



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

HANDLEIDING EREVAZFIN

Revalidatieziekenhuizen

Auteurs

Philippe Valepyn
Droesja Pinte

Publicatiedatum

6 mei 2025

DEPARTEMENT
ZORG

departementzorg.be

Versiebeheer

Versie	Status	Datum	Auteur	Opmerkingen
1.0	publicatie	19/03/2021	Philippe Valepyn	Versie gepubliceerd op 19 maart 2021
1.1	actualisatie	25/06/2021	Philippe Valepyn	> Invulling artikels regelgeving > Actualisatie aansluiting VSB van personen zonder RRN (blz. 13) > Aanvulling tabel 3 – keuzes van de zorgkas waarbij aangesloten kan worden (blz. 15) > Aanvulling geen terugkeer na tijdelijke afwezigheid (blz. 59) > Aanpassing tabel 47 (blz. 64) en tabel 57 (blz. 70) > Aanvulling opeenvolgende berichten “in beraad” (blz. 71) > Aanvulling mbt de “90 dagen - regel” bij gebruik van de Vlaamse codes PA (blz. 81) > Aanvulling laattijdige kennisgeving van de code PA door de mutualiteit (blz. 81) > Aanvulling migratieproces (blz. 84)
1.2	actualisatie	11/10/2021	Philippe Valepyn	> Aanvulling behoud regeling MEDIPRIMA (blz. 32) > Aanvulling gestandaardiseerde waarden hoofddiagnose en uitgevoerde tussenkomsten in bericht “aanvraag verlenging” (blz. 35) > Aanvulling gestandaardiseerde waarden hoofddiagnose en uitgevoerde tussenkomsten in bericht “medisch ontslag” (blz. 41) > Toevoeging bijlage “toegelaten waarden hoofddiagnose” > Toevoeging bijlage “toegelaten waarden uitgevoerde tussenkomsten”
1.3	actualisatie	3/12/2021	Philippe Valepyn	> Voorbeelden in tabel 57 werden vervolledigd > De uiterlijke datum voor de betaling van de ziekenhuistwaalfden werd gecorrigeerd (blz. 75) > Aanvulling patiënten met een S2 akkoord (blz. 13) > Aanvulling facturatie verpleegdagen die buiten de goedgekeurde periode

				van de adviserend arts van de mutualiteit vallen (blz. 39)
1.4	actualisatie	30/05/2022	Philippe Valepyn	> Aanvulling 2.6: niet Europeanen kunnen (nog) niet aansluiten bij VSB (blz. 14) > Facturatie van periodes waarin nog openstaande periode van tijdelijke afwezigheid is vervat, is niet mogelijk (blz. 58) > Aanvulling aandachtspunten facturatie i.k.v. aangepaste BTW regelgeving (blz. 79) > Aanpassing lijst toegelaten waarden (hoofd)diagnose (blz. 100) > Aanpassing lijst toegelaten waarden uitgevoerde tussenkomsten (blz. 104)
1.5	actualisatie	15/09/2022	Philippe Valepyn	> Aanvulling blz. 17 – procedure waarbij het ziekenhuis eenmalig de premie voor de aansluiting bij VSB betaalt en nadien terugvordert via de patiënten factuur > Aanvulling blz. 77 – facturatie van eenzelfde dag (ontslagdatum en zelfde opnamedatum) in opeenvolgende voorzieningen
1.6	actualisatie	25/10/2022	Philippe Valepyn	> Aanvulling blz. 74 – aanvulling berichten niet meer “in beraad” in geval van laattijdige aanpassingen medische interventies voor opnames vanaf 1 juli 2022.
1.7	actualisatie	23/02/2023	Philippe Valepyn	> Aanvulling blz. 15 - zorg aan gedetineerden > Aanvulling blz. 32 – verfijning boodschap berichten in beraad bij nieuwe opname > Aanvulling blz. 42 – geen ontslagmelding in geval van interne wijzigingen
1.8	actualisatie	16/10/2023	Philippe Valepyn	> Aanvulling 2.5.2 blz. 83 – facturatie bij mutatie van zorgkas > Aanvulling bij 2.5.5. blz. 88: RZH ontvangt een spontaan afrekenbestand na verrekening P.A. door de zorgkas
1.9	actualisatie	23/01/2024	Droesja Pinte	> Aanvulling 2.4. blz. 81 – procedure voor stuiting van de verjaringstermijn
2.0	actualisatie	6/09/2024	Droesja Pinte	> Herwerking:

				• In functie van fusie tot Departement Zorg • Correctie van (web)linken • Alignering met en verwijzing naar andere bestaande handleidingen > Verduidelijking toepassing MAF-regeling en codes PA (p.90 en p.92)
2.1	actualisatie	14/01/2025	Droesja Pinte	> Aanpassing linken nav nieuwe website Departement Zorg > Aanpassing termijn laattijdige wijzigingen (p.44)
2.2	actualisatie	06/05/2025	Droesja Pinte	> Verduidelijking implementatie uren van opname en ontslag (p.71) > Herwerking van de informatie in de handleidingen en op de website

INHOUD

1	TOEPASSINGSGEBIED	7
2	INFORMATIE EN ONDERSTEUNING	8
2.1	Technische informatie	8
2.2	Websites	8
2.3	Ondersteuning	8
3	GEDEELDE BEVOEGDHEDEN INZAKE REVALIDATIEZIEKENHUIZEN	10
4	OPNAME EN ONTSLAG VAN DE PATIËNT	11
4.1	Situering	11
4.2	Kennisgeving van een nieuwe opname	11
4.2.1	Controle van de status van de VSB-verzekering van de zorggebruiker	12
4.2.2	De eigenlijke aanmelding van een opname van een nieuwe zorggebruiker	13
4.2.3	Reactie op de kennisgeving van de opname van een nieuwe patiënt	14
4.2.4	Synthese aanpassingen bij de kennisgeving van een opname van een nieuwe patiënt	20
4.3	Aanvraag verlenging van opname	21
4.3.1	Aanvragen van een verlenging van een opname	21
4.3.2	Reactie op de aanvraag tot verlenging van de opname	22
4.3.3	Synthese: aanpassing bij de aanvraag tot verlenging van een opname	25
4.4	Kennisgeving van een ontslag van de patiënt	25
4.4.1	Kennisgeving van een ontslag	26
4.4.2	Reactie op de kennisgeving van het ontslag	28
4.4.3	Synthese: aanpassingen bij de kennisgeving van een ontslag van een patiënt	30
4.5	Tussentijdse aanpassingen	30
4.5.1	Verbetering van de administratieve gegevens van een eerder aanvaarde opname	30
4.5.2	Annulatie van eerder aanvaarde opname	32
4.5.3	Annulatie van een eerder toegestane verlenging van opname	34
4.5.4	Kennisgeving van een dienstwijziging	35
4.5.5	Kennisgeving van een tijdelijke afwezigheid	40
4.5.6	Aanpassing van de administratieve gegevens van een eerder aanvaard ontslag	47
4.5.7	Aanpassing van de medische gegevens van een eerder aanvaard ontslag	49
4.5.8	Annulatie van een eerder aanvaard ontslag	50
4.5.9	Laattijdige aanpassingen	54
4.5.10	Synthese: aanpassingen bij tussentijdse aanpassingen van eerdere meldingen	55
5	FACTURATIE	57
5.1	Sectoroverkoepelende informatie	57
5.2	Facturatie aan de mutualiteiten	57
5.3	Facturatie aan de zorgkassen	58
5.3.1	Het vast gedeelte van het BRZ – de ziekenhuistwaalfden	58
5.3.2	Het variabel gedeelte – de verpleegdagen	58
5.4	Aandachtspunt m.b.t. BTW	59
5.5	Maximum factuur	59
5.6	De opnameverklaring en de patiëntenfactuur	60
5.6.1	De opnameverklaring	60
5.6.2	De patiëntenfactuur	61

6	TABELLEN	62
7	BIJLAGE – SYNTHESE STROMEN OPNAME EN ONTSLAG	64
8	BIJLAGE – VLAAMSE PRESTATIECODES	67
8.1	Verpleegdagen	67
8.2	Persoonlijk aandeel	67
8.3	Supplementen	69
8.4	Betrekkelijke verstrekkingen	70
9	BIJLAGE – TOEGELATEN WAARDEN “HOOFDDIAGNOSE”	71
10	BIJLAGE – TOEGELATEN WAARDEN “UITGEVOERDE TUSSENKOMSTEN”	74

1 TOEPASSINGSGEBIED

Met het besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van regelgeving met betrekking tot de Vlaamse sociale bescherming worden de revalidatieziekenhuizen vanaf 1 januari 2022 geïntegreerd in de Vlaamse sociale bescherming (VSB).

Het gaat om 8 revalidatieziekenhuizen

RIZIV- NUMMER	HCO- NUMMER	NAAM REVALIDATZIEKENHUIS
710.046.91	4638	De Dennen
710.679.40	4631	Klief
710.676.43	4672	Koningin Elisabeth Instituut
710.693.26	4686	Nationaal Multiple Sclerose Centrum
710.116.21	200855	Noorderhart – Revalidatie & MS Centrum
710.095.42	20694	Revales
710.236.95	26437	RevArte Revalidatieziekenhuis
710.499.26	4637	Ziekenhuis Inkendaal

Tabel 1: overzicht revalidatieziekenhuizen in de VSB

Deze handleiding omschrijft op welke manier de revalidatieziekenhuizen aanvragen tot tegemoetkomingen voor opname moeten indienen en op welke manier prestaties gefactureerd moeten worden aan de zorgkassen.

2 INFORMATIE EN ONDERSTEUNING

2.1 TECHNISCHE INFORMATIE

De technische informatie over de toepassing eRevaZfin voor de softwareleveranciers kan hier worden teruggevonden: [Overzicht RevaZ-cookbook \(vlaanderen.be\)](#)

2.2 WEBSITES

> Website [Departement Zorg](#)

- Webpagina over [VSB](#)
- Webpagina over de [financiering van zorg in VSB](#)
- Webpagina met [sectoroverkoepelende instructies](#)
- Webpagina over de [financiering van de revalidatieziekenhuizen](#)

De sectoroverkoepelende instructies zijn beschikbaar op de website van het Departement Zorg en omvatten onder meer volgende informatie:

> Voorwaarden voor tegemoetkoming:

- Aansluiting van een zorggebruiker bij een zorgkas
- Controle verzekeraarstatus
- Openen recht op tegemoetkoming
- Informatie i.v.m. gedetineerden en geïnterneerden
- Geattesteerde software
- eHealth-certificaat
- CoT-verklaring

- > Hoe een persoon aansluiten bij een zorgkas
- > Procedure premiebetaling door voorziening
- > Informatie over het persoonlijk aandeel
- > Algemene informatie i.v.m. facturatie

2.3 ONDERSTEUNING

- > Inhoudelijke vragen (over individueel dossier): [contacteer de zorgkas van de gebruiker](#)
- > Vragen over het inkantelingsproces VSB (handleidingen en instructies): [contacteer de projectmedewerkers op \[vsb.revalidatieziekenhuizen@vlaanderen.be\]\(mailto:vsb.revalidatieziekenhuizen@vlaanderen.be\)](#)
- > Algemene vragen over de aansluiting bij VSB: [contacteer het Agentschap VSB op \[vlaamsesocialebescherming@vlaanderen.be\]\(mailto:vlaamsesocialebescherming@vlaanderen.be\)](#)
- > Technische vragen: [contacteer uw softwareleverancier](#)

Controle op de “gezondheidsstatus”:

- > Van de VSB-toepassingen: [Toepassingen eWZCfin, eMOHM, eRevaZfin, eRevaCfin, ePVTfin, eIBWfin | Departement Zorg;](#)

> Van e-Health:

[https://www.status.ehealth.fgov.be/nl/incidents/2020/11/06/205/issues%20wlth%20several%20eHealth%20services.](https://www.status.ehealth.fgov.be/nl/incidents/2020/11/06/205/issues%20wlth%20several%20eHealth%20services)

3 GEDEELDE BEVOEGDHEDEN INZAKE REVALIDATIEZIEKENHUIZEN

De inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB doet geen afbreuk aan de bevoegdheidsherverdeling, zoals bepaald bij de 6^{de} staatshervorming. De federale overheid blijft, via uitvoering door het RIZIV en de mutualiteiten, bevoegd voor de financiering van de nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering gedekt zijn.

Tot 1 januari 2022 werden bij de mutualiteiten de uitgaven gesplitst. Het deel dat betrekking heeft op de nomenclatuurgebonden prestaties werd door de mutualiteiten verrekend met het RIZIV, de uitgaven rond de ziekenhuistwaalfden en de verpleegdagen werden met Vlaanderen verrekend. Hiertoe werd de zogeheten “rekening C” in het facturatieproces voorzien, waar de regionale uitgaven op werden vermeld. Daar waar voorheen alle processen nog via de mutualiteiten verliepen, is vanaf 1 januari 2022 een opsplitsing nodig van zowel de opname- en ontslagprocessen, als van het facturatieproces.

Meldingen rond **opname en ontslag** moeten vanaf 1 januari 2022 telkens vanuit de twee bevoegde overheden een antwoord krijgen. Het is uitermate belangrijk dat medewerkers in de revalidatieziekenhuizen de betekenis en vooral het toepassingsgebied van de antwoorden correct interpreteren. Onder meer via voorliggende handleiding wordt toegelicht welke meldingen wanneer naar welk kanaal moeten worden gestuurd, wat de betekenis van het antwoord is en welke acties nodig zijn in geval van problemen.

De bestaande instructies voor melding van opname en ontslag bij de mutualiteiten (de MyCareNet-berichten) zijn inhoudelijk niet gewijzigd. De focus ligt in deze handleiding daarom op de communicatie met de zorgkassen. Ook aan de facturatie van de (nomenclatuurgebonden) prestaties die door de federale ziekteverzekering gedekt zijn, is inhoudelijk niets gewijzigd. De facturatie van de verpleegdagen, die voorheen via de “rekening C” verliep, is vanaf 1 januari 2022 een aparte facturatie aan de zorgkassen.

De inhoud van de berichten naar en van de mutualiteiten werd inhoudelijk vrijwel niet gewijzigd.

Bij het uitwerken van de processen voor de inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB is geprobeerd zo dicht mogelijk bij de bestaande situatie te blijven. Daartoe werden in de uitwerking van de processen vertegenwoordigers van de mutualiteiten, van de zorgkassen en van de revalidatieziekenhuizen betrokken.

De software van het revalidatieziekenhuis moet het mogelijk maken om berichten meestal gelijktijdig aan zowel de mutualiteit als aan de centrale zorgkassentoepassing te bezorgen. Concreet zal de medewerker die een opname, een aanpassing van de opname of een ontslag van een patiënt in het systeem invoert, dit maar één keer moeten doen. Achterliggend zal de software de informatie die nodig is voor de mutualiteit en de informatie die nodig is voor de zorgkassentoepassing moeten samenbrengen in een bericht dat naar de mutualiteit, respectievelijk naar de zorgkassentoepassing vertrekt. Daarnaast moet de software in staat zijn om berichten via twee kanalen (MyCareNet en VSB-net) van twee instanties te ontvangen. Idealiter kan de software ook maximaal de combinatie van de ontvangen berichten en de correcte interpretatie ervan via een begrijpelijke boodschap aan de medewerker van het ziekenhuis bezorgen.

4 OPNAME EN ONTSLAG VAN DE PATIËNT

4.1 SITUERING

Er is nog steeds een voorafgaandelijk akkoord nodig over de opname van een patiënt om nadien prestaties en verpleegdagen te kunnen factureren. Het revalidatieziekenhuis moet bij opname daarom de opname melden. Vanaf 1 januari 2022 moet de opname gemeld worden bij zowel de mutualiteit waar de patiënt is aangesloten, als bij de zorgkas. De software van het revalidatieziekenhuis moet daarom, op het moment dat de medewerker van het revalidatieziekenhuis heeft ingebracht en de melding verstuurt, gelijktijdig twee berichten uitzenden. Ook iedere vraag tot verlenging van de opname, iedere wijziging in de opname en de melding van het ontslag van de patiënt moet telkens aan beide verzekeringsinstanties worden verstuurd.

Alle initiële berichten rond de opname, de verlenging van de opname, de wijziging van de opname en het ontslag worden, op het moment dat deze door het revalidatieziekenhuis worden verstuurd, gelijktijdig aan de mutualiteit en aan de zorgkassentoepassing bezorgd.

Op deze melding komt een antwoord. Tot 1 januari 2022 betekende een “betalingsverbintenis” van de mutualiteit, als antwoord op een kennisgeving van een opname, dat alle aspecten van de opname, zowel de verpleegdagen als de medische prestaties, gefactureerd mochten worden aan de mutualiteit. Vanaf 1 januari 2022 zal het revalidatieziekenhuis twee antwoorden krijgen. Het is uitermate belangrijk dat men een goed begrip heeft over de betekenis van elk antwoord. Idealiter biedt de software van het revalidatieziekenhuis hierbij een grote mate van ondersteuning.

Een positief antwoord van de mutualiteit (de “betalingsverbintenis”) betekent dat de medische prestaties gefactureerd kunnen worden aan de mutualiteit.
Een positief antwoord van de zorgkassentoepassing (de “aanvaarding”) betekent dat de verpleegdagen voor deze patiënt aan de zorgkas gefactureerd kunnen worden.

Een opname zal door de zorgkassentoepassing steeds aanvaard worden voor patiënten die VSB-verzekerd zijn. Enkel voor patiënten die niet kunnen verzekerd worden via de Vlaamse sociale bescherming zal een weigering worden gestuurd. We verwachten dat dit bijzonder weinig zal voorkomen, waardoor er in zeer uitzonderlijke gevallen een weigering van de opname door de zorgkassentoepassing zal worden gestuurd. Omdat het theoretisch mogelijk is dat een patiënt wel in orde is met de federale ziekteverzekering en niet met de VSB-verzekering, of omgekeerd, bestaat de mogelijkheid dat er een verschillende beslissing rond de opname wordt bekomen. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat dit concreet betekent en hoe hier moet worden mee omgegaan.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de opname van een patiënt, de vraag tot verlenging van de opname en het ontslag van de patiënt beschreven. Daarnaast worden ook de (actueel bestaande) mogelijkheden tot het meedelen van aanpassingen, onder meer een wijziging van dienst, een tijdelijke afwezigheid of een annulatie of wijziging van eerder gemelde informatie beschreven.

4.2 KENNISGEVING VAN EEN NIEUWE OPNAME

Bij elke opname van een patiënt in het revalidatieziekenhuis, moet het revalidatieziekenhuis binnen de drie werkdagen na de dag van de opname, een kennisgeving sturen aan de zorgkassentoepassing van de zorggebruiker via eREVAZfin. (art. 534/59)

Een tegemoetkoming voor een verblijf in een revalidatieziekenhuis mag niet gecumuleerd worden met (art. 534/52):

- 1° een tegemoetkoming voor een verblijf in een ander revalidatieziekenhuis tijdens dezelfde periode;
- 2° een tegemoetkoming voor het gebruik van of een verblijf in een revalidatievoorziening tijdens dezelfde periode, tenzij die revalidatievoorziening gesitueerd is in het revalidatieziekenhuis waar de patiënt verblijft;
- 3° een tegemoetkoming voor gebruik van een multidisciplinaire begeleidingsequipe als het gebruik dezelfde periode bestrijkt;
- 4° een tegemoetkoming voor gebruik van of een verblijf in een woonzorgcentrum, een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf tijdens dezelfde periode;
- 5° een tegemoetkoming voor een verblijf in een psychiatrisch verzorgingstehuis of initiatief voor beschut wonen tijdens dezelfde periode;
- 6° een vergoeding voor ziekenhuisopname met minstens één overnachting op grond van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering als het verblijf plaatsvindt op dezelfde dag.

Omwille van de gesplitste bevoegdheden moet een kennisgeving van een nieuwe opname zowel aan de federale overheid als aan de Vlaamse overheid worden gemeld. De software van het ziekenhuis verstuurt de kennisgeving van de nieuwe opname daarom simultaan aan zowel de mutualiteit als aan de zorgkassentoepassing.

- > De methodologie voor de kennisgeving aan de mutualiteit van de patiënt werd niet gewijzigd. De kennisgeving aan de mutualiteit van de patiënt gebeurt op dezelfde manier als vóór 1 januari 2022. Enkel voor goedgekeurde opnames (door de mutualiteit) kunnen nadien ook de nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt, gefactureerd worden.
- > Het revalidatieziekenhuis moet elke opname van een patiënt via VSB-net aan de centrale zorgkassentoepassing melden. Deze aanmelding van de opname is een voorwaarde voor het verkrijgen van een tegemoetkoming voor de verpleegdagen. Enkel voor aanvaarde opnames kunnen nadien ook verpleegdagen gefactureerd worden.

4.2.1 Controle van de status van de VSB-verzekering van de zorggebruiker

Alvorens een nieuwe opname door te sturen, kan de status van de VSB-verzekering van de patiënt gecontroleerd worden door het revalidatieziekenhuis. De VSB-verzekerbaarheidscontrole omvat onder andere de inschrijving van de patiënt bij KSZ en brengt het dossier binnen VSB-ledenbeheer up-to-date. De informatie in het dossier VSB-ledenbeheer is de bron voor latere controles op de VSB-verzekerbaarheid.

Werkwijze

Via het rijksregisternummer van de patiënt kan de status van de VSB-verzekering gecontroleerd worden. In het antwoord wordt ofwel bevestigd dat de patiënt VSB-verzekerd is, ofwel de reden waarom de patiënt niet VSB-verzekerd is vermeld.

Als de patiënt VSB-verzekerd is, wordt de begin- en einddatum van de periode waarin de patiënt is verzekerd vermeld. Naast de status van verzekering VSB kan ook het domiciliëringsadres van de patiënt worden gevraagd.

De voorafgaandelijke controle op de status van de VSB-verzekering van een patiënt is op het moment van de opname facultatief. Een controle op de status van de VSB-verzekering van de patiënt is nodig om de zorgkas waar de patiënt is aangesloten te kennen, vóór facturatie. In het bericht over de aanvaarding van de opname wordt niet vermeld bij welke zorgkas de patiënt is aangesloten. Omdat op het moment van de

facturatie op de factuur de correcte zorgkas moet worden vermeld, is een controle op de VSB-verzekeringstatus noodzakelijk vooraleer gefactureerd kan worden.

4.2.2 De eigenlijke aanmelding van een opname van een nieuwe zorggebruiker

Een medewerker registreert de opname van een nieuwe patiënt in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de kennisgeving van de opname van een nieuwe patiënt wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het ziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de kennisgeving van de opname naar de mutualiteit (bericht 721000) via MyCareNet en
- > Het versturen van de kennisgeving van de opname naar de centrale zorgkastoepassing (bericht CreateAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de aanmelding van de opname van een nieuwe zorggebruiker

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
Nummer opname ¹		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	x
Uur van opname		x	x
Dienst van opname	300 – G-dienst 610 – Sp cardio-pulmonair (S1) 620 – Sp locomotorisch (S2) 630 – Sp neurologie (S3) 640 – Sp palliatieve zorgen (S4) 650 – Sp chronisch (S5) 660 – Sp psychogeriatric (S6)	x	x
Eindperiode verzekeraar		x	
Code mutatie tijdens een opname		x	
Code ongeval	0 = onbekend 1 = arbeidsongeval 2 = ander ongeval 3 = geen ongeval	x	x
Herkomst van de patiënt	0= onbekend 1 = Komt van thuis 2= Transfert vanuit algemeen ziekenhuis 3 = Transfert vanuit universitair ziekenhuis 4 = Transfert vanuit ander revalidatieziekenhuis 5 = Komt van woonzorgcentrum of ander thuisvervangend milieu 6 = andere		x

¹ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

4.2.3 Reactie op de kennisgeving van de opname van een nieuwe patiënt

Nadat de kennisgeving van een opname van een nieuwe patiënt werd ontvangen, stuurt zowel de mutualiteit als de zorgkassentoepassing een antwoord aan het revalidatieziekenhuis.

Het antwoord geldt vanaf het begin van de opname in het revalidatieziekenhuis (art. 534/63).

4.2.3.1 *Het antwoord van de mutualiteit*

Het antwoord van de mutualiteit aan het revalidatieziekenhuis wijzigt inhoudelijk niet. De betekenis van het antwoord heeft uitsluitend betrekking op de nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering gedekt worden.

Na verwerking van de kennisgeving van de opname zal het ziekenhuis van de mutualiteit

- > een betalingsverbintenis krijgen (bericht 721900)
- > een antwoord “in beraad” krijgen (bericht 721999)
- > een weigering krijgen (bericht 721999).

Het antwoord dat het ziekenhuis van de mutualiteit krijgt, wordt door de mutualiteit integraal ook aan de centrale zorgkassentoepassing bezorgd.

Een betalingsverbintenis betekent dat nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt, kunnen gefactureerd worden aan de mutualiteiten. In de betalingsverbintenis worden de te gebruiken code voor het persoonlijk aandeel en eventueel de MAF status meegedeeld.

Een weigering van de betalingsverbintenis betekent dat geen nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt, gefactureerd mogen worden aan de mutualiteiten.

Het revalidatieziekenhuis zal gericht acties moeten nemen om de reden waarom de betalingsverbintenis door de mutualiteit werd geweigerd te remediëren. Na het wegwerken van het probleem dat een betalingsverbintenis in de weg staat, wordt een nieuwe kennisgeving van een opname van de nieuwe patiënt uitgestuurd, op basis waarvan een betalingsverbintenis vanuit de mutualiteit kan worden bekomen.

4.2.3.2 *Het antwoord van de zorgkassentoepassing*

Naast het antwoord vanuit de mutualiteit, ontvangt het revalidatieziekenhuis ook een antwoord van de zorgkassentoepassing. De betekenis van het antwoord van de zorgkassentoepassing heeft uitsluitend betrekking op de tegemoetkoming voor de verpleegdagen.

De verwerking van de kennisgeving van de opname door de zorgkassentoepassing betekent

- > een controle op de status van de verzekering Vlaamse Sociale Bescherming
- > een controle op niet cumuleerbare overlapping binnen de geregionaliseerde sectoren. Dit wordt de “interne cumulcontrole” genoemd.
- > dat rekening wordt gehouden met niet cumuleerbare overlapping binnen de federale sectoren, zoals desgevallend gemeld in het antwoord van de mutualiteiten (in het bericht 721999). Dit wordt de “externe cumulcontrole” genoemd. Dit impliceert dat geen (definitief) antwoord door de zorgkassentoepassing kan worden gegeven, zolang er geen antwoord van de mutualiteit bekend is.

- > dat rekening wordt gehouden met de te gebruiken code voor het persoonlijk aandeel en de eventuele melding van de MAF status, zoals die in de betalingsverbintenis vanuit de mutualiteit wordt gemeld.

Na verwerking van de kennisgeving van de opname zal het ziekenhuis van de zorgkassentoepassing

- > een aanvaarding van de opname krijgen
- > een “beslissing in beraad” krijgen
- > een weigering krijgen.

In het antwoord van de zorgkassentoepassing aan het revalidatieziekenhuis, wordt volgende informatie vermeld:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de opname	
Status: Aanvaard	De opname wordt aanvaard. Er kunnen verpleegdagen gefactureerd worden aan de zorgkas, voor maximaal 15 dagen.
Datum noodzakelijke verlenging	Dit is (ter informatie) de datum waarop uiterlijk de verlenging tot opname moet worden gevraagd. Na een aanvaarding van een nieuwe opname zal dit dus steeds de 15 ^{de} dag van de opname zijn.
Desgevallend, een vermelding dat de patiënt niet in orde is met de federale ziekteverzekering	Ondanks een weigering vanuit de mutualiteit omdat de patiënt niet in orde is met de federale ziekteverzekering, kan vanuit de zorgkassentoepassing toch een goedkeuring voor de opname worden gegeven. (cfr. infra). Als dit in de weigering van de mutualiteit als reden wordt vermeld, wordt deze vermelding mee overgenomen in het antwoord van de zorgkassentoepassing aan het ziekenhuis.

Tabel 3: antwoord van de zorgkassentoepassing (ZKT) bij aanvaarding van de opname

Inhoud bericht bij beslissing in beraad	
Status: In beraad	Er is nog geen beslissing genomen over de aanvraag tot opname, omdat de zorgkassentoepassing over onvoldoende informatie beschikt. Er moet door het ziekenhuis <u>geen</u> actie ondernomen worden. Op een bericht “in beraad” volgt altijd en automatisch een definitieve beslissing, hetzij een aanvaarding, hetzij een weigering.
Foutcode(s) ter informatie: > gebrek aan informatie om te kunnen beslissen > patiënt is niet VSB-verzekerd. Door VSB wordt nagegaan of dit geregulariseerd kan worden. In afwachting krijgt het revalidatieziekenhuis een antwoord “in beraad”. > bericht “in beraad” vanuit de mutualiteit	Ter informatie van het revalidatieziekenhuis wordt de (gecodeerde) fout in het bericht vermeld. <u>Gebrek aan informatie</u> In geval van overlapping met een opname in een andere Vlaamse voorziening worden, ter informatie, de coördinaten van deze voorziening in het bericht vermeld. Omwille van deze overlapping wordt een bericht “in beraad” gegeven, omdat de

> uitblijven van een antwoord van de mutualiteit, tot maximaal vijf dagen na aanvraag > niet VSB-verzekerd voor een patiënt die <u>kan</u> aansluiten	zorgkassentoepassing (nog) niet over een ontslagmoment in de andere voorziening beschikt. bv. "Cumul met andere voorziening: WZC 3295 De Reiger: 12.02.2021 10u30". De zorgkas zal initiatief nemen om deze informatie van de andere voorziening te bekomen. <u>Bericht "in beraad" vanuit de mutualiteit</u> In de beslissing door de centrale zorgkassentoepassing wordt rekening gehouden met eventuele niet cumuleerbare overlapping met een federale zorgvoorziening (vb. een opname in een algemeen ziekenhuis). Deze informatie moet vanuit de mutualiteit worden aangeleverd. Zolang de beslissing van de mutualiteit nog niet is genomen (en er dus ook door de mutualiteit een bericht "in beraad" is gegeven) zal ook door de centrale zorgkassentoepassing het antwoord "in beraad" worden gehouden. <u>Uitblijven antwoord mutualiteit tot maximum 3 dagen</u> Om dezelfde reden wordt de beslissing door de centrale zorgkassencommissie in beraad gehouden als er binnen de vijf uur na de aanvraag geen antwoord vanuit de mutualiteit is verstuurd. Pas als dit antwoord langer dan drie dagen na de ontvangst van de aanvraag uitblijft, zal door de centrale zorgkassentoepassing autonoom beslist worden over de aanvraag tot opname. <u>Patiënt is niet VSB-verzekerd, maar aansluiting is mogelijk</u> In het geval een patiënt niet VSB-verzekerd is en dit wel mogelijk is, zal het revalidatieziekenhuis een antwoord "in beraad" krijgen. In het antwoord wordt duidelijk vermeld dat een aansluiting bij een zorgkas nodig is. (Omdat de patiënt de vrije keuze heeft om te bepalen tot welke zorgkas hij wil aansluiten, kan er geen administratieve regeling centraal vanuit VSB gebeuren.) Het revalidatieziekenhuis moet hierop actie ondernemen, door de patiënt aan te moedigen aan te sluiten bij een zorgkas. (Hoe een patiënt kan aansluiten bij een zorgkas: cfr. handleiding.) Op het moment dat de aansluiting is gebeurd, wordt deze informatie (automatisch) doorgegeven aan de centrale zorgkassentoepassing, op basis waarvan een
--	--

	bericht “aanvaarding” van de opname aan het revalidatieziekenhuis wordt gestuurd.
--	---

Tabel 4: antwoord van de ZKT bij beslissing over de opname “in beraad”

Algemene regel: Een beslissing “in beraad” betekent dat er bij de zorgkassentoepassing onvoldoende informatie is om een definitieve beslissing te kunnen nemen. Door de zorgkas wordt bijkomende informatie ingewonnen.

Op een beslissing “in beraad” moet door het revalidatieziekenhuis geen verdere actie worden ondernomen. Er volgt altijd en automatisch een definitieve beslissing van de zorgkassentoepassing.

Hierop is 1 uitzondering: een beslissing opname “in beraad” omdat de patiënt niet VSB-verzekerd is vraagt een actie van het revalidatieziekenhuis (om de aansluiting te bewerkstelligen).

Inhoud bericht bij weigering van de opname	
Status: Geweigerd	De opname wordt geweigerd. Er kunnen geen verpleegdagen gefactureerd worden aan de zorgkas voor deze opname.
Foutcode(s)	Het bericht bevat de (gecodeerde) reden voor de weigering.
> verkeerd INSZ-nummer	
> niet VSB-verzekerd, aansluiting VSB is <u>niet mogelijk</u>	
> interne cumul	
> externe cumul	
> technische fout(en)	
> het revalidatieziekenhuis heeft geen erkenning	
	<u>Verkeerd INSZ-nummer</u> Het INSZ nummer van de patiënt is foutief, waardoor de patiënt niet geïdentificeerd kan worden. <u>Geen VSB-verzekering</u> De patiënt is niet VSB-verzekerd en aansluiting bij een zorgkas is niet mogelijk (vb. een meerderjarige vluchteling). <u>Interne cumul</u> Er is een niet cumuleerbare overlapping met een Vlaamse voorziening. De patiënt is bijvoorbeeld nog opgenomen in een woonzorgcentrum. De zorgkassentoepassing beschikt dus over de informatie van het moment van ontslag uit de andere voorziening (in tegenstelling tot een bericht “in beraad”) en stelt de niet cumuleerbare overlapping vast. In het bericht wordt de informatie opgenomen, vb. “Cumul met andere voorziening: WZC 3295 De Reiger: 12.02.2021 10u30 – 15.03.2021 14u00”. Het revalidatieziekenhuis moet <u>gericht actie</u> nemen om de cumulproblematiek te remediëren en nadien een nieuwe kennisgeving tot opname uitsturen, <u>zowel aan</u>

	<u>de centrale zorgkassentoepassing als aan de mutualiteit.</u> <u>Externe cumul</u> Er is een niet cumuleerbare overlapping met een federale voorziening. De patiënt is bijvoorbeeld nog opgenomen in een algemeen ziekenhuis. De zorgkassentoepassing heeft deze informatie verkregen via de weigering van de betalingsverbintenis (bericht 721999) van de mutualiteit en houdt met deze informatie rekening in haar beslissing. In het bericht wordt de informatie opgenomen, vb. "Cumul met andere voorziening: AZ Sint-Lucas Gent: 12.02.2021 – 15.03.2021 14u00". Het revalidatieziekenhuis moet <u>gericht actie</u> nemen om de cumulproblematiek te remediëren en nadien een nieuwe kennisgeving tot opname uitsturen, <u>zowel aan de centrale zorgkassentoepassing als aan de mutualiteit.</u> <u>Technische fouten</u> > het formaat van het bericht is verkeerd, waardoor het bericht niet gelezen kan worden; > Het RIZIV-nummer in het bericht komt niet overeen met het HCO-nummer, waardoor de voorziening niet geïdentificeerd kan worden; > Datum en tijd van de opname liggen in de toekomst; > Er is een code van de dienst gebruikt die niet erkend is in dit revalidatieziekenhuis.
--	---

Tabel 5: antwoord van de ZKT bij weigering van de opname

Algemene regel: In het geval van één verzekeringsinstelling een negatief antwoord wordt bekomen moet, na remediëring alleen aan de weigerende instantie een nieuw bericht worden gestuurd.

Hierop is 1 uitzondering: in situaties waarbij door de remediëring de datum en/of het uur van opname of ontslag wordt gewijzigd, moet aan beide verzekeringsinstellingen een nieuw bericht worden gestuurd².

4.2.3.3 De combinatie van beide antwoorden

In een ideaal scenario (happy flow) bekomt het revalidatieziekenhuis een betalingsovereenkomst vanuit de mutualiteit en een aanvaarde opname vanuit de zorgkassentoepassing. Dit betekent dat – voor de eerste

² Zie specificaties infra

vijftien dagen van de opname – zowel de nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt, als de verpleegdagen gefactureerd kunnen worden aan de mutualiteit, respectievelijk de zorgkas.

In een minder gunstig scenario krijgt het revalidatieziekenhuis slechts van één partij een gunstige beslissing. Het revalidatieziekenhuis zal gericht acties moeten ondernemen om de negatieve beslissing om te kunnen zetten in een positieve beslissing, zoals supra beschreven. Na remediëring wordt een nieuwe kennisgeving van de opname gestuurd enkel aan de partij die geweigerd heeft.

Alleen in situaties waar door de remediëring de datum en/of het uur van opname wordt gewijzigd, moet de aangepaste aanvraag tot opname opnieuw gelijktijdig aan de mutualiteit en aan de zorgkassentoepassing worden verstuurd, zodat beide partijen over identieke informatie over de opname beschikken. In het geval de remediëring het gevolg is van een weigering door de zorgkassentoepassing (en de opname dus door de mutualiteit werd aanvaard) moet aan de zorgkassentoepassing een nieuwe “aanvraag tot opname” worden gestuurd en aan de mutualiteit een “wijziging van de opname” (of een “annulatie” van de goedgekeurde opname en een “nieuwe aanvraag tot opname” voor de gecorrigeerde opname) worden gestuurd. In de omgekeerde situatie, waar de remediëring het gevolg is van een weigering van opname door de mutualiteit, moet een nieuwe “kennisgeving van opname” aan de mutualiteit worden gestuurd en een “aanpassing van opname” aan de zorgkassentoepassing.

In zeer uitzonderlijke situaties kan er zich een probleem stellen omdat de reden tot weigering niet geremedieerd kan worden.

- > In het geval dat een betalingsverbintenis vanuit de mutualiteit en een weigering van opname vanuit de zorgkassentoepassing wordt bekomen

Desgevallend kunnen enkel de medische (nomenclatuurgebonden) prestaties aan de mutualiteiten gefactureerd worden. De verpleegdagen kunnen niet aan de zorgkas gefactureerd worden. Dit betekent dat de kost van de verpleegdagen maximaal ten laste van de patiënt zullen zijn. Een concreet voorbeeld van deze situatie is deze van de meerderjarige vluchteling (die niet VSB-verzekerd kan worden). De sociale dienst van het ziekenhuis kan nagaan in hoeverre de kost van de verpleegdagen aan derden (OCMW) kunnen aangerekend worden.

- > In het geval dat een weigering van betalingsverbintenis vanuit de mutualiteit en een aanvaarde opname vanuit de zorgkassentoepassing wordt bekomen
- > In deze situatie kunnen geen (nomenclatuurgebonden) prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt, gefactureerd worden aan de mutualiteit. Deze kosten vallen daardoor volledig ten laste van de patiënt. Omdat de patiënt inzake Vlaamse Sociale Bescherming wel verzekerd is (of kan worden) kunnen de verpleegdagen daarentegen wel aan de zorgkas worden gefactureerd. Omdat er geen informatie over het statuut van de patiënt is die de toe te passen code voor het persoonlijk aandeel bepaalt is, moet het revalidatieziekenhuis de “code 251229” (Vlaamse prestatiecode voor RIZIV-code 766065) voor de eerste hospitalisatiedag en “code 251384” (Vlaamse prestatiecode voor RIZIV-code 766264) voor alle volgende hospitalisatiedagen gebruiken, bij de facturatie van de verpleegdagen aan de zorgkas.

De regeling via MEDIPRIMA blijft behouden. Voor (OCMW-gerechtigde) patiënten die noch bij de VI, noch bij VSB verzekerd zijn, kunnen alle kosten via MEDIPRIMA worden gefactureerd.

4.2.4 Synthese aanpassingen bij de kennisgeving van een opname van een nieuwe patiënt

- > De verzekeringsstatus Vlaamse Sociale Bescherming kan voorafgaandelijk aan de kennisgeving door het revalidatieziekenhuis opgevraagd worden. (Het vragen van de verzekeringsstatus VSB is nodig vooraleer gefactureerd kan worden.)
- > Het aanmaken van de kennisgeving gebeurt één keer. De informaticatoepassing van het revalidatieziekenhuis initieert (back-office) twee vervolgacties: de verzending van de informatie aan de mutualiteit en de gelijktijdige verzending van de informatie aan de zorgkassentoepassing.
- > Op een kennisgeving van een opname van een nieuwe patiënt volgen altijd twee antwoorden aan het revalidatieziekenhuis. Het antwoord vanuit de mutualiteit heeft betrekking op de facturatie van de (nomenclatuurgebonden) prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt. Het antwoord vanuit de zorgkassentoepassing betreft de facturatie van de verpleegdagen.
- > Aan de inhoud van de berichten van de mutualiteiten wordt inhoudelijk niets gewijzigd. De mutualiteit bezorgt het antwoord dat aan het revalidatieziekenhuis wordt gestuurd, gelijktijdig aan de zorgkassentoepassing.
- > Er zijn drie mogelijke antwoorden op een kennisgeving van een opname vanuit de zorgkassentoepassing:
 - Een aanvaarding betekent dat verpleegdagen (voor een periode van 15 dagen vanaf de opname) kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas.
 - Een beslissing “in beraad” betekent dat er onvoldoende informatie beschikbaar is op basis waarvan de zorgkassentoepassing de kennisgeving van de opname kan beoordelen. De zorgkas zal verder actie ondernemen. Het revalidatieziekenhuis moet geen acties ondernemen. Er volgt altijd en automatisch een definitieve beslissing van de zorgkassentoepassing.
 - Hierop is één uitzondering, in het geval een patiënt die wel kan aansluiten bij een zorgkas, niet VSB-verzekerd is op het moment van opname. In dit geval krijgt het ziekenhuis een beslissing “in beraad”, omdat een centrale regularisatie niet mogelijk is. Het revalidatieziekenhuis moet de aansluiting faciliteren. Na aansluiting van de patiënt zal het revalidatieziekenhuis een beslissing “aanvaarding” van de opname krijgen.
 - Een weigering van de opname betekent dat er geen verpleegdagen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas. De reden van de weigering wordt in het antwoord aan het revalidatieziekenhuis vermeld, zodat het revalidatieziekenhuis gericht acties kan ondernemen om het probleem te remediëren. (Merk op dat er niet gewerkt wordt met “berichten 700.000” die door de VI soms worden verstuurd om bijkomende informatie te bekomen.) Na remediëring kan een nieuwe kennisgeving van de opname worden gedaan.
- > In alle gevallen waar door slechts één van de overheden een weigering wordt gegeven, moet een (aangepaste) aanvraag alleen aan de weigerende partij worden gestuurd. Er moet geen nieuwe (aangepaste) aanvraag worden verstuurd aan de partij die de initiële aanvraag al heeft aanvaard.
 - Er is één uitzondering op deze algemene regel. In het geval door de remediëring de opnamedatum en/of uur zou wijzigen, moet een aangepaste kennisgeving aan beide overheden worden bezorgd.
- > In het geval een weigering door zowel de mutualiteit als door de zorgkassentoepassing wordt bekomen, moet na remediëring een (aangepaste) aanvraag aan beide worden verstuurd.
- > In een aantal (uitzonderlijke) gevallen kan de (definitieve) beslissing vanuit de mutualiteit afwijken ten opzichte van het antwoord vanuit de zorgkassentoepassing. Desgevallend zullen enkel de medische (nomenclatuurgebonden) prestaties of de verpleegdagen kunnen worden gefactureerd. Een gedeelte van de kost van de ziekenhuisopname kan daardoor ten laste van de patiënt vallen.

4.3 AANVRAAG VERLENGING VAN OPNAME

Als de opname langer dan vijftien dagen duurt, moet het revalidatieziekenhuis uiterlijk de vijftiende dag van de opname een verlenging van de opname vragen. Telkens als de opname langer duurt dan het tijdvak dat de verzekeringsinstelling heeft vastgesteld, moet het revalidatieziekenhuis een nieuwe verlenging van de opname vragen, uiterlijk de laatste dag van dat tijdvak (art. 534/59).

Bij elke aanvraag tot verlenging moet een geneeskundig verslag bezorgd worden aan de verzekeringsinstelling. Dat verslag wordt voor eensluidend advies voorgelegd aan de zorgkassencommissie in de gevallen die door de minister worden bepaald (art. 534/60)

Omwille van de gesplitste bevoegdheden moet de verlenging van de opname zowel aan de federale overheid als aan de Vlaamse overheid worden gevraagd. De software van het ziekenhuis verstuurt de aanvraag tot verlenging van de opname daarom simultaan aan zowel de mutualiteit van de patiënt als aan de zorgkassentoepassing.

- > De methodologie voor de aanvraag tot verlenging van de opname aan de mutualiteit van de patiënt werd niet gewijzigd. Dit gebeurt op dezelfde manier als vóór 1 januari 2022. Enkel in goedgekeurde verlengingen van de opname (door de mutualiteit) kunnen nadien ook verder prestaties gefactureerd worden.
- > Het revalidatieziekenhuis moet elke verlenging van een opname van een zorggebruiker via VSB-net aan de zorgkassentoepassing aanvragen. De goedkeuring van de gevraagde verlenging van de opname is een voorwaarde voor het verkrijgen van een tegemoetkoming voor de verpleegdagen. Enkel in goedgekeurde periodes van verlenging kunnen nadien ook verpleegdagen verder gefactureerd worden aan de zorgkas.

4.3.1 Aanvragen van een verlenging van een opname

Een medewerker doet de aanvraag tot verlenging van de opname via de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de aanvraag tot verlenging van de opname wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de aanvraag tot verlenging van de opname naar de mutualiteit (bericht 723000) via MyCareNet en
- > Het versturen van de aanvraag tot verlenging van de opname naar de centrale zorgkastoepassing (bericht ModifyAdmission , onderdeel Admission.CreateExtension) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de aanvraag tot verlenging van de opname

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
Nummer opname ³	x	x
Nummer referentieziekenhuis	x	
VSB-referentienummer van de opname ⁴		x

³ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

⁴ Dit nummer, dat door de zorgkas werd aangemaakt en meegedeeld werd in het bericht van de aanvaarding van de opname, is de unieke identificatie van de opname.

Opnamedatum	x	
Uur van opname	x	
Datum gevraagde verlenging	x	x
Hoofd- en bijkomende diagnose	x	x
Uitgevoerde tussenkomsten	x	x
RIZIV-nummer verantwoordelijke verstrekker	x	x
Telefoonnummer verantwoordelijke verstrekker	x	x

Tabel 6: inhoud berichten verlenging van opname

Om de registratielast bij de revalidatieziekenhuizen te beperken, zal de informatie in de berichten van de individuele patiënten gebruikt worden voor de geaggregeerde activiteitenrapportering, ter vervanging van de halfjaarlijkse rapportering die sinds 1 januari 2021 werd ingevoerd. Om rapportering mogelijk te maken is standaardisering van de waarden in de velden “hoofd- en bijkomende diagnose” en “uitgevoerde tussenkomsten” noodzakelijk.

In het veld “hoofd- en bijkomende diagnose” wordt enkel de hoofddiagnose (dus 1 waarde) doorgegeven. De toegelaten waarden zijn de waarden die door de sector werden samengesteld en vermeld zijn in het excelbestand zoals dit wordt gebruikt sinds 1 januari 2021. De toegelaten waarden worden vermeld in de bijlage “hoofddiagnose” bij deze handleiding.

In het veld “uitgevoerde tussenkomsten” worden aantallen gevraagd bij de (standaard) toegelaten waarden. De toegelaten waarden zijn de waarden die door de sector werden samengesteld en vermeld zijn in het excelbestand zoals dit wordt gebruikt sinds 1 januari 2021. De toegelaten waarden worden vermeld in de bijlage “uitgevoerde tussenkomsten” bij deze handleiding.

4.3.2 Reactie op de aanvraag tot verlenging van de opname

Binnen de drie dagen nadat de aanvraag tot verlenging van een opname van een patiënt werd ontvangen, stuurt zowel de mutualiteit als de zorgkassentoepassing een antwoord aan het revalidatieziekenhuis (art. 534/63).

4.3.2.1 Het antwoord van de mutualiteit

Het antwoord van de mutualiteit wijzigt inhoudelijk niet. De betekenis van het antwoord heeft uitsluitend betrekking op de (nomenclatuurgebonden) prestaties die gedekt worden door de federale ziekteverzekering.

Het antwoord dat het revalidatieziekenhuis van de mutualiteit krijgt, wordt door de mutualiteit niet aan de centrale zorgkastoepassing bezorgd.

De adviserend arts van de mutualiteit beoordeelt de aanvraag tot verlenging van de opname op basis van de aangeleverde medische informatie. Op basis van de bevindingen van de adviserend arts zal het revalidatieziekenhuis van de mutualiteit

- > een aanvaarding van de gevraagde verlenging krijgen (bericht 723900),
- > een aanvaarding van een kortere periode dan gevraagd krijgen (bericht 723999)
- > of een weigering van de gevraagde verlenging krijgen (bericht 723999).

Het antwoord van de mutualiteit betekent dat er (nomenclatuurgebonden) prestaties die gedekt worden door de federale ziekteverzekering respectievelijk voor de gevraagde periode van verlenging, voor een ingekorte periode van verlenging of niet verder gefactureerd mogen worden aan de mutualiteit van de patiënt.

4.3.2.2 Het antwoord van de zorgkassentoepassing

Naast het antwoord van de mutualiteit ontvangt het revalidatieziekenhuis ook een antwoord van de centrale zorgkassentoepassing. Het antwoord van de zorgkassentoepassing heeft betrekking op de tegemoetkoming voor de verpleegdagen. Het antwoord van de zorgkassentoepassing is onafhankelijk van het antwoord van de mutualiteit van de patiënt.

Door de zorgkassencommissie zullen er geen a priori controles gedaan worden op basis van de medische informatie. Hierdoor zal de gevraagde verlenging van opname systematisch aanvaard worden voor de volledige duur van de gevraagde periode. (Er is een systeem van a posteriori controle door de zorgkassencommissie voorzien. De modaliteiten voor deze a posteriori controles zijn nog niet bepaald.)

De verwerking van de aanvraag tot verlenging van de opname door de zorgkassentoepassing betekent enkel een technische controle.

Na verwerking van de aanvraag tot verlenging van de opname zal het revalidatieziekenhuis van de zorgkassentoepassing:

- > Een aanvaarding van de verlenging van de opname krijgen.
- > Een weigering van de verlenging van de opname krijgen.

In het antwoord van de zorgkassentoepassing aan het revalidatieziekenhuis, wordt volgende informatie vermeld:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de gevraagde verlenging	
Reden: "nieuwe verlenging"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "nieuwe verlenging" vermeld.
Status: Aanvaard	De verlenging van de opname wordt aanvaard. Doordat er geen a priori controle van de medische informatie gebeurt, zal de verlenging systematisch voor de gevraagde duur worden goedgekeurd. Er kunnen verder verpleegdagen gefactureerd worden aan de zorgkas voor de gevraagde periode.
Datum waarop uiterlijk de eerstvolgende verlenging moet gevraagd worden	Ter informatie wordt de uiterste datum vermeld, waarop een volgende aanvraag tot verlenging van de opname moet gebeuren.

Tabel 7: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de verlenging van opname

Inhoud bericht bij weigering van de gevraagde verlenging	
Reden: "nieuwe verlenging"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "nieuwe verlenging" vermeld.
Status: weigering	
Foutcode(s) > Technische fout(en) (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming	De (gecodeerde) reden van de technische fout wordt vermeld, op basis waarvan het revalidatieziekenhuis gericht acties moet ondernemen om de fout te remediëren. Er

tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	moet na remediëring een nieuwe aanvraag tot verlenging worden gestuurd. De nieuwe aanvraag tot verlenging moet alleen aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd.
> Datumfout: datum verlenging ligt vóór datum van opname	
> Inhoudelijke fout(en): niet toegelaten waarde diagnose en/of uitgevoerde tussenkomsten	

Tabel 8: antwoord van de ZKT bij weigering van de verlenging van opname

4.3.2.3 De combinatie van beide antwoorden

In een ideaal scenario (happy flow) bekomt het revalidatieziekenhuis een aanvaarding van de gevraagde periode van verlenging van opname vanuit de mutualiteit, samen met de aanvaarding door de zorgkassentoepassing. Dit betekent dat – voor de gevraagde periode van verlenging – zowel de (nomenclatuurgebonden) prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt, als de verpleegdagen gefactureerd kunnen worden aan de mutualiteit, respectievelijk de zorgkas.

Van zodra de adviserend arts van de mutualiteit niet akkoord gaat met de gevraagde periode voor verlenging van de opname, door de verlenging te weigeren of door een kortere periode te aanvaarden, zal er een verschil ontstaan in de periode die werd goedgekeurd vanuit de mutualiteit, versus de periode die werd goedgekeurd door de zorgkassentoepassing.

In principe zouden er dan langer verpleegdagen mogen worden gefactureerd (aan de zorgkas) dan dat er (nomenclatuurgebonden) prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt mogen gefactureerd worden (aan de mutualiteiten). Omdat, in tegenstelling tot het antwoord vanuit de mutualiteit, de aanvaarding door de zorgkassentoepassing niet gebaseerd is op een (a priori) controle van de medische informatie, is beslist dat de duur van de opname best ook voor VSB moet beperkt worden tot de periode die door de adviserend arts van de mutualiteit is bepaald. Als, zelfs na een eventuele nieuwe motivatie door het revalidatieziekenhuis, de gevraagde verlenging door de adviserend arts niet wordt aanvaard, wordt de patiënt best ontslagen op het moment dat door de adviserend arts van de mutualiteit is bepaald. Dit advies is ingegeven om de opname administratief werkbaar en éénduidig te houden en uit voorzorg, om te voorkomen dat op het moment van de (a posteriori) controle van de medische informatie door de zorgkassencommissie, beslist zou worden dat eerder betaalde verpleegdagen zouden moeten worden terugbetaald door het revalidatieziekenhuis.

Het revalidatieziekenhuis moet geen aanpassing van de aanvaarde periode van verlenging door de zorgkassentoepassing, aan de zorgkassentoepassing overmaken. Op het moment dat de patiënt wordt ontslagen, dat in bovenstaande situatie binnen de goedgekeurde periode door de zorgkassentoepassing zal vallen, wordt het ontslag gelijktijdig aan de zorgkassentoepassing en aan de mutualiteit gemeld.

De behandelend arts kan uiteraard beslissen om de patiënt toch langer te hospitaliseren. In dit geval kunnen verpleegdagen ofwel verder gefactureerd worden aan VSB, ofwel gefactureerd worden aan de patiënt (als zelfbetalende). Als de dagen worden gefactureerd aan VSB en binnen de door VSB goedgekeurde periode van opname vallen, zullen deze ook vergoed worden. Pas als er nadien eventuele a posteriori controles gebeuren, zal beoordeeld worden of de hospitalisatie die langer was dan wat de adviserend arts van de mutualiteit nodig vond, al dan niet terecht was. Voor de facturatie van deze verpleegdagen aan VSB moet gebeuren met het gebruik van de code persoonlijk aandeel zoals gecommuniceerd door de mutualiteit (voor de eerder aanvaarde hospitalisatieperiode).

Algemene regel: Als een gevraagde verlenging van opname vanuit de mutualiteit niet of niet volledig aanvaard wordt moet, ondanks een aanvaarding van de gevraagde verlenging van de opname vanuit de zorgkassentoepassing, ook voor VSB rekening worden gehouden met de beslissing die werd genomen door de adviserend arts van de mutualiteit.

4.3.3 Synthese: aanpassing bij de aanvraag tot verlenging van een opname

- > Het aanmaken van de aanvraag tot verlenging van de opname gebeurt één keer. De informaticatoepassing van het revalidatieziekenhuis initieert (back-office) twee vervolgacties: de verzending van de informatie aan de mutualiteit en de gelijktijdige verzending van de informatie aan de zorgkassentoepassing.
- > Op een aanvraag tot verlenging van een opname volgen altijd twee antwoorden aan het revalidatieziekenhuis. Een antwoord vanuit de mutualiteit heeft betrekking op de verderzetting van de facturatie van de (nomenclatuurgebonden) prestaties die door de federale ziekteverzekering gedekt worden. Het antwoord vanuit de zorgkassentoepassing betreft de verderzetting van de facturatie van de verpleegdagen.
- > Aan de inhoud van de berichten van de mutualiteiten wordt inhoudelijk niets gewijzigd. De mutualiteit bezorgt het antwoord dat aan het revalidatieziekenhuis wordt gestuurd, niet naar de zorgkassentoepassing.
- > Er zijn twee mogelijke antwoorden op een aanvraag tot verlenging van een opname vanuit de zorgkassentoepassing:
 - Een aanvaarding van de gevraagde verlenging. De zorgkassencommissie zal geen a priori controle doen van de aangeleverde medische gegevens. Een aanvraag tot verlenging van een opname zal hierdoor systematisch aanvaard worden voor de gevraagde periode. Er is een systeem van a posteriori controles voorzien door de zorgkassencommissie, waarvan de modaliteiten actueel nog niet zijn bepaald.
 - Een weigering van de gevraagde verlenging. Een weigering wordt uitsluitend omwille van een technische reden gegeven. Na remediëring van de fout (die in het antwoord van de zorgkassentoepassing wordt benoemd) moet het revalidatieziekenhuis een nieuwe aanvraag tot verlenging van de opname doen alleen bij de zorgkassentoepassing.
- > Om te voorkomen dat ingevolge een a posteriori controle terugvorderingen moeten worden gedaan van eerder betaalde verpleegdagen, is de (definitieve) beslissing van de adviserend arts tot weigering van een verlenging of tot een goedkeuring voor een kortere periode, bepalend voor de ontslagdatum van de patiënt. Het revalidatieziekenhuis moet geen aanpassing van een goedgekeurde verlenging van opname door de zorgkassentoepassing melden aan de zorgkassentoepassing. Op het moment van ontslag van de patiënt moet dit gelijktijdig aan de mutualiteit en aan de zorgkassentoepassing gemeld worden.

4.4 KENNISGEVING VAN EEN ONTSLAG VAN DE PATIËNT

Als een patiënt wordt ontslagen uit het revalidatieziekenhuis moet het revalidatieziekenhuis, binnen de twee werkdagen na de laatste dag van zorg, een kennisgeving van dit ontslag aan de verzekeringsinstellingen melden. De mededeling van het geneeskundig verslag ter verantwoording van de zorg moet ingediend worden bij de verzekeringsinstellingen binnen de dertig dagen na het ontslag (art. 534/65).

Omwille van de gesplitste bevoegdheden moet de kennisgeving van het ontslag zowel aan de federale overheid als aan de Vlaamse overheid worden gemeld. De software van het ziekenhuis verstuurt de kennisgeving van het ontslag daarom simultaan aan zowel de mutualiteit van de patiënt als aan de zorgkassentoepassing.

- > De methodologie voor de kennisgeving van het ontslag aan de mutualiteit van de patiënt werd niet gewijzigd. Dit gebeurt op dezelfde manier als vóór 1 januari 2022.
- > Het revalidatieziekenhuis moet elke kennisgeving van het ontslag van een patiënt via VSB-net aan de zorgkassentoepassing van de zorggebruiker melden.

Let op! Een ontslag dient enkel gemeld te worden indien de patiënt het revalidatieziekenhuis effectief verlaat en de revalidatie stopzet. Interne organisatorische wijzigingen binnen het revalidatieziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de wijziging van een arts, zijn geen reden voor het melden van een ontslag (en het melden van een nieuwe opname). In dat geval loopt de opname in één ononderbroken periode door.

4.4.1 Kennisgeving van een ontslag

4.4.1.1 Administratief ontslag

Een medewerker meldt het administratief ontslag via de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis, uiterlijk twee werkdagen na de effectieve ontslagdatum.

Op het moment dat de kennisgeving van het ontslag wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de kennisgeving van het (administratief) ontslag naar de mutualiteit (bericht 727100) via MyCareNet en
- > Het versturen van de kennisgeving van het (administratief) ontslag naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.CreateAdministrativeEndAmission,) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de kennisgeving van het administratief ontslag

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ⁵		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Ontslagdatum		x	x
Uur van ontslag		x	x
Code type ontslag	0 = op medisch advies 1 = overleden 2 = fusie tussen ziekenhuizen 3 = tegen medisch advies 4 = weigering verlenging van opname	x	x
Code bestemming na ontslag	0= onbekend 1 = naar thuis 2= Transfert naar algemeen ziekenhuis		x

⁵ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

	3 = Transfert naar universitair ziekenhuis 4 = Transfert naar ander revalidatieziekenhuis 5 = Naar woonzorgcentrum of ander thuisvervangend milieu 6 = andere		
--	--	--	--

Tabel 9: inhoud berichten administratieve kennisgeving van een ontslag

4.4.1.2 Aanvulling ontslagmelding met medische informatie

Een medewerker meldt de aanvullende medische informatie van het ontslag via de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis, uiterlijk dertig dagen na de effectieve ontslagdatum.

Op het moment dat de kennisgeving van het ontslag wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het ziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de kennisgeving van het (medisch) ontslag naar de mutualiteit (bericht 727200) via MyCareNet en
- > Het versturen van de kennisgeving van het (medisch) ontslag naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.CreateMedicalEndAmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de kennisgeving van het medisch ontslag

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ⁶		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Ontslagdatum		x	x
Uur van ontslag		x	x
Code type ontslag	0 = op medisch advies 1 = overleden 2 = fusie tussen ziekenhuizen 3 = tegen medisch advies 4 = andere	x	
Code ongeval	0 = onbekend 1 = arbeidsongeval 2 = ander ongeval 3 = geen ongeval	x	
Hoofd- en bijkomende diagnose		x	x
Uitgevoerde tussenkomsten		x	x
RIZIV-nummer behandelend arts		x	x

Tabel 10: inhoud berichten medische kennisgeving van een ontslag

⁶ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Om de registratielast bij de revalidatieziekenhuizen te beperken, zal de informatie in de berichten van de individuele patiënten gebruikt worden voor de geaggregeerde activiteitenrapportering, ter vervanging van de halfjaarlijkse rapportering die sinds 1 januari 2021 werd ingevoerd. Om rapportering mogelijk te maken is standaardisering van de waarden in de velden “hoofd- en bijkomende diagnose” en “uitgevoerde tussenkomsten” noodzakelijk.

In het veld “hoofd- en bijkomende diagnose” wordt enkel de hoofddiagnose (dus 1 waarde) doorgegeven. De toegelaten waarden zijn de waarden die door de sector werden samengesteld en vermeld zijn in het excelbestand zoals dit wordt gebruikt sinds 1 januari 2021. De toegelaten waarden worden vermeld in de bijlage “hoofddiagnose” bij deze handleiding.

In het veld “uitgevoerde tussenkomsten” worden aantallen gevraagd bij de (standaard) toegelaten waarden. De toegelaten waarden zijn de waarden die door de sector werden samengesteld en vermeld zijn in het excelbestand zoals dit wordt gebruikt sinds 1 januari 2021. De toegelaten waarden worden vermeld in de bijlage “uitgevoerde tussenkomsten” bij deze handleiding.

4.4.2 Reactie op de kennisgeving van het ontslag

4.4.2.1 Het antwoord van de mutualiteit

Het antwoord van de mutualiteit wijzigt inhoudelijk niet.

Na verwerking van de kennisgeving van het ontslag, zowel voor de administratieve melding als na de aanvulling met de medische informatie, zal het revalidatieziekenhuis een ontvangstmelding (bericht 791000) van de mutualiteit krijgen.

Het antwoord dat het revalidatieziekenhuis van de mutualiteit krijgt, wordt door de mutualiteit niet aan de centrale zorgkassentoepassing bezorgd.

4.4.2.2 Het antwoord van de zorgkas

Naast het antwoord van de mutualiteit zal het revalidatieziekenhuis ook van de zorgkassentoepassing een antwoord krijgen, voor zowel de administratieve melding als voor de aanvulling met de medische informatie. Dit antwoord zal een ontvangstmelding zijn, behalve als er een technische fout wordt vastgesteld, op basis waarvan de kennisgeving van het ontslag geweigerd zal worden.

In het antwoord van de zorgkassentoepassing aan het revalidatieziekenhuis wordt volgende informatie vermeld:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de administratieve ontslagmelding	
Reden: “nieuw administratief einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “nieuw administratief einde opname” vermeld.
Status: aanvaard	Het ontslag is geregistreerd.

Tabel 11: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de administratieve ontslagmelding

Inhoud bericht bij weigering van een administratief ontslagmelding	
Reden: “nieuw administratief einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden

	van de aanpassing “nieuw administratief einde opname” vermeld.
Status: geweigerd	Het ontslag is niet geregistreerd.
Foutcode(s) > Datumfout (datum en tijdstip ontslag ligt vóór het moment van opname, in de toekomst, na het moment van goedgekeurde verlenging, vóór het moment van de meest recente tijdelijke afwezigheid of vóór het moment van de meest recente dienstwijziging) > Technische fout(en) (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden van de fout wordt vermeld, op basis waarvan het revalidatieziekenhuis gericht acties moet ondernemen om de fout te remediëren. Er moet na remediëring een nieuwe ontslagmelding worden gestuurd. De nieuwe ontslagmelding moet alleen aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd, tenzij de remediëring als gevolg heeft dat de datum en/of het uur van ontslag wordt gewijzigd.

Tabel 12: antwoord van de ZKT bij weigering van de administratieve ontslagmelding

Inhoud bericht bij aanvaarding van de medische ontslagmelding	
Reden: “nieuw medisch einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “nieuw medisch einde opname” vermeld.
Status: aanvaard	De aanvullende medische informatie is geregistreerd.

Tabel 13: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de medische ontslagmelding

Inhoud bericht bij weigering van een medische ontslagmelding	
Reden: “nieuw medisch einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “nieuw medisch einde opname” vermeld.
Status: geweigerd	De aanvullende medische informatie is niet geregistreerd.
Foutcode(s) > Er is (nog) geen bericht van het administratief ontslag gestuurd, waardoor er nog geen datum en tijdstip van ontslag gekend is; > Inhoudelijke fout (geen medische informatie aanwezig, niet toegelaten waarde voor hoofddiagnose en/of uitgevoerde tussenkomst, foutief RIZIV-nummer van de behandelend arts)	De (gecodeerde) reden van de fout wordt vermeld, op basis waarvan het revalidatieziekenhuis gericht acties moet ondernemen om de fout te remediëren. Er moet na remediëring aangepaste medische informatie worden gestuurd. De nieuwe ontslagmelding moet alleen aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname) | |
|---|--|

Tabel 14: antwoord van de ZKT bij weigering van de medische ontslagmelding

Algemene regel: Een melding van ontslag, van dienstwijziging of van tijdelijke afwezigheid op een moment dat in de toekomst ligt, wordt geweigerd.

4.4.2.3 De combinatie van beide antwoorden

In principe zal de kennisgeving zowel door de mutualiteit als door de zorgkassentoepassing worden aanvaard. Het opnameproces is desgevallend afgesloten.

In uitzonderlijke situaties waarbij één of twee weigeringen van de kennisgeving van het ontslag wordt bekomen, zal dit steeds het gevolg zijn van fouten van technische aard. Na remediëring moet enkel een gecorrigeerd bericht aan de partij die geweigerd heeft worden verzonden.

4.4.3 Synthese: aanpassingen bij de kennisgeving van een ontslag van een patiënt

- > Het aanmaken van de kennisgeving van een ontslag gebeurt één keer. De verplichting om de kennisgeving van het ontslag tot dertig dagen na het ontslag van de patiënt te vervolledigen met de medische informatie, blijft behouden. De informaticatoepassing van het revalidatieziekenhuis initieert (back-office) twee vervolgacties: de verzending van de informatie aan de mutualiteit en de gelijktijdige verzending van de informatie aan de zorgkassentoepassing.
- > Op een kennisgeving van een ontslag volgen altijd twee antwoorden aan het revalidatieziekenhuis: een antwoord vanuit de mutualiteit en een antwoord vanuit de zorgkassentoepassing.
- > In alle gevallen waar door slechts één van de overheden een weigering wordt bekomen, moet een (aangepaste) ontslagmelding alleen aan de weigerende partij worden gestuurd. Er moet geen nieuwe (aangepaste) ontslagmelding worden verstuurd aan de partij die de initiële ontslagmelding al heeft aanvaard.
 - Er is één uitzondering op deze algemene regel. In het geval een remediëring tot gevolg heeft dat de datum en/of het uur van ontslag wordt aangepast, moet aan beide partijen een aangepaste ontslagmelding worden bezorgd.

4.5 TUSSENTIJDSE AANPASSINGEN

Het is mogelijk dat een eerder aanvaarde kennisgeving van een nieuwe opname, van een gevraagde verlenging of van een kennisgeving van een ontslag moet aangepast worden. Hieronder worden de mogelijkheden beschreven.

4.5.1 Verbetering van de administratieve gegevens van een eerder aanvaarde opname

Nadat de kennisgeving van een nieuwe opname werd aanvaard, bestaat de mogelijkheid om gegevens van die opname aan te passen. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn omdat de patiënt op een andere dienst dan gepland werd opgenomen of omdat naderhand blijkt dat het om een werkongeval gaat. Dit betreft het

proces nadat een eerder gemelde opname werd aanvaard door de zorgkassentoepassing. Dit is dus niet het proces dat moet gevolgd worden in het geval de eerder gemelde opname werd geweigerd.

Een medewerker registreert de verbetering van de administratieve gegevens in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de verbetering van de administratieve gegevens wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgtacties:

- > Het versturen van de verbetering van de administratieve gegevens naar de mutualiteit (bericht 721008) via MyCareNet en
- > Het versturen van de verbetering van de administratieve gegevens naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.ModifyAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de verbetering van de administratieve gegevens van de opname:

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ⁷		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Bestaande informatie	Opnamedatum	x	
	Uur van opname	x	
Gewijzigde gegevens	Opnamedatum	x	x
	Uur van opname	x	x
	Dienst van opname	x	x
	Code ongeval	x	x

Tabel 15: inhoud berichten verbetering administratieve gegevens bij opname

Na verwerking zal de mutualiteit opnieuw een betalingsverbintenis of een weigering van betalingsverbintenis aan het revalidatieziekenhuis sturen. Het bericht wordt door de mutualiteit gelijktijdig ook aan de centrale zorgkassentoepassing gestuurd. Dit maakt dat de zorgkassentoepassing rekening kan houden met het antwoord van de mutualiteit, in de verwerking van de aangepaste administratieve gegevens.

In het geval de aanpassing wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de verbeterde administratieve gegevens	
Reden: "wijziging administratieve gegevens"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging administratieve gegevens" vermeld.
Status: Aanvaard	De aanpassing van de administratieve gegevens van de opname werd geregistreerd. Er kunnen verpleegdagen gefactureerd worden aan de zorgkas, tot uiterlijk de 15 ^{de} dag van de opname.
Datum noodzakelijke verlenging	Dit is (ter informatie) de datum waarop uiterlijk de verlenging tot opname moet worden gevraagd. Na

⁷ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

	een aanvaarding van een nieuwe opname zal dit dus steeds de 15 ^{de} dag van de opname zijn.
Desgevallend, een vermelding dat de patiënt niet in orde is met de federale ziekteverzekering	Ondanks een weigering vanuit de mutualiteit omdat de patiënt niet in orde is met de federale ziekteverzekering, kan vanuit de zorgkassentoepassing toch een goedkeuring voor de opname worden gegeven. (cfr. infra). Als dit in de weigering van de mutualiteit als reden wordt vermeld, wordt deze vermelding mee overgenomen in het antwoord van de zorgkassentoepassing aan het ziekenhuis.

Tabel 16: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aangepaste administratieve gegevens bij opname

In het geval de aanpassing niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de verbeterde administratieve gegevens	
Reden: "wijziging administratieve gegevens"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging administratieve gegevens" vermeld.
Status: Geweigerd	De aanpassing van de administratieve gegevens van de opname werd geregistreerd. Er kunnen verpleegdagen gefactureerd worden aan de zorgkas, tot uiterlijk de 15 ^{de} dag van de opname.
Foutcode(s) > geen overeenstemming met VSB-referentienummer toegekend bij de initiële aanvaarding van de opname > niet VSB-verzekerd > interne of externe cumul, veroorzaakt door de aanpassing van het gewijzigd moment van opname > technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer)	De (gecodeerde) reden waarom de aanpassing van de administratieve gegevens geweigerd worden. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de gewijzigde informatie eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.) In afwachting dat een nieuwe aanpassing van de administratieve gegevens van de opname wordt verstuurd, blijven de eerder aanvaarde gegevens van deze opname van toepassing.

Tabel 17: antwoord van de ZKT bij weigering van een aanpassing van de administratieve gegevens van een opname

4.5.2 Annulatie van eerder aanvaarde opname

Nadat, op basis van een eerdere kennisgeving van een nieuwe opname, de opname werd aanvaard, kan het in uitzonderlijke situaties nodig zijn om de opname alsnog te annuleren. Een annulatie van de opname betekent dat alle bestaande gegevens van deze opname verwijderd worden.

Een medewerker registreert de annulatie van de opname in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de annulatie van de opname wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de annulatie van de opname naar de mutualiteit (bericht 721009) via MyCareNet en
- > Het versturen van de annulatie van de opname naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht CancelAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de annulatie van de opname:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
VSB-referentienummer van de opname		x
Nummer opname ⁸	x	x
Nummer referentieziekenhuis	x	
Opnamedatum	x	
Uur van opname	x	

Tabel 18: inhoud berichten annulatie van een opname

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de annulatie verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de annulatie wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulatie van de opname	
Reden: "annulatie opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "annulatie opname" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulatie van de opname werd aanvaard. Dit impliceert dat alle gegevens over deze opname worden verwijderd. Binnen de bestanden is er daardoor geen opname (meer) voor deze patiënt terug te vinden.

Tabel 19: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de opname

In het geval de annulatie niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de annulatie van de opname	
Reden: "annulatie opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "annulatie opname" vermeld.
Status: geweigerd	De opname werd niet verwijderd. In afwachting van een nieuwe annulatie blijven de gegevens zoals ze bestonden, bestaan.
Foutcode(s)	De (gecodeerde) reden waarom de annulatie van de opname geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen

⁸ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

> Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de annulatie eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)
--	--

Tabel 20: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de opname

4.5.3 Annulatie van een eerder toegestane verlenging van opname

Nadat eerder een gevraagde verlenging van opname werd aanvaard, is het mogelijk dat de patiënt alsnog binnen de eerder goedgekeurde opnameperiode wordt ontslagen. In dit geval kan het ziekenhuis een ontslagmelding doen (deze werkwijze geniet de voorkeur) of het revalidatieziekenhuis kan deze goedgekeurde verlenging annuleren (maar moet nadien alsnog een ontslagmelding doen).

Een medewerker registreert de annulatie van de goedgekeurde verlenging van opname in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de annulatie van de verlenging wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de annulatie van de verlenging naar de mutualiteit (bericht 723009) via MyCareNet en
- > Het versturen van de annulatie van de verlenging naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.CancelExtension) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de annulatie van de verlenging van de opname:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
VSB-referentienummer van de opname		x
Nummer opname ⁹	x	x
Nummer referentieziekenhuis	x	
Opnamedatum	x	
Uur van opname	x	
(eerder) gevraagde datum einde verlenging	x	x
RIZIV-nummer adviserend arts	x	

Tabel 21: inhoud berichten annulatie van een verlenging van opname

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de annulatie verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de annulatie wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulatie van de verlenging van de opname

⁹ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Reden: “annulatie verlenging”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie verlenging” vermeld.
Status: Aanvaard	De annulatie van de verlenging werd aanvaard. Dit betekent dat verpleegdagen kunnen gefactureerd worden tot uiterlijk de 15 ^{de} dag van de opname of tot het moment dat goedgekeurd werd in een voorgaande goedgekeurde periode van verlenging.
Datum noodzakelijke verlenging	Dit is (ter informatie) de datum waarop uiterlijk de verlenging tot opname moet worden gevraagd.

Tabel 22: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de verlenging van opname

In het geval de annulatie niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de annulatie van de verlenging van de opname	
Reden: “annulatie verlenging”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie verlenging” vermeld.
Status: geweigerd	De annulatie van de verlenging werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe annulatie blijven de gegevens zoals ze bestonden, bestaan.
Foutcode(s) > Datumfout: de datum waarvoor de annulatie gevraagd wordt, is niet de datum van de laatst aanvaarde verlenging > Technische fout: (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de annulatie van de verlenging geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de annulatie eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 23: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de verlenging van de opname

4.5.4 Kennisgeving van een dienstwijziging

In de federale stromen betekent een dienstwijziging zowel de verhuis van een patiënt naar een andere dienst binnen het revalidatieziekenhuis, als een tijdelijke afwezigheid van de patiënt zonder dat de opname onderbroken wordt. In de Vlaamse stromen worden een verhuis naar een andere dienst en een tijdelijke afwezigheid als afzonderlijke processen beschouwd.

4.5.4.1 Kennisgeving van een verhuis naar een andere dienst in het revalidatieziekenhuis

In het geval de patiënt tijdens zijn verblijf in het revalidatieziekenhuis op een bepaald moment op een andere dienst wordt gehospitaliseerd, moet dit gemeld worden. Onderstaande proces moet gevolgd worden iedere keer dat een patiënt in het revalidatieziekenhuis van dienst wijzigt.

Een medewerker registreert de verhuis van dienst in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de verhuis van dienst wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de verhuis van dienst naar de mutualiteit (bericht 725000) via MyCareNet en
- > Het versturen van de verhuis van dienst naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.CreateDepartment) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de melding van een verhuis van dienst:

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ¹⁰		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Datum wijziging dienst		x	x
Uur wijziging dienst		x	x
Code (nieuwe) dienst	300 – G-dienst 610 – Sp cardio-pulmonair (S1) 620 – Sp locomotorisch (S2) 630 – Sp neurologie (S3) 640 – Sp palliatieve zorgen (S4) 650 – Sp chronisch (S5) 660 – Sp psychogeriatric (S6) 999 – tijdelijk ontslag	x	x

Tabel 24: inhoud berichten melden van een verhuis van dienst

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de dienstwijziging verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de verhuis van dienst wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de dienstwijziging	
Reden: "nieuwe verhuis dienst"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "nieuwe verhuis dienst" vermeld.
Status: Aanvaard	De verhuis van dienst werd geregistreerd.

Tabel 25: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de melding van de verhuis van dienst

In het geval de verhuis van dienst niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van een dienstwijziging	
Reden: "nieuwe verhuis dienst"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten).

¹⁰ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

	Daarom wordt als reden van de aanpassing “nieuwe verhuis dienst” vermeld.
Status: geweigerd	De verhuis van dienst werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe melding blijft de dienst waar de patiënt gehospitaliseerd is ongewijzigd.
Foutcode(s) > Datumfout (datum dienstwijziging ligt vóór het moment van opname, in de toekomst, na het moment van ontslag of na het moment van de laatst aanvaarde verlenging van opname, er bestaat al een dienstwijziging op dat moment) > Inhoudelijke fout: de gebruikte dienstcode is niet erkend in het revalidatieziekenhuis > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de verhuis van dienst geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de dienstwijziging eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 26: antwoord van de ZKT bij weigering van de melding van de verhuis van dienst

4.5.4.2 Aanpassing van een eerder aanvaarde verhuis naar een andere dienst in het revalidatieziekenhuis

Nadat een eerder gemelde dienstwijziging werd aanvaard, is het mogelijk dat het revalidatieziekenhuis de dienstwijziging wil aanpassen. Dit proces betreft een aanpassing nadat een eerdere dienstwijziging is aanvaard door de zorgkassentoepassing. Dit is dus niet het proces dat moet gevolgd worden in het geval een eerder gemelde dienstwijziging werd geweigerd. Dit is ook niet het proces dat moet gevolgd worden in geval van meerdere dienstwijzigingen.

Een medewerker registreert de aanpassing van de verhuis van dienst in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de aanpassing van de verhuis van dienst wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de aanpassing van de verhuis van dienst naar de mutualiteit (bericht 725008) via MyCareNet en
- > Het versturen van de aanpassing van de verhuis van dienst naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.ModifyDepartment) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een aanpassing van de verhuis van dienst:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Numer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
VSB-referentienummer van de opname		x

Nummer opname ¹¹		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Bestaande informatie	Datum wijziging dienst	x	x
	Uur wijziging dienst	x	x
	Code dienst	x	
Nieuwe informatie	Datum wijziging dienst	x	x
	Uur wijziging dienst	x	x
	Code dienst	x	x

Tabel 27: inhoud berichten aanpassing van de verhuis van dienst

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de aanpassing van de dienstwijziging verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de aanpassing van de verhuis van dienst wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanpassing van de verhuis van dienst	
Reden: "wijziging verhuis dienst"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging verhuis dienst" vermeld.
Status: Aanvaard	De aanpassing van de verhuis van dienst werd geregistreerd.

Tabel 28: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de verhuis van dienst

In het geval de aanpassing van de verhuis van dienst niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de aanpassing van de verhuis van dienst	
Reden: "aanpassing verhuis dienst"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "aanpassing verhuis dienst" vermeld.
Status: geweigerd	De aanpassing van de verhuis van dienst werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe melding blijft de dienst zoals die werd gemeld bij de eerdere melding van een verhuis van dienst, ongewijzigd.
Foutcode(s) > Datumfout (aangepaste datum dienstwijziging ligt vóór het moment van opname, in de toekomst, na het moment van ontslag of na het moment van de laatst aanvaarde verlenging van opname, er bestaat al een dienstwijziging op dat moment)	De (gecodeerde) reden waarom de aanpassing van de verhuis van dienst geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de aanpassing van de verhuis van dienst eerder ook door de mutualiteit

¹¹ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

> Inhoudelijke fout: de gebruikte dienstcode is niet erkend in het revalidatieziekenhuis	werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)
> Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	

Tabel 29: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de verhuis van dienst

4.5.4.3 Annulatie van een eerder aanvaarde verhuis naar een andere dienst in het revalidatieziekenhuis

Nadat een eerder gemelde dienstwijziging werd aanvaard, is het mogelijk dat het revalidatieziekenhuis de dienstwijziging wil annuleren, omdat de verhuis binnen het revalidatieziekenhuis niet doorgaat.

Een medewerker registreert de annulatie van de aanpassing van de verhuis van dienst in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de annulatie van de aanpassing van de verhuis van dienst wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de annulatie van de verhuis van dienst naar de mutualiteit (bericht 725009) via MyCareNet en
- > Het versturen van de annulatie van de verhuis van dienst naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.CancelDepartment) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een annulatie van een verhuis van dienst:

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ¹²		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Datum wijziging dienst		x	x
Uur wijziging dienst		x	x
Code dienst	300 – G-dienst 610 – Sp cardio-pulmonair (S1) 620 – Sp locomotorisch (S2) 630 – Sp neurologie (S3) 640 – Sp palliatieve zorgen (S4) 650 – Sp chronisch (S5) 660 – Sp psychogeriatric (S6) 999 – tijdelijk ontslag	x	

¹² Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Tabel 30: inhoud berichten annulatie van de verhuis van dienst

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de annulatie verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de annulatie van de verhuis van dienst wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulatie van een verhuis van dienst	
Reden: "annulatie verhuis dienst"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "annulatie verhuis dienst" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulatie van de verhuis van dienst werd geregistreerd. Dit betekent dat de dienst waar de patiënt is opgenomen, de dienst is die eerder bestond.

Tabel 31: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de verhuis van dienst

In het geval de annulatie van de verhuis van dienst niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de annulatie van de verhuis van dienst	
Reden: "annulatie verhuis dienst"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "annulatie verhuis dienst" vermeld.
Status: geweigerd	De annulatie van de verhuis van dienst werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe melding blijft de dienst zoals die werd gemeld bij de eerdere melding van een verhuis van dienst, ongewijzigd.
Foutcode(s) > Inhoudelijke fout: de te annuleren verhuis van dienst werd niet eerder aanvaard (en bestaat dus niet) > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de annulatie van de wijziging van dienst geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de annulatie van de verhuis van dienst eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 32: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de verhuis van dienst

4.5.5 Kennisgeving van een tijdelijke afwezigheid

Een tijdelijke afwezigheid (of "therapeutisch verlof") is een periode tijdens dewelke de in een revalidatieziekenhuis opgenomen patiënt het revalidatieziekenhuis verlaat zonder dat een einde wordt gesteld aan zijn verblijf door een ontslagmelding en zonder dat hij naar een ander (revalidatie)ziekenhuis wordt overgebracht. De duur van de tijdelijke afwezigheid mag niet meer dan 5 dagen bedragen en de

datum van terugkeer van de patiënt naar het revalidatieziekenhuis wordt vastgesteld bij het begin van de tijdelijke afwezigheid (art 534/51).

In de federale berichten wordt een tijdelijke afwezigheid beschouwd als een dienstwijziging. In de Vlaamse berichten wordt een tijdelijke afwezigheid van een patiënt als afzonderlijk proces beschouwd.

4.5.5.1 Kennisgeving van een tijdelijke afwezigheid van een patiënt, zonder dat de opname wordt onderbroken

Een tijdelijke afwezigheid van de patiënt moet gemeld worden. Voor de dagen van de tijdelijke afwezigheid mag geen prijs per verpleegdag worden aangerekend. Een medewerker registreert de tijdelijke afwezigheid in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de tijdelijke afwezigheid wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de tijdelijke afwezigheid naar de mutualiteit (bericht 725000) via MyCareNet en
- > Het versturen van de tijdelijke afwezigheid naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.CreateTemporaryAbsence) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een tijdelijke afwezigheid:

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ¹³		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Datum wijziging dienst / begin tijdelijke afwezigheid		x	x
Uur wijziging dienst / begin tijdelijke afwezigheid		x	x
Code dienst	300 – G-dienst 610 – Sp cardio-pulmonair (S1) 620 – Sp locomotorisch (S2) 630 – Sp neurologie (S3) 640 – Sp palliatieve zorgen (S4) 650 – Sp chronisch (S5) 660 – Sp psychogeriatric (S6) 999 – tijdelijk ontslag	x	
Datum einde tijdelijke afwezigheid ¹⁴			x
Uur einde tijdelijke afwezigheid			x

Tabel 33: inhoud berichten tijdelijke afwezigheid

¹³ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

¹⁴ Als het moment van terugkeer van de patiënt naar het revalidatieziekenhuis (nog) niet gekend is, kunnen de velden datum en uur einde tijdelijke afwezigheid worden leeggelaten. Nadien moet via een bericht "aanpassing tijdelijke afwezigheid" het tijdstip van de terugkeer van de patiënt naar het revalidatieziekenhuis worden vervolledigd.

In het bericht van een tijdelijke afwezigheid aan de zorgkassentoepassing wordt (in principe) ook datum en uur van terugkeer gemeld. Dit betekent dat er voor een tijdelijke afwezigheid (in principe) slechts één bericht nodig is voor VSB. (Voor de VI zijn er steeds 2 meldingen nodig.) Als de terugkeer van de patiënt op een ander dan voorzien tijdstip gebeurt, moet er een bericht aanpassing van de tijdelijke afwezigheid worden gestuurd.

Het bericht van de melding van de tijdelijke afwezigheid moet overgemaakt worden op het moment van het vertrek van de patiënt uit het revalidatieziekenhuis.

Omdat in de huidige praktijk een tijdelijke afwezigheid steeds in twee tijden (via twee berichten) wordt verstuurd, en omdat aangegeven werd dat het (exacte) moment waarop de patiënt terugkeert bij de aanvang van de tijdelijke afwezigheid niet altijd gekend is, is er een pragmatische aanpak. Er zal door de zorgkassentoepassing geen controle op de aanwezigheid van een datum en tijdstip van terugkeer van de patiënt naar het revalidatieziekenhuis gebeuren. Dit maakt dat het revalidatieziekenhuis een bericht van tijdelijke afwezigheid kan uitsturen zonder al melding te maken van een tijdstip van het (vooropgestelde) tijdstip van terugkeer naar het revalidatieziekenhuis. Desgevallend moet de terugkeer van de patiënt, op het moment van de terugkeer naar het revalidatieziekenhuis, worden gemeld via een bericht van “aanpassing van de tijdelijke afwezigheid”.

Facturen waarin een nog niet afgesloten periode van tijdelijke afwezigheid zit vervat, kunnen niet volledig aanvaard worden. Alle prestaties (verpleegdagen) vanaf het begin van een nog niet afgesloten periode van tijdelijke afwezigheid moeten worden geweigerd, omdat facturatieregels bij een openstaande tijdelijke afwezigheid niet meer gecontroleerd kunnen worden. We dringen er daarom bij de revalidatieziekenhuizen op aan om zo snel mogelijk een periode van tijdelijke afwezigheid af te sluiten door het moment van de terugkeer van de patiënt naar het ziekenhuis te melden. Idealiter wordt facturatie van een periode waarin een nog niet afgesloten periode van tijdelijke afwezigheid in vervat zit, verhindert door de software.

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de tijdelijke afwezigheid verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de tijdelijke afwezigheid wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de tijdelijke afwezigheid	
Reden: “nieuwe tijdelijke afwezigheid”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “nieuwe tijdelijke afwezigheid” vermeld.
Status: Aanvaard	De tijdelijke afwezigheid werd geregistreerd. Dit betekent dat voor de periode van de tijdelijke afwezigheid geen verpleegdagen aan de zorgkas kunnen gefactureerd worden.

Tabel 34: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de tijdelijke afwezigheid

In het geval de tijdelijke afwezigheid niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de tijdelijke afwezigheid	
Reden: “nieuwe tijdelijke afwezigheid”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “nieuwe tijdelijke afwezigheid” vermeld.

Status: geweigerd	De tijdelijke afwezigheid werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe melding blijft de patiënt beschouwd als zijnde opgenomen in het revalidatieziekenhuis.
Foutcode(s) > Datumfout: datum en tijdstip van de aanvang van de gevraagde tijdelijke afwezigheid ligt vóór het moment van opname, in de toekomst, na het moment van ontslag, na het moment waarvoor een verlenging van opname werd aanvaard of de tijdelijke afwezigheid is overlappend met een andere tijdelijke afwezigheid. > Inhoudelijke fout: de tijdelijke afwezigheid duurt langer dan 5 dagen > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de tijdelijke afwezigheid geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de tijdelijke afwezigheid eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 35: antwoord van de ZKT bij weigering van de tijdelijke afwezigheid

4.5.5.2 Aanpassing van een eerder aanvaarde tijdelijke afwezigheid

Nadat een eerder gemelde tijdelijke afwezigheid werd aanvaard, is het mogelijk dat het revalidatieziekenhuis de tijdelijke afwezigheid wil aanpassen, bijvoorbeeld omdat de patiënt op een ander dan voorzien tijdstip is teruggekeerd naar het revalidatieziekenhuis. Dit proces betreft een aanpassing nadat een eerdere tijdelijke afwezigheid is aanvaard door de zorgkassentoepassing. Dit is dus niet het proces dat moet gevolgd worden in het geval een eerder gemelde tijdelijke afwezigheid werd geweigerd.

Een medewerker registreert de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid naar de mutualiteit (bericht 725008) via MyCareNet en
- > Het versturen van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.ModifyTemporaryAbsence) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een tijdelijke afwezigheid:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
VSB-referentienummer van de opname		x

Nummer opname ¹⁵		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Bestaande info	Datum wijziging dienst / tijdelijke afwezigheid	x	x
	Uur wijziging dienst / tijdelijke afwezigheid	x	x
	Code dienst	x	
	Datum einde tijdelijke afwezigheid	x	
	Uur einde tijdelijke afwezigheid	x	
Aangepaste info	Datum wijziging dienst / tijdelijke afwezigheid	x	x
	Uur wijziging dienst / tijdelijke afwezigheid	x	x
	Code dienst	x	
	Datum einde tijdelijke afwezigheid	x	x
	Uur einde tijdelijke afwezigheid	x	x

Tabel 36: inhoud berichten aanpassing van een tijdelijke afwezigheid

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de wijziging van de tijdelijke afwezigheid verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid	
Reden: "wijziging tijdelijke afwezigheid"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging tijdelijke afwezigheid" vermeld.
Status: Aanvaard	De aanpassing van de tijdelijke afwezigheid werd geregistreerd. Dit betekent dat voor de aangepaste periode van de tijdelijke afwezigheid geen verpleegdagen aan de zorgkas kunnen gefactureerd worden.

Tabel 37: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid

In het geval de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid	
Reden: "aanpassing tijdelijke afwezigheid"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "aanpassing tijdelijke afwezigheid" vermeld.
Status: geweigerd	De aanpassing van de tijdelijke afwezigheid werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe

¹⁵ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

	melding blijft informatie van de initieel aanvaarde tijdelijke afwezigheid van toepassing.
Foutcode(s) > Datumfout: datum en tijdstip van de aanvang van de gevraagde tijdelijke afwezigheid ligt vóór het moment van opname, na het moment van ontslag, na het moment waarvoor een verlenging van opname werd aanvaard of de tijdelijke afwezigheid is overlappend met een andere tijdelijke afwezigheid. Datum en tijdstip van terugkeer naar het revalidatieziekenhuis ligt na moment van (definitief) ontslag of na het moment waarvoor een verlenging van opname werd aanvaard. > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 38: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid

4.5.5.3 Annulatie van een eerder aanvaarde tijdelijke afwezigheid

Nadat een eerder gemelde tijdelijke afwezigheid werd aanvaard, is het mogelijk dat het revalidatieziekenhuis de tijdelijke afwezigheid wil annuleren, omdat de tijdelijke afwezigheid niet doorgaat.

Ook als de patiënt na een tijdelijke afwezigheid niet terugkeert naar het revalidatieziekenhuis moet de tijdelijke afwezigheid worden geannuleerd. Na aanvaarding van de annulatie van de tijdelijke afwezigheid moet een ontslagmelding worden gedaan. Het ontslag gaat in op het moment (datum en uur) dat de (geannuleerde) tijdelijke afwezigheid startte.

Een medewerker registreert de annulatie van de tijdelijke afwezigheid in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid naar de mutualiteit (bericht 725009) via MyCareNet en
- > Het versturen van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid naar de centrale zorgkassentoepassing (ModifyAdmission, onderdeel Admission.CancelTemporaryAbsence) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een annulatie van een tijdelijke afwezigheid:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Numer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	

VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ¹⁶		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Datum wijziging dienst / tijdelijke afwezigheid		x	x
Uur wijziging dienst / tijdelijke afwezigheid		x	x
Code dienst	300 – G-dienst 610 – Sp cardio-pulmonair (S1) 620 – Sp locomotorisch (S2) 630 – Sp neurologie (S3) 640 – Sp palliatieve zorgen (S4) 650 – Sp chronisch (S5) 660 – Sp psychogeriatric (S6) 999 – tijdelijk ontslag	x	

Tabel 39: inhoud berichten annulatie van een tijdelijke afwezigheid

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de annulatie van de tijdelijke afwezigheid verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de annulatie van de tijdelijke afwezigheid wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulatie van de tijdelijke afwezigheid	
Reden: “annulatie tijdelijke afwezigheid”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie tijdelijke afwezigheid” vermeld.
Status: Aanvaard	De annulatie van de tijdelijke afwezigheid werd geregistreerd. Dit betekent dat voor de geannuleerde periode van de tijdelijke afwezigheid verpleegdagen aan de zorgkas kunnen gefactureerd worden.

Tabel 40: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de tijdelijke afwezigheid

In het geval de annulatie van de tijdelijke afwezigheid niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid	
Reden: “annulatie tijdelijke afwezigheid”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie tijdelijke afwezigheid” vermeld.
Status: geweigerd	De annulatie van de tijdelijke afwezigheid werd niet geregistreerd. Dit betekent dat voor de eerder aanvaarde periode van tijdelijke afwezigheid geen verpleegdagen kunnen gefactureerd worden aan de zorgkas.

¹⁶ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Foutcode(s)	De (gecodeerde) reden waarom de annulatie van de tijdelijke afwezigheid geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de annulatie van de tijdelijke afwezigheid eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)
> Datumfout: de te annuleren datum en/of het tijdstip van de tijdelijke afwezigheid bestaat niet binnen deze opname.	
> Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	

Tabel 41: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de tijdelijke afwezigheid

4.5.6 Aanpassing van de administratieve gegevens van een eerder aanvaard ontslag

Nadat de kennisgeving van een ontslag van een patiënt werd aanvaard, bestaat de mogelijkheid dat het revalidatieziekenhuis de administratieve gegevens met betrekking tot het einde van de opname aanpast. Deze situatie kan zich voordoen doordat er bijvoorbeeld overlapping is tussen de opname in het revalidatieziekenhuis en de opname in een volgende voorziening, waardoor mogelijks het uur van ontslag moet worden gecorrigeerd.

Een medewerker registreert de aanpassing van de administratieve gegevens van het ontslag in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de aanpassing van de administratieve gegevens van het ontslag wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de aanpassing naar de mutualiteit (bericht 727008) via MyCareNet en
- > Het versturen van de aanpassing naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.ModifyAdministrativeEndAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de aanpassing van de administratieve gegevens van het ontslag:

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ¹⁷		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Bestaande info	Datum einde opname	x	x
	Uur einde opname	x	x
Gewijzigde info	Datum einde opname	x	x
	Uur einde opname	x	x
	Type einde ontslag	x	x
	Bestemming na ontslag		x

¹⁷ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Tabel 42: inhoud berichten aanpassing van de administratieve gegevens van het ontslag

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de aanpassing verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

Opgelet! Als een aanpassing van de administratieve gegevens door de centrale zorgkassentoepassing wordt aanvaard, maar vanuit de mutualiteit wordt geweigerd, moet zowel aan de centrale zorgkassentoepassing als aan de mutualiteit een aangepast bericht worden verstuurd. Dit is noodzakelijk omdat de weigering door de mutualiteit mogelijks gebaseerd is op een niet cumuleerbare overlapping met een federale zorgvoorziening, wat door de centrale zorgkassentoepassing niet gekend is. Het is dan belangrijk dat het exacte moment van ontslag zowel bij de mutualiteit als bij de zorgkassentoepassing identiek is, onder meer omwille van de uniformiteit van de gegevens op de patiëntenfactuur.

In het geval de aanpassing wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanpassing van de administratieve gegevens van een ontslag	
Reden: "wijziging administratief einde opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging administratief einde opname" vermeld.
Status: Aanvaard	De aanpassing van informatie over het ontslag werd aanvaard. De aangepaste informatie werd geregistreerd.

Tabel 43: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de administratieve gegevens van een ontslag

In het geval de aanpassing niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van een aanpassing van de administratieve gegevens van een ontslag	
Reden: "wijziging administratief einde opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging administratief einde opname" vermeld.
Status: geweigerd	De aanpassing van de informatie over het eerder aanvaard ontslag werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe aanpassing blijven de gegevens zoals ze bestonden, bestaan.
Foutcode(s) > Datumfout (de bestaande datum van ontslag komt niet voor in deze opname of de aangepaste datum en tijdstip ontslag ligt vóór het moment van opname, in de toekomst, na het moment van goedgekeurde verlenging, vóór het moment van de meest recente tijdelijke afwezigheid of vóór het moment van de meest recente dienstwijziging) > Inhoudelijke fout: de aangepaste datum en/of tijdstip van het ontslag veroorzaakt een (interne) cumulproblematiek	De (gecodeerde) reden waarom de aanpassing van de administratieve gegevens van het ontslag geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw <u>gelijktijdig aan de zorgkassentoepassing en aan de mutualiteit</u> worden bezorgd, zelfs al werd de aanpassing initieel door de mutualiteit aanvaard. Een gelijktijdige verzending is noodzakelijk opdat beide partijen een identiek moment van ontslag zouden hebben.

> Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	
--	--

Tabel 44: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de administratieve gegevens van een ontslag

4.5.7 Aanpassing van de medische gegevens van een eerder aanvaard ontslag

Nadat een eerder bericht met de medische informatie van een ontslag werd aanvaard, bestaat de mogelijkheid om de medische gegevens van dit ontslag aan te passen.

Een medewerker registreert de aanpassing van de medische gegevens van het ontslag in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de aanpassing van de medische gegevens van het ontslag wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de aanpassing naar de mutualiteit (bericht 727208) via MyCareNet en
- > Het versturen van de aanpassing naar de centrale zorgkassentoepassing (bericht ModifyAdmission, onderdeel Admission.ModifyMedicalEndAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist bij de aanpassing van de medische gegevens van het ontslag:

In te voeren informatie door de opnamedienst		Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)		x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting		x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit		x	
VSB-referentienummer van de opname			x
Nummer opname ¹⁸		x	x
Nummer referentieziekenhuis		x	
Opnamedatum		x	
Uur van opname		x	
Bestaande info	Datum van ontslag	x	x
	Uur van ontslag	x	x
Gewijzigde info	Type einde opname	x	
	Bestemming na ontslag		
	Hoofd- en bijkomende diagnose	x	x
	Uitgevoerde tussenkomsten	x	x
	RIZIV-nummer van de arts die de diagnose attesteert	x	x

Tabel 45: inhoud berichten aanpassing van de medische gegevens van het ontslag

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de aanpassing verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de aanpassing wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

¹⁸ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Inhoud bericht bij aanvaarding van de aanpassing van de medische gegevens van een ontslag	
Reden: "wijziging medisch einde opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging medisch einde opname" vermeld.
Status: Aanvaard	De aanpassing van informatie over het ontslag werd aanvaard. De aangepaste informatie werd geregistreerd.

Tabel 46: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de medische gegevens van een ontslag

In het geval de aanpassing niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van een aanpassing van de medische gegevens van een ontslag	
Reden: "wijziging medisch einde opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "wijziging medisch einde opname" vermeld.
Status: geweigerd	De aanpassing van de informatie over het eerder aanvaard ontslag werd niet geregistreerd. In afwachting van een nieuwe aanpassing blijven de gegevens zoals ze bestonden, bestaan.
Foutcode(s) > Er is (nog) geen bericht van het administratief ontslag gestuurd, waardoor er nog geen datum en tijdstip van ontslag gekend is; > Inhoudelijke fout (het bericht bevat geen medische informatie, er is geen eerder aanvaarde medische informatie aanwezig, gebruik van een niet toegelaten ICD10-code, foutief RIZIV-nummer van de behandelend arts) > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de aanpassing van de medische gegevens van het ontslag geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de aanpassing eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 47: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de medische gegevens van een ontslag

4.5.8 Annulatie van een eerder aanvaard ontslag

Nadat een eerdere kennisgeving van een ontslag van een patiënt werd aanvaard, bestaat de mogelijkheid dat het revalidatieziekenhuis het einde van de opname annuleert, omdat het ontslag niet doorgaat. In dit geval wordt het ontslag volledig geannuleerd.

Het is ook mogelijk, nadat een eerdere kennisgeving van een ontslag werd aanvaard, om enkel de medische informatie van dit ontslag te annuleren. Dit betekent dat enkel de medische gegevens van het ontslag worden verwijderd. De administratieve gegevens van het ontslag worden dan behouden.

4.5.8.1 Volledige annulatie van een eerder aanvaard ontslag

Na een aanvaarding van een volledige annulatie van een ontslag wordt zowel de administratieve als de medische informatie verwijderd. Er is hierdoor geen datum van een ontslag voor deze patiënt meer bekend.

Een medewerker registreert de annulatie van het ontslag in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de annulatie van het ontslag wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de annulatie van het ontslag naar de mutualiteit (bericht 727009) via MyCareNet en
- > Het versturen van de annulatie van het ontslag naar de centrale zorgkassentoepassing (ModifyAdmission, onderdeel Admission.CancelEndAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een annulatie van een ontslag:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
VSB-referentienummer van de opname		x
Nummer opname ¹⁹	x	x
Nummer referentieziekenhuis	x	
Opnamedatum	x	
Uur van opname	x	
Datum ontslag	x	x
Uur ontslag	x	x

Tabel 48: inhoud berichten annulatie van een ontslag

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de annulatie van het ontslag verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de annulatie van het ontslag wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulatie van een ontslag	
Reden: "annulatie einde opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "annulatie einde opname" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulatie van het ontslag werd geregistreerd. Dit betekent dat verpleegdagen aan de zorgkas verder kunnen gefactureerd worden, voor de eerder goedgekeurde periode. Een annulatie van het ontslag betekent ook dat eventueel eerder doorgegeven medische informatie van het ontslag wordt verwijderd uit de bestanden.

¹⁹ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Tabel 49: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van een ontslag

Een annulatie van een eerder aanvaard ontslag wordt, als de annulatie meer dan vijf dagen na de initiële ontslagdatum wordt gemeld, in beraad gehouden. Dit betekent dat het bericht bij een medewerker van de zorgkas zal terecht komen. De medewerker van de zorgkas zal contact nemen met het revalidatieziekenhuis, om de reden van de laattijdige annulatie na te gaan. In functie hiervan zal een aanvaarding of weigering van de annulatie gebeuren.

Inhoud bericht bij een beslissing “in beraad” van de annulatie van een ontslag	
Reden: “annulatie einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie einde opname” vermeld.
Status: in beraad	De annulatie van het ontslag werd niet automatisch geregistreerd. Omdat de annulatie van het ontslag meer dan vijf dagen na de initieel aanvaarde ontslagdatum komt, zal door een medewerker van de zorgkas contact genomen worden met het revalidatieziekenhuis om de reden van de laattijdige annulatie na te gaan. Nadien zal een beslissing aanvaard of geweigerd volgen.

Tabel 50: antwoord van de ZKT bij beslissing “in beraad” van de annulatie van een ontslag

In het geval de annulatie van het ontslag niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van het ontslag	
Reden: “annulatie einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie einde opname” vermeld.
Status: geweigerd	De annulatie van het ontslag werd niet geregistreerd. Dit betekent dat de informatie over een eerder gemeld ontslag wordt behouden.
Foutcode(s) > Datumfout: de te annuleren datum van ontslag bestaat niet > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de annulatie van het ontslag geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de annulatie van het ontslag eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 51: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van het ontslag

4.5.8.2 Annulatie van de medische informatie van een eerder aanvaard ontslag

Bij aanvaarding van een annulatie van de eerder doorgegeven medische informatie van een ontslag, wordt enkel de medische informatie uit de bestanden verwijderd. De administratieve informatie blijft behouden. Er bestaat dus nog een (onvolledige) ontslag voor deze patiënt.

Een medewerker registreert de annulatie van de medische informatie van het ontslag in de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis.

Op het moment dat de annulatie van de medische informatie van het ontslag wordt verstuurd, initieert de softwaretoepassing van het revalidatieziekenhuis twee vervolgacties:

- > Het versturen van de annulatie van de medische informatie van het ontslag naar de mutualiteit (bericht 727209) via MyCareNet en
- > Het versturen van de annulatie van de medische informatie van het ontslag naar de centrale zorgkassentoepassing (ModifyAdmission, onderdeel Admission.CancelMedicalEndAdmission) via VSB-net.

Volgende informatie is vereist voor een melding van een annulatie van de medische informatie van een ontslag:

In te voeren informatie door de opnamedienst	Bericht VI	Bericht VSB
INSZ-nummer (Rijksregisternummer / BIS-nummer)	x	x
Nummer mutualiteit van aansluiting	x	
Inschrijvingsnummer mutualiteit	x	
VSB-referentienummer van de opname		x
Nummer opname ²⁰	x	x
Nummer referentieziekenhuis	x	
Opnamedatum	x	
Uur van opname	x	
Datum ontslag	x	x
Uur ontslag	x	x

Tabel 52: inhoud berichten annulatie van de medische informatie van een ontslag

Na verwerking zal de mutualiteit een ontvangstbewijs (bericht 791000) aan het revalidatieziekenhuis sturen. De centrale zorgkassentoepassing zal de annulatie van de medische informatie van het ontslag verwerken, zonder rekening te houden met het antwoord van de mutualiteit.

In het geval de annulatie van de medische informatie van het ontslag wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij aanvaarding van de annulatie van de medische informatie van een ontslag	
Reden: "annulatie medisch einde opname"	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing "annulatie medisch einde opname" vermeld.
Status: Aanvaard	De annulatie van de medische informatie van het ontslag werd geregistreerd. Dit betekent dat er geen medische informatie meer bestaat voor dit ontslag. De melding van het ontslag is hierdoor onvolledig.

Tabel 53: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de medische informatie van een ontslag

In het geval de annulatie van de medische informatie van het ontslag niet wordt aanvaard door de zorgkassentoepassing, krijgt het revalidatieziekenhuis een bericht met volgende informatie:

Inhoud bericht bij weigering van de annulatie van de medische informatie van het ontslag

²⁰ Unieke identificatie van de opname, toegekend door het revalidatieziekenhuis

Reden: “annulatie medisch einde opname”	Dit proces wordt (op het vlak van IT) beschouwd als een aanpassing van de opname(berichten). Daarom wordt als reden van de aanpassing “annulatie medisch einde opname” vermeld.
Status: geweigerd	De annulatie van de medische informatie van het ontslag werd niet geregistreerd. Dit betekent dat de eerder aanvaarde medische informatie voor dit ontslag wordt behouden.
Foutcode(s) > Datumfout: de bestaande datum voor het ontslag bestaat niet in deze opname > Inhoudelijke fout: er is geen eerder aanvaarde medische informatie voor dit ontslag aanwezig > Technische fout (verkeerd formaat van het bericht, geen overeenstemming tussen RIZIV- en HCO-nummer, VSB-referentienummer is niet gekend of verschilt van het referentienummer bij opname)	De (gecodeerde) reden waarom de annulatie van de medische informatie van het ontslag geweigerd werd. Op basis hiervan moet het ziekenhuis gericht acties ondernemen om de fout(en) te remediëren. Na remediëring moet de gecorrigeerde informatie opnieuw aan de zorgkassentoepassing worden bezorgd. (Enkel in het geval de annulatie van de medische informatie van het ontslag eerder ook door de mutualiteit werd geweigerd, moet dit nieuwe bericht ook gelijktijdig aan de mutualiteit worden bezorgd.)

Tabel 54: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de medische informatie van het ontslag

4.5.9 Laattijdige aanpassingen

Quasi alle berichten worden door “het systeem” verwerkt. Slechts in uitzonderlijke situaties is er een tussenkomst van een medewerker van de zorgkas nodig. Dit heeft het grote voordeel dat alle berichten voor alle zorgkassen op dezelfde voorwaarden worden gecontroleerd. De berichten worden uniform behandeld voor alle zorgkassen. De automatische verwerking heeft ook een gunstig effect op de snelheid waarmee berichten worden behandeld.

Een gevolg van de automatische verwerking is dat berichten chronologisch moeten verstuurd en behandeld worden. Een bericht van een tijdelijke afwezigheid zal niet aanvaard worden als er geen eerder bericht rond een verlenging van een opname werd aanvaard, waarbinnen de tijdelijke afwezigheid valt. In de weigering zal de reden steeds vermeld worden, zodat het revalidatieziekenhuis weet welke corrigerende acties in een bericht moeten worden verstuurd.

Eens een opname is afgesloten via een ontslagmelding kunnen er, na aanvaarding van het ontslag, geen wijzigingen aan het verloop van de opname automatisch worden goedgekeurd. In de praktijk zijn er situaties waar een aanpassing aan het verloop van een opname nodig zijn. Soms wordt de noodzaak tot aanpassing aan het verloop van de opname pas laattijdig, soms maanden na het ontslag van een patiënt, bekend (vb. in het geval van verzekeringsdossiers). In het geval een aanpassing van het verloop van een opname wordt gevraagd nadat eerder een ontslagmelding werd aanvaard, bijvoorbeeld een dienstwijziging, zal de centrale zorgkassentoepassing dit niet automatisch beoordelen. De centrale zorgkassentoepassing zal een bericht “in beraad” sturen, waardoor de vraag tot aanpassing bij een medewerker van de zorgkas komt. De medewerker van de zorgkas zal het revalidatieziekenhuis contacteren en informeren naar de reden van de laattijdige aanpassing. De medewerker kan dan beoordelen of de laattijdige aanpassing aanvaard of geweigerd wordt.

Ook als een ontslag later dan 30 dagen na een eerder aanvaarde ontslagdatum wordt geannuleerd, zal de centrale zorgkassentoepassing een antwoord “in beraad” sturen aan het revalidatieziekenhuis en is een tussenkomst van een medewerker van de zorgkas nodig. De medewerker van de zorgkas zal het

revalidatieziekenhuis contacteren met de vraag naar de reden van de (laattijdige) annulatie. In functie van de reden kan de medewerker van de zorgkas de annulatie aanvaarden of weigeren. Na een aanvaarding van een annulatie van een ontslag moet uiteraard opnieuw een ontslagmelding worden gestuurd, om de opname af te sluiten.

De methodologie wanneer de zorgkassentoepassing een aanvaarding dan wel een bericht “in beraad” zal doen in geval van laattijdige aanpassingen, wordt in onderstaande tabel samengevat.

Preconditie: er bestaat een aanvaarde opname met een aanvaard ontslag op 15/04		
Type aanpassing	Datum aanpassing	resultaat
Aanpassing tijdelijke afwezigheid, aanpassing dienst, aanpassing begin opname, nieuwe verlenging, aanpassing verlenging	16/04 (1 dag)	In beraad
	21/04 (> 5 dagen)	In beraad
	15/05 (> 30 dagen)	In beraad
Aanpassing datum ontslag	16/04 (< 5 dagen)	Aanvaard
	21/04 (> 5 dagen)	Aanvaard
	15/05 (> 30 dagen)	In beraad
Aanvulling of aanpassing of verwijderen medische informatie bij het ontslag*	16/04 (1 dag)	Aanvaard
	21/04 (> 5 dagen)	Aanvaard
	15/05 (> 30 dagen)	In beraad*
Annuleren einde opname (administratief en medisch)	16/04 (< 5 dagen)	Aanvaard
	21/04 (> 5 dagen)	Aanvaard
	15/05 (> 30 dagen)	In beraad

Tabel 55: Synthese automatische verwerking laattijdige aanpassingen

*Update. Voor opnames vanaf 1 juli 2022 zal, in geval van een aanpassing van de medische interventies later dan 30 dagen na ontslag, geen bericht “in beraad” meer volgen. Laattijdige aanpassingen betreffende de uitgevoerde interventies zullen dus door het systeem automatisch worden aanvaard. Dit laat toe dat de informatie betreffende de uitgevoerde interventies tot na verwerking van alle facturatie nog kan gecorrigeerd worden.

Op een bericht dat door het revalidatieziekenhuis wordt uitgestuurd, volgend op een eerder bericht dat nog “in beraad” is, zal door de centrale zorgkassentoepassing een antwoord worden bezorgd met de melding “Dit bericht kan nog niet behandeld worden omdat voor dezelfde opname nog een ander bericht in beraad staat. Van zodra deze afgehandeld is, zal het nieuwe bericht automatisch behandeld en beantwoord worden.”

4.5.10 Synthese: aanpassingen bij tussentijdse aanpassingen van eerdere meldingen

- > Er werden ingevolge de inkanteling in VSB geen nieuwe processen ontworpen of bestaande processen geschrapt. De bestaande en gekende berichten waar een aanpassing van informatie aan de mutualiteiten wordt gemeld, werden vertaald naar een “Vlaamse stroom” die via VSB-net naar de centrale zorgkassentoepassing wordt gestuurd.
- > Het aanmaken van de aanpassing van de informatie gebeurt één keer. De informaticatoepassing van het revalidatieziekenhuis initieert (back-office) twee vervolgacties: de verzending van de informatie aan de mutualiteit en de gelijktijdige verzending van de informatie aan de zorgkassentoepassing.
- > Op een aanpassing van informatie volgen altijd twee antwoorden aan het revalidatieziekenhuis: een antwoord vanuit de mutualiteit en een antwoord vanuit de zorgkassentoepassing.
- > Een tijdelijke afwezigheid van de patiënt wordt voor de mutualiteiten in een zelfde bericht als voor de melding van een dienstwijziging gestuurd. Voor VSB werden afzonderlijke berichten gecreëerd: een bericht voor een dienstwijziging en een bericht voor een tijdelijke afwezigheid.

De melding van een tijdelijke afwezigheid bij de zorgkassentoepassing gebeurt (in principe) in één bericht, dat ook het tijdstip van het einde van de tijdelijke afwezigheid vermeldt. (In tegenstelling tot de werkwijze bij de mutualiteiten, waar een tijdelijke afwezigheid altijd in twee tijden gemeld.) Bij een ander moment van terugkeer van de patiënt na de tijdelijke afwezigheid dan initieel voorzien, moet de datum en/of uur van terugkeer aangepast worden via een bericht “aanpassing van de tijdelijke afwezigheid”.

- > In het geval de aanpassing van de informatie door de mutualiteit en/of de zorgkassentoepassing geweigerd wordt, moet het revalidatieziekenhuis gericht acties ondernemen en remediëren. De reden van de weigering wordt in het bericht weergegeven. Na remediëring moet een nieuwe aanpassing van de informatie worden gestuurd aan de instantie die een weigering stuurde, tenzij de remediëring of de aanpassing een gewijzigd tijdstip van opname en/of ontslag veroorzaakt.
- > Laattijdige aanpassingen aan het verloop van een opname, nadat eerder een ontslagmelding voor die patiënt werd aanvaard, zullen niet automatisch door de centrale zorgkassentoepassing worden aanvaard. De centrale zorgkassentoepassing zal een bericht “in beraad” naar het revalidatieziekenhuis sturen, waardoor de melding bij een medewerker van de zorgkas terecht komt. De medewerker van de zorgkas zal bij het revalidatieziekenhuis informeren naar de reden van de laattijdige aanpassing en in functie hiervan beslissen over het al dan niet aanvaarden van de laattijdige aanpassing.
- > Ook bij een annulatie van een eerder aanvaard ontslag die meer dan vijf dagen na de initieel aanvaarde ontslagdatum gebeurt, zal een medewerker van de zorgkas bij het revalidatieziekenhuis informeren naar de reden van de laattijdige annulatie.

5 FACTURATIE

5.1 SECTOROVERKOEPELENDE INFORMATIE

Toelichting en sectoroverkoepelende regels betreffende de facturatie zijn terug te vinden op de website van het Departement Zorg.

Dit bevat onder meer:

- > Algemene procedure facturatie
- > Structuur van een zending
- > Controle en betaling van facturen
- > Correcties van facturatie door voorzieningen
- > Persoonlijk aandeel
 - Aandachtspunten
 - Automatische verrekening
 - Informatie i.v.m. gedetineerden en geïnterneerden
- > Facturatie bij mutatie
- > Verjaringstermijn
- > Verzamelstaten

Er zijn twee facturatiebestanden nodig.

Een facturatiebestand aan de mutualiteiten bevat alle facturen van een patiënt voor wat betreft de prestaties die door de federale ziekteverzekering gedekt zijn.

Een facturatiebestand aan de zorgkassen bevat alle facturen van een patiënt voor wat betreft de verpleegdagen.

5.2 FACTURATIE AAN DE MUTUALITEITEN

De inkanteling van de revalidatieziekenhuizen in VSB brengt geen wijzigingen mee in de financiering van de nomenclatuurgebonden prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt. Deze prestaties worden ook na 1 januari 2022 verder gefactureerd aan en betaald door het RIZIV, via de mutualiteiten.

De facturatie van de prestaties die door de federale ziekteverzekering worden gedekt worden dus nog steeds via MyCareNet aan de mutualiteiten gefactureerd.

Er worden geen wijzigingen aangebracht in het formaat van het facturatiebestand aan de mutualiteiten. De facturatie-instructies van het RIZIV blijven van toepassing.

Het gebruik van “rekening C” voor de regionale prestaties wordt voor de (facturatie van de verpleegdagen in de) revalidatieziekenhuizen stopgezet.

Teneinde de mutualiteiten in de mogelijkheid te stellen hun rol inzake ledenverdediging optimaal te kunnen uitvoeren, worden de ziekenhuistwaalfden en de prijzen per verpleegdag van alle revalidatieziekenhuizen ter informatie ook aan de mutualiteiten gecommuniceerd.

5.3 FACTURATIE AAN DE ZORGKASSEN

5.3.1 Het vast gedeelte van het BRZ²¹ – de ziekenhuistwaalfden

De zorgkassen worden belast met de betaling van de ziekenhuistwaalfden, zoals gecommuniceerd door het Departement Zorg.

De zorgkassen betalen uiterlijk de vijftiende dag van iedere maand hun aandeel van het vast gedeelte van het BRZ aan elk revalidatieziekenhuis (art. 534/37).

5.3.2 Het variabel gedeelte – de verpleegdagen

Het variabel gedeelte van het BRZ wordt vereffend volgens een prijs per verpleegdag (art. 534/37). Verpleegdagen die worden gerealiseerd voor een VSB-verzekerde patiënt, worden via de software van het revalidatieziekenhuis en VSB-Net aan de zorgkassen gefactureerd.

Verpleegdagen worden één keer per maand aan de zorgkas waar de patiënt is aangesloten op elektronische wijze verstuurd door het revalidatieziekenhuis. Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per revalidatieziekenhuis aanvaard. Uitzonderlijk kan hiervan worden afgeweken voor facturatie van aanvullende prestaties en/of correcties.

Voor elke verpleegdag die ten minste één nacht behelst, mag een verpleegdagprijs aangerekend worden. De bepalingen voor het aanrekenen van een verpleegdag, zoals die bestonden vóór 1 januari 2022, blijven ongewijzigd (art. 534/51).

Een verpleegdag omvat ten minste één nacht, dit wil zeggen dat de opname begint vóór middernacht en eindigt na acht uur de volgende dag;

5.3.2.1 Facturatie van de dag van opname en/of ontslag

- > Dag van opname mag gefactureerd worden indien:
 - Begin van de opname vóór 12 uur
 - De patiënt overlijdt op de dag van opname
- > De dag van ontslag mag gefactureerd worden indien:
 - Begin van de opname na 12 uur (ongeacht uur van ontslag)
 - Begin van de opname vóór 12 uur én ontslag na 14 uur
- > Er moet minstens 1 overnachting zijn: het ontslag moet ten vroegste na 8 uur van de dag volgend op de dag van opname vallen.
- > Er is een situatie waarbij opeenvolgende voorzieningen dezelfde dag mogen factureren. Als een patiënt in de eerste voorziening opgenomen werd na 12 u, zal deze voorziening de dag van ontslag factureren. Als deze patiënt op dezelfde dag vóór 12 u wordt opgenomen in de tweede voorziening (en ontslagen wordt na 14 u), zal de tweede voorziening zowel de dag van opname als de dag van ontslag factureren. De centrale zorgkassentoepassing zal de facturatie van de dag van opname / opname aanvaarden voor de voorziening die als eerste factureert. De centrale zorgkassentoepassing zal de dag de facturatie van die dag voor de voorziening die als tweede factureert niet automatisch aanvaarden. De facturatie voor deze dag komt in beraad, op basis waarvan de zorgkasmedewerker deze factuur alsnog zal aanvaarden.

²¹ BRZ = Budget RevalidatieZiekenhuizen

- > Merk op dat de (besparings-)maatregel voor de algemene en universitaire ziekenhuizen, waarbij ongeacht het uur van opname en/of ontslag steeds maar één verpleegdag mag worden gefactureerd (en de andere dag moet gefactureerd worden aan nul euro), niet van toepassing is op de revalidatieziekenhuizen.

5.3.2.2 *Facturatie bij een tijdelijke afwezigheid*

Bij tijdelijke afwezigheid (of “therapeutisch verlof”) van de patiënt mag de dag van vertrek alleen worden aangerekend als de patiënt het revalidatieziekenhuis verlaat na 14 uur en mag de dag van terugkeer alleen worden aangerekend als de patiënt vóór 12 uur naar het ziekenhuis terugkeert.

Voor de facturatie van de dag van opname en/of ontslag en de tijdelijke afwezigheden zijn de uren als volgt geïmplementeerd:

- Vóór 12u: kleiner dan of gelijk aan 12u00
- Vóór 14u: kleiner dan of gelijk aan 14u00

5.3.2.3 *Facturatie bij verhuis van dienst*

De verhuis van een patiënt naar een andere dienst, binnen hetzelfde revalidatieziekenhuis, wordt beschouwd als een normale verderzetting van de opname, behalve als het een verhuis tussen een Sp-dienst en een G-dienst betreft. De facturatie van de dag waarop de dienstwijziging heeft plaatsgevonden, moet gebeuren met de dienstcode (en de overeenkomstige prijs per verpleegdag) van de dienst waar de patiënt verbleef om 12 uur 's middags.

5.4 AANDACHTSPUNT M.B.T. BTW

De wet van 11 juli 2021²² wijzigt de bepalingen over de BTW vrijstelling voor medische diensten (art. 44, §1) en de bepalingen met betrekking tot de ziekenhuisvrijstelling (art. 44, §2). Vanaf 1 januari 2022 moet voor bepaalde niet therapeutische handelingen BTW worden gerekend. Veel zaken zijn nog onduidelijk, maar het staat vast dat bepaalde zaken die nu als “diverse kost” aan de patiënt worden gefactureerd, zoals bijvoorbeeld een kappersbezoek, BTW-plichtig zijn geworden. Verder is het ook duidelijk dat de kosten voor het ziekenhuisverblijf, in casu de verpleegdagprijs, vrijgesteld van BTW blijft. Er zijn door deze wetswijziging, tot tegenbericht, geen structurele aanpassingen aan de facturatie-bestanden voor de Vlaamse sociale bescherming. Om een correcte weergave te hebben van de kosten die, onder de nomenclatuur voor “diverse kosten” aan de patiënt zijn gefactureerd, moeten de bedragen, zo nodig, inclusief BTW worden vermeld in de facturatiebestanden aan VSB.

5.5 MAXIMUM FACTUUR

De (interfederale) “MAF-teller” van een patiënt wordt, ook na 1 januari 2022 verder beheerd door de mutualiteiten. Opdat voor het bepalen van het moment waarop een patiënt de drempelwaarde inzake de maximumfactuur heeft bereikt, ook rekening zou kunnen worden gehouden met een verblijf in een revalidatieziekenhuis, worden de aanvaarde prestaties door de centrale zorgkassentoepassing ook aan de mutualiteit van de patiënt gecommuniceerd (DF009).

²² Wet van 11 juli 2021 tot wijziging van het Wetboek van de belasting over de toegevoegde waarde wat de vrijstelling van de belasting inzake medische verzorging betreft (BS 20.07.2021)

Op het moment dat een patiënt de drempel voor de toepassing van de maximumfactuur heeft bereikt, zal de mutualiteit dit melden aan het revalidatieziekenhuis, hetzij via de betalingsverbintenis (bericht 721900), hetzij via een bericht "730000". Deze berichten worden door de mutualiteit gelijktijdig aan de zorgkassentoepassing gestuurd. Hierdoor heeft de zorgkassentoepassing dezelfde informatie als het revalidatieziekenhuis, wat betreft het MAF-statuuat van de patiënt.

De MAF-regeling (de "MAF – 100%") moet toegepast worden vanaf (de facturatie van) de eerste dag van opname, in het geval de drempelwaarde al is bereikt op het moment van de opname. In het geval tijdens de hospitalisatie de drempelwaarde wordt bereikt, wordt in het bericht 730000 de datum van toepassing van de MAF-regeling vermeld. De MAF-regeling zoals gemeld in het 730000 bericht wordt toegepast voor de facturen opgemaakt vanaf de dag na de dag van ontvangst van het 730000 bericht.

Voorbeeld 1 – drempelwaarde al bereikt op moment van opname:

- > Melding MAF-regeling in betalingsverbintenis bij opname, bericht 721900
- > MAF-regeling wordt toegepast vanaf de facturatie van de eerste dag van opname

Voorbeeld 2 – drempelwaarde wordt bereikt tijdens de loop van de opname, opmaak factuur op dezelfde dag als ontvangst MAF melding:

- > Dag N: melding MAF-regeling via 730000 bericht
- > Dag N: opmaak factuur zonder toepassing van de MAF-regeling

Voorbeeld 3 – drempelwaarde wordt bereikt tijdens de loop van de opname, opmaak factuur na de dag van ontvangst MAF melding:

- > Dag N: melding MAF-regeling via 730000 bericht
- > Dag N+1: opmaak factuur met toepassing van de MAF-regeling

Het revalidatieziekenhuis mag geen retrograde correcties inzake MAF doen. In de facturatie (nieuwe facturen en creditnota's) vanaf de dag na de ontvangstdatum van een "bericht 730000", moet rekening worden gehouden met de informatie vermeld in dit bericht.

Als er al facturen zijn ingediend vóór (of op) de ontvangstdatum van een bericht 730000 waarbij er geen rekening (kon) word(en)t gehouden met het bereiken van de drempelwaarde MAF, mag het revalidatieziekenhuis geen correcties doen. Correcties gebeuren later door de mutualiteiten.

Opgelet! Als omwille van een andere reden (bijvoorbeeld omdat kamersupplementen initieel verkeerd werden aangerekend) via een creditnota en nadien via een corrigerende factuur, correcties worden gedaan, moet wel rekening worden gehouden met de meest recente informatie en moet dus de MAF-regeling worden toegepast.

5.6 DE OPNAMEVERKLARING EN DE PATIËNTENFACTUUR

5.6.1 De opnameverklaring

De verplichting om de patiënt, uiterlijk op het moment van de opname, op een correcte wijze te informeren over de financiële implicaties van de opname, blijft behouden (art. 534/41). Via het VSB-besluit werd het verplicht te gebruiken model van de opnameverklaring en de toelichting bij de opnameverklaring bepaald. Dit model is een beperkte aanpassing van het bestaand model, zoals het tot vóór 1 januari 2022 werd gebruikt.

5.6.2 De patiëntenfactuur

Conform artikel 156 van de wet op de ziekenhuizen moet aan de patiënt één patiëntenfactuur worden aangeboden. Dit betekent dat alle items van het ziekenhuisverblijf op één factuur aan de patiënt moeten worden vermeld, ondanks het gegeven dat (achterliggend) verschillende overheden instaan voor de tegemoetkoming.

Het principe van één patiëntenfactuur blijft behouden.

Tijdens de interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 22 mei 2019 werd afgesproken dat er gestreefd zou worden naar één patiëntenfactuur, waarbij het model zoals het werd vastgelegd door het RIZIV, aangevuld wordt door de deeltentiteiten met de vermeldingen die op de patiëntenfactuur aanwezig moeten zijn.

Via het besluit VSB wordt een verplicht te hanteren model bepaald. Dit model vertrekt van het RIZIV model (bijlage 37 bij de verordening geneeskundige verstrekkingen) waar een beperkte aanpassing, in functie van de prestaties die aan de zorgkas werden gefactureerd, is gebeurd.

6 TABELLEN

Tabel 1: overzicht revalidatieziekenhuizen in de VSB	7
Tabel 2: inhoud berichten kennisgeving van een nieuwe opname	14
Tabel 3: antwoord van de zorgkassentoepassing (ZKT) bij aanvaarding van de opname	15
Tabel 4: antwoord van de ZKT bij beslissing over de opname “in beraad”	17
Tabel 5: antwoord van de ZKT bij weigering van de opname	18
Tabel 6: inhoud berichten verlenging van opname	22
Tabel 7: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de verlenging van opname	23
Tabel 8: antwoord van de ZKT bij weigering van de verlenging van opname	24
Tabel 9: inhoud berichten administratieve kennisgeving van een ontslag	27
Tabel 10: inhoud berichten medische kennisgeving van een ontslag	27
Tabel 11: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de administratieve ontslagmelding	28
Tabel 12: antwoord van de ZKT bij weigering van de administratieve ontslagmelding	29
Tabel 13: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de medische ontslagmelding	29
Tabel 14: antwoord van de ZKT bij weigering van de medische ontslagmelding	30
Tabel 15: inhoud berichten verbetering administratieve gegevens bij opname	31
Tabel 16: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aangepaste administratieve gegevens bij opname	32
Tabel 17: antwoord van de ZKT bij weigering van een aanpassing van de administratieve gegevens van een opname	32
Tabel 18: inhoud berichten annulatie van een opname	33
Tabel 19: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de opname	33
Tabel 20: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de opname	34
Tabel 21: inhoud berichten annulatie van een verlenging van opname	34
Tabel 22: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de verlenging van opname	35
Tabel 23: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de verlenging van de opname	35
Tabel 24: inhoud berichten melden van een verhuis van dienst	36
Tabel 25: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de melding van de verhuis van dienst	36
Tabel 26: antwoord van de ZKT bij weigering van de melding van de verhuis van dienst	37
Tabel 27: inhoud berichten aanpassing van de verhuis van dienst	38
Tabel 28: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de verhuis van dienst	38
Tabel 29: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de verhuis van dienst	39
Tabel 30: inhoud berichten annulatie van de verhuis van dienst	40
Tabel 31: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de verhuis van dienst	40
Tabel 32: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de verhuis van dienst	40
Tabel 33: inhoud berichten tijdelijke afwezigheid	41
Tabel 34: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de tijdelijke afwezigheid	42
Tabel 35: antwoord van de ZKT bij weigering van de tijdelijke afwezigheid	43
Tabel 36: inhoud berichten aanpassing van een tijdelijke afwezigheid	44
Tabel 37: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid	44
Tabel 38: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de tijdelijke afwezigheid	45
Tabel 39: inhoud berichten annulatie van een tijdelijke afwezigheid	46
Tabel 40: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de tijdelijke afwezigheid	46
Tabel 41: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de tijdelijke afwezigheid	47
Tabel 42: inhoud berichten aanpassing van de administratieve gegevens van het ontslag	48
Tabel 43: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de administratieve gegevens van een ontslag	48
Tabel 44: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de administratieve gegevens van een ontslag	49
Tabel 45: inhoud berichten aanpassing van de medische gegevens van het ontslag	49

Tabel 46: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de aanpassing van de medische gegevens van een ontslag	50
Tabel 47: antwoord van de ZKT bij weigering van de aanpassing van de medische gegevens van een ontslag	50
Tabel 48: inhoud berichten annulatie van een ontslag.....	51
Tabel 49: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van een ontslag	52
Tabel 50: antwoord van de ZKT bij beslissing “in beraad” van de annulatie van een ontslag	52
Tabel 51: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van het ontslag.....	52
Tabel 52: inhoud berichten annulatie van de medische informatie van een ontslag	53
Tabel 53: antwoord van de ZKT bij aanvaarding van de annulatie van de medische informatie van een ontslag	53
Tabel 54: antwoord van de ZKT bij weigering van de annulatie van de medische informatie van het ontslag	54
Tabel 55: Synthese automatische verwerking laattijdige aanpassingen.....	55

7 BIJLAGE – SYNTHESE STROMEN OPNAME EN ONTSLAG

	Initieel bericht		Antwoord		Facturatie		Actie nodig?	Gewijzigd bericht	
	VI	ZK	VI	ZK	VI	ZK		VI	ZK
Aanvraag nieuwe opname patiënt	x	x	Betalingsverbintenis	aanvaard	J	J			
			In beraad	In beraad	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N		x	x
			In beraad	Aanvaard	N	J			
			In beraad	Geweigerd	N	N	J	*	x
			Geweigerd	Aanvaard	N	J	J	x	*
			Betalingsverbintenis	Geweigerd	J	N	J	*	x
			Betalingsverbintenis	Aanvaard	J	J			
Verbetering administratieve gegevens nieuwe opname	x	x	In beraad	In beraad	J/N	J/N			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	x	x
			In beraad	Aanvaard	J/N	J			
			In beraad	Geweigerd	J/N	N	J	*	x
			Betalingsverbintenis	Geweigerd	J	J/N	J	*	x
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	J	J	x	*
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	J			
Annulatie van een eerder aanvaarde opname	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaard	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	x	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	J/N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	N	J	x	
Aanvraag verlenging van opname	x	x	Aanvaarding	aanvaard	J	J			
			Kortere periode	aanvaard	J	J			
			weigering	aanvaard	N	N	J	X	
			Aanvaarding	Geweigerd	J	N	J		x
			Kortere periode	Geweigerd	J	N	J		x
			Weigering	Weigering	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
Annulatie eerder aanvaarde verlenging van opname	x	(x)	Geweigerd	Geweigerd	J	J	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	J	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	J	N	J	x	
			Ontvangstmelding	Aanvaarding	J	J			
Kennisgeving van een dienstwijziging	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	J	J			

Aanpassing eerder aanvaarde dienstwijziging	X	X	Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	J	J/N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	N	J	x	
			Ontvangstmelding	Aanvaarding	J	J			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	J	J/N	J		x
Annulatie eerder aanvaarde dienstwijziging	x	x	Geweigerd	Aanvaard	J/N	J	J	x	
			Ontvangstmelding	Aanvaarding	J	J			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	J	J/N	J		x
Kennisgeving tijdelijke afwezigheid	x	x	Geweigerd	Aanvaard	J/N	J	J	x	
			Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	J/N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	N	J	x	
Aanpassing eerder aanvaarde tijdelijke afwezigheid	X	X	Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	J/N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	N	J	x	
Annulatie eerder aanvaarde tijdelijke afwezigheid	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	J	J			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	J	N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	N	J	J	x	
Melding van een administratief ontslag	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	J/N	J/N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	J/N	J	*	x
			Geweigerd	Aanvaard	J/N	N	J	x	*
Aanvulling eerder gemeld ontslag met medische informatie	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	N	N	J	x	
Aanpassing administratieve gegevens ontslag	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	N	J	*	x
			Geweigerd	Aanvaard	N	N	J	x	*

Aanpassing eerder aanvaarde aanvulling van de medische gegevens van een ontslag	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	N	N	J	x	
Volledige annulatie van een eerder aanvaard ontslag	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	J	J			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	J	N	J	*	x
			Geweigerd	Aanvaard	N	J	J	x	*
Annulatie van eerder aanvaarde medische gegevens van een ontslag	x	x	Ontvangstmelding	Aanvaarding	N	N			
			Geweigerd	Geweigerd	N	N	J	X	x
			Ontvangstmelding	Geweigerd	N	N	J		x
			Geweigerd	Aanvaard	N	N	J	x	

Tabel: synthese stromen opname en ontslag

(*) enkel wijzigend bericht sturen als weigering is gebeurd omwille van niet cumuleerbare overlapping met een andere voorziening

J/N is afhankelijk van voorgaande beslissing

(x) binnen een eerder aanvaarde verlenging van opname kan beter direct een ontslagmelding worden gedaan, ipv een annulatie van de goedgekeurde verlenging

8 BIJLAGE – VLAAMSE PRESTATIECODES

De meest recente informatie m.b.t. de Vlaamse prestatiecodes wordt vermeld op [Financiering van revalidatieziekenhuizen | Departement Zorg](#).

8.1 VERPLEEGDAGEN

Vlaamse prestatiecode	Toelichting	Referentie nomenclatuurcode
252025	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen - algemene ziekenhuizen: Sp-diensten andere dan palliatieve - bedrag per dag	768106
252069	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen, patiënt niet in regel met verzekerbareheid - algemene ziekenhuizen: (Sp-bedden, andere dan palliatieve) - dagprijs 100 %	768460
252128	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen: acute ziekenhuizen (G-bedden) - bedrag per dag	768025
252143	Ziekenhuisverpleging - variabel gedeelte op basis van ingediende facturen, patiënt niet in regel met verzekerbareheid - algemene ziekenhuizen: (G-bedden) - dagprijs 100 %	768504
252165	Ziekenhuisverpleging - dagen onbetaald verlof	791501

8.2 PERSOONLIJK AANDEEL

Vlaamse prestatiecode	Toelichting	Referentie nomenclatuurcode
251229	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging 1ste dag: PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	766065
251384	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging, vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis: PUG met PTL of alimentatie en PUG zonder PTL	766264
251583	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van het verblijf in een psychiatrische instelling: PUG met PTL of alimentatie	799746

251428	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling: PUG zonder PTL	799761
251443	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging, 1ste dag: PUG - descendenten	766021
251465	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis: PUG - descendenten	766220
251487	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling: PUG - descendenten	799820
251524	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging, 1ste dag: PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	766043
251546	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis: PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	766242
251568	persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling: PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	799842
251627	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging 1ste dag: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie en WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	766102
251649	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging, vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie en zonder PTL	766301
251664	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % zonder PTL	799805
251767	persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % met PTL of alimentatie	799783
251686	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging 1ste dag: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % - descendenten	766080

251723	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % - descendenten	766286
251745	Persoonlijke aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 75 % - descendenten	799886
251789	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging, 1ste dag: PUG + WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 100 %	766124
251826	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming: ziekenhuisverpleging vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 100 %	766323
251848	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van verblijf in een psychiatrische instelling: WIGW + NBP + kloostergemeenschappen 100 %	799923
251863	Persoonlijk aandeel van de verzekerden in geval van ziekenhuisopneming, bedrag per dag aan 0 € (dag van ontslag ingeval van opname voor 12 u en ontslag na 14 u)	767465

8.3 SUPPLEMENTEN

Vlaamse prestatiecode	Toelichting	Referentie nomenclatuurcode
254228	Revalidatieziekenhuizen: Diverse kosten gehospitaliseerd: kamercomfort	960503
254243	Revalidatieziekenhuizen: gehospitaliseerd: kosten voor begeleidende persoon	960201
254265	Revalidatieziekenhuizen: diverse kosten gehospitaliseerd: eten en drinken	960422
254287	Revalidatieziekenhuizen: diverse kosten gehospitaliseerd: hygiëneproducten zonder APB - code	960444
254324	Revalidatieziekenhuizen: diverse kosten gehospitaliseerd: andere producten / diensten die op verzoek van de patiënt worden geleverd	960466
254346	Revalidatieziekenhuizen: diverse kosten gehospitaliseerd: ambulancekosten	960481

8.4 BETREKKELIJKE VERSTREKKINGEN

Vlaamse prestatiecode	Toelichting	Referentie nomenclatuurcode
255046	Betrekkelijke verstrekking: gemeenschappelijke kamer	761600
255024	Betrekkelijke verstrekking: tweepersoonskamer	761622
255009	Betrekkelijke verstrekking: éénpersoonskamer	761644

9 BIJLAGE – TOEGELATEN WAARDEN “HOOFDDIAGNOSE”

In de berichten voor de aanvraag tot verlenging van de hospitalisatie en de melding van het medisch luik bij ontslag van de patiënt, wordt één van de waarden uit onderstaande tabel vermeld.

Het is uitermate belangrijk dat de toegelaten waarde, inclusief hoofdletters, punten, spaties, ... correct wordt ingevoerd.

Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. plaatsen van THP
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. plaatsen van TKP
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. plaatsen van TSP
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. plaatsen van andere endoprothesen
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. amputatie OL
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. amputatie BL
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. plaatsen van een osteosynthese
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. wervelfractuur
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. fractuur bekken (al/niet met osteosynthese)
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. fractuur heup (al/niet met osteosynthese)
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. fractuur knie (al/niet met osteosynthese)
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. enkelfractuur (al/niet met osteosynthese)
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. fractuur BL (al/niet met osteosynthese)
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. andere fractuur (al/niet met osteosynthese)
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. heeldkunde wervelkolom
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. polytrauma
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. peesletsel, al dan niet met heeldkunde
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. degeneratieve orthopedische problemen zonder heeldkunde
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. surinfectie prothese / instrumentatie
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. heupluxatie
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. rhabdomyolyse
Locomotorische revalidatie volwassene t.g.v. andere
Locomotorische revalidatie min 18 jarige t.g.v. problematiek bot / gewrichten / weke delen
Locomotorische revalidatie min 18 jarige t.g.v. CA
Locomotorische revalidatie min 18 jarige t.g.v. polytrauma
Locomotorische revalidatie min 18 jarige t.g.v. brandwonden
Locomotorische revalidatie min 18 jarige t.g.v. andere
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. CVA
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. niet aangeboren hersenletsels (andere dan CVA)
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. aangeboren hersenletsels
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. dwarslaesie
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. polyneuropathie en radiculopathie (andere dan dwarslaesie)
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. degeneratieve spinaal kanaalstenose
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. ziekte van Parkinson

Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. bewegingsstoornissen (andere dan ziekte van Parkinson)
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. critical illness neuropathie
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. neuromusculaire aandoeningen (andere dan critical illness neuropathie)
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. spieraandoening
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. ruggenmergletsel
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. multiple sclerose
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. ALS
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. coma
Neurologische revalidatie volwassene t.g.v. andere
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. niet aangeboren hersenletsels polytraumatisch
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. niet aangeboren hersenletsels postanoxisch (incl. near drowning)
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. niet aangeboren hersenletsels postinfectieus (incl. encefalitis)
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. niet aangeboren hersenletsels post CA (chirurgie / chemo- / radiotherapie)
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. niet aangeboren hersenletsels post - bloeding (CVA, thrombose, ...)
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. FNSS
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. SSS
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. aangeboren hersenletsels cerebrale parese
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. aangeboren hersenletsels ontwikkelingsstoornissen
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. aangeboren hersenletsels autisme spectrum stoornis
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. aangeboren hersenletsels degeneratieve encefalopathieën
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. aangeboren hersenletsels congenitale of aandoeningen ontstaan neonataal (spina, hydrocefalie, ...)
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. post neurochirurgie - radiotherapie - chemotherapie
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. epilepsie
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. neurologisch complex - perifere/critical illness neuropathie
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. neuromusculaire aandoeningen (andere dan critical illness neuropathie)
Neurologische revalidatie min 18 jarige t.g.v. andere
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. cardio- en vaatchirurgie
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. COPD
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. hartfalen
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. perifere vaatlijden
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. restrictief - interstitieel longlijden
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. post longtransplant
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. longziekte
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. COVID
Cardiopulmonaire revalidatie volwassene t.g.v. andere

Cardiopulmonaire revalidatie min 18 jarige t.g.v. chron. lagere luchtwegproblemen (obstruct/restrict/interstit) + insuff (O2 en/of beademing)
Cardiopulmonaire revalidatie min 18 jarige t.g.v. congenitale / neonatale aandoening (incl. cardiopathie / bovenste luchtweg (tracheostomie))
Cardiopulmonaire revalidatie min 18 jarige t.g.v. OSAS + beademing
Cardiopulmonaire revalidatie min 18 jarige t.g.v. COVID
Cardiopulmonaire revalidatie min 18 jarige t.g.v. andere
Psychogeriatrische revalidatie t.g.v. dementie, o.a. Alzheimer
Psychogeriatrische revalidatie t.g.v. alcoholische encefalopathie, o.a. Korsakow
Psychogeriatrische revalidatie t.g.v. cognitieve problematiek
Psychogeriatrische revalidatie t.g.v. gedragsstoornissen
Psychogeriatrische revalidatie t.g.v. internistische problemen bij patiënten met delier of cognitieve stoornissen
Psychogeriatrische revalidatie t.g.v. andere
Revalidatie volwassene t.g.v. gastro-intestinale aandoening
Revalidatie volwassene t.g.v. sociale problematiek
Revalidatie min 18 jarige t.g.v. gastro-intestinale aandoening
Revalidatie min 18 jarige t.g.v. sociale problematiek
Revalidatie min 18 jarige t.g.v. SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten)
Revalidatie min 18 jarige t.g.v. metabole aandoeningen
Revalidatie min 18 jarige t.g.v. huidaandoeningen

10 BIJLAGE – TOEGELATEN WAARDEN “UITGEVOERDE TUSSENKOMSTEN”

De toegelaten waarden in het veld voor de uitgevoerde interventies in de berichten voor de melding van het medisch luik bij ontslag van de patiënt zijn onderstaande nomenclatuurcodes. Het aantal dat naast de codes moet worden vermeld is het aantal keer dat de nomenclatuurcode gepresteerd werd, gedurende het volledige verblijf van de patiënt. Enkel de codes die tijdens het verblijf minstens één keer zijn gepresteerd, worden gerapporteerd.

Het veld voor de uitgevoerde interventies in de berichten voor de aanvraag van een verlenging van hospitalisatie mag blanco gelaten worden. Facultatief mag dit veld worden ingevuld. Desgevallend mogen uitsluitend de toegelaten waarden en hun respectievelijk aantal worden vermeld.

558961
597785
558806
558390
558423
558445
558821
776160
558025
558843
559941
776182
558460
561260
561282
561540
560523
561326
561245
567206
560501
560501
561326
567243
567361
560545
561304
639623
773625
773883
773765
773743
773780
773802
773824
773684

776484
776506
251148
253963