven; - die gemotiveerd door hun irreversibele aandoening(en) tijdens de laatste drie maanden het voorwerp hebben uitgemaakt van: a) of minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie); b) of verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinesitherapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe; - die naar het centrum verwezen worden door de behandelend arts of die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de Ziekteverzekeringswet.

4.3.2. KATZ

Voor het merendeel van de bewoners van een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf en de personen die gebruik maken van een centrum voor dagverzorging wordt de afhankelijkheid bepaald aan de hand van de KATZ-schaal. Deze KATZ-schaal bevraagt de mate waarin een persoon hulp nodig heeft bij het uitvoeren van zes activiteiten van het dagelijks leven (ADL): wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten. Daarnaast worden in de residentiële ouderenzorg, in tegenstelling tot de sector thuisverpleging, ook de mate van oriëntatie in tijd en ruimte gescoord.

Elke ADL-taak wordt gescoord op een 4-puntenschaal (1 = volledig zelfstandig, 2 = matig afhankelijk, 3 = ernstig afhankelijk, 4 = volledig afhankelijk). Bij elk item is er sprake van afhankelijkheid bij een score van 3 of 4. Het RIZIV publiceerde richtlijnen voor het gebruik van de evaluatieschaal met het oog op een zo groot mogelijke uniformiteit. Deze richtlijnen zijn het resultaat van overleg tussen het Nationaal College van Adviserend Geneesheren (NCAG) en de conventiecommissies rustoorden en verpleegkundigen. De richtlijnen van het RIZIV gelden ook vanaf 1/1/2019 als richtlijnen voor het invullen van de KATZ en zijn terug te vinden in bijlage 1 van het MB VSB.

Voor desoriëntatie in tijd en ruimte is er eveneens een 4-puntenschaal (1 = geen probleem, 2 = nu en dan, zelden probleem, 3 = bijna elke dag probleem, 4 = volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren). Er is sprake van desoriëntatie bij een score 3 of 4. Voor de financiering van de Ad-profielen (foto op 31 maart) gelden A- profielen die gedesoriënteerd zijn (3 of 4 scoren) en daarnaast ook de A-profielen die tegelijk een 2 score op oriëntatie in tijd én een 2 op oriëntatie in ruimte.

De KATZ-schaal kan worden ingevuld door een verpleegkundige die de bewoner kon observeren of de behandelend arts (en dus niet de CRA tenzij de CRA de behandelend arts is) en ook door hen ondertekend worden (met uitzondering enkele specifieke situaties waarin ondertekening door de behandelend arts verplicht is).

4.3.3. Diagnostisch bilan dementie

Naast de KATZ-schaal is ook het diagnostisch bilan dementie een manier om de afhankelijkheid van een gebruiker te bepalen. Indien op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie, uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag, de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd dan wordt deze persoon gerangschikt in de afhankelijkheids categorie D of Cd, voor zover aan de criteria van fysieke afhankelijkheid is voldaan. De inhoud van dit diagnostisch bilan is medisch beroepsgeheim.

4.3.3.1. Diagnostisch bilan dementie

Het diagnostisch bilan dementie moet worden gesteld door een geneesheer-specialist overeenkomstig de 2 specifieke verstrekkingen uit de nomenclatuur, uitgedrukt in pseudocodes uit de federale ZIV (Hoofdstuk II, art. 2, B. van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: <http://www.inami.fgov.be/NL/nomenclatuur/Paginas/default.aspx>):

- 102933 (Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag)
- 102992 (Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geaccrediteerde geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag)

Beide verstrekkingen zijn door de geneesheer-specialist enkel aanrekenbaar mits een gemotiveerde schriftelijke verwijzing door de behandelende huisarts of geneesheer-specialist, en voor een persoon met een vermoeden van beginnende dementie. Ze omvatten de evaluatie van het neuropsychologisch onderzoek (verstrekking 477573) en van de verschillende bijkomende technische onderzoeken in de medische beeldvorming, de klinische biologie of in de psychiatrie, voor zover deze noodzakelijk zijn.

Het schriftelijk verslag aan de voorschrijvende behandelende arts bevat het resultaat van de uitgevoerde onderzoeken, de diagnose en een behandelingsplan met een voorstel voor eventuele medicamenteuze behandeling, ondersteuning van de mantelzorg, psychosociale opvolging en eventuele psychocognitieve revalidatie. Opgelet: dit schriftelijk verslag moet onder gesloten omslag bewaard worden want is medisch beroepsgeheim.

4.3.3.2. Afhankelijkheidscategorie D

Wanneer een persoon een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan en gebruik maakt van een centrum voor dagverzorging, dan wordt deze automatisch ondergebracht in categorie D. De categorie Fd is immers bedoeld voor personen die wel gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte, maar geen vastgestelde diagnose dementie hebben op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

Wanneer een bewoner van een woonzorgcentrum in een woongelegenheid zonder bijzondere erkenning of centrum voor kortverblijf een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan, dan wordt deze persoon automatisch ondergebracht in de afhankelijkheidscategorie D. Tenzij de zorgzwaarte van de persoon een afhankelijkheidscategorie Cd met een diagnose dementie (in WZC) verantwoordt of tenzij de persoon wordt ondergebracht in een woongelegenheid met bijzondere erkenning (woongelegenheid met bijkomende erkenning).

Omdat de financiering van de afhankelijkheidscategorie D niet uitgebreid werd naar de woongelegenheden met bijzondere erkenning, zal in dat laatste geval de persoon als een B of een Cd moeten aangegeven worden aan de zorgkassen, via eWZCfin.

Eenmaal de afhankelijkheidscategorie D werd toegekend, blijft de persoon geklasseerd in deze categorie, tenzij het gaat om een rechthebbende die geklasseerd kan worden in de afhankelijkheidscategorie Cd, C of B op basis van de fysieke criteria in de evaluatieschaal.

In geval van een diagnose door een geneesheer-specialist en dus als de afhankelijkheidscategorie D (of de categorie Cd) wordt gevraagd:

- moeten de scores betreffende de ***desoriëntatie van de persoon in tijd en ruimte*** niet worden ingevuld;
- moet de ***datum van de diagnose*** door een geneesheer-specialist op de indicatiestelling worden vermeld en in het individueel verzorgingsdossier van de persoon worden opgenomen. *De medische informatie van het bilan bevindt zich in het medisch dossier van de behandelende arts,*
- moet de ***indicatiestelling*** altijd door de behandelende arts worden ondertekend, behalve in geval van overschakeling binnen dezelfde voorziening van categorie D (waarvoor de behandelende arts de indicatiestelling al heeft ondertekend) naar categorie Cd.

4.3.4. MMSE

De MMSE (Mini Mental State Examination) werd geïntroduceerd met het oog op het verbeteren van de, vaak delicate, evaluatie van de gedesoriënteerde gebruiker in tijd en ruimte.

De MMSE kan dus gebruikt worden *bij twijfel* of een gebruiker 2 of 3 scoort op items tijd en ruimte van de Katz-schaal. Indien de gebruiker een resultaat behaalt dat lager ligt dan of gelijk is aan 18/30, kan hij zonder betwisting onder 3 worden ondergebracht. Als een resultaat wordt behaald dat hoger ligt dan 18/30, moet de gebruiker niet automatisch in 2 worden ondergebracht. Andere elementen, meer bepaald klinische elementen, die de rangschikking onder 3 rechtvaardigen, kunnen in overweging worden genomen.

De MMSE moet niet aan de zorgkas bezorgd worden of verplicht in het verzorgingsdossier bewaard worden, maar wordt best bewaard ter ondersteuning van de indicatiestelling (i.k.v. de controles door de ZKC). Zolang de gebruiker ingedeeld blijft in dezelfde afhankelijkheids categorie, is het niet nodig een nieuwe evaluatie via de MMSE te maken.

Bij een diagnose van dementie, is het niet nodig om de MMSE te evalueren: de gebruiker wordt beschouwd als zijnde gedesoriënteerd in tijd en ruimte.

4.3.5. Palliatief attest

Op basis van de KATZ is het niet mogelijk om na te gaan of een persoon al dan niet palliatieve zorgen nodig heeft. Daarom is er een palliatief attest opgemaakt (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-ewzcfm>).

Dit attest is enkel van toepassing voor de centra voor dagverzorging met een bijkomende erkenning als centrum voor dagverzorging voor personen met een ernstige ziekte. De andere ouderenvoorzieningen kunnen dit palliatief attest niet gebruiken en dienen eventuele personen die palliatieve zorgen nodig hebben onder te brengen in één van de afhankelijkheids categorieën die voor dat type voorziening of woongelegenhed van toepassing zijn.

Indien voor een gebruiker een palliatief attest wordt opgesteld, dan wordt deze persoon automatisch in de afhankelijkheids categorie Fp ingedeeld.

4.3.6. Omstandig medisch verslag

Iedere verandering van de afhankelijkheids categorie van een persoon moet door de ouderenvoorziening gemotiveerd worden door middel van een omstandig verslag. Dit omstandig verslag moet bewaard worden in het verzorgingsdossier van de bewoner of de persoon die verblijft in het centrum voor dagverzorging.

Het omstandig verslag moet worden ondertekend door een arts of een verpleegkundige die de mogelijkheid heeft gehad om de persoon te observeren. Indien de verandering van de afhankelijkheids categorie binnen de zes maanden volgend op de beslissing tot aanpassing na controle door de ZKC wordt ingediend, dan moet dit omstandig verslag ondertekend worden door een arts.

4.3.7. Handtekeningen indicatiestelling bij verandering van de afhankelijkheidscategorie binnen 6 maanden na aanpassing als gevolg van een controle zorgkassencommissie

Via eWZCfin moeten geen getekende formulieren worden doorgestuurd naar de zorgkassen. De voorziening moet in het verzorgingsdossier de getekende informatie bijhouden. Dit kan zowel op papier als digitaal. De zorgkassencommissie kan ter plaatse in de voorziening nagaan of de indicatiestellingen juist zijn gebeurd.

Indien er na een controle van de zorgkassencommissie een wijziging is aangebracht aan de afhankelijkheidscategorie en de voorziening binnen de 6 maanden na deze correctie een wijziging aan de zorgkas wil doorsturen, dan moet de indicatiestelling getekend zijn door een arts.

4.3.8. De digitale of elektronische handtekening

Indien een ouderenvoorziening geen digitale handtekeningen kan bewaren, dan zal deze toch een papieren indicatiestelling moeten bijhouden om zo het naleven van de richtlijnen inzake de handtekeningen te kunnen bewijzen. Een voorziening moet met andere woorden kunnen aantonen dat de juiste persoon de indicatiestelling heeft opgemaakt en ondertekend.

Er zijn verschillende vormen van een digitale of elektronische handtekening:

- de elektronische handtekening;
- de geavanceerde elektronische handtekening;
- de gekwalificeerde elektronische handtekening.

1.1.1.1 De elektronische handtekening

Een elektronische handtekening volstaat als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- 1) als de persoon die de indicatiestelling afneemt en handtekent dit ook in het bewonersdossier/verzorgingsdossier plaatst.
- 2) de toepassing van de richtsnoeren inzake informatieveiligheid en gegevensbescherming/cirkel van vertrouwen, waarvan minimaal de volgende voorwaarden moeten kunnen worden aangetoond:
 - o een goed toegangsbeheer van het bewonersdossier of zorgdossier waar de indicatiestelling moet worden bewaard en authenticatie van de identiteit van de gebruiker;
 - o interne logging;

Voorbeelden van een elektronische handtekening:

- ingescande handtekening die in het document wordt gekleefd;
- handtekening met de vinger op een tablet zonder gebruik van software.

Een verdere omschrijving van de voorwaarden inzake informatieveiligheid en gegevensbescherming/cirkel van vertrouwen, kunnen worden teruggevonden in de volgende documenten:

De richtsnoeren informatieveiligheid en gegevensbescherming:

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtsnoeren-informatieveiligheid-en-gegevensbescherming>

Het reglement tot vaststelling van de criteria voor de toepassing van een cirkel van vertrouwen door een organisatie in het kader van de uitwisseling van gezondheidsgegevens <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/file/view/AW0kmnVfgwvToiwBkkgI?filename=Reglement%20COD.pdf>

1.1.1.2 De geavanceerde elektronische handtekening

Als aan de 2 voorwaarden om gebruik te kunnen maken van een elektronische handtekening niet wordt voldaan dan moet men gebruik maken van *de geavanceerde elektronische handtekening*.

Dit is een handtekening die wordt gerealiseerd door middel van software en wordt met een wachtwoord gevalideerd. Dit kan bijvoorbeeld via Adobe Acrobat sign.

1.1.1.3 De kwalificeerde elektronische handtekening

Een laatste vorm van elektronische handtekening is *de gekwalificeerde elektronische handtekening*.

Dit is een handtekening via eID of itsme.

4.3.9. Gegevens indicatiestelling

Het papieren modelformulier moet niet meer worden ingevuld en opgestuurd door de ouderenvoorzieningen naar de zorgkassen, maar vormt de basis voor de digitale berichten die zijn opgemaakt⁹.

Echter, indien een ouderenvoorziening geen digitale handtekeningen kan bewaren, dan zal deze toch een papieren indicatiestelling moeten bijhouden om zo het naleven van de richtlijnen inzake de handtekeningen te kunnen bewijzen. Een voorziening moet met andere woorden kunnen aantonen dat de juiste persoon de indicatiestelling heeft opgemaakt en ondertekend.

De papieren formulieren kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid via de volgende link: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulieren-ewzcfm>.

In onderstaande tabel worden de gegevens die moeten worden doorgestuurd weergegeven.

⁹ Het doorsturen van een indicatiestelling kan met het bericht DF50L.CreateIndicationReport.

Tabel 7. Gegevens indicatiestelling

Gegeven	Omschrijving	Waarde	Formaat/lengte	Verplicht/optioneel	Opmerking
INSZ-nummer van de gebruiker	Rijksregisternummer Identificatienummer van de sociale zekerheid in België	Numeriek	11 cijfers	Verplicht	
HCO-nummer van de voorziening	Identificatienummer van de voorziening - Verschillend per locatie - Verschillend per type zorgvorm WZC/CVK/CDV	Numeriek	4 tot 6 cijfers	Verplicht	Raadpleegbaar via website Z&G: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Lijst_voorzieningen_HCOnr.xlsx
Interne referentie van de verzender van het bericht	Bedoeld voor intern gebruik in de voorziening. Indien de verzender een interne referentie invult, dan zal deze waarde ook in alle antwoorden op dit bericht vermeld worden. Zo kan de verzender de asynchrone antwoorden koppelen aan het bericht.	Alfanumeriek: letters en/of cijfers	100 tekens	Optioneel	
Begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling	De begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling is de datum waarvoor de voorziening verklaart dat een indicatiestelling voor een persoon van toepassing is. Dit is dus <u>niet</u> de datum van de opmaak van de indicatiestelling of de datum van de ondertekening van de indicatiestelling. Voorbeeld.	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Verplicht	Bij een eerste opname of bij een opname na minstens 30 dagen afwezigheid moet de begindatum geldigheid van de indicatiestelling gelijk zijn aan de begindatum van de opname.

	Een persoon wordt voor het eerst opgenomen in een voorziening op 1/4/2019, KATZ wordt opgemaakt op 2/4/2019 en ondertekend op 3/4/2019. De begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling = 1/4/2019		
KATZ	KATZ-inschaling		Optioneel
	Inschaling voor het criterium “zich wassen”	1, 2, 3, 4	Verplicht
	Inschaling voor het criterium “zich kleden”	1, 2, 3, 4	Verplicht
	Inschaling voor het criterium “transfer en verplaatsingen”	1, 2, 3, 4	Verplicht
	Inschaling voor het criterium “continentie”	1, 2, 3, 4	Verplicht
	Inschaling voor het criterium “eten”	1, 2, 3, 4	Verplicht
	Inschaling voor het criterium “tijd”	1, 2, 3, 4	Optioneel
	Inschaling voor het criterium “plaats”	1, 2, 3, 4	Optioneel
Datums van attesten			Optioneel
	Datum diagnostisch bilan dementie	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019 Optioneel
	Datum palliatief attest	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019 Optioneel
	Datum omstandig verslag voor wijziging afhankelijkheidscategorie	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019 Optioneel

4.4. WIJZIGINGEN

In het BVR VSB is bepaald dat elke wijziging aan de opname of verandering van de afhankelijkheidscategorie moet worden gemeld aan de zorgkas binnen 5 werkdagen.

Met een wijziging wordt bedoeld:

- *Een wijziging in de situatie van de gebruiker – nieuw gegeven*

De situatie van een gebruiker evolueert doorheen de tijd.

Indien een gebruiker van woongelegenheid wijzigt, tijdelijk afwezig is of het verblijf ten einde is gekomen, dient de voorziening dat binnen 5 werkdagen volgend op de dag van de wijziging aan de zorgkas, via eWZCfin, door te geven. Hetzelfde geldt voor wijzigingen in de afhankelijkheidscategorie van een persoon.

- *Een correctie*

Een voorziening stelt vast dat er een fout gegeven is doorgestuurd. De voorziening heeft 5 werkdagen (na het versturen van het foute gegeven) de tijd om deze fout recht te zetten. Dit kan door de fout aan te passen in het eerder doorgestuurde bericht.

- *Een verwijdering van een gegeven uit een bericht*

Indien er door de voorziening een fout gegeven is doorgegeven, dan kan de voorziening dit gegeven gedurende 5-werkdagen verwijderen in het bericht.¹⁰

4.4.1. Wijziging verblijfsgegevens

In eWZCfin is de mogelijkheid voorzien om wijzigingen door te sturen. Indien er iets verandert aan de verblijfsgegevens van de gebruiker dan moet de ouderenvoorziening dat via eWZCfin laten weten aan de zorgkas¹¹.

Een gegeven kan worden gewijzigd door de unieke VSB-referentie van het eerder gestuurde bericht te hernemen. Aangezien eWZCfin enkel voor goedgekeurde opnames een VSB-referentie terugstuurt (AdmissionVSBReference via het bericht DF016_PushNotificationHCA), kunnen enkel aanvaarde opnamegegevens worden aangepast.

¹⁰ Dit verschilt van het verwijderen van het volledige bericht (zie 5.3.3. annuleren opnamebericht en indicatiestelling).

¹¹ Dit kan met het bericht DF004_ModifyAdmission.

Tabel 8. Scenario's wijziging verblijfsgegevens

Voorbeeld	Functionele betekenis	Actie binnen bericht	Is een
1	Verhuis naar een ander type woongelegenheden ¹²	Toevoegen van een woongelegenhedsperiode	Wijziging situatie
2	Verwijderen van een eerder doorgestuurd type woongelegenheden	Verwijderen van een woongelegenhedsperiode	Verwijdering
3	Voor een eerder doorgestuurde woongelegenhedsperiode: wijzigen van de begindatum of wijzigen van het type woongelegenheden	Wijzigen van een woongelegenhedsperiode	Correctie
4	Het begin van een tijdelijke afwezigheidsperiode melden	Toevoegen van een tijdelijke afwezigheidsperiode	Wijziging situatie
5	Het einde van een tijdelijke afwezigheidsperiode melden	Wijzigen van een tijdelijke afwezigheidsperiode	Wijziging situatie
6	Wijzigen van de begindatum van een eerder doorgestuurde tijdelijke afwezigheidsperiode	Wijzigen van een tijdelijke afwezigheidsperiode	Correctie
7	Verwijderen van een eerder doorgestuurde tijdelijke afwezigheidsperiode	Verwijderen van een tijdelijke afwezigheidsperiode	Verwijdering
8	Het melden van een einde opname (ontslag)	Wijzigen van de opname	Wijziging situatie
9	Een persoon vertrekt tijdelijk naar huis voor <72u, de voorziening stuurde een tijdelijke afwezigheid door, maar de persoon komt thuis ten val en wordt in ziekenhuis opgenomen.	OPTIE 1 Wijziging van de bestaande gegevens over de tijdelijke afwezigheid door de nieuwe waarden (begintijdstip en eindtijdstip) mee te geven. Tegelijkertijd (of apart) kan ook het einde van de opname gemeld worden.	Correctie en wijziging situatie
		OPTIE 2 Verwijderen van de bestaande tijdelijke afwezigheid en een nieuwe doorsturen. In het voorbeeld moet ook het einde van de opname gemeld worden.	Verwijdering en wijziging situatie

¹² In centra voor kortverblijf of centra voor dagverzorging kan het type woongelegenheden niet aangepast worden aangezien daar maar 1 soort verblijfseenheid bestaat.

4.4.2. Wijziging indicatiestelling

Niet alleen de verblijfsgegevens kunnen wijzigen, maar ook de afhankelijkheidscategorie van een persoon kan veranderen doorheen de tijd. Indien dat het geval is dan moet de ouderenvoorziening binnen 5 werkdagen volgend op de wijziging van de afhankelijkheidscategorie een nieuwe indicatiestelling overmaken aan de zorgkas. Indien enkel de scores op de KATZ-schaal wijzigen zonder een wijziging van de afhankelijkheidscategorie tot gevolg, moet er geen nieuwe indicatiestelling worden verzonden.

Het wijzigen van een eerder ingediende indicatiestelling is niet mogelijk. Indien de afhankelijkheidscategorie wijzigt, dan moet er een nieuwe indicatiestelling worden doorgestuurd¹³.

Een verandering in de afhankelijkheidscategorie moet worden gemotiveerd in een omstandig verslag dat moet worden bewaard in het verzorgingsdossier van de gebruiker. Dit verslag moet altijd ondertekend zijn, naargelang de situatie hetzij verplicht door een arts, hetzij door een arts of een verpleegkundige. De handtekening moet niet via eWZCfin worden doorgestuurd, maar in het verzorgingsdossier bewaard worden.

Indien een gebruiker evolueert binnen een bepaalde voorziening van de afhankelijkheidscategorie D naar de afhankelijkheidscategorie Cd en de deze gebruiker op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan dementie in de afhankelijkheidscategorie Cd wordt ingedeeld, dan is er geen nieuwe handtekening van de behandelend arts vereist. Deze handtekening van de arts was namelijk reeds aanwezig in het verzorgingsdossier om de afhankelijkheidscategorie D te staven.

4.4.3. Annuleren opnamebericht en indicatiestelling

In zeer uitzonderlijke situaties (bijvoorbeeld omdat men een foutief INSZ-nummer heeft gebruikt) kan men tot de vaststelling komen dat er een fout bericht is verzonden en kan de ouderenvoorziening dit bericht verwijderen. Enkel de ouderenvoorziening kan berichten verwijderen. De zorgkasmedewerker kan dit niet¹⁴.

De mogelijkheid om berichten te verwijderen is voorzien om inconsistenties in eWZCfin te voorkomen, maar het is niet de bedoeling om deze mogelijkheid frequent te gebruiken.

De ouderenvoorziening kan onbeperkt in de tijd berichten annuleren, maar indien men nadien een nieuwe opname zou doorsturen, dan geldt de meldingstermijn van 5 werkdagen.

Indien deze annulatie een impact heeft op reeds uitbetaalde prestaties, dan moeten deze prestaties in mindering worden gebracht (zie regularisaties). Indien er op basis van een opnamebericht een zorgbudget is uitbetaald, dient de zorgkasmedewerker de impact op deze betaling na te gaan.

¹³ *DF50L.CreateIndicationReport*

¹⁴ *Het verwijderen van berichten kan via DF50L.CancelAdmission of DF502.CancelIndicationReport.*

4.5. WELKE BERICHTEN WANNEER VERSTUREN?

Omdat er enerzijds een bericht bestaat dat de opnamegegevens bevat en anderzijds een bericht dat de indicatiestelling bevat, kan er in eWZCfin gedurende een bepaalde tijd onvolledige informatie bestaan. Een opnamebericht waarvoor een indicatiestelling ontbreekt, komt “in beraad”.

Om te vermijden dat berichten lange tijd “in beraad” staan worden het opnamebericht en de indicatiestelling best tegelijkertijd verstuurd, met zo weinig mogelijk tussentijd. Hierdoor komen berichten niet gedurende lange tijd “in beraad”.

Tabel 9. Welke berichten wanneer versturen

Situatie	Opnamebericht	Indicatiestelling
Eerste opname in de ouderenvoorziening	Nieuw opnamebericht DF003_CreateAdmission	Nieuwe indicatiestelling DF501_CreateIndicationReport
Transfer vanuit een andere ouderenvoorziening (ander HCO-nummer) iemand is al opgenomen in een andere voorziening en verhuist naar een nieuwe voorziening. Bv. van woonzorgcentrum naar woonzorgcentrum, van centrum voor kortverblijf naar woonzorgcentrum, ...	Nieuw opnamebericht DF003_CreateAdmission	Nieuwe indicatiestelling DF501_CreateIndicationReport
Einde van de opname (WZC, CVK, CDV)	Wijziging opname DF004_ModifyAdmission	-
Hospitalisatie gedurende de nacht (WZC, CVK)	Wijziging opname DF004_ModifyAdmission	-
Tijdelijke afwezigheid minder dan 72u (WZC en CVK)	Wijziging opname DF004_ModifyAdmission	-
Tijdelijke afwezigheid van meer dan 72u (WZC, CVK)	Wijziging opname DF004_ModifyAdmission	-
Verandering van afhankelijkheidscategorie (zonder verandering van type woongelegenheid in WZC)	-	Nieuwe indicatiestelling met datum omstandig verslag DF501_CreateIndicationReport met "ChangedDependencyDate".
Transfer binnen woonzorgcentrum van een woongelegenheid WZC zonder bijzondere erkenning (ROB-woongelegenheid) naar een woongelegenheid WZC met een bijzondere erkenning (RVT-woongelegenheid), zonder verandering van afhankelijkheidscategorie	Wijziging opname DF004_ModifyAdmission	-
Transfer binnen woonzorgcentrum van een woongelegenheid WZC zonder bijzondere erkenning (ROB-woongelegenheid) naar een woongelegenheid WZC met een bijzondere erkenning (RVT-	Wijziging opname DF004_ModifyAdmission	Nieuwe indicatiestelling met datum omstandig verslag DF501_CreateIndicationReport met "ChangedDependencyDate".

woongelegenheid), met verandering van afhankelijkheidscategorie		
Heropname (in dezelfde voorziening) na een einde opname binnen 30 dagen zonder verandering van afhankelijkheidscategorie	Nieuw opnamebericht DF003_CreateAdmission	-
Heropname in dezelfde voorziening na een einde opname na meer dan 30 dagen	Nieuw opnamebericht DF003_CreateAdmission	Nieuwe indicatiestelling DF501_CreateIndicationReport

4.6. BEHANDELING – CONTROLE VAN OPNAMEBERICHT EN INDICATIESTELLING

eWZCfin zal nagaan of aan bepaalde van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming is voldaan. Dit zal gebeuren op basis van de informatie in de aanmelding en automatische gegevensstromen.

Een voorbeeld van enkele controles:

- Is de persoon aangesloten bij een zorgkas en in orde met zijn premiebetalingen?
- Heeft de voorziening de meldingstermijn van 5 werkdagen gerespecteerd?
- Is de voorziening erkend?

Is de berekende afhankelijkheidscategorie compatibel met het opgegeven type woongelegenheid overeen?

4.6.1. Behandeling van de aanmelding van de opname

Het opnamebericht wordt onderworpen aan een aantal controles:



4.6.1.1. Technische controles

Als het bericht niet voldoet aan de verwachte structuur of de voorziening heeft geen toestemming om berichten door te sturen, dan stuurt eWZCfin een technische fout. Indien er een technische fout is vastgesteld dan kan het bericht niet worden bewaard.

Wanneer eWZCfin het bericht goed heeft ontvangen, zullen er een aantal controles worden uitgevoerd op het bericht.

4.6.1.2. Controles op vormvereisten

Er wordt nagegaan of alle verplichte velden zijn ingevuld, het formaat van de velden klopt en de waarden van de velden kloppen.

Indien niet voldaan aan de vormvereisten wordt er een foutboodschap gegenereerd.

Het bericht krijgt de status “ongeldig”. Het systeem stelt een antwoord samen met de metadata (INSZ-nummer, HCO-nummer, interne referentie verzender en een foutenlijst met zoveel foutmeldingen als er negatieve controles zijn).

4.6.1.3. Prevalidaties

De prevalidaties zullen worden uitgevoerd door de centrale toepassing eWZCfin. Indien het resultaat van een controle negatief is, dan leidt dit tot een weigering van het bericht.

4.6.1.4. Controles op de businessregels

Bepaalde controles zullen volledig automatisch door eWZCfin worden uitgevoerd en geen tussenkomst van een zorgkasmedewerker vragen. Een aantal controles zullen automatisch door het systeem worden uitgevoerd, maar in bepaalde gevallen als resultaat een status “in beraad” krijgen. Deze berichten zullen wel om een actie van een zorgkasmedewerker of een ouderenvoorziening vragen.

Deze actie kan ofwel het aanpassen van de meldingstermijn zijn, ofwel het aanvaarden/weigeren van een controle ofwel moet de ouderenvoorziening nog bijkomende gegevens opsturen.

Berichten die langer dan twee maanden in beraad staan zullen worden geweigerd door de zorgkasmedewerkers.

In het volgende document worden de controles opgelijst en aangegeven wat een voorziening kan doen om deze op te lossen: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/controles-door-de-module-ewzcfin>.

4.6.2. Behandeling van de indicatiestelling

Ook de indicatiestelling wordt onderworpen aan een aantal controles:



4.6.2.1. Technische controles

Als het bericht niet voldoet aan de verwachte structuur of de voorziening heeft geen toestemming om berichten door te sturen, dan stuurt eWZCfin een antwoord met als mededeling “technische fout”. Indien er een technische fout is vastgesteld dan kan het bericht niet worden bewaard.

Wanneer eWZCfin het bericht goed heeft ontvangen dan zullen er een aantal controles worden uitgevoerd op het bericht.

4.6.2.2. Controles op vormvereisten

Er wordt nagegaan of alle verplichte velden zijn ingevuld, of het formaat van de velden klopt, of de waarden van de velden kloppen.

Indien niet voldaan aan de vormvereisten wordt er een foutboodschap gegenereerd.

Het bericht krijgt de status ongeldig. Het systeem stelt een antwoord samen met de metadata (INSZ-nummer, HCO-nummer voorziening, interne referentie verzender) voor zover de gegevens voldoen aan het schema en een foutenlijst met zoveel foutmeldingen als er negatieve controles zijn.

4.6.2.3. Prevalidaties

De prevalidaties zullen worden uitgevoerd door de centrale toepassing eWZCfin. Indien het resultaat van een controle negatief is, dan leidt dit tot een weigering van het bericht.

4.6.2.4. Controles op de businessregels

Bepaalde controles zullen volledig automatisch door eWZCfin worden uitgevoerd en geen tussenkomst van een zorgkasmedewerker vragen. Een aantal controles zullen automatisch door het systeem worden uitgevoerd, maar in bepaalde gevallen als resultaat een status “in beraad” krijgen. Deze berichten zullen wel om een actie van een zorgkasmedewerker of een ouderenvoorziening vragen.

In het volgende document worden de controles opgelijst en aangegeven wat een voorziening kan doen om deze op te lossen: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/controles-door-de-module-ewzcfm>.

4.6.3. Berekening afhankelijkheidscategorie

eWZCfin zal de overeenkomstige indicatiestelling bepalen voor het opnamebericht. Op basis van de gegevens in het opnamebericht en de indicatiestelling zal de afhankelijkheidscategorie worden bepaald.

Indien er nog geen indicatiestelling voor een opnamebericht is verstuurd, dan zal het systeem als afhankelijkheidscategorie “niet aanwezig” bepalen en wordt de opname” in beraad” geplaatst.

4.6.4. Berekening aanvaarde datum start opname

eWZCfin zal nagaan of de voorziening de meldingstermijn heeft gerespecteerd. Dit gebeurt aan de hand van de meldingsdatum en de meldingstermijn.

De meldingsdatum = het moment van het ontvangen van het bericht.
De meldingstermijn = 5 werkdagen volgend op de datum van de opname.

eWZCfin houdt automatisch rekening met werkdagen, weekenddagen en feestdagen¹⁵.
Indien de meldingstermijn niet wordt overgeschreven, dan is de aanvaarde datum opname gelijk aan de opnamedatum.

Indien de meldingstermijn wordt overgeschreven, dan is de aanvaarde datum van de opname gelijk aan de meldingsdatum van de opname.

De concrete toepassing van deze de meldingstermijn in eWZCfin wordt toegelicht in bijlage 2.

4.7. BESLISSING

Nadat eWZCfin van de ouderenvoorziening een aanmelding van een opname en een indicatiestelling heeft ontvangen, stuurt de centrale toepassing eWZCfin binnen de 5 werkdagen een bericht met de beslissing naar de ouderenvoorziening.

Deze beslissing kan ofwel een goedkeuring, in beraad (vraagt om een actie van een ouderenvoorziening of een zorgkasmedewerker), of de reden van de weigering van de aanmelding zijn.

4.7.1. **Weigering**

Indien het opnamebericht is geweigerd wordt er in het systeem geen opname bewaard.

eWZCfin stelt een antwoord samen

- met de metadata (INSZ-nummer, HCO-nummer voorziening, interne referentie verzender);
- met een foutenlijst met zoveel foutmeldingen als er negatieve controles zijn;
- met eventueel een meldingenlijst (van de regels die "in beraad" of "onvolledig" staan);
- zonder de unieke VSB-referentie.

De zorgkas kan wel de vraag- en antwoordberichten consulteren om vragen van de ouderenvoorzieningen te kunnen beantwoorden.

4.7.2. **Aanvullende inlichtingen**

Indien het opnamebericht in beraad is wordt er geen opname aangemaakt.

eWZCfin stelt een antwoord samen

- met de metadata (INSZ-nummer, HCO-nummer voorziening, interne referentie verzender);
- met een meldingenlijst (van de regels die "in beraad" of "onvolledig" staan).

¹⁵ Zie bijlage 1 voor een overzicht van de feestdagen

4.7.3. Goedkeuring

Indien een opnamebericht is aanvaard, dan wordt er een opname aangemaakt in het systeem en wordt er een antwoord aan de voorziening verstuurd.

Het antwoord bevat de volgende informatie:

- Gegevens over de opname ;
- Gegevens over het type woongelegenheden binnen die opname;
- De afhankelijkheidscategorie.

4.8. WIJZIGINGEN TEN OPZICHTE VAN DE FEDERALE WETGEVING

Het bezorgen van de opnamegegevens, indicatiestellingen en de facturatie gebeuren vanaf 1 januari 2019 op *elektronische wijze*. Dit kan enkel met software die geattesteerd is en voldoet aan een aantal technische voorwaarden.

Er is een *meldingstermijn geldig van 5 werkdagen* in plaats van 7 kalenderdagen.

Centrum voor kortverblijf, type voorziening in plaats van type bed

Volgens de Vlaamse regelgeving is het kortverblijf een afzonderlijk soort voorziening, met een afzonderlijk HCO-nummer. Indien een gebruiker verhuist van een centrum voor kortverblijf naar een woonzorgcentrum betekent dit dus dat de voorziening een vertrek uit het centrum voor kortverblijf moet melden en een opname in het woonzorgcentrum. In het verleden moest men enkel een wijziging van type bed doorgeven aan de verzekeringsinstelling. Dit heeft ook een impact op de facturatie. Aangezien de facturatie wordt opgesteld per HCO-nummer zal er voor elk CVK afzonderlijk gefactureerd moeten worden. Aan eWZCfin zal het centrum voor kortverblijf dus een tijdstip einde opname, een reden einde opname en een datum einde verblijfsovereenkomst moeten doorgeven. Het woonzorgcentrum zal een nieuwe opname moeten versturen en een nieuwe indicatiestelling.

Hoewel de meeste centra voor kortverblijf verbonden zijn aan een woonzorgcentrum, zal in de toekomst het ook mogelijk zijn om een centrum voor kortverblijf los van een woonzorgcentrum te organiseren.

Voor de communicatie tussen de ouderenvoorzieningen en de zorgkassen gebeurt de identificatie van ouderenvoorzieningen aan de hand van het *HCO-nummer in plaats van het RIZIV-nummer*. De tegemoetkomingen worden wel nog per RIZIV-nummer bepaald in RaaS.

Voorzieningen moeten niet langer zelf een afhankelijkheidscategorie aanvragen

De afhankelijkheidscategorie wordt automatisch berekend door eWZCfin door de indicatiestelling te koppelen aan de informatie uit het opnamebericht. Er wordt daarbij rekening gehouden met de woongelegenheden of de verblijfseenheid.

Er moet *een omstandig verslag* worden opgemaakt *bij elke “verandering”* van de afhankelijkheidscategorie i.p.v. enkel bij “verergering”.

Geen handtekeningen doorsturen

Er moeten in de digitale berichten geen handtekeningen worden doorgestuurd. De voorziening moet in de voorziening de getekende documenten bewaren.

Collectieve vakanties

Collectieve vakanties moeten niet langer aan de zorgkassen worden gemeld, maar de data, de duur en de plaats van de collectieve vakantie moeten in het verzorgingsdossier van de gebruiker worden opgenomen.

Geldigheidsduur opnamebericht centrum voor dagverzorging, onbeperkt geldig in de tijd

Dit wil zeggen dat wanneer een centrum voor dagverzorging zeker weet dat een gebruiker niet meer naar het centrum voor dagverzorging zal komen, bijvoorbeeld omwille van een opname in een woonzorgcentrum of het overlijden van deze gebruiker, het centrum voor dagverzorging het einde van de opname moet melden aan de zorgkas van de gebruiker via eWZCfin. In het verleden moest dit niet en werd er na verloop van 1 jaar door het centrum voor dagverzorging geen nieuwe aanvraag om tegemoetkoming ingediend bij de verzekeringsinstelling.

Reiskosten centrum voor dagverzorging

Deze worden, zoals de tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal door de ouderenvoorziening in mindering gebracht op de gebruikersfactuur en aangerekend aan de zorgkassen. De procedure waarbij de gebruiker een papieren formulier bezorgde aan de mutualiteit is dus niet langer van toepassing voor verblijfsdagen vanaf 1 januari 2019.

Om te vermijden dat de centra voor dagverzorging alle bestaande schriftelijke overeenkomsten met de gebruikers moeten aanpassen is er een overgangsmaatregel bepaald. Indien er tussen een gebruiker en het centrum voor dagverzorging op 1 januari 2019 al een schriftelijke overeenkomst is afgesloten, dan wordt de afstand pas opgenomen bij de eerste wijziging van de overeenkomst (conform artikel 13 van bijlage IX van het besluit van 24 juli 2009 of de eerste aanpassing van het bedrag van de dagprijs conform artikel 14 van de voormelde bijlage.)

5. INFORMATIE VAN EWZCFIN NAAR DE ZORGKASSEN

De zorgkassen krijgen vanuit eWZCfin een melding met een aantal gegevens zodat zij het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (vroeger de zorgverzekering) automatisch kunnen toekennen.

De volgende opnames zullen aan de zorgkassen gemeld worden:

- Opname in een WZC
- Opname in een CVK, afhankelijkheidscategorie C of Cd
- Opname in een CDV, afhankelijkheidscategorie C of Cd

6. INFORMATIE VAN EWZCFIN NAAR DE ZIEKENFONDSEN

De ziekenfondsen krijgen vanuit eWZCfin een melding met een aantal gegevens zodat zij voldoende informatie ter beschikking hebben om hun businessstaken in het kader van de federale ziekteverzekering te kunnen uitvoeren (bv. tarificatie per eenheid apothekers, cumulcontroles, ...).

7. FACTURATIE

7.1. REGELGEVING EN PROCEDURES

7.1.1. **Algemene procedure en proces**

Hoewel het de gebruiker is die recht heeft op een tegemoetkoming, mits er aan een aantal voorwaarden is voldaan, wordt de tegemoetkoming via een derdebetalersregeling door de zorgkas van de gebruiker rechtsreeks uitbetaald aan de ouderenvoorziening.

De digitale facturatie van de ouderenvoorzieningen aan de zorgkas gebeurt op maandelijkse basis. Dit wil zeggen dat een ouderenvoorziening met een maandelijkse periodiciteit factureert. De voorziening is vrij om te bepalen op welke dag zij de zending wil versturen. De ouderenvoorziening maakt elke maand een zending (bundel facturen) over aan de betrokken zorgkas, via eWZCfin.

De maandelijkse zending bevat de prestaties van de voorgaande prestatie maand. Men kan dus bijvoorbeeld op 20 februari de zendingen bezorgen aan de zorgkassen voor de prestaties in de maand januari. Men kan slechts 1 maandelijkse zending versturen per zorgkas.

Deze zending moet gericht zijn aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten op de prestatiedatum die wordt gefactureerd.

Vooraleer een tegemoetkoming kan worden gefactureerd, moet er eerst een goedgekeurde opname gekend zijn binnen eWZCfin.

7.1.2. **Modelformulieren**

De ouderenvoorzieningen maken per maand en per gebruiker twee documenten op:

- De individuele kostennota of factuur voor de zorgkas, per zorgkas gebundeld in een zending
- De bewoners- of gebruikersfactuur voor de bewoner of gebruiker

7.1.3. Model van de zending en de factuur

In het BVR VSB zijn een aantal algemene rubrieken van de zending bepaald:

- Gegevens van de gebruikers
- Gegevens van de ouderenvoorziening
- Gegevens van de zorgkas
- Een overzicht van de verblijfsduur
- Een overzicht van de aangerekende dagprijs en de kortingen
- Een overzicht van de aangerekende supplementen
- In voorkomend geval een overzicht van de voorschotten ten gunste van derden, terugbetaalde diensten en leveringen, voorafgaandelijk betaalde bedragen voor de verblijfsperiode
- Het bedrag van de tegemoetkoming voor zorg in een WZC, CVK of CDV

Het model van de zending en de factuur voor de zorgkassen wordt toegelicht in de volgende documenten:

- [https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList\(ouderenvoorziening\).xlsx](https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening).xlsx)
- [https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList\(ouderenvoorziening\)_toelichting.docx](https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening)_toelichting.docx)

7.1.4. Model van de gebruikersfactuur

Naast een factuur voor de zorgkas moet een ouderenvoorziening ook een factuur voor de gebruiker opmaken. Niet alle kosten voor het verblijf in een ouderenvoorziening worden namelijk door de tegemoetkoming voor zorg gedekt. De gebruiker zal zelf nog een stuk in de kosten moeten bijdragen.

De informatie die op deze gebruikersfactuur staat vermeld moet volledig overeenstemmen met de factuur voor de zorgkas.

De komende jaren zal er verder worden gewerkt aan het ontwerp van een model van gebruikersfactuur en de afstemming tussen het BVR VSB en de dagprijsreglementering.¹⁶

In het BVR VSB zijn nu reeds een aantal bepalingen opgenomen die betrekking hebben op de dagprijs en de gebruikersfactuur.

De tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal

De woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf verminderen op de gebruikersfactuur de dagprijs met de tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal.

De tegemoetkoming in de reiskosten centrum voor dagverzorging

¹⁶ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>

De centra voor dagverzorging verminderen op de gebruikersfactuur de dagprijs met de tegemoetkoming in de reiskosten centrum voor dagverzorging.

Infrastructuursubsidie

Het infrastructuurforfait is een forfait van 5,15 euro (december 2019) per persoon per dag per woongelegenheden. De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

Een voorziening moet aan bepaalde voorwaarden voldoen om dit infrastructuurforfait te kunnen aanvragen en kiest vrij of zij al dan niet het infrastructuurforfait aanvragen. Het infrastructuurforfait wordt betaald aan de voorziening die het vervolgens in mindering brengt op de factuur van de bewoner.¹⁷

De woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf vermelden de infrastructuursubsidie, indien van toepassing, op de gebruikersfactuur.¹⁸

Ter beschikking stellen van rolstoelen

Het BVR VSB stelt dat bepaalde mobiliteitshulpmiddelen niet afzonderlijk kunnen worden aangerekend aan de gebruiker. Het gaat dan over basishulpmiddelen die niet aan een persoon zijn aangepast en aanwezig moeten zijn in de ouderenvoorziening indien nodig. Hiervoor mogen dus geen kosten worden opgenomen op de gebruikersfactuur.

7.1.5. Technische facturatie-instructies

Zendingen moeten correct en volledig worden ingevuld. Indien dat niet het geval is, worden ze geweigerd en teruggestuurd naar de ouderenvoorziening.

De wijze waarop een zending moet worden opgemaakt staat beschreven in de volgende documenten:

- [https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList\(ouderenvoorziening\).xlsx](https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening).xlsx)
- [https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList\(ouderenvoorziening\)_toelichting.docx](https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSBCookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening)_toelichting.docx)

¹⁷ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/infrastructuurforfait-en-verhogen-verlagen-of-bepalen-van-de-dagprijs-in-een-ouderenzorgvoorziening>

¹⁸ Vanaf 1/1/2023 zullen de ouderenvoorzieningen het infrastructuurforfait via een afzonderlijke prestatiecode moeten vermelden op de factuur naar de zorgkas.

7.1.6. Zending/factuur/prestatie

Een zending is gericht aan de zorgkas waar de persoon is aangesloten op de prestatiedatum.¹⁹ Een zending bevat één of meerdere facturen. Een zending zal dus alleen facturen bevatten van personen die aangesloten zijn bij dezelfde zorgkas.

Een factuur op zijn beurt wordt per persoon opgemaakt en bevat één of meerdere prestaties. Deze prestaties worden beschreven door middel van prestatiecodes.

7.1.7. Delen van de zending

De zending bestaat uit verschillende delen, enerzijds uit een omslag en anderzijds uit de inhoud.

De **omslag** bestaat op zijn beurt uit vier segmenten, met name:

- Segment 200: Identificatie stroom
- Segment 300: Factuur borderel
- Segment 400: Begeleidingsborderel (recordtype 95)
- Segment 500: Samenvattende begeleidingsborderel (recordtype 96)

De **inhoud** bestaat uit een aantal verschillende recordtypes en deze inhoud zit in de zending tussen segment 300 en 400:

- Recordtypes 10 en 90: informatie over de **zending**
- Recordtypes 20 en 80: informatie over de **factuur** - per factuur (deze recordtypes komen dus zoveel keer voor als er facturen zijn opgenomen in de zending)
- Recordtypes 30 en 50: informatie over de **prestaties** (op grond van een prestatiecode). Dit recordtype komt dus zoveel keer voor als er verblijfsdagen zijn opgenomen in de factuur.

De ouderenvoorzieningen vermelden zowel de prestaties in recordtype 30 als 50. Er is echter geen één op één relatie tussen recordtypes 30 en recordtypes 50.

In recordtype 30 worden alle verblijfsdagen en de tegemoetkomingen die daarmee samenhangen vermeld.

- Basistegemoetkoming in WZC, CVK en CDV
- Incontinentiemateriaal in WZC en CVK
- Reiskosten in CDV

In recordtype 50 worden de bedragen vermeld die de gebruiker moet betalen.

- De aangerekende dagprijs en eventuele kortingen
- De extra vergoedingen
- De voorschotten ten gunste van derden

¹⁹ Bijvoorbeeld: een bewoner wordt in december opgenomen in een ouderenvoorziening en wijzigt op 1 januari van zorgkas. Voor deze persoon moeten de prestaties van december en die van januari aan een andere zorgkas worden gefactureerd.

- Terugbetaalde diensten en leveringen

7.1.8. Types zendingen

Zoals eerder aangegeven is het volgende algemene principe van toepassing: elke ouderenvoorziening verstuurt per maand 1 maandelijkse zending per zorgkas. De facturatie-instructies maken het echter mogelijk om naast de 'gewone' maandelijkse zending per zorgkas, ook nog correctiezendingen en bijkomende zendingen in te dienen.

Een correctiezending wijzigt of annuleert eerder gefactureerde prestaties.

Een bijkomende zending is een zending waarmee prestaties voor het eerst worden gefactureerd, voor een kalendermaand waarvoor al eerder een zending werd ingediend. Deze bijkomende zending kan in uitzonderlijke situaties worden gebruikt.

Dit maakt dat het aantal zendingen per zorgkas en per maand groter kan zijn dan 1. Maar dit zal echter niet de algemene regel zijn.

Ook bij een correctiezending en een bijkomende zending geldt dat de correcties moeten worden bezorgd aan de zorgkas waarbij de gebruiker is aangesloten op de prestatiedatum.

7.1.9. Types facturen

Zie toelichting in de facturatie-instructies:

[https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSF_Cookbook_DF010_InvoiceList\(ouderenvoorziening\)_toelichting.docx](https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-cookbook/documenten/VSF_Cookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening)_toelichting.docx)

7.1.10. Tegemoetkoming VSB/Persoonlijk aandeel/Supplement of bijdragen ten laste van de gebruikers

Aan elke prestatie op een factuur zijn 3 types van bedragen gekoppeld:

- Tegemoetkoming VSB = dit bedrag wordt door VSB, via de zorgkas, vergoed aan de voorziening;
- Persoonlijk aandeel = wettelijk bepaalde bijdrage van de gebruiker, voor de huidige pijlers binnen VSB op dit moment niet van toepassing, dus altijd 0;
- Supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker = niet-wettelijk bepaalde bijdrage van de gebruiker. Dit bedrag wordt door de ouderenvoorziening gefactureerd aan de gebruiker. Deze informatie moet verplicht worden meegedeeld aan de zorgkas. De VSB zal dit bedrag niet vergoeden.

De bedragen kunnen worden voorgesteld als een matrix waarbij op elke rij een prestatie staat en de 3 bedragen als kolommen.

Bv. als de prestatie een basistegemoetkoming (bv. 263236) in RT30 is, zal er een tegemoetkoming VSB zijn ingevuld maar zal er 0€ staan voor het persoonlijk aandeel en supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker.

Bv. als de prestatie een dagprijs (bv. 260554) in RT50 is, zullen de tegemoetkoming VSB en het persoonlijk aandeel 0€ zijn en wordt de dagprijs ingevuld als supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker.

	Tegemoetkoming VSB	Persoonlijk aandeel	Supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker
263236	70	0	0
260554	0	0	60

7.2. BEHANDELING ZENDING

De behandeling van de zending verloopt in verschillende stappen.

7.2.1. Algemeen proces verwerking zending

Figuur 1. Processchema verwerking zending



Beschrijving proces verwerking zending

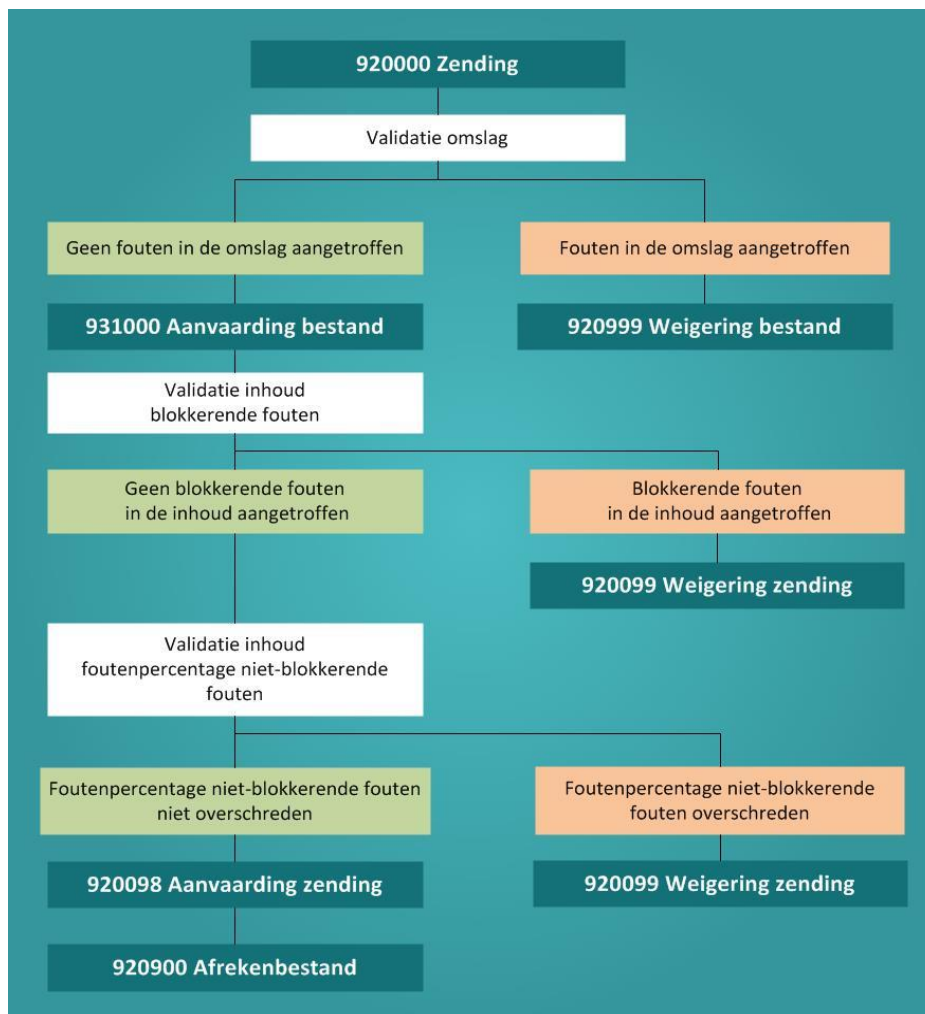
- Stap 1. De **voorziening** stuurt een zending naar de zorgkas.
- Stap 2. De centrale toepassing **eWZCfin** verwerkt automatisch de zending. Het is de centrale toepassing eWZCfin die zal nagaan of:
 - o er aanvaarde opnamedagen bestaan voor de gefactureerde dagen;
 - o de correcte basistegemoetkoming voor zorg wordt gefactureerd;
 - o de gefactureerde dagen niet reeds eerder werden gefactureerd;
 - o ...
- Stap 3. Indien er bepaalde prestaties "in beraad" staan zal de **zorgkasmedewerker** deze manueel nakijken en goedkeuren of afkeuren.
- Stap 4. Eenmaal alle prestaties een status goedgekeurd of afgekeurd hebben moet de **zorgkasmedewerker** de zending manueel ondertekenen.
- Stap 5. **eWZCfin** stuurt een afrekenbestand naar de voorziening en een betaalopdracht naar de zorgkas.
- Stap 6. De **zorgkas** betaalt aan de voorziening met een betaaltermijn van 6 weken vanaf de datum van ontvangst van de zending.

Zorgkassen kunnen geen zendingen of creditnota's manueel aanpassen of voor een bijbetaling zorgen. Indien een zending gedeeltelijk aanvaard wordt, kan de zorgkas geen acties ondernemen om de zending volledig te laten goedkeuren. Het is aan de voorziening om een nieuwe zending te sturen met de correcte gegevens. Indien een zending ten onrechte prestaties bevat, dan moet de voorziening een

creditnota versturen voor die prestaties. Indien een creditnota ten onrechte werd verstuurd, dan moet de voorziening een bijkomende zending versturen.

7.2.2. Behandeling zending eWZCfin

Figuur 2. Behandeling zending eWZCfin



7.2.2.1. Eerste stap: controle van de omslag van de zending

eWZCfin controleert eerst de omslag van de zending.

- Indien er geen enkele fout is vastgesteld op de omslag, dan stuurt eWZCfin een ontvangstbewijs naar de ouderenvoorziening en volgt de controle op de inhoud van de zending.

- Indien er een fout is vastgesteld op de omslag, dan verstuurt eWZCfin een bestand (weigering zending) naar de ouderenvoorziening waaruit blijkt dat de zending geweigerd is.

Indien een zending wordt geweigerd, dan dient deze zending door de ouderenvoorziening in zijn geheel opnieuw te worden verstuurd naar eWZCfin.

7.2.2.2. Tweede stap: controle op de inhoud van de zending

Indien de omslag van de zending is aanvaard, dan zal eWZCfin de inhoud van de zending controleren. Deze validatie gebeurt binnen de veertien kalenderdagen na ontvangst van de zending.

De onderdelen van de zending die niet in overeenstemming zijn met de voorwaarden, worden verworpen.

- o Indien er sprake is van een blokkerende fout of het aantal niet-blokkerende fouten >5% t.o.v. het aantal lijnen van de zending, dan is de zending in zijn geheel geweigerd en bezorgt eWZCfin een foutenbestand.
- o Als er geen blokkerende fout is en het aantal niet-blokkerende fouten ≤5%, dan is de zending aanvaard.

7.2.2.3. Controle op blokkerende fouten per zending

Indien er een blokkerende fout wordt gevonden, dan wordt er een bericht gestuurd "weigering zending". Indien de zending is geweigerd, dan moet de ouderenvoorziening een nieuwe zending versturen naar eWZCfin.

Indien er geen blokkerende fout wordt gevonden start de controle op de niet-blokkerende fouten.

7.2.2.4. Controle op niet-blokkerende fouten per factuur (prestatieniveau en factuurniveau)

Per prestatie lijn zullen er een aantal controles op de businessregels worden uitgevoerd.

Enkele voorbeelden van controles die zullen worden uitgevoerd:

- Controle of er voor een prestatie een gekende opname is voor die persoon, voor die ouderenvoorziening;
- Ouderenvoorziening moet erkend zijn door de Vlaamse overheid;
- De persoon moet VSB-verzekerd zijn op datum van de prestatie;
- De prestatiedatum moet betrekking hebben op een maand die de zending vooraf gaat²⁰;
- De prestatiecode moet geldig zijn voor de voorziening (m.a.w. een CDV mag geen ROB-woongelegenheden factureren);
- ...

²⁰ De voorziening heeft tot twee jaar de tijd om prestaties te factureren aan de zorgkas van de gebruiker.

Voor een overzicht van de velden en de errorcodes, zie

[https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-mh-cookbook/documenten/VSF_Cookbook_DF010_InvoiceList\(ouderenvoorziening\)_Clean.xlsx](https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/wzc-mh-cookbook/documenten/VSF_Cookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening)_Clean.xlsx)

7.2.2.4.1. Beslissing per prestatie

Per prestatie wordt de status bepaald.

Verworpen

De prestatie wordt verworpen door eWZCfin en er is geen overruling van de zorgkasmedewerker mogelijk.

In beraad

Een aantal controles zullen automatisch door eWZCfin worden uitgevoerd, maar in bepaalde gevallen als resultaat een status “in beraad” krijgen.

Voor deze prestatiecodes is er een actie van de zorgkasmedewerker vereist. Vooraleer eWZCfin de volledige zending kan beoordelen moet namelijk elke prestatie verworpen of aanvaard zijn.

Dit kan in de volgende gevallen:

- Het HCO-nummer van de ouderenvoorziening is niet bestaand of niet geldig;
- De persoon waarvoor een prestatie wordt gefactureerd moet VSB-verzekerd zijn op de datum van de prestatie;
- Er mag voor een verblijfsdag geen andere verblijfsdag worden gefactureerd voor 1 persoon.

Aanvaard

De prestatielijn is aanvaard.

7.2.2.4.2. Beslissing zending

Nadat voor alle prestatielijnen de beslissing is genomen of deze aanvaard is dan wel verworpen, wordt er een beslissing genomen over de zending.

Indien er sprake is van een blokkerende fout of het aantal niet-blokkerende fouten >5% t.o.v. het aantal lijnen van de zending, dan is de zending in zijn geheel geweigerd en bezorgt eWZCfin een foutenbestand. Als er geen blokkerende fout is en het aantal niet-blokkerende fouten ≤5%, dan is de zending aanvaard. In een aanvaarde zending kunnen prestatielijnen zijn geweigerd. Indien een prestatielijn wordt geweigerd, dan kan deze prestatie opnieuw worden ingediend bij de volgende ‘gewone’ maandelijkse zending.

7.3. ONDERTEKENING ZENDING DOOR ZORGKASMEDEWERKER

Voor een zending waarin alle prestaties geweigerd zijn, moet de zorgkasmedewerker de weigering *bevestigen*, dan pas vertrekt er een antwoord weigering (920099) naar de voorziening.

De zorgkasmedewerker moet de zending *ondertekenen* als er geen blokkerende fouten zijn en als het aantal verworpen records $\leq 5\%$.

Als een zorgkasmedewerker een zending ondertekent heeft als gevolg:

- Er zal aan de ouderenvoorziening een antwoord worden verzonden. Dit is een aanvaarding van de zending (920098) en een afrekenbestand (920900). Het afrekenbestand is het bestand dat naar de ouderenvoorziening wordt gestuurd en de verworpen prestaties/facturen en de gegevens met betrekking tot de afrekening bevat.

Indien de ouderenvoorziening vragen heeft over bepaalde geweigerde prestaties kan die contact opnemen met de zorgkas.

- Indien de zending is aanvaard dan vertrekt er een betaalopdracht naar de zorgkas.
- Er wordt een notificatie aanvaarde prestaties verzonden naar de ziekenfondsen.

7.4. BETALING

Betalingstermijn

De zorgkas betaalt de ouderenvoorzieningen binnen een termijn van 6 weken vanaf de datum van ontvangst van de zending.

Compensatie

Het aanvaarde bedrag van een zending kan negatief zijn. De zorgkas mag het negatief bedrag in mindering brengen van een positief aanvaard bedrag van een volgende zending.

Terugvorderen

Als de erkenning van een voorziening wordt stopgezet, kan de voorziening geen zendingen meer indienen en mag de zorgkas overgaan tot het terugvorderen van een openstaand bedrag.

De beslissing van de zorgkas om tegemoetkomingen terug te vorderen, wordt gemeld aan de ouderenvoorziening.

De zorgkas zal de ouderenvoorziening via een brief de beslissing tot terugvordering meedelen. Indien geen reactie van voorziening binnen de maand zal de zorgkas een aangetekende brief versturen naar de ouderenvoorziening.

Indien de ouderenvoorziening niet binnen de drie maanden na de verzending van de aangetekende brief het bedrag heeft terugbetaald of de zorgkas de ten onrechte betaalde tegemoetkoming niet in mindering kan brengen van toekomstige betalingen, dan wordt de ten onrechte tegemoetkoming bij dwangbevel teruggevorderd.

De zorgkas bezorgt de gegevens van de ouderenvoorzieningen bij wie de ten onrechte uitbetaalde tegemoetkomingen bij dwangbevel moeten worden ingevorderd, via het agentschap, aan de Vlaamse Belastingdienst. Het agentschap verzaakt ambtshalve aan de terugvordering als het bedrag kleiner is dan 200 euro.

7.5. SPECIFIEKE SITUATIES EN BEGRIPPEN

7.5.1. Prestatiecodes

De tegemoetkomingen die via de facturen worden aangerekend aan de zorgkassen worden uitgedrukt in *prestatiecodes*. Deze prestatiecodes zijn de Vlaamse equivalent van de federale pseudonomenclatuurcodes. Aan de hand van deze codes worden de verstrekkingen bepaald die door de Vlaamse sociale bescherming worden vergoed. Bovendien wordt aan iedere prestatiecode een bedrag (tarief) gekoppeld.

Het agentschap beheert de lijst met prestatiecodes. De lijst en de wijzigingen worden gepubliceerd in het MB VSB.

7.5.1.1. Algoritme

Vlaanderen zal vanaf 1 januari 2019 voor de ouderenvoorzieningen werken met nieuwe prestatiecodes, conform het volgende algoritme zoals dit tussen de overheden is afgesproken:

Zes digits

- Eerste digit = code van de regio
 - 1 = Waals Gewest (excl. Deutschspr.Gem)/ Région Wallonne (excl. Deutschspr.Gem)
 - 2 = Vlaamse Gemeenschap/Communauté Flamande
 - 3 = Deutschspr. Gemeinschaft / Deutschspr. Gemeinschaft
 - 4 = Brussel GGC /Bruxelles Cocom
 - 5 = Brussel FGC / Bruxelles Cocof
 - 6 = Brussel VGC / Bruxelles Cocon
 - 7 = Franse Gemeenschap / Communauté Française
- Digit 2 tot en met 5 = middenstuk = eigenlijke prestatiecode.
 - Voor de ouderenzorg zal dit middenstuk steeds starten met “6”.
- Zesde digit = check digit = (rest bij deling door 7) + 3

Voor het toekennen van het middenstuk van de prestatiecodes zijn de volgende afspraken gemaakt binnen VSB.

Tabel 10. Opbouw prestatiecode

Regiocode	Middenstuk	Controlecijfer	Pijler VSB
2	0***	C	
2	1***	C	
2	2***	C	Mobiliteitshulpmiddelen
2	3***	C	Mobiliteitshulpmiddelen
2	4***	C	Mobiliteitshulpmiddelen
2	5***	C	Gespecialiseerde zorg
2	6***	C	WZC/CDV/CDV
2	7***	C	Gespecialiseerde zorg
2	8***	C	
2	9***	C	Gespecialiseerde zorg

7.5.1.2. Lijst met prestatiecodes

In het MB VSB zijn twee lijsten van prestatiecodes bepaald.

Bijlage 3 van het MB VSB bevat de lijst met prestatiecodes die van toepassing is voor prestaties van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2022. Het is een overname van de federale nomenclatuurcodes die van toepassing waren voor prestaties tot en met 31 december 2018.

Bijlage 2 van het MB VSB bevat de lijst met prestatiecodes die van toepassing is voor prestaties vanaf 1 januari 2023. Dit is een uitgebreidere lijst waarbij de lijst uit bijlage 2 is afgestemd op de Vlaamse regelgeving inzake dagprijzen.

Tabel 11. Prestatiecodes tot en met 31 december 2022

Tegemoetkomingen VSB			
Prestatie-code	Omschrijving	Federale pseudocode	Federale omschrijving
263199	Basistegemoetkoming afhankelijkheids categorie O in woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning	0763195	Forfait categorie O in ROB

263214	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie A in woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning	0763210	Forfait categorie A in ROB
263236	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie B in woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning	0763232	Forfait categorie B in ROB
263258	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie C in woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning	0763254	Forfait categorie C in ROB
263273	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Cd in woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning	0763276	Forfait categorie Cdem in ROB
263693	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie D in woongelegenheid WZC zonder bijkomende erkenning	0763696	Forfait categorie D in ROB
263037	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie B in woongelegenheid WZC met bijkomende erkenning	0763033	Forfait categorie B in RVT
263059	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie C in woongelegenheid WZC met bijkomende erkenning	0763055	Forfait categorie C in RVT
263074	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Cd in woongelegenheid WZC met bijkomende erkenning	0763070	Forfait categorie Cdem in RVT
263398	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie O in CVK	0763394	Forfait categorie O in ROB KVB
263413	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie A in CVK	0763416	Forfait categorie A in ROB KVB
263435	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie B in CVK	0763431	Forfait categorie B in ROB KVB
263457	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie C in CVK	0763453	Forfait categorie C in ROB KVB
263479	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Cd in CVK	0763475	Forfait categorie Cdem in ROB KVB

263737	Basistegemoetkoming afhankelijkheids categorie D in CVK	0763733	Forfait categorie D in ROB KVB
264518	Basistegemoetkoming afhankelijkheids categorie F in CDV	0764514	Forfait categorie F in centrum voor dagverzorging
264916	Basistegemoetkoming afhankelijkheids categorie Fp in CDV	0764912	Forfait categorie Fp in centrum voor dagverzorging
264938	Basistegemoetkoming afhankelijkheids categorie D in CDV	0764934	Forfait categorie D in centrum voor dagverzorging
264953	Basistegemoetkoming afhankelijkheids categorie Fd in CDV	0764956	Forfait categorie Fd in centrum voor dagverzorging
263597	Tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal, WZC, CVK	0763593	Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal
264474	Tegemoetkoming reiskosten CDV	0764470	Reiskosten CDV
261497	Tijdelijke afwezigheid	0791490	RVT-ROB onbetaald verlof

Bijdragen ten laste van de gebruiker

260554	Aangerekende dagprijs eenpersoonskamer, WZC, CVK	0960551	Huisvestingskosten: éénpersoonskamer
260576	Aangerekende dagprijs tweepersoonskamer, WZC, CVK	0960573	Huisvestingskosten: tweepersoonskamer
260598	Aangerekende dagprijs meerpersoonskamer, WZC, CVK	0960595	Huisvestingskosten: gemeenschappelijke kamer
260613	Aangerekende dagprijs CDV	0960610	Huisvestingskosten in CDV
260635	Extra vergoedingen: abonnement televisie	0960632	Huisvestingskosten: abonnement televisie
260657	Extra vergoedingen: abonnement internet	0960654	Huisvestingskosten: abonnement internet
260679	Extra vergoedingen: abonnement telefoon	0960676	Huisvestingskosten: kosten telefoon
260797	Extra vergoedingen: was en stomerij persoonlijk linnen	0960794	Andere supplementen: was
260819	Extra vergoedingen: pedicure	0960816	Andere supplementen: pedicure

260834	Extra vergoedingen: manicure	0960831	Andere supplementen: manicure
260856	Extra vergoedingen: drank (buiten maaltijden, op vraag van de bewoner)	0960853	Andere supplementen: drank
260893	Extra vergoedingen: vervoerskosten verband houdend met de gezondheid van de bewoner: taxi	0960890	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: taxi
260915	Extra vergoedingen: vervoerskosten verband houdend met de gezondheid van de bewoner: ambulance	0960912	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: ambulance
260937	Extra vergoedingen: vervoerskosten verband houdend met de gezondheid van de bewoner: vervoer woonplaats/CDV	0960934	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: vervoer woonplaats/CDV
260878	Extra vergoedingen: andere	0960875	Andere supplementen niet behorend tot vorige categorieën
260694	Voorschotten ten gunste van derden: verzorgingsmateriaal niet gedekt door de tegemoetkoming VSB	0960691	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: Verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in het forfait
260716	Voorschotten ten gunste van derden: incontinentiemateriaal CDV	0960713	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: incontinentiemateriaal
260738	Voorschotten ten gunste van derden: totale kosten van medicatie	0960735	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: (para)farmaceutische producten
260753	Voorschotten ten gunste van derden: lichte en dadelijk opneembare voedingstoffen (enterale voeding, voedingssupplementen, een speciale maaltijd ter vervanging van de normale maaltijd,...) ten belope van de meerkost ten opzichte van een gewone maaltijd	0960750	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: voedingssupplementen
260959	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de tegemoetkoming die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, (huis)arts	0960956	Kosten dokter (facultatieve vermelding)
260974	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van	0960971	Kosten kine (facultatieve vermelding)

	zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de tegemoetkoming die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, kinesist		
260996	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de tegemoetkoming die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, labo	0960993	Kosten labo (facultatieve vermelding)
260097	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de tegemoetkoming die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, polikliniek	0960094	Kosten polikliniek (facultatieve vermelding)
260775	Terugbetaalde diensten en leveringen: kortingen	0960772	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: kortingen (bedrag in negatief)

7.5.1.3. **Prestatiecodes voor de tegemoetkomingen VSB**

7.5.1.3.1. Prestatiecodes basistegemoetkoming VSB

Deze prestatiecodes moeten worden vermeld op de factuur voor iedere dag dat de basistegemoetkoming kan worden gefactureerd aan de zorgkas.

Er zullen zoveel prestatiecodes worden vermeld als er verblijfsdagen zijn.

7.5.1.3.2. Tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal in WZC en CVK, prestatiecode 263597

Deze prestatiecode moet worden vermeld op de factuur voor iedere dag dat de basistegemoetkoming in WZC of CVK kan worden gefactureerd aan de zorgkas.

Het incontinentiemateriaal voor WZC en CVK maakt deel uit van de tegemoetkoming voor zorg en moet worden opgenomen in prestatiecode 263597 in RT30. Dit bedrag moet op de gebruikersfactuur van de bewoner in min worden gefactureerd.

	Tegemoetkoming VSB	Persoonlijk aandeel	Supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker
263597	+0,34	+0,00	-0,34

Indien de tegemoetkoming voor het incontinentiemateriaal in WZC en CVK moet worden gecrediteerd dan wordt het teken voor de tegemoetkoming VSB gelijk aan - en moet het teken voor de bijdrage ten laste van de gebruiker gelijk zijn aan +.

	Tegemoetkoming VSB	Persoonlijk aandeel	Supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker
263597	-0,34	+0,00	+0,34

7.5.1.3.3. Tegemoetkoming reiskosten CDV, prestatiecode 264474

Deze prestatiecode moet worden vermeld op de factuur voor iedere dag dat een persoon met de afhankelijkheids categorie F, Fd, D of Fp naar het CDV met de bijkomende erkenning komt, ongeacht of de basistegemoetkoming in CDV kan worden gefactureerd aan de zorgkas. De gebruiker en de ouderenvoorziening moeten uiteraard wel voldoen aan alle voorwaarden (minimale verblijfsduur, erkenning voorziening, VSB-verzekering, ...).

Op de factuur moet de afstand tussen de hoofdverblijfplaats en het CDV * 2 * bedrag per km (=0,35€) worden vermeld.

	Tegemoetkoming VSB	Persoonlijk aandeel	Supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker
264474	+0,35*2*aantal km	+0,00	-0,35*2*aantal km

Indien de tegemoetkoming voor reiskosten in CDV moet worden gecrediteerd dan wordt het teken voor de tegemoetkoming VSB gelijk aan – en moet het teken voor de bijdrage ten laste van de gebruiker gelijk zijn aan +.

	Tegemoetkoming VSB	Persoonlijk aandeel	Supplement of bijdragen ten laste van de gebruiker
264474	-0,35*2*aantal km	+0,00	+0,35*2*aantal km

7.5.1.3.4. Tijdelijke afwezigheid, prestatiecode 261497

In het geval van *een tijdelijke afwezigheid tijdens de dag* mag de voorziening gewoon verder de basistegemoetkoming factureren.

In het geval van *een tijdelijke afwezigheid van een gebruiker gedurende één nacht tot 72u* geldt de meldingsplicht voor de opnameberichten, maar niet voor facturatie.

Indien een persoon tijdelijk afwezig is gedurende één nacht tot 72u, zal er een prestatiecode 261497 op de factuur staan voor de dagen dat die persoon afwezig is, afhankelijk van het tijdstip van vertrek en terugkeer. Voor elke niet-factureerbare dag, kan de prestatiecode op de factuur worden opgenomen. Aangezien er voor tijdelijke afwezigheid geen tussenkomst is, kan er ook geen bedrag bij de prestatiecode gezet worden.

De voorziening heeft de keuze: ofwel de prestatiecode 261497 op de factuur zetten, ofwel geen prestatiecode. Beide zijn in overeenstemming met de opnamegegevens.

In het 3^{de} geval, *tijdelijke afwezigheid van een gebruiker van meer dan 72u*, stopt de opname en dan kunnen er geen prestatiecodes buiten de opname op de factuur komen, ook geen 261497.

7.5.1.4. Prestatiecodes voor de bijdragen ten laste van de gebruiker

De ouderenvoorzieningen zijn verplicht om aan de zorgkassen mee te delen welke kosten zij aanrekenen aan de gebruikers. Daarom zijn er prestatiecodes voor de bijdragen ten laste van de gebruiker²¹ opgesteld. Deze prestatiecodes dienen dezelfde informatie en bedragen te bevatten als deze die vermeld staan op de gebruikersfactuur.

7.5.1.4.1. Prestatiecodes voor de dagprijzen

De prestatiecodes voor de dagprijzen worden doorgegeven per dag (dus zoveel prestatiecodes als er dagen zijn waar de gebruiker de dagprijs betaalde).

260554	Aangerekende dagprijs eenpersoonskamer, WZC, CVK
260576	Aangerekende dagprijs tweepersoonskamer, WZC, CVK
260598	Aangerekende dagprijs meerpersoonskamer, WZC, CVK
260613	Aangerekende dagprijs CDV

7.5.1.4.2. Prestatiecodes voor de extra vergoedingen

De prestatiecodes voor de extra vergoedingen worden doorgegeven per maand.

²¹ De federale term voor deze bijdragen ten laste van de gebruiker was "supplementen". Deze term is echter niet goed gekozen omdat in de Vlaamse regelgeving enkel de extra vergoedingen gekend zijn als supplementen. Deze prestatiecodes omvatten echter meer dan alleen de extra vergoedingen.

260635	Extra vergoedingen: abonnement televisie
260657	Extra vergoedingen: abonnement internet
260679	Extra vergoedingen: abonnement telefoon
260797	Extra vergoedingen: was en stomerij persoonlijk linnen
260819	Extra vergoedingen: pedicure
260834	Extra vergoedingen: manicure
260856	Extra vergoedingen: drank (buiten maaltijden, op vraag van de bewoner)
260893	Extra vergoedingen: vervoerskosten verband houdend met de gezondheid van de bewoner: taxi
260915	Extra vergoedingen: vervoerskosten verband houdend met de gezondheid van de bewoner: ambulance
260937	Extra vergoedingen: vervoerskosten verband houdend met de gezondheid van de bewoner: vervoer woonplaats/CDV
260878	Extra vergoedingen: andere

7.5.1.4.3. Prestatiecodes voor de voorschotten ten gunste van derden

De prestatiecodes voor de voorschotten ten gunste van derden worden doorgegeven per maand.

Het incontinentiemateriaal in CDV, prestatiecode 260716, maakt **geen deel** uit van de tegemoetkoming voor zorg en moet worden opgenomen in recordtype 50.

260694	Voorschotten ten gunste van derden: verzorgingsmateriaal niet gedekt door de tegemoetkoming VSB
260716	Voorschotten ten gunste van derden: incontinentiemateriaal CDV
260738	Voorschotten ten gunste van derden: totale kosten van medicatie
260753	Voorschotten ten gunste van derden: lichte en dadelijk opneembare voedingstoffen (enterale voeding, voedingssupplementen, een speciale maaltijd ter vervanging van de normale maaltijd,...) ten belope van de meerkost ten opzichte van een gewone maaltijd;
260959	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de zorgforfaits die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, (huis)arts
260974	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet

	inbegrepen zijn in de zorgforfaits die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, kinesist
260996	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de zorgforfaits die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, labo
260097	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de zorgforfaits die de voorziening voor de individuele bewoner ontvangt, polikliniek

7.5.1.4.4. Prestatiecode terugbetaalde diensten en leveringen

De prestatiecodes voor de terugbetaalde diensten en leveringen worden doorgegeven per maand.

260775	Terugbetaalde diensten en leveringen: kortingen
---------------	--

7.5.1.4.5. Codes die niet behouden blijven

De prestatiecodes voor de partiële tegemoetkoming en de regularisatiecodes worden niet meer gebruikt voor prestaties vanaf 1 januari 2019.

7.5.1.4.6. Federale codes

Bepaalde pseudonomenclatuurcodes zijn niet opgenomen in bovenstaande lijst omdat zij onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen. Het gaat dan over de codes voor personen met MS/ALS/Huntington en de comapatiënten (zowel codes voor instellingsforfait als incontinentietegemoetkoming).

7.5.2. Verjaringstermijn

De ouderenvoorzieningen hebben twee jaar de tijd om prestaties aan de zorgkas te factureren. Deze termijn van twee jaar kan worden geschorst of gestuit.

Indien de verjaringstermijn wordt gestuit, dan begint de wettelijke verjaringstermijn vanaf nul opnieuw te lopen. In het geval van een schorsing wordt de verjaringstermijn voor een bepaalde tijd onderbroken, bij het aflopen van de schorsing loopt de termijn dan verder voor het resterende gedeelte.

De verjaringstermijn wordt gestuit bij aangetekende brief ter attentie van de betrokken zorgkas of van de zorgkas t.a.v. de voorziening.

7.5.3. Gevraagde/gefactureerde bedrag versus aanvaarde/goedgekeurde bedrag

Het totale bedrag dat een voorziening in een zending factureert aan de zorgkas is niet automatisch het totale bedrag dat zal worden aanvaard voor betaling door de zorgkas. Indien bepaalde facturen of prestaties in een factuur worden geweigerd, dan zullen deze niet mee in rekening worden gebracht. De voorziening moet dus per zending nakijken of de volledige zending werd aanvaard. Indien niet, dan kan men aan de hand van de foutcodes nagaan om welke reden bepaalde prestaties werden geweigerd. Mits de nodige en correcte aanpassingen kunnen deze prestaties eventueel opnieuw gefactureerd worden.

Voor een overzicht van de foutcodes, zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/controles-door-de-module-ewzcfm>.

7.5.4. Bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg

Het bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg wordt centraal beheerd in de toepassing eWZCfm. De dag nadat de basistegemoetkoming voor zorg wordt berekend in de RAAS-webtoepassing is deze gekend in eWZCfm en van toepassing voor alle zorgkassen. Voorzieningen kunnen dus de dag nadat zij een berekening via de RAAS-webtoepassing hebben ontvangen deze bedragen voor de betreffende periode factureren aan alle zorgkassen via eWZCfm. Bij problemen neemt de voorziening contact op met de zorgkassen. Softwareleveranciers kunnen het bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg, zoals gekend in de centrale toepassing eWZCfm, consulteren.

7.5.5. Controle op capaciteit

In principe kan een voorziening maar tegemoetkomingen factureren voor het aantal erkende woongelegenheden waarvoor deze erkend is. Omdat er echter schommelingen kunnen zijn in de bezettingsgraad zal het aantal erkenningen niet op dagbasis worden gecontroleerd. In het BVR VSB staat beschreven dat een woonzorgcentrum per trimester niet meer dagen kan factureren dan het maximaal aantal dagen rekening houdend met de erkende capaciteit. Voor centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging wordt dat maximaal aantal te factureren dagen per kalenderjaar bekeken.

Voor de tegemoetkoming voor de reiskosten in centra voor dagverzorging is er een uitzondering voorzien en kunnen de centra voor dagverzorging, indien de gebruiker en het CDV voldoen aan de voorwaarden, deze tegemoetkoming factureren aan de zorgkas, ongeacht de erkende capaciteit.

Het agentschap zal nagaan of voorzieningen meer factureerden dan is toegestaan gegeven het aantal erkende entiteiten.

7.5.6. Regularisaties

Regularisatie – terugvordering - correctie

Als een tegemoetkoming voor zorg in een WZC, CVK of CDV onterecht is uitbetaald aan een ouderenvoorziening, dan moet dit worden rechtgezet of geregulariseerd.

Dit kan gebeuren aan de hand van een *terugvordering* (= in mindering brengen van het foutief gefactureerde bedrag waardoor de prestatie niet meer betaald is) of door een *correctie* (in mindering brengen van het foutief gefactureerde bedrag en opnieuw factureren van het juiste bedrag, waardoor het juiste bedrag is betaald).

Zowel de terugvordering als de correctie kunnen voor afzonderlijke prestatiecodes of voor alle prestatiecodes van een factuur worden toegepast. Indien er sprake is van een regularisatie van alle prestatiecodes van een volledige factuur dan zal er een creditnota en vervolgens eventueel een nieuwe factuur moeten worden opgemaakt. Deze creditnota en nieuwe factuur kunnen in eenzelfde zending of in aparte zendingen voorkomen.

eWZCfin

Voor prestaties vanaf 1/1/2019 moeten alle regularisaties door de ouderenvoorziening zelf gebeuren.

Het toewijzen van een regularisatie gebeurt op basis van de prestatiedatum. De prestatiedatum van de regularisatie moet dus overeenkomen met de datum van de originele prestatie. Ook de prestatiecode en de het bedrag van de prestatie moeten overeenstemmen met de oorspronkelijke factuur. Regularisaties worden ingediend bij de zorgkas waar de persoon is aangesloten op de prestatiedatum, ook al is dit niet de zorgkas waar de persoon bij is aangesloten op het moment van het versturen van de regularisatie.

Een regularisatie verloopt zoals een gewone facturatie op een factuur per persoon en in een zending per zorgkas.

Als een zending een negatief saldo heeft, dus als het totale bedrag van creditnota's opgenomen in de zending groter is dan het totale bedrag van de gefactureerde prestaties, wordt dit negatieve bedrag toegevoegd aan een 'schuldenput' voor deze onderneming bij deze zorgkas.

Bij een volgende zending met een positief saldo (dus normaliter uit te betalen door de zorgkas) zal dit positieve saldo eerst gebruikt worden om deze 'schuldenput' te vullen.

De voorzieningen krijgen de melding dat hun zending aanvaard werd, maar zullen geen of een verminderd uitbetaald bedrag zien binnenkomen.

Dit gebeurt chronologisch, dus in de volgorde dat de zendingen binnenkomen bij de zorgkas.

Procedure

- Stap 1:
Een originele zending werd goedgekeurd en aanvaardingsbestanden werden uitgestuurd. (vb. afrekenbestand 920900 werd ontvangen)
- Stap 2:
Stuur een creditnota in een zending voor een prestatie uit stap 1 die men wenst te crediteren.
- Stap 3:
De zending die de creditnota uit stap 2 bevat werd goedgekeurd en aanvaardingsbestanden werden uitgestuurd. (vb. afrekenbestand 920900 werd ontvangen)
- Stap 4:
Stuur een nieuwe zending met een factuur die de aangepaste prestatie bevat uit stap 1.
- Stap 5:
De nieuwe zending werd goedgekeurd en aanvaardingsbestanden werden uitgestuurd.

Bovenstaande procedure stelt dat een creditnota pas gestuurd mag worden wanneer de aanvaardingsbestanden van de originele zending ontvangen werden.

Idem voor de nieuwe zending, deze mag pas gestuurd worden als de aanvaardingsbestanden van de creditnota's ontvangen werden.

Situaties

We kunnen een aantal situaties onderscheiden wanneer er een regularisatie zal moeten worden toegepast.

a. Nieuw WZC en CVK

Omdat er voor nieuwe WZC en CVK nog geen referentieperiode ter beschikking is, wordt er een voorlopig bedrag van de basistegemoetkoming toegekend. Deze voorlopige tegemoetkoming is op 1/1/2019 gelijk aan 18,54 euro per dag²². Deze tegemoetkoming mag de voorziening aanrekenen voor elke opgenomen gebruiker tijdens de eerste drie kwartalen van de erkenning (3 kwartalen= kwartaal van erkenning + 2 kwartalen).

Aangezien het bedrag van deze tegemoetkoming niet gebaseerd is op het personeel dat in een voorziening aanwezig is noch op de aanwezige zorgprofielen, wordt nadien (wanneer de gegevens beschikbaar zijn in de webapplicatie, RaaS) de tegemoetkoming berekend waarop de voorziening recht had op basis van het effectief tewerkgesteld personeel en de aanwezige zorgprofielen van de opgenomen bewoners tijdens het eerste volledige kwartaal van erkenning.

²² De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

De voorziening zal in dat geval alle reeds gefactureerde prestaties in mindering brengen en vervolgens voor diezelfde prestaties het volledige bedrag van de tegemoetkoming factureren.

b. Nieuw centrum voor dagverzorging

Bij de centra voor dagverzorging is er geen voorlopige tegemoetkoming voor nieuwe voorzieningen. Indien een centrum voor dagverzorging opstart, kunnen zij meteen de volledige tegemoetkoming factureren aan de zorgkas.

c. Erkenningen met terugwerkende kracht

Erkenning met terugwerkende kracht – reconversie

Met een reconversie bedoelen we dat aan een reeds erkende woongelegenheid een ander type woongelegenheid wordt toegekend. Zo kan een woongelegenheid woonzorgcentrum zonder bijkomende erkenning worden omgezet naar een woongelegenheid woonzorgcentrum met bijkomende erkenning (de RVT-reconversie).

Indien er een RVT-reconversie wordt toegepast, dan zal de voorziening eerst aan eWZCfin moeten doorgeven dat de gebruiker van bed-type is gewijzigd. Vervolgens zal ook de facturatie moeten worden aangepast in min en plus en moeten de juiste prestatiecodes worden gebruikt.

7.5.7. Verwijlinteressen

Indien de facturen niet binnen de zes weken na ontvangst zijn betaald aan de ouderenvoorziening door de zorgkas, is er een verwijlinterest verschuldigd. Deze verwijlinteressen zijn niet verschuldigd indien de zorgkas door overmacht de betaling niet heeft kunnen uitvoeren.

Indien het agentschap verantwoordelijk is voor de laattijdige betaling, dan is dit geen overmacht, maar is er een verwijlinterest verschuldigd ten laste van het agentschap.

De verwijlinteressen zijn enkel verschuldigd als de facturen ingediend zijn voor het einde van de maand na de maand waarop de factuur betrekking heeft.

De berekening van de verwijlinteressen zal niet gebeuren door de toepassing eWZCfin, maar zal door het agentschap en de zorgkassen worden bepaald.

De verwijlinterest stemt overeen met het rentetarief van de depositofaciliteit van de Europese Centrale Bank die is vastgesteld op de datum dat de betalingstermijn verstrijkt, verhoogd met 1,75%.

7.5.8. Herhaalde tekortkomingen

Als een voorziening herhaaldelijk fouten maakt bij het versturen van de facturen zal de zorgkas de voorziening daarvan op de hoogte brengen. Indien nodig kan het agentschap maatregelen nemen ten aanzien van deze voorziening.

7.5.9. Basistegemoetkoming gelijk aan 0€

Indien een centrum voor dagverzorging de personeelsnormen niet naleeft wordt deze gesanctioneerd door een vermindering van de basistegemoetkoming voor zorg tot 0€.

In dit geval dient het centrum voor dagverzorging de dagen waarop gebruikers aanwezig zijn toch te factureren aan de zorgkassen met de prestatiecodes die overeenstemmen met de afhankelijkheidscategorieën en een bedrag gelijk aan 0€.

7.6. WIJZIGINGEN TEN OPZICHTE VAN DE FEDERALE WETGEVING

- *Maandelijks en digitale facturatie*
De facturatie van de tegemoetkomingen zal maandelijks en digitaal verlopen. De digitale facturatie heeft ook de afschaffing van de huidige papieren overeenstemmingsstroken (roze klevers) tot gevolg.
- *Regularisatiecodes*
Het RIZIV ontwikkelde regularisatiecodes om in een aantal gevallen een volledige herfacturatie te vermijden. In deze situaties diende enkel het correctiebedrag te worden gefactureerd aan de hand van een aantal specifieke pseudocodes. Vanaf 1/1/2019 zal er niet meer met deze pseudocodes gewerkt kunnen worden, maar zal er steeds een volledige herfacturatie (in mindering brengen van het foutief gefactureerde bedrag en opnieuw factureren van het juiste bedrag, plus waardoor het juiste bedrag is betaald) nodig zijn.
- *Afschaffing quotum en partiële tegemoetkoming*
Het systeem van het quotum en de partiële tegemoetkoming zal niet behouden blijven.
- *Tegemoetkoming reiskosten CDV*
De tegemoetkoming voor reiskosten in CDV moet niet langer op papier door de gebruiker worden aangevraagd, maar zal via de factuur van het CDV aan de zorgkas worden gefactureerd.
- *HCO-nummer*
De federale overheid identificeert een voorziening aan de hand van het RIZIV-nummer, maar het Vlaamse unieke identificatienummer van een ouderenvoorziening is het HCO-nummer.

- *Prestatiecodes*

De pseudonomenclatuurcodes worden omgezet naar Vlaamse prestatiecodes.

8. FAQ

8.1. VSB-VERZEKERINGSSTATUS

Heb ik de elektronische identiteitskaart van de persoon nodig om elektronisch de VSB verzekeringsstatus op te vragen?

Neen, enkel het INSZ-nummer.

Hoe moeten personen die niet gedomicilieerd zijn in het Vlaams gewest behandeld worden?

Gedurende minstens drie jaar (tot en met 31 december 2021) kunnen ook personen die gedomicilieerd zijn in het Duitse of het Franse taalgebied en personen die gedomicilieerd zijn in Brussel (en niet aangesloten zijn bij de VSB) aanspraak maken op tegemoetkomingen voor zorg bij verblijf in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of centrum voor dagverzorging, erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Een analoge regeling zal gelden voor Vlamingen die gedomicilieerd zijn in Vlaanderen maar opgenomen in woonzorgcentra, centra voor dagverzorging of centra voor kortverblijf in het Franse taalgebied, het Duitse taalgebied of in een Brusselse voorziening erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Hierover wordt een samenwerkingsakkoord gesloten.

Voor meer informatie over het aansluiten van een persoon bij een zorgkas zie: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Handleiding-Hoe%20aansluiten%20bij%20een%20zorgkas.pdf>

Wat als een persoon niet is aangesloten bij een zorgkas?

Een voorziening kan vooraleer iemand op te nemen, de VSB-verzekeringsstatus consulteren via eWZCfin. Voor meer informatie over het aansluiten van een persoon bij de zorgkas zie handleiding “hoe aansluiten bij een ZK?": <https://www.zorg-en-gezondheid.be/handleiding-om-personen-in-een-ouderenzorgvoorziening-aan-te-sluiten-bij-een-zorgkas>

Wordt er ook rekening gehouden met de BIS-rijksregisternummers voor niet-Belgen ?

Er wordt rekening gehouden met de verschillende registers. Bij het doorsturen van een opname voor een persoon, wordt geverifieerd of de persoon voorkomt in de databank Ledenbeheer VSB, die gebruik maakt van de verschillende registers bij de KSZ om een persoon te identificeren.

Wanneer moet de VSB-verzekeringsstatus worden geconsulteerd?

- Bij vermoeden van opname om te controleren of de persoon nog moet aansluiten bij VSB;
- Bij opname om de meest recente situatie te kennen en de zorgkas van aansluiting zodat men weet welke zorgkas moet worden gecontacteerd in geval van vragen of problemen;
- Bij facturatie om de status van de aansluiting te controleren en het lidmaatschap van de aansluiting op te halen aangezien dat moet worden vermeld op de factuur.

Hoe wordt de VSB-verzekeringsstatus gecontroleerd?

Om de VSB-verzekeringsstatus van een persoon na te gaan wordt er gekeken naar het kalenderjaar waarvoor de aangemelde opname of prestatie plaatsvindt. Een persoon is VSB-verzekerd voor een periode (van aanmelding opname of prestatie) indien:

- De aansluitplicht verschillend is van verboden in de kalenderjaren die overlappen met deze periode.
- Er een officiële, ambtshalve of administratieve aansluiting is voor elk kalenderjaar dat overlapt met deze periode
- De persoon niet overleden is in de opgevraagde periode

Een persoon die overlijdt, is niet meer VSB-verzekerd vanaf de maand na zijn/haar overlijdensdatum. Als aan de andere voorwaarden voldaan is, is de persoon wel VSB-verzekerd voor de periode tot en met de maand van overlijdensdatum.

Wat als iemand zijn zorgpremie niet betaalde?

Voor WZC

Iedere persoon die is opgenomen in een WZC heeft automatisch recht op het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Indien deze persoon de zorgpremie niet betaalde aan de zorgkas, dan zal de zorgkas deze zorgpremie in mindering brengen van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden. Het WZC zal sowieso zijn tegemoetkoming voor zorg ontvangen. De voorziening kan de tegemoetkoming voor de zorg dus niet aan de bewoner aanrekenen.

Voor CVK en CDV

Niet iedere persoon die verblijft in een CVK en CDV komt in aanmerking voor een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

- Voor de personen die verblijven in een CVK en CDV en in aanmerking komen voor dat zorgbudget, wordt dezelfde methode toegepast als voor de WZC: indien een persoon zijn zorgpremie niet betaalde, dan zal de zorgkas deze zorgpremie in mindering brengen van het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.
- Indien een persoon in een CVK of CDV geen recht heeft op een zorgbudget dan zal de zorgkas de premie opvragen bij de bewoner. De premie opvragen is uitsluitend de taak van de zorgkas. Indien een persoon een premie moet betalen, dan zal de zorgkas de nodige maatregelen nemen om de betaling in orde te brengen.

Wat gebeurt er bij een wijziging van mutualiteit? Wordt er dan automatisch een wijziging van zorgkas genoteerd?

De wijziging van mutualiteit / zorgkas gebeurt automatisch. Behalve voor de leden van de Vlaamse zorgkas. Die blijven aangesloten bij de Vlaamse zorgkas bij een wijziging van de mutualiteit. De bewoner moet daar geen formulieren voor invullen. De zorgkassen regelen dit onderling.

Wordt de tegemoetkoming voor zorg ontvangen vanaf datum van de aanmelding van de opname of vanaf datum van de aansluiting bij de zorgkas?

De aansluiting zal steeds ingaan op de eerste dag van het jaar, bv. vanaf 1 januari 2019. Er zal dus vanaf de datum van de aanvraag recht zijn op een tegemoetkoming.

Hoe kunnen we de tegemoetkoming voor zorg factureren indien iemand tewerkgesteld is geweest bij de EU, EG of NAVO?

In deze gevallen zal de voorziening de tegemoetkoming aanrekenen aan de bewoner of persoon die gebruik maakt van het CDV. Deze zal dat dan vervolgens kunnen terugvorderen bij zijn/haar werkgever.

Indien een persoon niet VSB-verzekerd kan worden (bijvoorbeeld omdat deze tewerkgesteld is geweest bij de EU, EG, NAVO, ...) hoe moet deze worden ingegeven in de toepassing Raas?

Voor deze persoon brengt u in de Raas-webtoepassing onder "Gefactureerde dagen" voor elk kwartaal de betreffende dagen in in de kolom "dagen niet-rechthebbenden".

Een persoon moet worden opgenomen in een WZC, maar er zijn geen vrije plaatsen in de buurt en de familie zoekt nu naar een WZC in Nederland. Hoe loopt de terugbetaling voor deze persoon?

Er zijn twee opties:

1. indien deze persoon in België gedomicilieerd blijft, dan dient deze een aanvraagformulier S1 (link) in te vullen waardoor deze persoon toelating krijgt om in het buitenland zorg te bekomen. Als het enkel om een WZC gaat, kan de zorgkas het formulier S1 afleveren. Maar meestal gaat het om zowel kosten die onder VSB vallen als kosten die onder de federale Ziekte- en Invaliditeitsverzekering vallen, dan zal het ziekenfonds de S1 afleveren.

De persoon krijgt dan zorg in Nederlands WZC, dit wordt ook gefactureerd in Nederland, het Nederlands bevoegd orgaan betaalt aan het WZC en recupereert dan van België bij VSB en indien van toepassing de federale Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

2. de persoon kan ook opteren om zijn domicilie te verhuizen naar Nederland. Dan heeft hij in Nederland als Europees sociaal verzekerde recht op prestaties aan de voorwaarden van in Nederland. Hij zal dan Belgisch sociaal verzekerd blijven en moet bij een zorgkas aangesloten zijn. Nederland zal ook hier terugvorderen van het bevoegd orgaan in België (dus ook van VSB).

Bij welke zorgkas kunnen personen aangesloten bij de Overzeese sociale zekerheid aansluiten?

De aansluiting bij de 'Overzeese sociale zekerheid' (voor hun ziekteverzekering, pensioen, enz) heeft geen invloed op de aansluiting bij VSB. Ze kunnen alleen aansluiten bij de Vlaamse zorgkas, aangezien ze niet bij een ziekenfonds aansluiten.

8.2. AANMELDING VAN DE OPNAME/INDICATIESTELLING

Kunnen we ervan uitgaan dat de papieren versie van kennisgeving en KATZ niet meer nodig is?

Een digitaal opnamebericht en bericht indicatiestelling volstaan. Wél moet de voorziening kunnen aantonen dat de juiste persoon de indicatiestelling heeft ingevuld en ondertekend. Dit kan door deze informatie te bewaren in het individueel verzorgingsdossier. Deze handtekening kan ook digitaal worden bewaard.

Voorzieningen die dit niet kunnen garanderen, kunnen een papieren formulier gebruiken en dit in het individueel verzorgingsdossier bewaren. De papieren formulieren voor de indicatiestelling zullen terug te vinden zijn op de website van Zorg en Gezondheid.

Zie BVR VSB art. 435, §2, tweede lid: De indicatiestelling die in het verzorgingsdossier bewaard wordt, moet voorzien zijn van de handtekening van de persoon die de indicatiestelling conform het eerste lid ingevuld heeft. Voor de toepassing van dit boek heeft een digitale handtekening dezelfde bewijswaarde als een handtekening op papier, tenzij het tegendeel bewezen wordt.

Welke afwezigheden dienen er allemaal gemeld te worden?

Volgens het BVR VSB is er geen recht op een tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum of een centrum voor kortverblijf in geval van een tijdelijke afwezigheid van de gebruiker die minstens 1 nacht behelst. Omwille van die reden dienen de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf elke tijdelijke afwezigheid te melden aan de zorgkas.

Met een tijdelijke afwezigheid wordt bedoeld de afwezigheid van een gebruiker gedurende minstens één nacht, die loopt van voor middernacht tot 8 uur 's anderendaags.

Indien een gebruiker wordt opgenomen in het ziekenhuis gedurende minstens één nacht, wordt dit niet als een tijdelijke afwezigheid beschouwd, maar als een einde van de opname (maar niet automatisch tot een einde van de verblijfsovereenkomst).

Indien een gebruiker langer dan 72u afwezig is, wordt dit beschouwd als het einde van de opname (maar niet automatisch als het einde van de verblijfsovereenkomst) en moet dit dus aan de zorgkas worden gemeld via eWZCfin.

Samengevat:

- een afwezigheid van een gebruiker tijdens de dag, bv. 2 uur op bezoek bij familie, opname in het ziekenhuis gedurende de dag, recht op tegemoetkoming, geen meldingsplicht.

- tijdelijke afwezigheid van een gebruiker gedurende één nacht tot 72u (regeling bepaling uren conform huidige regelgeving). Geen recht op tegemoetkoming, meldingsplicht.

- tijdelijke afwezigheid van een gebruiker van meer dan 72u of opname in een ziekenhuis, geen recht op tegemoetkoming, meldingsplicht, EINDE opname

Wij hebben voor de bewoners die reeds aanwezig zijn in de voorziening nog niet bijgehouden of de bewoner is opgenomen door een ongeval. Hoe moet dit dan de eerste keer doorgestuurd worden

laangezien “ongeval” een verplicht veld is)?

De waarde zal dan “neen” zijn. Indien een nieuw persoon wordt opgenomen vanaf 1.1.2019, dan kan dit gegeven wel worden doorgegeven.

Wat wordt bedoeld met een “digitale handtekening”?

Een voorziening kan de indicatiestelling ofwel handtekenen op papier, ofwel digitaal. Met een digitale handtekening bedoelen we het digitaal bewaren van een handtekening op basis van eID/itsme. Ofwel kan er door de persoon gehandtekend worden op een scherm (tablet, ...).

8.3. TEGEMOETKOMING VOOR DE REISKOSTEN IN CDV

Vanaf 1 januari 2019 wordt de tegemoetkoming in de reiskosten uitbetaald aan de CDV's. De CDV's zouden deze tussenkomst dan in mindering moeten brengen op de factuur aan de gebruiker. Gaat dit door vanaf 01-01 of wordt dit ook verschoven naar 01-04?

Hoewel er een gespreide uitrol zal zijn, blijven alle juridische bepaling echter wel van toepassing vanaf 1 januari 2019. Met andere woorden: de tegemoetkoming voor de reiskosten CDV zal vanaf 1 januari 2019 in mindering moeten worden gebracht van de gebruikersfactuur. De facturatie van de tegemoetkoming in de reiskosten aan de zorgkassen zal kunnen vanaf april 2019.

Heeft vanaf nu iedereen recht op de tegemoetkoming voor de reiskosten CDV of zijn het enkel de gebruikers met een D, F of Fd forfait?

Vanaf 1 januari 2019 wordt een tegemoetkoming in de reiskosten CDV voorzien voor alle gebruikers in het centrum voor dagverzorging met een afhankelijkheidscategorie F, Fd, D of voor de palliatieve CDV's de afhankelijkheidscategorie Fp, ook al zijn dit er meer dan het aantal plaatsen bijzondere erkenning waarvoor het centrum voor dagverzorging erkend is. Gebruikers met een O of A profiel komen niet in aanmerking.

Is de tegemoetkoming voor de reiskosten in CDV enkel voor personen die 6 uur of langer in het CDV verblijven op een dag?

Ja. Er is pas recht op de tegemoetkoming voor zorg (zowel de basistegemoetkoming voor zorg als de tegemoetkoming in de reiskosten) voor elk verblijf dat minstens 6 uur duurt.

Wat met een persoon die op minder dan een km van het CDV woont?

Het MB VSB bepaalt enkele afrondingsregels, namelijk bij het bepalen van de afstand wordt er afgerond tot twee cijfers na de komma. Er wordt geen rekening gehouden met het cijfer dat volgt op de af te ronden decimaal als het lager is dan vijf, en de af te ronden decimaal wordt met een eenheid verhoogd als dat cijfer gelijk is aan of hoger is dan vijf.

Dit wil zeggen dat enkel een persoon die op 4 meter of minder dan 4 meter van het CDV woont, geen tegemoetkoming in de reiskosten CDV krijgt.

Bijvoorbeeld: een gebruiker van het CDV woont op 1,446 kilometer van het CDV. De tegemoetkoming voor de reiskosten is dan $1,45 \text{ km} * 2 \text{ (heen en weer)} * 0,35 \text{ euro per km} = 1,015 \text{ euro}$. Dit bedrag wordt

vervolgens afgerond tot 2 cijfers na de komma. De tegemoetkoming in de reiskosten is dus 1,02 euro per dag.

8.4. FACTURATIE

Kunnen we ervan uitgaan dat de papieren versie van verzamelkostennota en individuele kostennota's niet meer nodig is? Dus als we een afdruk voorzien, we dit kunnen zien als een controlelijst en ons niet langer moeten houden aan de eerder voorgeschreven wettelijke vorm?

De papieren versie is inderdaad niet meer nodig om te kunnen factureren aan de zorgkassen. In het BVR VSB zijn de rubrieken die de individuele kostennota (factuur) moet bevatten bepaald.

Het formaat van het facturatiebestand ligt vast en is conform huidige formaat, zie:

VSB_Cookbook_DF010_InvoiceList(ouderenvoorziening).

Moet de facturatie voor de verschillende zorgkassen op hetzelfde tijdstip gebeuren of is dit geen noodzaak?

Conform de huidige federale facturatie-instructies beschouwen we een zending als het geheel van één of meerdere facturen dat opgemaakt wordt per zorgkas en per maand. Aangezien er per zorgkas een zending zal worden opgemaakt, kan deze ook per zorgkas op een ander tijdstip worden verzonden.

Zullen correcties op dezelfde manier doorgegeven worden als voorheen? Mogen correcties afzonderlijk doorgegeven worden, of worden ze altijd gecombineerd met een aangifte?

Correcties kunnen zowel via een gewone zending als via een nieuwe zending (creditnota) worden overgemaakt. Correcties zijn mogelijk tot 2 jaar na de prestatiedatum.

Kan je een deel van de factuur voor een zorgkas versturen en een deel later sturen (bv. omdat er een resident is waarvan je nog geen positief antwoord hebt gekregen inzake VSB-verzekeringsstatus)?

Indien in een factuur bepaalde prestaties niet zijn opgenomen, dan kunnen deze later bij een volgende zending worden verstuurd naar de zorgkas.

Een factuur situeert zich op niveau van een persoon. In het geval van een probleem VSB-verzekeringsstatus zal het dus gaan over een volledige factuur die niet kan worden opgenomen in een zending. Een factuur mag bij een latere zending worden aangeboden. De beperking is dat de prestaties binnen de 2 jaar na prestatiedatum moeten gefactureerd worden, tenzij stuiting.

Is er een termijn waarbinnen de voorzieningen de facturen moeten overmaken? Nu geldt dat voor de 20e de VI de facturen moeten hebben ontvangen om recht te hebben op een voorschot.

Behalve de verjaringstermijn van 2 jaar is die er niet. Wel kan een voorziening geen aanspraak maken op verwijlinteressen bij laattijdige betaling door de zorgkas (6 weken), indien de voorziening zelf de facturen niet heeft ingediend voor het einde van de maand na de maand waarop de factuur betrekking heeft.

Moment van factureren: stel dat je op 1/3 factureert, dan zullen nog niet alle opnamegegevens en indicatiestellingen verwerkt zijn (gegeven meldingstermijn van 5werkdagen).

Indien er de 1e van de maand wordt gefactureerd kan het inderdaad zijn dat er opnames/indicatiestellingen nog niet goedgekeurd zijn. De facturen voor de prestaties voor de betreffende bewoners kunnen dan de maand nadien worden verzonden. eWZCfin houdt geen rekening met een termijn. De behandeling van de zending volgt meteen na ontvangst zending. De zorgkas heeft 6 weken om te betalen.

De richtlijn is om pas te factureren als de opnamegegevens/indicatiestellingen grotendeels gevalideerd zijn, dus waarschijnlijk de 6^e of 7^e van de maand die volgt op de maand die men wenst te factureren.

Hoeveel zendingen kan een voorziening per maand versturen?

Een voorziening zal altijd meerdere zendingen per maand versturen, want een zending is opgesteld per zorgkas en de gebruikers in de voorziening zullen bij meerdere zorgkassen zijn aangesloten.

De richtlijn is dat er maandelijks gefactureerd zal worden. Maar een voorziening kan meerdere zendingen per maand per zorgkas versturen. In bepaalde gevallen zal het nodig zijn om meerdere zendingen per maand te versturen. Naast de “gewone” maandelijks zending per zorgkas, kan een voorziening ook een correctiezendingen indienen. Een correctiezending wijzigt of annuleert eerder gefactureerde prestaties. Het is echter niet de bedoeling dat we meerdere keren per maand een “gewone” zending ontvangen.

Voorzieningen die vallen onder het campusbesluit moeten elk met hun eigen HCO-nummer communiceren met eWZCfin. Wordt ervoor gezorgd dat de opeenvolging van het zendingsnummer (als onderdeel van de facturatie) – per HCO nummer gaat? En dus niet per RIZIV nummer? Dit is belangrijk om dat de verschillende sites elk hun eigen infrastructuur hebben, en dus geen weet hebben van de zendingsnummers van een andere site.

Een zending moet uniek zijn per HCO-nummer.

Elke site die een eigen HCO-nummer heeft, heeft elk kalenderjaar een reeks zendingsnummers ter beschikking van 000 tot 999.

Als site A en site B in 2019 allebei een eerste zending indienen met zendingsnummer 001 zal eWZCfin dit aanvaarden, toch wat betreft die controle.

Stel dat site A daarna een tweede zending indient met zendingsnummer 001, dan ziet eWZCfin dit als een dubbel en wordt die zending meteen geweigerd.

We hebben in het WZC bedden waardoor we 2 HCO-nummers hebben van hetzelfde WZC. Mogen we de factuur van het CVK ook meegeven met de factuur van het WZC, want deze hebben toch ander pseudocodes ?

Het is de bedoeling dat jullie per HCO-nummer een andere factuur opmaken. Dus 1 voor het WZC en 1 voor het CVK.

8.5. EHEALTH-CERTIFICATEN

Wat is het verschil tussen HCO- nummer, eHealth certificaat, RIZIV- certificaat en een RIZIV- nummer?

Een HCO-nummer is het identificatienummer van de voorziening dat de voorziening gebruikt om te communiceren met de zorgkassen. Dat nummer kan je terugvinden op de website van zorg en gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Lijst%20voorzieningen%20met%20HCO-nummer.pdf>

Een RIZIV-nummer is het identificatienummer van de voorziening dat de voorziening gebruikt om te communiceren met de mutualiteiten (verzekeringsinstellingen).

Belangrijk is dat ROB/RVT/CVK samen 1 RIZIV-nummer hebben, maar 2 HCO-nummers. Het CVK is binnen de Vlaamse regelgeving namelijk een apart type voorziening en heeft een afzonderlijk HCO-nummer. Voorzieningen die onder het campusbesluit vallen hebben 1 RIZIV-nummer, maar meerdere HCO-nummers per voorziening.

Het is vandaag niet mogelijk om een eHealth-certificaat op HCO-nummer aan te vragen. Daarom moet een voorziening met het RIZIV-nummer een certificaat aanvragen. We spreken dus over een eHealth-certificaat op RIZIV-nummer.

Moet een CVK ook een eHealth-certificaat hebben?

Aangezien de eHealth-certificaten per RIZIV-nummer worden toegekend, en het WZC en het CVK hetzelfde RIZIV-nummer hebben, kunnen de CVK's geen apart eHealth-certificaat aanvragen. Zij maken gebruik van het eHealth-certificaat van het woonzorgcentrum.

Voor WZC en CDV zijn er aparte eHealth-certificaten nodig. Het CDV heeft immers een ander RIZIV-nummer dan het WZC.

Voorzieningen die onder een campusbesluit vallen gaan de eHealth certificaten aanvragen onder hetzelfde RIZIV-nummer. Is dat een probleem?

Voor de voorzieningen die vallen onder het campusbesluit/artikel 54 is het volgende van toepassing:

- deze voorzieningen moeten één eHealth certificaat hebben **per RIZIV-nummer**;
- de basistegemoetkoming voor zorg (zogenaamde instellingsforfaits) zoals vandaag berekend worden in de RaaS-toepassing **per RIZIV-nummer**;
- Deze voorzieningen opnameberichten, indicatiestellingen en facturen versturen **per HCO-nummer**.

9. BIJLAGEN

9.1. BIJLAGE 1. WERKDAGEN EN FEESTDAGEN

Werkdagen zijn alle dagen met uitzondering van:

a) zaterdagen;

b) zondagen;

c) wettelijke feestdagen, vermeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 24 april 1974 tot bepaling van de algemene wijze van uitvoering van de wet van 4 januari 1974 betreffende de feestdagen;

De wettelijke feestdagen waarnaar verwezen wordt in c), zijn de volgende:

1 januari;

Paasmaandag;

1 mei;

Hemelvaartsdag;

Pinkstermaandag;

21 juli;

Tenhemelopneming;

Allerheiligen;

11 november;

Kerstmis.

9.2. BIJLAGE 2. AANVAARDE DATUM

9.2.1. Aanvaarde datum opname

9.2.1.1. Doelstelling

Een nieuwe opname of een wijziging van een bestaande opname moet binnen de 5 werkdagen volgend op de datum van de opname worden verzonden. Dit betekent dat binnen deze termijn een correct opnamebericht, met bijhorende indicatiestelling moet doorgestuurd worden. Bij laattijdige melding kan de opname pas worden gefactureerd vanaf de datum dat alle gegevens volledig gemeld zijn. Deze datum wordt de "aanvaarde datum opname" genoemd. De begindatum van de opname, woongelegenhedsperiodes en tijdelijke afwezigheden blijven ongewijzigd en worden gebruikt om de consistentie van het geheel af te toetsen.

De laattijdige melding betreft altijd het geheel waarbij de aanleiding zowel de opname, de woongelegenhedsperiode of de indicatiestelling kan zijn. Een tijdelijke afwezigheid wordt niet in rekening gebracht. Is één onderdeel laattijdig, dan is het geheel laattijdig.

Voorbeeld.

Wanneer bv. de opname op tijd wordt gemeld, maar de indicatiestelling laattijdig, dan is het geheel laattijdig.

9.2.1.2. Tijdige melding

Een opname is tijdig gemeld indien de meldingsdatum (zie verder) van zowel de opname als de gekoppelde indicatiestelling binnen de meldingstermijn valt (zie parameters). Dit houdt in dat de meldingsdatum van de opname en de indicatiestelling niet verder dan een aantal dagen gelijk aan de meldingstermijn van de dag volgend op de datum opname verwijderd mag zijn.

Indien er nog geen indicatiestelling kan gekoppeld worden aan deze opname wordt enkel rekening gehouden met de datum van de opname.

Bij een tijdige melding:

Aanvaarde datum opname = datum/tijd van de opname zoals opgegeven in het bericht.

Hetzelfde principe wordt toegepast voor een woongelegenhedsperiode. Dit betekent dat een voorziening kan factureren voor een bepaald type woongelegenheden, maar door een laattijdige melding van een verhuis naar een ander type woongelegenheden pas later voor dit nieuwe woongelegenheden bed kan factureren. Er is geen onderbreking in de mogelijkheid tot factureren.

Het principe van een tijdige melding is niet van toepassing op een tijdelijke afwezigheid.

9.2.1.3. Laattijdige melding

Een opname is laattijdig gemeld indien de meldingsdatum van de opname en/of de gekoppelde indicatiestelling valt na de meldingstermijn (zie parameters). Dit houdt in dat de meldingsdatum verder

dan een aantal dagen gelijk aan de meldingstermijn van de dag volgend op datum opname verwijderd is. Indien er nog geen indicatiestelling kan gekoppeld worden aan deze opname wordt enkel rekening gehouden met de datum van de opname.

Bij een laattijdige melding

Aanvaarde datum opname = max (datum melding indicatiestelling, datum melding kennisgeving).

Hetzelfde principe wordt toegepast voor een woongelegenhedsperiode.

Indien een opname in beraad komt dan blijft in bepaalde gevallen (bv. wegens niet-VSB-verzekerd) de meldingsdatum behouden.

Indien een opname in beraad komt wegens het ontbreken van een indicatiestelling dan zal de meldingsdatum van de indicatiestelling doorslaggevend zijn.

ADMISSION_101	De voorziening is niet erkend	Meldingsdatum opname blijft behouden, ongeacht datum indicatiestelling
ADMISSION_104	De bewoner is niet VSB-verzekerd	Meldingsdatum opname blijft behouden, ongeacht datum indicatiestelling
ADMISSION_116	Voor de volledige periode van een verblijf moet een geldige indicatiestelling bestaan.	Meldingsdatum opname blijft NIET behouden. Opname én indicatiestelling moeten tijdig worden verzonden.
ADMISSION_117	Er ontbreekt een indicatiestelling die geldig is op de begindatum van deze opname.	Meldingsdatum opname blijft NIET behouden. Opname én indicatiestelling moeten tijdig worden verzonden.
ADMISSION_118_bis	De indicatiestelling is niet compatibel met de woongelegenhedsperiode.	Meldingsdatum opname blijft NIET behouden. Opname én indicatiestelling moeten tijdig worden verzonden.

9.2.1.4. Meldingsdatum

Voor de meldingsdatum wordt de timestamp gebruikt die VSB-net op het bericht zet.

9.2.1.5. Wijziging van de opname

De berekening van de aanvaarde datum van de opname en de woongelegenhedsperiodes wordt ook toegepast bij het wijzigen van de opname.

9.2.1.6. Toevoegen van een woongelegenhedsperiode

Op dezelfde manier als bij een nieuwe opname wordt de aanvaarde datum van deze woongelegenhedsperiode berekend, rekening houdend met de datum van het bericht, de begindatum van de woongelegenhedsperiode en het datum van het bericht van de indicatiestelling die met deze woongelegenhedsperiode overeenstemt.

9.2.1.7. Wijzigen van de begindatum van de opname of de begindatum van de woongelegenhedsperiode

Hiervoor bestaan strikte regels i.e. de wijzigingen moeten binnen de 5 werkdagen t.o.v. van de vorige. Zoniet mag een aanpassing van een begindatum doorgevoerd worden en wordt er een nieuwe aanvaarde datum berekend.

Opmerking: de controles die er voor zorgen dat wijzigingen maar gedurende 5 werkdagen mogen worden verzonden, worden pas op productie geactiveerd in september 2021.

9.2.2. Parameters

9.2.2.1. 2.1. Start bevoegdheid

Start bevoegdheid = 01/01/2019.

9.2.2.2. Meldingstermijn

9.2.2.2.1. Termijn

De meldingstermijn is standaard ingesteld op 5 werkdagen. Dit betekent dat de voorziening een opname (of een wijziging van een opname) moet doorsturen binnen de 5 werkdagen volgend op de datum van de opname (of de wijziging).

Zowel de datum als het tijdstip van verzending worden mee in rekening gebracht.

Bijvoorbeeld:

- opname op 1/5/2021 om 08:01:00 verzonden op 7/5/2021 om 08:01:00 = tijdig
- opname op 1/5/2021 om 08:01:00 verzonden op 7/5/2021 om 08:01:01 = laattijdig

Indien de meldingstermijn wordt overschreden, dan wordt het tijdstip van verzending van het bericht overgenomen als tijdstip voor de aanvaarde datum.

9.2.2.2.2. Aanpassen van de meldingstermijn

De zorgkas heeft de mogelijkheid om, op vraag van de voorziening en enkel in zeer uitzonderlijke situaties, de 5-werkdagenregel aan te passen en een langere termijn toe te laten. Dit kan indien de voorziening door overmacht de 5-werkdagen regel niet heeft kunnen naleven.

Zorg en Gezondheid heeft de mogelijkheid om, op vraag van de voorziening, en enkel in uitzonderlijke situaties, de 5-werkdagenregel aan te passen en een langere termijn toe te laten. Reeds gekende situaties waarin dit eventueel zal moeten worden toegepast zijn:

- Nieuwe voorziening die niet tijdig alle randvoorwaarden in orde heeft kunnen brengen waardoor men met terugwerkende kracht opnames en indicatiestellingen moet versturen;
- Voorziening die wijzigt van softwareleverancier en daardoor opnames moet beëindigen en waarbij het opnieuw doorsturen van die opnames in het nieuwe softwarepakket niet kan binnen 5 werkdagen;

- Een crash bij de voorziening waardoor gedurende x-aantal dagen de toepassing niet gebruikt kan worden;

9.2.2.2.3. Nieuwe opname

Bij een laattijdig bericht kan de termijn overruled wordt door een zorgkasmedewerker. Dit houdt in dat de meldingsdatum en de initiële opnamedatum behouden blijft, maar dat de termijn wordt aangepast, zodat bij herberekening van de aanvaarde datum opname het resultaat van een tijdige opname bekomen wordt.

9.2.2.2.4. Wijziging opname

Door het bewaren van de gegevens voor het berekenen van de aanvaarde datum opname (meldingsdatum, termijn, aanvaarde datum opname) kan, zolang de begindatum van de opname niet wijzigt, terug hetzelfde resultaat bekomen worden.

Wijzigt de begindatum van de opname of een type bed, dan wordt de berekening van aanvaarde datum opname opnieuw uitgevoerd met

- de meldingsdatum van het bericht wijziging opname
- de nieuwe gemelde datum opname
- termijn van 5 werkdagen (of uitzondering).

Indien dit als laattijdig wordt aangeduid, kan de ouderenvoorziening ook hier contact opnemen met de zorgkas om de termijn te laten aanpassen.

Hetzelfde geldt voor een begindatum van een woongelegenheidsperiode.

Voor een afwezigheidsperiode wordt dit niet toegepast.

9.2.2.2.5. Wijzigingen van afhankelijkheids categorie, laattijdig

Bij een wijziging van een indicatiestelling die laattijdig wordt gemeld wordt de meldingstermijn momenteel nog niet toegepast. Bij een wijziging van de afhankelijkheids categorie wordt er namelijk geen "aanvaarde datum" berekend. Hierdoor moet in deze situatie ondanks de laattijdige melding de prestatiecode van de nieuwe indicatiestelling worden gefactureerd vanaf de datum van de geldigheid van de indicatiestelling.

Wijzigingen aan indicatiestellingen kunnen met andere woorden wel laattijdig worden gemeld zonder impact op de facturatie.

9.2.3. Voorbeeld scenario's validatie opname/indicatiestelling

Nieuwe opname en indicatiestelling, tijdig

Eerst wordt indicatiestelling doorgestuurd

- datum indicatiestelling 01/05/2021
- begindatum geldigheid 01/05/2021
- datum bericht 02/05/2021

=>aanvaard

Vervolgens wordt de opname doorgestuurd.

Het betreft een eerste opname of heropname na 30 dagen

- Opname met begindatum opname 01/05/2021
- Datum bericht 02/05/2021

=>opname en indicatiestelling aanvaard:

- Aanvaarde datum opname: 01/05/2021
- Aanvaarde datum 1^{ste} woongelegenheidsperiode: 01/05/2021
- Begindatum geldigheid indicatiestelling: 01/05/2021

Nieuwe opname tijdig, indicatiestelling laattijdig

Eerst wordt de opname doorgestuurd.

Het betreft een eerste opname of heropname na 30 dagen

- Opname met begindatum opname 01/05/2021
- Datum bericht 02/05/2021

=>in beraad:

- Aanvaarde datum opname: 01/05/2021
- Aanvaarde datum 1^{ste} woongelegenheidsperiode: 01/05/2021

Indicatiestelling

- datum indicatiestelling 01/05/2021
- begindatum geldigheid 01/05/2021
- datum bericht 10/05/2021

=>aanvaard

- aanvaarde datum opname: 10/05/2021

Wijziging opname laattijdig

Bestaande opname

- Aanvaarde datum opname: 01/05/2021
- Aanvaarde datum 1^{ste} woongelegenheidsperiode: 01/05/2021
- Begindatum geldigheid indicatiestelling: 01/05/2021

Wijziging

- Wijziging type bed met begindatum 18/05/2021
- Datum bericht: 06/06/2021

=>Aanvaard

- Aanvaarde datum opname: 01/05/2021
- Aanvaarde datum 1^{ste} woongelegenheidsperiode: 01/05/2021
- Aanvaarde datum 2^{de} woongelegenheidsperiode: 06/06/2021

Wijzigingen van afhankelijkheidscategorie, laattijdig

Eerst wordt indicatiestelling doorgestuurd

- datum indicatiestelling 25/05/2021

- begindatum geldigheid 25/05/2021
- datum bericht 26/05/2021

=>aanvaard

Vervolgens wordt de opname doorgestuurd, ROB

Het betreft een eerste opname of heropname na 30 dagen

- Opname met begindatum opname 25/05/2021
- Datum bericht 27/05/2021

=>opname en indicatiestelling aanvaard:

- Aanvaarde datum opname: 25/05/2021
- Aanvaarde datum 1^{ste} woongelegenhedsperiode: 25/05/2021
- Begindatum geldigheid indicatiestelling: 25/05/2021

Wijziging indicatiestelling doorgestuurd

- datum indicatiestelling 28/05/2021
- begindatum geldigheid 28/05/2021
- datum bericht 15/06/2021

Wijzigingen aan de bedperiode met wijziging van afhankelijkheidscategorie, laattijdig

Stel een verhuis van ROB naar RVT voor een persoon met afhankelijkheidscategorie A.

Deze zal door ADMISSION_118_bis in beraad gaan en wachten op de indicatiestelling. Pas als de juiste indicatiestelling wordt doorgestuurd zal de nieuwe woongelegenhedsperiode worden aanvaard.

Voorbeeld:

Opname 25/03/2021, doorgestuurd op 26/03/2021, aanvaarde datum opname = 25/03/2021

- ROB 25/03/2021 doorgestuurd op 26/03/2021, aanvaarde datum bedperiode = 25/03/2021
 - Afhankelijkheidscategorie = A, indicatiestelling doorgestuurd op 27/03/2021
- RVT 15/05/2021 doorgestuurd op 16/05/2021
 - Komt in beraad door ADMISSION_118_bis
 - Indicatiestelling, afhankelijkheidscategorie = B pas doorgestuurd op 25/05/2021, geldigheidsdatum indicatiestelling = 15/05/2021
 - aanvaarde datum bedperiode RVT = 25/05/2021

Overzicht tijdig/laattijdig

Eerst wordt indicatiestelling doorgestuurd

- datum indicatiestelling 01/04/2019
- begindatum geldigheid 01/04/2019
- datum bericht 02/04/2019

=>aanvaard

Vervolgens wordt de opname doorgestuurd met een begindatum van 01/04/2019.

Hieronder een overzicht van de aanvaarde datum opname afhankelijk van de datum van het bericht.

Begindatum opname	Datum bericht	Werkdagen	Aanvaarde datum opname	Laattijdig
01/04/2019	Ma 01/04/2019		01/04/2019	Neen
01/04/2019	Di 02/04/2019	1	01/04/2019	Neen
01/04/2019	Wo 03/04/2019	2	01/04/2019	Neen
01/04/2019	Do 04/04/2019	3	01/04/2019	Neen
01/04/2019	Vr 05/04/2019	4	01/04/2019	Neen
01/04/2019	Za 06/04/2019		01/04/2019	Neen
01/04/2019	Zo 07/04/2019		01/04/2019	Neen
01/04/2019	Ma 08/04/2019	5	01/04/2019	Neen
01/04/2019	Di 09/04/2019	6	09/04/2019	Ja
01/04/2019	Wo 10/04/2019	7	10/04/2019	Ja

9.3. BIJLAGE 3. MINIMALE VERBLIJFSDUUR

9.3.1. **Woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf**

- Implementatie uren
 - Middernacht = 00:00:00
 - 8 uur = 08:00:00
- Opname 18/11 23u59:59 – 19/11 08u00:01
 - OK
- Opname 18/11 23u59:59 – 19/11 08u00:00
 - NIET OK
- Opname 19/11 00u00:00 – 19/11 08u00:01
 - NIET OK

9.3.2. **Centrum voor dagverzorging**

9.3.2.1. **Minimale verblijfsduur**

- Opname 18/11 11u00:00 – 18/11 17u00:00
 - OK
- Opname 18/11 11u00:00 – 18/11 16u59:59
 - NIET OK

9.3.2.2. **Startuur**

- Opname 18/11 12u00:00.00 – 18/11/2009 20u00:00.00
 - OK
- Opname 18/11 12u00:00.01 – 18/11/2009 20u00:00.00
 - NIET OK

9.3.2.3. **Minimale verblijfsduur en startuur**

- Opname 18/11 13u00:00 – (zonder einddatum)
18/11 NIET OK
19/11 en volgende dagen OK
- Opname 18/11 11u00:00 – 20/11 05u00:00
18/11 OK
19/11 OK
20/11 NIET OK

- Opname 18/11 13u00:00 – 20/11 18u00:00
18/11 NIET OK
19/11 en 20/11 OK

9.3.2.4. Overlijden

- Opname op 5/12 om 11u. Overlijden op 5/12 om 16u
 - Minimale verblijfsduur = NIET OK
 - Minimale verblijfsduur niet OK owv overlijden.
 - *5/12 mag worden gefactureerd.*
- Opname 5/12 om 10u. Overlijden op 6/12 om 6u
 - Minimale verblijfsduur = NIET OK
 - Minimale verblijfsduur niet OK owv overlijden.
 - Regels van de uren toepassen -> 5/12 wel factureren, 6/12 niet factureren
- Opname 5/12 om 13u. Overlijden op 6/12 om 6u
 - Minimale verblijfsduur = NIET OK
 - Minimale verblijfsduur niet OK owv overlijden.
 - Regels van de uren toepassen -> 6/12 wel factureren, 5/12 niet factureren
- Opname 5/12 om 9u. Overlijden 6/12 om 10u.
 - Minimale verblijfsduur = OK
 - Regels van de uren toepassen -> 5/12 wel factureren, 6/12 niet factureren
- Opname 5/12 om 13u. Overlijden 6/12 om 10u.
 - Minimale verblijfsduur = OK
 - Regels van de uren toepassen -> 6/12 factureren, 5/12 niet factureren
- Opname 5/12 om 8u. Overlijden 6/12 om 10u.
 - Minimale verblijfsduur = OK
 - Regels van de uren toepassen -> 5/12 factureren, 6/12 niet factureren
- Opname 5/12 om 14u. Overlijden 6/12 om 16u.
 - Minimale verblijfsduur = OK
 - Regels van de uren toepassen -> 6/12 factureren, 5/12 niet factureren