



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

DIGITAAL OPNAME- EN FACTURATIEPROCES TUSSEN OUDERENVOORZIENINGEN EN ZORGKASSEN

eWZCfin

Auteur

Anke Mutsaerts

Publicatiedatum

29 september 2025

DEPARTEMENT
ZORG

www.departementzorg.be

INHOUD

1	INLEIDING	5
1.1	Algemeen	5
1.2	Tegemoetkoming voor zorg versus zorgbudget	5
1.3.	Automatische rechtentoekenning zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	6
2	VOORWAARDEN VOOR DE TEGEMOETKOMING VOOR ZORG	7
2.1	Voorwaarden voor de gebruiker	7
2.1.1.	Afhankelijkheidsvoorwaarde	7
2.1.2.	Voorwaarde inzake lidmaatschap zorgkas en premiebetaling Vlaamse sociale bescherming	7
2.2.	Voorwaarden voor de voorziening	8
2.2.1.	Erkenningsvoorwaarde	8
2.2.2.	Voorwaarden m.b.t. het personeel	8
2.2.3.	Aanmelding	9
2.2.4.	Verzorgingsdossier	9
2.2.5.	Voorwaarden verblijfsduur	9
2.2.6.	Voorwaarden digitale applicatie	9
3.	TEGEMOETKOMINGEN EN GEDEKTE ZORG	10
3.1.	De basistegemoetkoming voor zorg	10
3.1.1.	Het bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	10
3.1.2.	De kosten gefinancierd door de basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	10
3.1.3.	De basistegemoetkoming voor zorg in centra voor dagverzorging	11
3.1.4.	De kosten gefinancierd door de basistegemoetkoming voor zorg in centra voor dagverzorging	12
3.2.	De tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal in een woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf	12
3.3.	De tegemoetkoming in de reiskosten centrum voor dagverzorging	12
3.3.1.	Bepalen van het bedrag van de tegemoetkoming reiskosten centrum voor dagverzorging.	13
3.3.2.	Bepalen van de afstand	13
3.3.3.	Schriftelijke overeenkomst	13
4.	AANMELDINGSPROCEDURE	14
4.1.	De aanmelding van de opname	14
4.1.1.	Meldingstermijn	14
4.1.2.	Gegevens over de opname in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	15
4.1.3.	Gegevens over de opname in een centrum voor dagverzorging	19
4.3.	De indicatiestelling	26
4.3.1.	Afhankelijkheidscategorieën	26
4.3.2.	KATZ-schaal	27
4.3.3.	Diagnostisch bilan dementie	28
4.3.4.	MMSE	29
4.3.5.	Palliatief attest	29
4.3.6.	Omstandig medisch verslag	30
4.3.7.	Handtekeningen indicatiestelling bij verandering van de afhankelijkheidscategorie binnen 6 maanden na aanpassing als gevolg van een controle zorgkassencommissie	30
4.3.8.	De digitale of elektronische handtekening	30
4.3.9.	Gegevens indicatiestelling	31

4.4.	Wijzigingen	34
4.4.1.	Wijzigingen chronologisch versturen	34
4.4.2.	Wijziging verblijfsgegevens	35
4.4.3.	Wijziging indicatiestelling	35
4.4.4.	Annuleren opname en indicatiestelling	36
4.4.5.	Wijzingen buiten de meldingstermijn	36
4.5.	Welke berichten wanneer versturen?	37
4.5.1.	Opnamebericht versus indicatiestelling	37
4.6.	Behandeling – controle van opnamebericht en indicatiestelling	38
4.6.1.	Behandeling van de aanmelding van de opname	38
4.6.2.	Behandeling van de indicatiestelling	39
4.6.3.	Berekening afhankelijkheidscategorie	41
4.6.4.	Berekening aanvaarde datum start opname	41
4.7.	Beslissing	42
4.7.1.	Weigering	42
4.7.2.	Aanvullende inlichtingen	42
4.7.3.	Goedkeuring	43
5.	INFORMATIE VAN eWZCFIN NAAR DE ZORGKASSEN	43
6.	INFORMATIE VAN eWZCFIN NAAR DE ZIEKENFONDSEN	43
7.	FACTURATIE	43
7.1.	Regelgeving en procedures	43
7.1.1.	Algemene procedure en proces	43
7.1.2.	Modelformulieren	44
7.1.3.	Model van de zending en de factuur	44
7.1.4.	Model van de gebruikersfactuur	44
7.1.5.	Technische facturatie-instructies	45
7.1.6.	Zending/factuur/prestatie	45
7.1.7.	Delen van de zending	45
7.1.8.	Types zendingen	46
7.1.9.	Types facturen	46
7.1.10.	Tegemoetkoming VSB/Persoonlijk aandeel/bijdragen ten laste van de gebruikers	46
7.2.	Behandeling zending	47
7.2.1.	Algemeen proces verwerking zending	47
7.2.2.	Behandeling zending eWZCfin	48
7.3.	Ondertekening zending door zorgkasmedewerker	50
7.4.	Betaling	50
7.5.	Specifieke situaties en begrippen	51
7.5.1.	Prestatiecodes	51
7.5.2.	Verjaringstermijn	56
7.5.3.	Gevraagde/gefactureerde bedrag versus aanvaarde/goedgekeurde bedrag	56
7.5.4.	Bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg	57
7.5.5.	Controle op capaciteit	57
7.5.6.	Regularisaties	57
7.5.7.	Verwijlinteressen	59
7.5.8.	Herhaalde tekortkomingen	59
7.5.9.	Basistegemoetkoming gelijk aan 0€	59

9	BIJLAGEN	61
9.1.	Bijlage 1. Werkdagen en feestdagen	61
9.2.	Bijlage 2. Aanvaarde datum	62
9.2.1.	Aanvaarde datum opname	62
9.2.2.	Parameters	63
9.2.3.	Voorbeeldscenario's validatie opname/indicatiestelling	64
9.3.	Bijlage 3. Minimale verblijfsduur	67
9.3.1.	Woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf	67
9.3.2.	Centrum voor dagverzorging	67
9.4.	Bijlage 4. Richtlijnen KATZ	69
9.1.	Bijlage 5. Toelichting prestatiecodes	72
	LIJST MET AFKORTINGEN	79
	Afkortingen en definities	79
	Verwijzingen	80
	Juridische verwijzingen	80
	Technische verwijzingen	80
	Websites	80

1 INLEIDING

1.1 ALGEMEEN

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

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

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

Vooraleer ouderenvoorzieningen tegemoetkomingen voor zorg kunnen factureren aan de zorgkassen via eWZCfin moeten zowel de ouderenvoorzieningen als de bewoners van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf en personen die gebruik maken van een centrum voor dagverzorging aan een aantal voorwaarden voldoen. De ouderenvoorziening moet de gegevens over de opname van een gebruiker of een wijziging van de opname melden bij de zorgkas via eWZCfin. Daarnaast moet de ouderenvoorziening voor elke gebruiker ook een indicatiestelling bezorgen aan de zorgkas via eWZCfin.

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

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

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

1.2 TEGEMOETKOMING VOOR ZORG VERSUS ZORGBUDGET

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

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

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

1.3. AUTOMATISCHE RECHTENTOEKENNING ZORGBUDGET VOOR ZWAAR ZORGBEHOEVENDEN

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

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

- Woonzorgcentrum;
- Centrum voor kortverblijf, personen met afhankelijkheidscategorie C of Cd;
- Centrum voor dagverzorging, personen met afhankelijkheidscategorie C of Cd;

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

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

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

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

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

2 VOORWAARDEN VOOR DE TEGEMOETKOMING VOOR ZORG

2.1 VOORWAARDEN VOOR DE GEBRUIKER

2.1.1. Afhankelijkheidsvoorwaarde

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

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

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

Afhankelijk van de ouderenvoorziening en het type woongelegenheden waarin een persoon verblijft, gelden er andere afhankelijkheids categorieën.

Tabel 1. Overzicht soorten voorzieningen en afhankelijkheids categorieën

Entiteit die erkend is als ...	Afhankelijkheids categorieën
Woonzorgcentrum	O, A, B, C, Cd of D
Centrum voor kortverblijf	O, A, B, C, Cd of D
Centrum voor dagverzorging voor zorgafhankelijke personen	F, Fd, D
Centrum voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor personen met een ernstige ziekte	Fp

De afhankelijkheidsvoorwaarde wordt gecontroleerd in eWZCfin.

2.1.2. Voorwaarde inzake lidmaatschap zorgkas en premiebetaling Vlaamse sociale bescherming

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

De voorwaarden inzake het lidmaatschap van de zorgkas en de premiebetaling VSB worden automatisch gecontroleerd in eWZCfin.

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

Meer informatie: <https://www.departementzorg.be/nl/handleiding-om-personen-aan-te-sluiten-bij-een-zorgkas>.

2.2. VOORWAARDEN VOOR DE VOORZIENING

2.2.1. Erkenningsvoorwaarde

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

Meer bepaald gaat het om een:

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

De volgende voorzieningen vallen niet onder de Vlaamse sociale bescherming:

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

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

2.2.2. Voorwaarden m.b.t. het personeel

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

De controle hierop gebeurt niet in eWZCfin, maar door het Departement Zorg in de webtoepassing eCalcura¹.

¹ <https://www.departementzorg.be/nl/ecalcura-ouderenzorg>

2.2.3. Aanmelding

Enkel ouderenvoorzieningen die de opname van een gebruiker tijdig hebben aangemeld bij de zorgkas via eWZCfin en een goedgekeurde opname hebben ontvangen, kunnen een tegemoetkoming voor zorg factureren aan de zorgkas van de gebruiker.

2.2.4. Verzorgingsdossier

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

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

2.2.5. Voorwaarden verblijfsduur

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

Ook het start- en einduur van de opname bepaalt of een dag mag worden gefactureerd aan de zorgkas (zie 4.1.2.2.).

eWZCfin zal nagaan of deze voorwaarden worden nageleefd.

2.2.6. Voorwaarden digitale applicatie

Om via het digitaal platform VSB en de toepassing eWZCfin met de zorgkassen te kunnen communiceren moeten ouderenvoorzieningen beschikken over:

- geattesteerde software;
- eHealth-certificaat;
- verklaring Circle Of Trust (COT).

Geattesteerde software

Elk softwarepakket moet voldoen aan de functionele vereisten en de vereisten van betrouwbaarheid en veiligheid. De Vlaamse overheid zal, na advies van een groep van onafhankelijke experts, de softwarepakketten attesteren. Een lijst met geattesteerde software wordt op de website van het Departement Zorg ter beschikking gesteld: <https://www.departementzorg.be/nl/digitalisering>.

eHealth-certificaat

Om vanuit de software van de ouderenvoorziening met het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming te kunnen communiceren, moet iedere voorziening over een eHealth-certificaat op RIZIV-nummer beschikken.²

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

² <https://www.departementzorg.be/nl/vergeet-uw-riziv-ehealth-certificaat-niet>

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

Voorzieningen die vallen onder het campusbesluit/artikel 54 hebben één eHealth certificaat **per RIZIV-nummer**, maar versturen opnameberichten, indicatiestellingen en facturen **per HCO-nummer**.

Verklaring Circle of Trust (COT)

Iedere ouderenvoorziening moet voldoen aan een aantal voorwaarden inzake informatieveiligheid en gegevensbescherming.³ In het e-loket moeten ouderenvoorzieningen verklaren dat de 13 COT-principes worden nageleefd in de voorziening. Enkel indien deze worden nageleefd, kunnen zij communiceren met de zorgkassen.

3. TEGEMOETKOMINGEN EN GEDEKTE ZORG

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

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

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

3.1. DE BASISTEGEMOETKOMING VOOR ZORG

3.1.1. Het bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

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

3.1.2. De kosten gefinancierd door de basistegemoetkoming voor zorg in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf

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

- De zorg en ondersteuning in de handelingen van het dagelijks leven;
- De verzorging verleend door verpleegkundigen;
- De logopedieverstrekingen verleend door de zorgverleners die daarvoor bevoegd zijn;
- Elke handeling tot reactivatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;
- Een tegemoetkoming om de inzet van bijkomende zorginspanningen te stimuleren;
- De producten en de materialen ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook de volgende producten:

³ <https://www.departementzorg.be/nl/circle-trust-verklaring-op-eer>

- De ontsmettingsmiddelen die niet terugbetaald worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering, uitgezonderd de ontsmettingsmiddelen voor gynaecologie, mond- en oogverzorging;
- De niet-geïmpregneerde verbanden;
- De steriele kompressen die niet terugbetaald worden in het kader van de verplichte ziekteverzekering;
- Het onderhuids en/of intramusculair injectiemateriaal, uitgezonderd insulinespuiten;
- De opleiding en de sensibilisering van het personeel voor de palliatieve verzorging in:
 - De woonzorgcentra met een bijkomende erkenning;
 - De woonzorgcentra zonder bijkomende erkenning, in voorkomend geval met de bijbehorende centra voor kortverblijf, die tijdens de referentieperiode gemiddeld minstens 25 bewoners in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd, huisvesten en ten opzichte van het totaal aantal erkende entiteiten minstens 40% bewoners telt in de afhankelijkheidscategorieën B, C of Cd;
- Een tegemoetkoming in de beheerskosten en de kosten voor de gegevensoverdracht;
- Het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, de hoofdparamedici en de coördinerend verpleegkundigen met minstens achttien jaar anciënniteit;
- De financiering van een referentiepersoon voor dementie in de desbetreffende ouderenvoorzieningen waarin gemiddeld 25 bewoners verblijven die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie Cd, wegens hun psychische afhankelijkheid;
- De titels en de beroepskwalificaties, vermeld in het koninklijk besluit van 28 december 2011;
- De aanvullende opleiding van het personeel op het vlak van dementie in de desbetreffende ouderenvoorzieningen met een bijkomende erkenning en in de ouderenvoorzieningen waarin gemiddeld vijftien bewoners verblijven die zijn gerangschikt in de afhankelijkheidscategorie Cd, wegens hun psychische afhankelijkheid;
- De taken van de coördinerend en raadgevend arts;
- De taken van een hoofdverpleegkundige;
- De kinesitherapieverstrekkingen verleend aan bewoners in de afhankelijkheidscategorie B, C, Cd of D door de zorgvertrekkers die daarvoor bevoegd zijn.

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

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

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

3.1.3. De basistegemoetkoming voor zorg in centra voor dagverzorging

De basistegemoetkoming voor zorg voor centra voor dagverzorging is een vast bedrag per dag dat gelijk is voor alle centra voor dagverzorging. De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van het Departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/nl/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

3.1.4. De kosten gefinancierd door de basistegemoetkoming voor zorg in centra voor dagverzorging

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

- De zorg en ondersteuning in de handelingen van het dagelijks leven;
- De verzorging verleend door verpleegkundigen;
- De kinesitherapieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn;
- De logopedieverstrekkingen verleend door de zorgverstrekkers die daarvoor bevoegd zijn;
- Elke handeling tot reactivatie en sociale re-integratie, inclusief de ergotherapie;
- De producten en de materialen ter preventie van nosocomiale ziekten, alsook de volgende producten.

Tijdens de verblijfsuren in het CDV is er voor de diensten en producten gefinancierd door de tegemoetkoming voor zorg geen andere financiering mogelijk. Bijvoorbeeld: een persoon kan tijdens de opname in het CDV niet ook kinesitherapieverstrekkingen terugbetaald krijgen. Dit zou namelijk een dubbele financiering van zorg betekenen.

Voor of na de verblijfsuren in het CDV (d.w.z. bij de gebruiker thuis of bij de zorgverstrekker) kunnen er wel verstrekkingen aangerekend worden via de nomenclatuur.

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

Het actuele bedrag van de tegemoetkoming in de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal kan worden teruggevonden op de website van het departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/nl/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

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

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

3.3. DE TEGEMOETKOMING IN DE REISKOSTEN CENTRUM VOOR DAGVERZORGING

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

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

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

3.3.1. Bepalen van het bedrag van de tegemoetkoming reiskosten centrum voor dagverzorging.

De tegemoetkoming in de reiskosten wordt bepaald door de werkelijke afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de gebruiker en het centrum voor dagverzorging. Het actuele bedrag kan worden teruggevonden op de website van het Departement Zorg:

<https://www.departementzorg.be/nl/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

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

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

3.3.2. Bepalen van de afstand

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

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

3.3.3. Schriftelijke overeenkomst

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

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

4. AANMELDINGSPROCEDURE

4.1. DE AANMELDING VAN DE OPNAME

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

4.1.1. Meldingstermijn

De aanmelding van de opname moet gebeuren binnen 10 werkdagen. In dat geval kan de tegemoetkoming worden toegekend vanaf de opnamedatum. Indien een ouderenvoorziening laattijdig opnamegegevens doorstuurt, dan zal de datum van de melding van de opname gelden als de ingangsdatum van de opname.

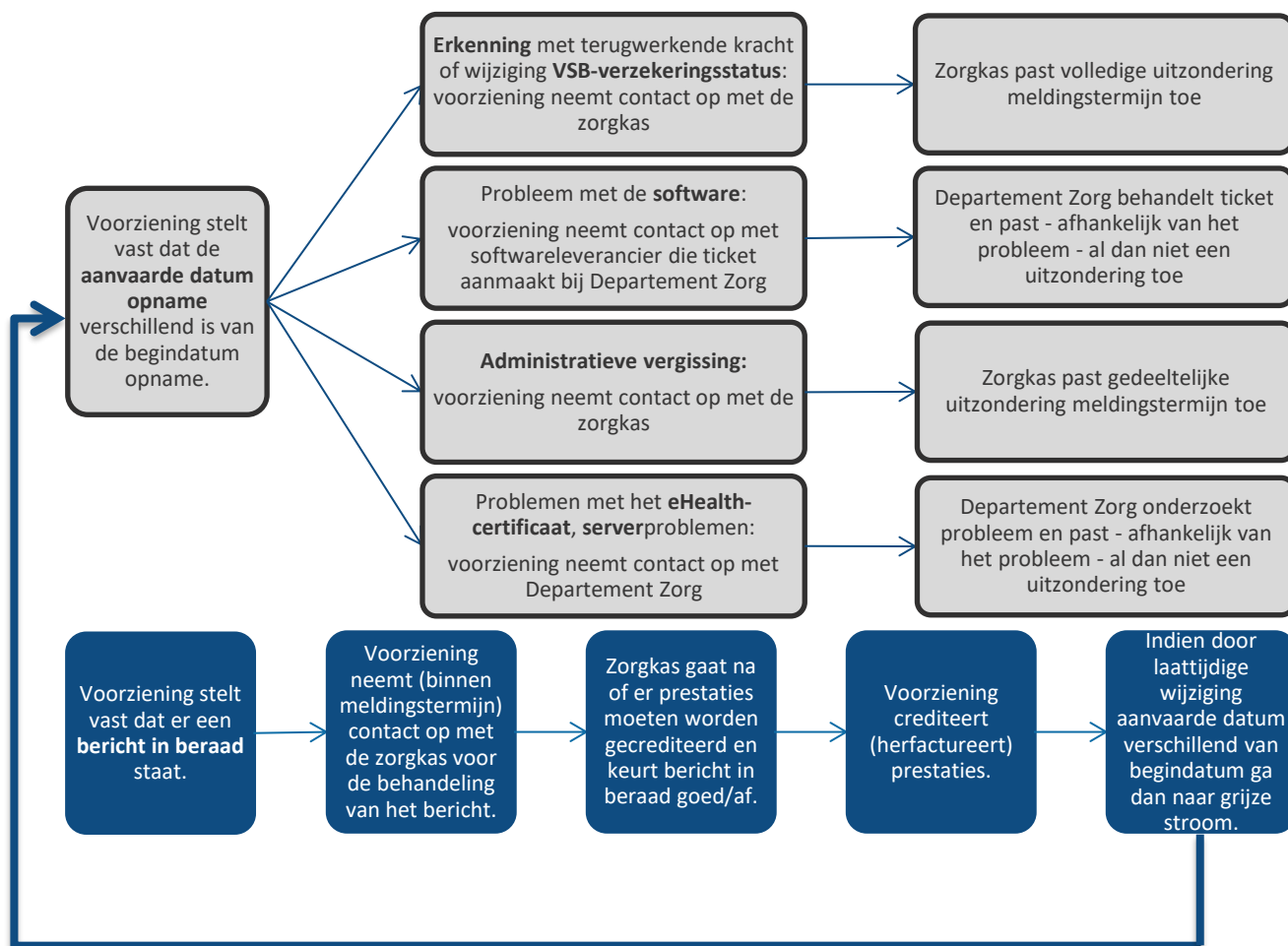
Afhankelijk van de oorzaak van de laattijdigheid is er een andere procedure bij laattijdigheid van toepassing:

- **Een erkenning met terugwerkende kracht**
Een voorziening die een erkenning ontvangt met terugwerkende kracht kan een volledige uitzondering op de meldingstermijn vragen aan de zorgkassen.
- **Een wijziging van de VSB-verzekeringsstatus van de bewoner**
Wanneer een opnamebericht wordt verstuurd voor een persoon die niet VSB-verzekerd is, komt het bericht in beraad. Indien het opnamebericht tijdig is verstuurd, is de aanvaarde datum gelijk aan de opnamedatum. Het bericht wordt automatisch goedgekeurd op het moment dat de VSB-verzekeringsstatus in orde wordt gebracht door de zorgkas. Indien er geen opnamebericht kon worden doorgestuurd en de meldingstermijn werd overschreden, kan de voorziening een volledige uitzondering vragen aan de zorgkas.
- **Technische problemen gemeld door de softwareleverancier bij het Departement Zorg**
Technische problemen gelinkt aan de software kunnen een reden zijn om een uitzondering op de meldingstermijn te vragen. De vraag dient niet aan de zorgkassen te worden gesteld door de voorziening, maar wel door de softwareleverancier aan het Departement Zorg. Deze procedure voeren we enerzijds in omdat de zorgkassen niet over de technische achtergrondinformatie beschikken om deze vragen te kunnen beoordelen en anderzijds omdat op deze manier de problemen beter in kaart worden gebracht om te kunnen oordelen of er structurele oplossingen nodig zijn, zowel aan de kant van de software van de ouderenvoorziening als van eWZCfin. Het Departement zorg onderzoekt het probleem en past – afhankelijk van het probleem – al dan niet een uitzondering toe.
- Vanaf 1/10/2025 kan voor **administratieve vergissingen** een **gedeeltelijke uitzondering** op de meldingstermijn worden aangevraagd bij de zorgkas.

- Bij problemen met het **eHealth-certificaat** of **serverproblemen** neemt de voorziening contact op het Departement Zorg. Het Departement zorg onderzoekt het probleem en past – afhankelijk van het probleem – al dan niet een uitzondering toe.

Figuur 1 hieronder vat dit samen en beschrijft wat te doen bij laattijdigheid.

Figuur 1. Wat te doen bij laattijdigheid?



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

4.1.2.1. Minimale verblijfsduur

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

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

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

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

4.1.2.2. **Moment van opname en einde verblijf**

Voor het moment van opname en het einde van het verblijf gelden er specifieke regels.

De dag van opname en de dag van ontslag worden samen als één verblijfsdag gerekend, behalve in de gevallen waarin de volgende voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

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

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

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

Tabel 1. Begin opname versus einde opname

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

De uren werden als volgt geïmplementeerd in eWZCfin:

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

4.1.2.3. **Tijdelijke afwezigheid**

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

Indien een persoon overdag naar het ziekenhuis gaat (bijvoorbeeld van 16u tot 22u), is er geen impact op het recht op de tegemoetkoming voor zorg en hoeft de tijdelijke afwezigheid niet te worden gemeld. Een opname in het ziekenhuis gedurende de nacht moet worden gemeld als een einde van de opname (zie verder).

Om te bepalen welke dagen mogen worden gefactureerd indien er sprake is van een tijdelijke afwezigheid van minstens één nacht worden dezelfde regels toegepast als beschreven in tabel 4.

Indien een persoon tijdelijk afwezig is gedurende één nacht, wordt het begin van de tijdelijke afwezigheid beschouwd als het einde van een opnameperiode. Het einde van de tijdelijke afwezigheid wordt aanzien als het begin van een nieuwe opnameperiode.

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

Tabel 2. Tijdelijke afwezigheden

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

4.1.2.4. *Collectieve vakanties*

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

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

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

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

4.1.2.5. *Soort woongelegenheden (woonzorgcentra)*

Vanaf 1 januari 2023 is in de digitale communicatie en facturatie naar de zorgkassen via de module eWZCfin enkel nog de woongelegenheden ROB van toepassing.

4.1.2.6. *Einde van de opname*

Indien een gebruiker overlijdt, dan moet dit worden meegedeeld binnen 10 werkdagen aan de zorgkas via eWZCfin. Het overlijden wordt beschouwd als het einde van een opname. Indien de gebruiker de dag van zijn opname overlijdt, is de betaling van de tegemoetkoming verschuldigd.

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

- Opname in een ziekenhuis⁴ voor minstens één nacht;
- Opname in een andere (ouderen)voorziening;
- Vertrek naar huis;
- Tijdelijke afwezigheid langer dan 72 uur;
- Indien er geen tegemoetkoming voor zorg zal worden gefactureerd;
- Indien de voorziening de reden van het einde van de opname niet kent, dan kan de reden “vertrek naar huis of andere” worden gekozen.

De reden “geen tegemoetkoming voor zorg” kan worden toegepast indien:

- Een persoon is opgenomen in een centrum voor kortverblijf en het maximaal aantal dagen wordt overschreden⁵;
- Indien de maximale capaciteit van de federaal gefinancierde bedden wordt bereikt dan kan een comapatiënt worden opgenomen in een Vlaams gefinancierde woongelegenheden. Op het moment dat deze persoon mag worden gefactureerd aan VSB wordt een nieuwe opname gemeld. Op het moment dat deze persoon terug kan worden gefinancierd via de federale regelgeving moet de opname worden beëindigd met als reden “geen tegemoetkoming voor zorg” en de verblijfsovereenkomst blijft doorlopen.

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

4.1.2.7. **Einde van de opnameovereenkomst of verblijfsovereenkomst**

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

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

Hetzelfde geldt voor een tijdelijke afwezigheid van meer dan 72u of geen recht op een tegemoetkoming.

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

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

Tabel 3. Einde opname versus einde verblijfsovereenkomst

⁴ Psychiatrisch ziekenhuis, universitair ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis

⁵ Het is mogelijk om voor personen waarbij het maximum aantal dagen overschreden is in CVK te factureren indien de voorwaarden worden nageleefd (bv. een motivatieverslag via een multidisciplinair overleg). In sommige gevallen is zo'n motivatieverslag niet beschikbaar. Om te voorkomen dat voorzieningen in deze gevallen de reden “andere” doorsturen zal de reden “geen tegemoetkoming” door sommige softwareleveranciers in gebruik worden genomen.

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

4.1.3. Gegevens over de opname in een centrum voor dagverzorging

4.1.3.1. Minimale verblijfsduur

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

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

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

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

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

4.1.3.2. Overlijden en einde van de opname

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

Dit wil zeggen dat wanneer een centrum voor dagverzorging zeker weet dat een gebruiker niet meer naar het centrum voor dagverzorging zal komen, bijvoorbeeld omwille van een opname in een woonzorgcentrum of het overlijden van de gebruiker, het centrum voor dagverzorging het einde van de opname moet melden aan de zorgkas van de gebruiker via eWZCfin.

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

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

4.1.3.3. Afhankelijkheidscategorieën

Enkel personen die voldoen aan de voorwaarden van de afhankelijkheidscategorieën die van toepassing zijn in een centrum voor dagverzorging (F, Fd en D) hebben recht op een basistegemoetkoming voor zorg en kunnen worden aangemeld bij de zorgkassen.

De opname van personen met afhankelijkheidscategorieën O en A in een centrum voor dagverzorging kan dus niet worden doorgestuurd. Zij hebben namelijk geen recht op een tegemoetkoming voor zorg.

4.2. Gegevens aanmelding opname

In onderstaande tabel worden de gegevens die moeten worden bezorgd aan de zorgkas via eWZCfin weergegeven⁶.

⁶ Het doorsturen van opnamegegevens gebeurt met het bericht DF003_CreateAdmission of DF004_ModifyAdmission.

Tabel 4. Gegevens aanmelding opname

Gegeven	Omschrijving	Waarde	Formaat/ lengte	Verplicht/ Optioneel	Opmerking
INSZ-nummer van de gebruiker	Rijksregisternummer/Identificatienummer van de sociale zekerheid in België	Numeriek	11 cijfers	Verplicht	
HCO-nummer van de voorziening	Identificatienummer van de voorziening 1. Verschillend per locatie 2. Verschillend per type zorgvorm WZC/CVK/CDV	Numeriek	11 cijfers In de praktijk 4 tot 6 cijfers	Verplicht	
Uitbatingsplaats	/	/	/	Optioneel	Is voorzien in het bericht, maar moet nog niet worden ingevuld. Instructies volgen later.
Zorgactiviteit	/	/	/	Optioneel	Is voorzien in het bericht, maar moet nog niet worden ingevuld. Instructies volgen later.
Interne referentie van de verzender van het bericht	Bedoeld voor intern gebruik in de voorziening. Indien de verzender een interne referentie invult, dan zal deze waarde ook in alle antwoorden op dit bericht vermeld worden. Zo kan de verzender de antwoorden koppelen aan het bericht.	Alfanumeriek: letters en/of cijfers	100 tekens	Optioneel	
Begindatum van de opname	Datum van het begin van de opname	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Verplicht	Het opnamebericht kan niet voor het effectieve tijdstip van een opname worden verstuurd. Indien men bijvoorbeeld op maandag een opname heeft gepland voor woensdag, dan kan deze niet reeds worden doorgestuurd op maandag.
Begintijdstip van de opname	Tijdstip van het begin van de opname	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Verplicht	

Type woongegelegenheid	Vanaf 01/01/2023 kan een persoon in een WZC enkel nog in een woongegelegenheid ROB worden opgenomen. Voor een CVK is er maar 1 soort van woongegelegenheid, nl. CVK. Voor een CDV is er, afhankelijk van de aard van de erkenning dat een CDV heeft, een onderscheid tussen een “gewoon” CDV en CDV-p.	ROB CVK CDV CDV-p		Verplicht
Begindatum type woongegelegenheid	Datum van het begin van de opname in een bepaalde woongegelegenheid of verblijfseenheid	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Verplicht
Begintijdstip type woongegelegenheid	Tijdstip van het begin van de opname in een bepaalde woongegelegenheid of verblijfseenheid	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Verplicht
Ongeval	Is de opname te wijten aan een ongeval? Dit gegeven laat de zorgkas toe om een proces van subrogatie ten opzichte van een derde aansprakelijke of verzekeringsmaatschappij op te starten. De ouderenvoorziening staat rechtstreeks in contact met de gebruiker. Indien de ouderenvoorziening informatie heeft dat de opname te wijten is aan een ongeval waarbij mogelijk een aansprakelijke derde betrokken is of een arbeidsongeval betreft, dient de ouderenvoorziening dit aan de zorgkas door te geven. Indien de ouderenvoorziening aangeeft dat de opname mogelijk te wijten is aan een	Ja Neen		Verplicht

	ongeval, dan kan de zorgkas van de gebruiker dit verder onderzoeken en, indien mogelijk, de kosten terugvorderen bij de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde. Het is aangewezen dat alle situaties die beschouwd kunnen worden als ongeval doorgegeven worden. Door de zorgkas of de externe dienstverlener wordt dan nagegaan of er sprake is van een aansprakelijke derde en of de kosten teruggevorderd kunnen worden. Een ongeval wordt gedefinieerd als elke plotse gebeurtenis die een letsel veroorzaakt.			
Migratiedossier	Overgangsmaatregel Door dit gegeven kunnen we de reële opnames op 1/1/2019 onderscheiden van de opnames van personen die reeds vóór 1/1/2019 waren opgenomen in een ouderenvoorziening. Indien een persoon vóór 1/1/2019 reeds was opgenomen in een ouderenvoorziening, dan moet de waarde gelijk zijn aan “ja”. Indien een persoon op 1/1/2019 voor het eerst in een ouderenvoorziening is opgenomen, dan moet de waarde gelijk zijn aan “neen”.	Ja Neen	/	Optioneel
Begindatum tijdelijke afwezigheid	Datum van het begin van een tijdelijke afwezigheid	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel

Begintijdstip van tijdelijke afwezigheid	Tijdstip van het begin van een tijdelijke afwezigheid	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel	
Einddatum tijdelijke afwezigheid	Datum van het einde van een tijdelijke afwezigheid	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	
Eindtijdstip van tijdelijke afwezigheid	Tijdstip van het einde van een tijdelijke afwezigheid	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel	
Einddatum van de opname	Datum van het einde van de opname	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	Het einde van de opname kan niet voor het effectieve tijdstip van het einde van de opname worden verstuurd.
Eindtijdstip van de opname	Tijdstip van het einde van de opname	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel	
Reden einde opname	Indien de opname is beëindigd en er een einddatum en eindtijdstip van de opname wordt doorgegeven, moet de ouderenvoorziening, voor zover zij hiervan op de hoogte is, ook de reden voor het einde van de opname meegeven.	Overlijden Vertrek naar (ander) WZC Vertrek naar (ander) CVK Vertrek naar (ander) CDV Vertrek naar ziekenhuis of revalidatieziekenhuis Vertrek naar PVT Vertrek naar IBW Vertrek naar assistentiewoning Vertrek naar herstelverblijf Vertrek naar huis of andere reden Tijdelijke afwezigheid meer dan 72u Geen recht op een tegemoetkoming		Optioneel	
Einddatum verblijfsovereenkomst	Datum van het einde van de verblijfsovereenkomst Dit gegeven moet worden doorgegeven omdat het recht op een	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	

	zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, automatisch wordt toegekend bij de opname in een WZC. Indien de verblijfsovereenkomst wordt beëindigd, zal ook het zorgbudget automatisch worden stopgezet.			
Eindtijdstip verblijfsovereenkomst	Tijdstip van het einde van de verblijfsovereenkomst	Tijdstip	Uur-minuut-seconde Bv. 09:30:45	Optioneel
Reden einde verblijfsovereenkomst	Reden van het einde van de verblijfsovereenkomst Indien de verblijfsovereenkomst is beëindigd en de datum en het tijdstip van het einde van de verblijfsovereenkomst worden doorgegeven, moet de ouderenvoorziening, voor zover zij hiervan op de hoogte is, ook de reden voor het einde van de verblijfsovereenkomst meegeven.	Overlijden Vertrek naar (ander) WZC Vertrek naar (ander) CVK Vertrek naar (ander) CDV Vertrek naar PVT Vertrek naar IBW Vertrek naar assistentiewoning Vertrek naar herstelverblijf Vertrek naar huis of andere		Optioneel

4.3. DE INDICATIESTELLING

De aanmelding van de opname (het opnamebericht) moet vergezeld zijn van een indicatiestelling. Op basis van deze indicatiestelling en de gegevens uit het opnamebericht, zal eWZCfin de afhankelijkheidscategorie van de bewoner bepalen en nagaan of aan de afhankelijkheidsvoorwaarde is voldaan.

De indicatiestelling moet binnen 10 werkdagen na de datum van opname van de gebruiker worden verzonden of in het geval van een wijziging van de afhankelijkheidscategorie binnen 10 werkdagen volgend op de dag van de wijziging. Bij een heropname binnen 30 dagen afwezigheid moet er geen nieuwe indicatiestelling worden verstuurd.

4.3.1. Afhankelijkheidscategorieën

Zoals eerder aangegeven zijn niet alle afhankelijkheidscategorieën in alle soorten voorzieningen van toepassing.

Tabel 5. Omschrijving afhankelijkheidscategorieën

Afhankelijkheids-categorie	
0	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>fysiek</i> en <i>psychisch</i> volledig onafhankelijk zijn.
A	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die: <i>a) ofwel fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen of te kleden; <i>b) ofwel psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en zijn fysiek volledig onafhankelijk.
B	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die: <i>a) ofwel fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan; <i>b) ofwel psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en ze zijn afhankelijk om zich te wassen of te kleden.
C	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, en ze zijn afhankelijk wegens incontinentie of om te eten.
Cd	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die: <i>a) ofwel</i> <i>Psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte, en <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk wegens incontinentie, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan of om te eten; <i>b) ofwel</i> <i>Psychisch afhankelijk</i> zijn: de bewoners voor wie de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie dat is uitgevoerd door een arts-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag,

	en <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en afhankelijk zijn wegens incontinentie, en afhankelijk zijn voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan of om te eten.
D	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt voor wie de <i>diagnose van dementie</i> is vastgesteld of bevestigd op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een arts-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag.
F	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>fysiek afhankelijk</i> zijn: ze zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en ze zijn afhankelijk voor transfer en verplaatsingen of om naar het toilet te gaan.
Fd	Categorie waarin de personen zijn gerangschikt die <i>psychisch afhankelijk</i> zijn: ze zijn gedesoriënteerd in tijd en ruimte en afhankelijk om zich te wassen of te kleden.
Fp	Categorie waarin de personen, zonder leeftijdsbeperking, zijn gerangschikt: 1. die zich in een vergevorderde of terminale fase van een ernstige, progressieve en levensbedreigende ziekte bevinden, ongeacht zijn of haar levensverwachting; 2. met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen en die reguliere thuiszorg rechtvaardigen; 3. die thuis verblijven en de intentie hebben om verder thuis te verblijven; 4. die gemotiveerd door hun irreversibele aandoening(en) tijdens de laatste drie maanden het voorwerp hebben uitgemaakt van: a) of minstens één ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie); b) of verzorging door een dienst voor thuisverpleging, door een kinesitherapeut, en/of een tenlasteneming door een multidisciplinaire begeleidingsequipe; 5. die naar het centrum verwezen worden door de behandelend arts of die voldoen aan de voorwaarden, vermeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de Ziekteverzekeringwet.

4.3.2. KATZ-schaal

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

Elke ADL-taak wordt gescoord op een 4-puntenschaal (1 = volledig zelfstandig, 2 = matig afhankelijk, 3 = ernstig afhankelijk, 4 = volledig afhankelijk). Bij elk item is er sprake van afhankelijkheid bij een score van 3 of 4. De optelsom van de items met een score 3 of 4 bepaalt in welke afhankelijkheidscategorie een persoon wordt ingedeeld.

Het RIZIV publiceerde richtlijnen voor het gebruik van de evaluatieschaal met het oog op een zo groot mogelijke uniformiteit. Deze richtlijnen zijn terug te vinden in bijlage 1 van het MB VSB en bijlage 4 van deze handleiding.

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

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

4.3.3. Diagnostisch bilan dementie

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

4.3.3.1. Diagnostisch bilan dementie

Het diagnostisch bilan dementie moet worden gesteld door een arts-specialist overeenkomstig de 2 specifieke verstrekkingen uit de nomenclatuur:

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

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

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

4.3.3.2. Afhankelijkheids categorie D

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

gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte, maar geen vastgestelde diagnose dementie hebben op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

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

- moeten de scores betreffende de ***desoriëntatie van de persoon in tijd en ruimte*** niet worden ingevuld;
- moet de ***datum van de diagnose*** door een arts-specialist op de indicatiestelling worden vermeld en in het individueel verzorgingsdossier van de persoon worden opgenomen. De medische informatie van het bilan bevindt zich in het medisch dossier van de behandelende arts.

Indien éénmaal door de behandelend arts is verklaard dat er een diagnostisch bilan dementie is voor een persoon en de eerste indicatiestelling met de verwijzing naar de datum van het diagnostisch bilan dementie de handtekening van de behandelend arts bevat, moet een volgende indicatiestelling die de datum van het diagnostisch bilan dementie bevat niet opnieuw worden ondertekend door de behandelend arts.

4.3.4. MMSE

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

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

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

4.3.5. Palliatief attest

Op basis van de KATZ is het niet mogelijk om na te gaan of een persoon al dan niet palliatieve zorgen nodig heeft.

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

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

4.3.6. Omstandig medisch verslag

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

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

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

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

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

4.3.8. De digitale of elektronische handtekening

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

Er zijn verschillende vormen van een digitale of elektronische handtekening:

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

4.3.8.1. De elektronische handtekening

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

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

Voorbeelden van een elektronische handtekening:

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

4.3.8.2. De geavanceerde elektronische handtekening

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

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

4.3.8.3. De kwalificeerde elektronische handtekening

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

Dit is een handtekening via eID of itsme.

4.3.9. Gegevens indicatiestelling

Het papieren modelformulier moet niet meer worden ingevuld en opgestuurd door de ouderenvoorzieningen naar de zorgkassen, maar vormt de basis voor de digitale berichten die zijn opgemaakt⁷.

De indicatiestellingen kunnen door de ouderenvoorzieningen op elektronische wijze worden bewaard⁸.

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

⁷ Het doorsturen van een indicatiestelling kan met het bericht DF501_CreateIndicationReport.

⁸ Artikel 108 van het Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

Tabel 6. Gegevens indicatiestelling

Gegeven	Omschrijving	Waarde	Formaat/lengte	Verplicht/optio neel	Opmerking
INSZ-nummer van de gebruiker	Rijksregisternummer Identificatienummer van de sociale zekerheid in België	Numeriek	11 cijfers	Verplicht	
HCO-nummer van de voorziening	Identificatienummer van de voorziening	Numeriek	4 tot 6 cijfers	Verplicht	
Interne referentie van de verzender van het bericht	Bedoeld voor intern gebruik in de voorziening. Indien de verzender een interne referentie invult, dan zal deze waarde ook in alle antwoorden op dit bericht vermeld worden. Zo kan de verzender de asynchrone antwoorden koppelen aan het bericht.	Alfanumeriek: letters en/of cijfers	100 tekens	Optioneel	
Begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling	De begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling is de datum waarvoor de voorziening verklaart dat een indicatiestelling voor een bewoner/gebruiker van toepassing is. Dit is dus <u>niet</u> de datum van de opmaak van de indicatiestelling of de datum van de ondertekening van de indicatiestelling. Voorbeeld. Een persoon wordt voor het eerst opgenomen in een voorziening op 1/4/2019, de KATZ wordt opgemaakt op 2/4/2019 en ondertekend op 3/4/2019. De begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling = 1/4/2019.	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Verplicht	Bij een eerste opname of bij een opname na minstens 30 dagen afwezigheid moet de begindatum geldigheid van de indicatiestelling gelijk zijn aan de begindatum van de opname.
KATZ	KATZ-inschaling			Optioneel	
	Inschaling voor het criterium “zich wassen”	1, 2, 3, 4		Verplicht	
	Inschaling voor het criterium “zich kleden”	1, 2, 3, 4		Verplicht	
	Inschaling voor het criterium “transfer en verplaatsingen”	1, 2, 3, 4		Verplicht	
	Inschaling voor het criterium “continentie”	1, 2, 3, 4		Verplicht	
	Inschaling voor het criterium “eten”	1, 2, 3, 4		Verplicht	
	Inschaling voor het criterium “tijd”	1, 2, 3, 4		Optioneel	
	Inschaling voor het criterium “plaats”	1, 2, 3, 4		Optioneel	

Datums van attesten				Optioneel	
	Datum diagnostisch bilan dementie	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	
	Datum palliatief attest	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	
	Datum omstandig verslag voor wijziging afhankelijkheidscategorie	Datum	Dag-maand-jaar Bv. 25-01-2019	Optioneel	

4.4. WIJZIGINGEN

In het BVR VSB is bepaald dat elke wijziging aan de opname of verandering van de afhankelijkheidscategorie moet worden gemeld aan de zorgkas binnen 10 werkdagen.

Met een wijziging wordt bedoeld:

1. Een wijziging in de situatie van de gebruiker – nieuw gegeven

De situatie van een gebruiker evolueert doorheen de tijd.

Indien een gebruiker tijdelijk afwezig is of het verblijf ten einde is gekomen moet de voorziening dat binnen 10 werkdagen volgend op de dag van de wijziging aan de zorgkas, via eWZCfin, doorgeven. Hetzelfde geldt voor wijzigingen in de afhankelijkheidscategorie van een persoon.

2. Een correctie

Een voorziening stelt vast dat er een foutief gegeven is doorgestuurd. De voorziening heeft 10 werkdagen (na het versturen van het foutieve gegeven) de tijd om deze fout recht te zetten. Dit kan door de fout aan te passen in het eerder doorgestuurde bericht.

3. Een verwijdering van een gegeven uit een bericht

Indien er door de voorziening een foutief gegeven is doorgeven, dan kan de voorziening dit gegeven gedurende 10 werkdagen uit het bericht verwijderen.⁹

4.4.1. Wijzigingen chronologisch versturen

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

Een gevolg van de automatische verwerking is dat berichten chronologisch verstuurd en behandeld moeten worden. Een melding van het einde van de opname kan niet aanvaard worden als er geen eerder bericht is aanvaard waarbinnen dat einde kan vallen.

In de weigering zal de reden steeds vermeld worden, zodat de voorziening weet welke corrigerende acties in een bericht moeten worden verstuurd.

Verschillende opeenvolgende berichten moeten dus achtereenvolgens en chronologisch verstuurd worden. Er kan immers altijd maar 1 bericht in verwerking zijn. Het volgende bericht mag pas verstuurd worden nadat het antwoord op het vorige bericht is ontvangen.

⁹ Dit verschilt van het verwijderen van het volledige bericht (zie 5.3.3. annuleren opnamebericht en indicatiestelling).

4.4.2. Wijziging verblijfsgegevens

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

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

Tabel 7. Scenario's wijziging verblijfsgegevens

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

4.4.3. Wijziging indicatiestelling

Niet alleen de verblijfsgegevens kunnen wijzigen, maar ook de afhankelijkheids categorie van een persoon kan veranderen doorheen de tijd. Indien dat het geval is, dan moet de ouderenvoorziening binnen 10 werkdagen

volgend op de wijziging van de afhankelijkheidscategorie een nieuwe indicatiestelling bezorgen aan de zorgkas. Indien enkel de scores op de KATZ-schaal wijzigen, zonder een wijziging van de afhankelijkheidscategorie tot gevolg, moet er geen nieuwe indicatiestelling worden verzonden.

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

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

4.4.4. Annuleren opname en indicatiestelling

In heel uitzonderlijke situaties (bijvoorbeeld omdat men een foutief INSZ-nummer of een foutief HCO-nummer heeft gebruikt) kan men tot de vaststelling komen dat er een foutief bericht is verzonden. Aangezien deze twee gegevens (INSZ-nummer en HCO-nummer) niet kunnen worden aangepast via een wijzigingsbericht, kan de ouderenvoorziening de fout enkel corrigeren door het bericht met de verkeerde informatie te verwijderen en de juiste informatie opnieuw te versturen. Enkel de ouderenvoorziening kan berichten verwijderen. De zorgkasmedewerker kan dit niet.

De mogelijkheid om berichten te verwijderen is voorzien om fouten te corrigeren of om inconsistenties in eWZCfin te voorkomen, maar het is niet de bedoeling om dit type bericht frequent te gebruiken.

De ouderenvoorziening kan onbepaald in de tijd berichten annuleren, maar indien men nadien een nieuwe opname zou doorsturen, dan geldt de meldingstermijn van 10 werkdagen.

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

Vanaf 28 maart 2024 komt een opnamebericht dat een eerder aanvaarde opname annuleert “in beraad” (ADMISSION_160). Dit om te voorkomen dat opnames ongewild worden verwijderd door de ouderenvoorziening. Het verwijderen van een eerder aanvaarde opname kan namelijk een aanzienlijke impact hebben op het recht op de tegemoetkoming voor zorg.

4.4.5. Wijzingen buiten de meldingstermijn

Indien een wijziging buiten de meldingstermijn wordt verzonden, dan zal het wijzigingsbericht “in beraad” komen.

4.5. WELKE BERICHTEN WANNEER VERSTUREN?

4.5.1. Opnamebericht versus indicatiestelling

Omdat er enerzijds een bericht bestaat dat de opnamegegevens bevat en anderzijds een bericht dat de indicatiestelling bevat, kan er in eWZCfin gedurende een bepaalde tijd onvolledige informatie bestaan. Een opnamebericht waarvoor een indicatiestelling ontbreekt, komt “in beraad”. Om te vermijden dat berichten lange tijd “in beraad” blijven staan, is het aan te raden om het opnamebericht en de indicatiestelling gelijktijdig te versturen, met zo weinig mogelijk tussentijd.

Tabel 8. Welke berichten wanneer versturen

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

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

4.6. BEHANDELING – CONTROLE VAN OPNAMEBERICHT EN INDICATIESTELLING

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

Een voorbeeld van enkele controles:

- Is de persoon aangesloten bij een zorgkas en in orde met zijn premiebetalingen?
- Heeft de voorziening de meldingstermijn gerespecteerd?
- Is de voorziening erkend?
- Is de berekende afhankelijkheidscategorie compatibel met het opgegeven type voorziening?

4.6.1. Behandeling van de aanmelding van de opname

Het opnamebericht wordt onderworpen aan een aantal controles:



4.6.1.1. Technische controles

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

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

4.6.1.2. Controles op vormvereisten

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

Indien niet voldaan aan de vormvereisten wordt er een foutboodschap gegenereerd. Het bericht krijgt de status *“ongeldig”*. Het systeem stelt een antwoord samen met de metadata (INSZ-nummer, HCO-nummer, interne referentie verzender en een foutenlijst met het aantal foutmeldingen gelijk aan het aantal negatieve controles).

4.6.1.3. Prevalidaties

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

4.6.1.4. Controles op de businessregels

Bepaalde controles worden volledig automatisch door eWZCfin uitgevoerd, zonder tussenkomst van een zorgkasmedewerker. Een aantal controles worden automatisch door het systeem uitgevoerd, maar in bepaalde gevallen resulteert dit in een status *“in beraad”*. Deze berichten vereisen actie van een zorgkasmedewerker of een ouderenvoorziening.

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

Indien een bericht de status *“in beraad”* krijgt, moet de ouderenvoorziening de fout corrigeren of binnen de meldingstermijn van 10 werkdagen contact opnemen met de zorgkas.

Zolang een bericht voor een gebruiker/bewoner de status *“in beraad”* heeft, kunnen er geen nieuwe berichten worden doorgestuurd naar de zorgkassen voor deze gebruiker/bewoner. Het bericht met status *“in beraad”* moet eerst goedgekeurd of afgekeurd worden door de zorgkas. **Het is daarom van belang dat de ouderenvoorziening binnen de meldingstermijn van 10 werkdagen contact opneemt met de zorgkas.**

Indien na 10 werkdagen het bericht nog steeds de status *“in beraad”* heeft dan zal de zorgkas binnen de periode van 11 werkdagen en 1 maand na ontvangstdatum van het bericht met status *“in beraad”* het bericht behandelen.

Berichten die langer dan 1 maand *“in beraad”* staan, zullen door de zorgkasmedewerkers worden geweigerd.

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

4.6.2. Behandeling van de indicatiestelling

Ook de indicatiestelling wordt onderworpen aan een aantal controles:



4.6.2.1. Technische controles

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

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

4.6.2.2. Controles op vormvereisten

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

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

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

4.6.2.3. Prevalidaties

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

4.6.2.4. Controles op de businessregels

Bepaalde controles worden volledig automatisch door eWZCfin uitgevoerd, zonder tussenkomst van een zorgkasmedewerker. Een aantal controles worden automatisch door het systeem uitgevoerd, maar in bepaalde gevallen resulteert dit in een status “in beraad”. Deze berichten vereisen actie van een zorgkasmedewerker of een ouderenvoorziening.

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

4.6.3. Berekening afhankelijkheidscategorie

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

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

4.6.4. Berekening aanvaarde datum start opname

eWZCfin past automatisch de meldingstermijn toe en houdt daarbij rekening met werkdagen, weekenddagen en feestdagen. De meldingstermijn wordt op 2 manieren toegepast:

1. Aanvaarde datum

Indien een bericht binnen de meldingstermijn wordt doorgestuurd, dan is de **aanvaarde opnamedatum** gelijk aan de reële **opnamedatum**. Indien de meldingstermijn wordt overschreden, dan is de **aanvaarde datum** van de opname **gelijk aan de meldingsdatum** van de opname. Een goedkeuring van de opname betekent dus niet automatisch dat ook de doorgestuurde startdatum van de opname werd aanvaard. De aanvaarde datum van de opname wordt in het antwoordbericht opgestuurd naar de voorziening.

2. Controles op correcties buiten de meldingstermijn

De meldingstermijn wordt ook toegepast op **wijzigingen** aan reeds goedgekeurde opnames. Wijzigingen invoeren in de software van de ouderenvoorziening (vb. het aanpassen van de opnamedatum, ...) heeft een impact op de facturatie en kan ervoor zorgen dat eerder goedgekeurde opnames worden geannuleerd waarna de wijzigingen worden doorgestuurd en de meldingstermijn wordt toegepast.

Indien buiten de meldingstermijn een aanpassing wordt gemaakt aan een eerder doorgestuurd gegeven, dan zal het bericht de status “in beraad” krijgen. De voorziening moet contact opnemen met de zorgkas om toe te lichten wat de reden is voor de wijziging aan de eerder doorgestuurde gegevens buiten de meldingstermijn. De zorgkas zal deze aanvraag beoordelen en nagaan wat de impact is op het recht op de tegemoetkoming voor zorg en het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden.

Zolang voor een persoon een bericht “in beraad” staat kan u geen nieuwe berichten doorsturen naar de zorgkassen voor deze persoon. Het bericht met status “in beraad” moet eerst goedgekeurd of afgekeurd worden door de zorgkas. **Het is daarom van belang dat de ouderenvoorziening binnen de meldingstermijn van 10 werkdagen contact opneemt met de zorgkas.**

Indien er door een wijziging aan eerder doorgestuurde gegevens een impact is op de aanvaarde opnamedatum dan zal er enkel een uitzondering worden toegestaan *op de berekening van de aanvaarde datum* in één van de drie hierboven beschreven situaties.

3. De meldingstermijn wordt eveneens toegepast bij het laattijdig doorsturen van indicatiestellingen

Niet alleen de opname, maar ook de indicatiestelling moet tijdig gemeld worden.

Indien de opname tijdig wordt gemeld, maar de indicatiestelling laattijdig, dan zal de aanvaarde datum van de opname gelijk zijn aan de meldingsdatum van de indicatiestelling.

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

4.7. BESLISSING

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

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

Voor een overzicht van de controles, zie: <https://www.departementzorg.be/nl/controles-door-de-module-ewzcfm>.

4.7.1. Weigering

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

eWZCfin stelt een antwoord samen

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

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

4.7.2. Aanvullende inlichtingen

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

eWZCfin stelt een antwoord samen

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

4.7.3. Goedkeuring

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

Het antwoord bevat de volgende informatie:

- Gegevens over de opname;
- Gegevens over het type woongelegenhheid binnen die opname;
- De afhankelijkheids categorie.

5. INFORMATIE VAN eWZCFIN NAAR DE ZORGKASSEN

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

De volgende opnames zullen aan de zorgkassen gemeld worden:

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

6. INFORMATIE VAN eWZCFIN NAAR DE ZIEKENFONDSEN

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

7. FACTURATIE

7.1. REGELGEVING EN PROCEDURES

7.1.1. Algemene procedure en proces

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

De digitale facturatie van de ouderenvoorzieningen aan de zorgkassen gebeurt op maandelijkse basis. Dit wil zeggen dat een ouderenvoorziening met een maandelijkse periodiciteit factureert. De voorziening is vrij om te bepalen op welke dag zij de zending (bundel facturen) wil versturen. Dat kan vanaf het verstrijken van de meldingstermijn (10 werkdagen). De ouderenvoorziening maakt elke maand een zending over aan de betrokken zorgkas, via de facturatiemodule van het digitaal platform VSB.

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

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

De ouderenvoorzieningen vermelden zowel de prestaties in recordtype 30 als 50.

In recordtype 30 worden alle verblijfsdagen en de tegemoetkomingen die daarmee samenhangen vermeld. In recordtype 50 worden de bedragen vermeld die de gebruiker moet betalen.

7.1.8. Types zendingen

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

Een correctiezending wijzigt of annuleert eerder gefactureerde prestaties.

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

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

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

7.1.9. Types facturen

Zie toelichting in de facturatie-instructies: https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc ledenbeheer/efact-cookbook/overzicht_efact_cookbook.html

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

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

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

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

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

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

	Tegemoetkoming VSB	Persoonlijk aandeel	Bijdragen ten laste van de gebruiker
263236	70	0	0
260554	0	0	60

7.2. BEHANDELING ZENDING

De behandeling van de zending verloopt in verschillende stappen.

7.2.1. Algemeen proces verwerking zending

Figuur 2 Processchema verwerking zending



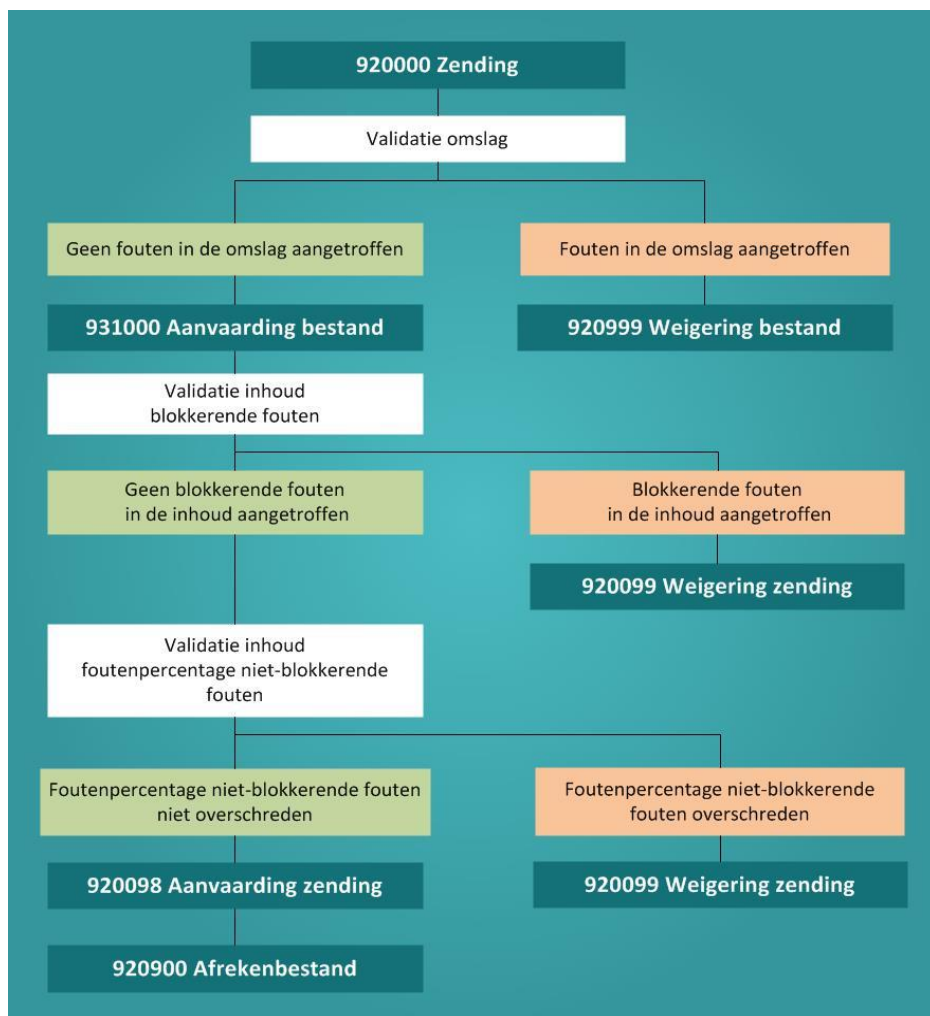
Beschrijving proces verwerking zending

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

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

7.2.2. Behandeling zending eWZCfin

Figuur 3. Behandeling zending eWZCfin



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

eWZCfin controleert eerst de omslag van de zending.

- Indien er geen enkele fout is vastgesteld op de omslag, dan stuurt eWZCfin een ontvangstbewijs naar de ouderenvoorziening en volgt de controle op de inhoud van de zending.
- Indien er een fout is vastgesteld op de omslag, dan verstuurt eWZCfin een bestand (weigering zending) naar de ouderenvoorziening waaruit blijkt dat de zending geweigerd is.

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

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

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

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

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

7.2.2.3. Controle op blokkerende fouten per zending

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

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

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

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

Enkele voorbeelden van controles die zullen worden uitgevoerd:

- Controle of er voor een prestatie een gekende opname is voor die persoon, voor die ouderenvoorziening;
- De ouderenvoorziening moet erkend zijn door de Vlaamse overheid;
- De persoon moet VSB-verzekerd zijn op datum van de prestatie;
- De prestatiedatum moet betrekking hebben op een maand die de zending vooraf gaat¹²;
- De prestatiecode moet geldig zijn voor de voorziening;
- ...

Voor een overzicht van de velden en de errorcodes, zie

https://www.mercurius.vlaanderen.be/doc/ledenbeheer/efact-cookbook/overzicht_efact_cookbook.html

7.2.2.4.1. Beslissing per prestatie

Per prestatie wordt de status bepaald.

Verworpen

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

In beraad

Een aantal controles zullen automatisch door eWZCfin worden uitgevoerd, maar in bepaalde gevallen als resultaat een status “in beraad” krijgen. Voor deze prestatiecodes is er een actie van de zorgkasmedewerker vereist. Vooraleer eWZCfin de volledige zending kan beoordelen moet namelijk elke prestatie verworpen of aanvaard zijn.

Aanvaard

De prestatielijn is aanvaard.

¹² De voorziening heeft tot twee jaar de tijd om prestaties te factureren aan de zorgkas van de gebruiker.

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

Als er geen blokkerende fout is dan is de zending aanvaard.

7.3. ONDERTEKENING ZENDING DOOR ZORGKASMEDEWERKER

De zorgkasmedewerker moet de zending *ondertekenen* als er geen blokkerende fouten zijn.

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

- ## 7.4. BETALING

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

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

2	6***	C	WZC/CVK/CDV
2	7***	C	Gespecialiseerde zorg
2	8***	C	
2	9***	C	Gespecialiseerde zorg

7.5.1.2. Lijst met prestatiecodes

Tabel 10. Prestatiecodes voor prestaties vanaf 1 oktober 2023

Prestatiecode	Omschrijving
263199	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie O in WZC
263214	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie A in WZC
263236	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie B in WZC
263258	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie C in WZC
263273	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Cd in WZC
263693	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie D in WZC
263398	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie O in CVK
263413	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie A in CVK
263435	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie B in CVK
263457	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie C in CVK
263479	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Cd in CVK
263737	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie D in CVK
264518	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie F in CDV
264916	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Fp in CDV
264938	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie D in CDV
264953	Basistegemoetkoming afhankelijkheidscategorie Fd in CDV
263597	Tegemoetkoming in de gesolidariseerde kosten van het incontinentiemateriaal, WZC, CVK
264474	Tegemoetkoming reiskosten CDV
263608	Tegemoetkoming voor de opvang van personen in een CVK met een bijkomende erkenning
260554	Aangerekende dagprijs eenpersoonskamer, WZC, CVK
260576	Aangerekende dagprijs tweepersoonskamer, WZC, CVK
260613	Aangerekende dagprijs volledige dag CDV
260609	Aangerekende dagprijs halve dag CDV
260624	Aangerekende dagprijs nachtopvang CDV
260565	Aangerekende dagprijs flexibel centrum voor kortverblijf
264599	Oppervlakte van de woongelegenheden
264588	Korting op de dagprijs: infrastructuurforfait Vlaamse overheid, WZC, CVK
264603	Korting op de dagprijs: tegemoetkoming bijkomende erkenning jongdementie
260403	Permanente korting op de dagprijs: inwoner gemeente
260414	Permanente korting op de dagprijs: verwantschap bestaande bewoner
260436	Permanente korting op de dagprijs: commerciële korting
260447	Permanente korting op de dagprijs: andere
260425	Tijdelijke korting op de dagprijs: infrastructuurwerken of lawaaihinder
260506	Tijdelijke korting op de dagprijs: overblijvende partner in tweepersoonskamer
260517	Tijdelijke korting op de dagprijs: andere

260797	Extra vergoedingen: was en stomerij persoonlijk linnen (interne dienst)
260893	Extra vergoedingen: vervoerskosten die verband houden met de gezondheid van de bewoner (interne dienst)
260937	Extra vergoedingen: vervoerskosten die verband houden met de gezondheid van de bewoner: vervoer tussen woonplaats en centrum voor dagverzorging (interne dienst)
260878	Extra vergoedingen: andere
260156	Extra vergoedingen: herstellingskost persoonlijk linnen (interne dienst)
260145	Extra vergoedingen: pedicure, manicure, esthetische verzorging en kapper (interne dienst)
260123	Extra vergoedingen: de dranken en supplementaire voedingsproducten die buiten de maaltijden verstrekt worden op individuele vraag van de bewoner (uitgezonderd drinkbaar water)
260134	Extra vergoedingen: de kosten voor specifieke activiteiten in het kader van begeleiding wonen en leven, recreatie en therapeutische activiteiten die door de voorziening buiten de dagelijkse activiteiten in het kader van begeleiding wonen en leven, recreatie en therapeutische activiteiten worden georganiseerd, die een aantoonbare meerkost vertegenwoordigen en waartoe de bewoner de vrije keuze heeft om hieraan deel te nemen mits betaling
260167	Extra vergoedingen: alle mogelijke kosten die verband houden met het houden van een individueel huisdier: de kosten die de voorziening maakt voor het houden van het huisdier.
260694	Voorschotten ten gunste van derden: verzorgingsmateriaal niet gedekt door de tegemoetkoming voor zorg
260738	Voorschotten ten gunste van derden: kosten van medicatie (exclusief korting)
260285	Voorschotten ten gunste van derden: kosten van medicatie (inclusief korting)
260959	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van de huisarts
260974	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van kine voor zover niet inbegrepen in de tegemoetkoming voor zorg
260996	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van labo
260097	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van polikliniek
261007	Voorschotten ten gunste van derden: De abonnementskosten en kosten voor individueel gebruik van radio, televisie, telefoon en internet.
260204	Voorschotten ten gunste van derden: was en stomerij persoonlijk linnen (externe dienst)
260366	Voorschotten ten gunste van derden: herstellingskost van het persoonlijk linnen (externe dienst)
260355	Voorschotten ten gunste van derden: pedicure, manicure, esthetische verzorging en kapper (externe dienst)
260237	Voorschotten ten gunste van derden: vervoerskosten die verband houden met de gezondheid van de bewoner (externe dienst)
260259	Voorschotten ten gunste van derden: vervoerskosten die verband houden met de gezondheid van de bewoner: vervoer tussen woonplaats en centrum voor dagverzorging (externe dienst)
260307	Voorschotten ten gunste van derden: honoraria van externe verstrekkers van zorg die, al dan niet, zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de basistegemoetkoming voor zorg.
260318	Voorschotten ten gunste van derden: hospitalisatiekosten
260329	Voorschotten ten gunste van derden: de individuele bijdragen voor het ziekenfonds en zorgkas
260333	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor hulpmiddelen zoals hoorapparaat, bril, tandprothesen, rolstoel, krukken, looprek, enz.. voor het gedeelte dat niet gedekt wordt door de federale ziekteverzekering of de Vlaamse sociale bescherming, of dat niet onder toepassing valt van de overeenkomst tussen de voorziening en de verzekeringsinstelling
260344	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor persoonlijke toiletartikelen die op uitdrukkelijke vraag van de bewoner door de voorziening worden aangekocht
260377	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor alle persoonlijke aankopen op uitdrukkelijke vraag van de bewoner
260388	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor individuele en aanvullende verzekeringen voor de bewoner

260263	Voorschotten ten gunste van derden: alle mogelijke kosten die verband houden met het houden van een individueel huisdier: de kosten voor aankoop van diensten, attributen en voeding voor het huisdier
260274	Voorschotten ten gunste van derden: zakgeld
260495	Voorschotten ten gunste van derden: andere
260458	In mindering gebrachte diensten en leveringen: afwezigheid of overlijden
260786	In mindering gebrachte diensten en leveringen: andere
260775	In mindering gebrachte diensten en leveringen: korting apotheek
266003	Al betaalde voorschot voor de afgelopen verblijfsperiode/maand (een bedrag in -)
266014	Te betalen voorschot voor de volgende verblijfsperiode/maand (een bedrag in +)
266025	Saldo = het totale verschuldigde nettobedrag dat de bewoner of zijn vertegenwoordiger moet betalen (een bedrag in - of +)
260473	In mindering gebrachte diensten en leveringen: rechtzetting foutief aangerekend bedrag eerdere gebruikersfactuur

7.5.1.3. Prestatiecodes voor de tegemoetkomingen VSB

7.5.1.3.1. Prestatiecodes basistegemoetkoming VSB

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

Er kunnen zoveel prestatiecodes worden vermeld als er verblijfsdagen zijn.

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

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

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

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

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

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

7.5.1.3.3. Tegemoetkoming reiskosten CDV, prestatiecode 264474

Deze prestatiecode moet worden vermeld op de factuur voor iedere dag dat een gebruiker met de afhankelijkheids categorie F, Fd, D of Fp naar het CDV met de bijkomende erkenning komt, ongeacht of de

basistegemoetkoming in CDV kan worden gefactureerd aan de zorgkas. De gebruiker en de ouderenvoorziening moeten uiteraard wel voldoen aan alle voorwaarden (minimale verblijfsduur, erkenning voorziening, VSB-verzekering, ...).

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

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

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

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

7.5.1.3.4. Tegemoetkoming oriënterend CVK, prestatiecode 263608

Voor prestaties vanaf 01/01/2023 kunnen ouderenvoorzieningen per gebruiker die verblijft in een woongelegenheid van een centrum voor kortverblijf met een bijkomende erkenning via een nieuwe prestatiecode het bedrag van de tegemoetkoming factureren aan de zorgkas van de gebruiker.

Aangezien de bijkomende erkenning oriënterend kortverblijf een erkenning is bóvenop de basiserkenning centrum voor kortverblijf, kan voor een gebruiker, naast het bedrag oriënterend kortverblijf, óók het bedrag van de basistegemoetkoming voor zorg worden gefactureerd aan de zorgkassen.

7.5.1.4. Prestatiecodes voor de bijdragen ten laste van de gebruiker

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

Wat in de dagprijs moet worden opgenomen en niet afzonderlijk mag worden gefactureerd, is bepaald in het Ministerieel besluit tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf type 1.

Dit MB definieert ook wat als extra vergoedingen en voorschotten ten gunste van derden mag worden aangerekend aan de gebruiker/bewoner.

7.5.1.4.1. Prestatiecodes voor de dagprijzen

De prestatiecodes voor de dagprijzen worden per dag doorgegeven, wat betekent dat er evenveel prestatiecodes worden vermeld als het aantal dagen waarop de gebruiker/bewoner de dagprijs heeft betaald.

7.5.1.4.2. Prestatiecode oppervlakte van de woongelegenheid

De prestatiecode wordt doorgestuurd zoals de dagprijs: zoveel prestatiecodes als er dagen zijn waar de gebruiker de dagprijs betaalde.

De prestatiecodes voor de extra vergoedingen worden doorgegeven per maand.

7.5.1.4.4. Prestatiecodes voor de voorschotten ten gunste van derden

orschot ten gunste van derden kan worden aangerekend aan de gebruiker, is bepaald in het
sluit tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de
en gunste van derden aangerekend in de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf type

De prestatiecodes voor de in mindering gebrachte diensten en leveringen worden doorgegeven per maand.

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

De ouderenvoorzieningen hebben twee jaar de tijd om prestaties aan de zorgkas te factureren. De controle in eWZCfin wordt uitgevoerd op het einde van de kalendermaand van de prestatie. Een prestatie van 1/1/2022 kan tot en met 31/1/2024 worden gefactureerd.

De verjaringstermijn wordt gestuit bij aangetekende brief ter attentie van de betrokken zorgkas of van de zorgkas t.a.v. de voorziening. Indien een voorziening een aangetekende brief met een aanvraag tot stuiting aan de zorgkassen bezorgt, dan moet deze aangetekende brief minimaal de INSZ-nummers en prestatiedatums bevatten waarop de stuiting van toepassing is. Indien deze niet worden vermeld, is de stuiting ongeldig.

Het totale bedrag dat een ouderenvoorziening in een zending factureert aan de zorgkas is niet automatisch het totale bedrag dat zal worden aanvaard voor betaling door de zorgkas. Indien bepaalde facturen of prestaties in een factuur worden geweigerd, dan zullen deze niet mee in rekening worden gebracht. De voorziening moet dus per zending nakijken of de volledige zending werd aanvaard. Indien niet, dan kan

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

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

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

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

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

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

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

Omdat er voor nieuwe WZC en CVK nog geen referentieperiode ter beschikking is, wordt er een voorlopig bedrag van de basistegemoetkoming toegekend. Deze voorlopige tegemoetkoming is op 1/1/2019 gelijk aan 18,54 euro per dag¹³. Deze tegemoetkoming mag de voorziening aanrekenen voor elke opgenomen gebruiker/bewoner tijdens de eerste drie kwartalen van de erkenning (eerste 3 kwartalen = kwartaal van erkenning + 2 daaropvolgende kwartalen).

Aangezien het bedrag van deze tegemoetkoming niet gebaseerd is op het personeel dat in de ouderenvoorziening aanwezig is, noch op de aanwezige zorgprofielen van de gebruikers/bewoners, wordt de tegemoetkoming later berekend (wanneer de gegevens beschikbaar zijn in de webapplicatie, eCalcura). Deze berekening gebeurt op basis van het effectief tewerkgesteld personeel en de aanwezige zorgprofielen van de opgenomen gebruikers/bewoners tijdens het eerste volledige kwartaal van erkenning.

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

b. Nieuw centrum voor dagverzorging

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

7.5.7. Verwijlinteresten

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

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

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

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

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

7.5.8. Herhaalde tekortkomingen

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

7.5.9. Basistegemoetkoming gelijk aan 0€

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

¹³ De actuele bedragen kunnen worden teruggevonden op de website van het Departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/nl/bedragen-financiering-ouderenzorg>.

9 BIJLAGEN

9.1. BIJLAGE 1. WERKDAGEN EN FEESTDAGEN

Werkdagen zijn alle dagen met uitzondering van:

- a) zaterdagen;
- b) zondagen;
- c) wettelijke feestdagen, vermeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 24 april 1974 tot bepaling van de algemene wijze van uitvoering van de wet van 4 januari 1974 betreffende de feestdagen:
- 1 januari;
 - Paasmaandag;
 - 1 mei;
 - Hemelvaartsdag;
 - Pinkstermaandag;
 - 21 juli;
 - Tenhemelopneming;
 - Allerheiligen;
 - 11 november;
 - Kerstmis.

9.2. BIJLAGE 2. AANVAARDE DATUM

9.2.1. Aanvaarde datum opname

9.2.1.1. Doelstelling

Een nieuwe opname of een wijziging van een bestaande opname moet binnen de 10 werkdagen volgend op de datum van de opname worden verzonden. Dit betekent dat binnen deze termijn een correct opnamebericht, met bijhorende indicatiestelling moet doorgestuurd worden. Bij laattijdige melding kan de opname pas worden gefactureerd vanaf de datum dat alle gegevens volledig gemeld zijn.

Deze datum wordt de "aanvaarde datum opname" genoemd.

De begindatums van de opname, woongelegenhedsperiodes en tijdelijke afwezigheden blijven ongewijzigd en worden gebruikt om de consistentie van het geheel af te toetsen.

De laattijdige melding betreft altijd het geheel van de opname, de woongelegenhedsperiode of de indicatiestelling. Is één onderdeel laattijdig, dan is het geheel laattijdig.

Een tijdelijke afwezigheid wordt niet in rekening gebracht.

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

9.2.1.2. Tijdige melding

Een opname is tijdig gemeld indien de meldingsdatum van zowel de opname als de gekoppelde indicatiestelling binnen de meldingstermijn valt.

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

Bij een tijdige melding:

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

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

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

9.2.1.3. Laattijdige melding

Een opname is laattijdig gemeld indien de meldingsdatum van de opname en/of de gekoppelde indicatiestelling valt na de meldingstermijn.

Bij een laattijdige melding:

Aanvaarde datum opname = meest recente van volgende data: datum melding indicatiestelling, datum melding opname.

Hetzelfde principe wordt toegepast voor een woongelegenhedsperiode.

Indien een opname "in beraad" komt dan blijft in bepaalde gevallen de meldingsdatum behouden.

ADMISSION_101	De voorziening is niet erkend
ADMISSION_104	De bewoner is niet VSB-verzekerd

ADMISSION_116	Voor de volledige periode van een verblijf moet een geldige indicatiestelling bestaan.
ADMISSION_117	Er ontbreekt een indicatiestelling die geldig is op de begindatum van deze opname.
ADMISSION_118_bis	De indicatiestelling is niet compatibel met de woongelegenheden.
ADMISSION_121	Op basis van de gegevens in eWZCfin is deze persoon reeds in een andere voorziening opgenomen.

9.2.1.4. Meldingsdatum

Voor de meldingsdatum wordt de timestamp gebruikt die VSBNet op het bericht zet.

9.2.1.5. Wijziging van de opname

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

9.2.1.6. Toevoegen van een woongelegenhedenperiode

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

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

Wijzigingen moeten binnen de 10 werkdagen ten opzichte van de vorige melding worden doorgegeven. Indien dit niet gebeurt, kan een aanpassing van een begindatum doorgevoerd worden en wordt er een nieuwe aanvaarde datum berekend.

9.2.2. Parameters

9.2.2.1. 2.1. Start bevoegdheid

Start bevoegdheid = 01/01/2019.

9.2.2.2. Meldingstermijn

9.2.2.2.1. Termijn

De meldingstermijn is standaard ingesteld op 10 werkdagen. Dit betekent dat de voorziening een opname (of een wijziging van een opname) moet doorsturen binnen de 10 werkdagen volgend op de datum van de opname (of de wijziging).

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

Bijvoorbeeld:

- opname op 1/5/2021 om 08:01:00 verzonden op 14/5/2021 om 08:01:00 = tijdig
- opname op 1/5/2021 om 08:01:00 verzonden op 14/5/2021 om 08:01:01 = laattijdig

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

9.2.2.2.2. Aanpassen van de meldingstermijn

De zorgkas heeft de mogelijkheid om, op vraag van de voorziening en enkel in zeer uitzonderlijke situaties, de meldingstermijn aan te passen en een langere termijn toe te laten.

Vanaf 1/12/2021 worden enkel nog in de volgende drie situaties uitzonderingen op de meldingstermijn van 10 werkdagen toegestaan:

- Een wijziging van de VSB-verzekeringsstatus van de bewoner of gebruiker;
- Een erkenning met terugwerkende kracht;
- Technische problemen gemeld door de softwareleverancier bij het Departement Zorg.

9.2.2.2.3. Wijziging opname

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

Wijzig de begindatum van de opname of een woongelegenheid, dan wordt de berekening van aanvaarde datum opname opnieuw uitgevoerd met:

- de meldingsdatum van het bericht wijziging opname;
- de nieuwe gemelde datum opname;
- termijn van 10 werkdagen (of uitzondering).

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

Hetzelfde geldt voor een begindatum van een woongelegenheidsperiode.

Voor een tijdelijke afwezigheid wordt dit niet toegepast.

9.2.2.2.4. Wijzigingen van afhankelijkheidscategorie, laattijdig

Bij een wijziging van een indicatiestelling die laattijdig wordt gemeld, wordt de meldingstermijn momenteel nog niet toegepast. Bij een wijziging van de afhankelijkheidscategorie wordt er namelijk geen “aanvaarde datum” berekend. Hierdoor moet in deze situatie, ondanks de laattijdige melding, de prestatiecode van de nieuwe indicatiestelling worden gefactureerd vanaf de datum van de geldigheid van de indicatiestelling. Wijzigingen aan indicatiestellingen kunnen met andere woorden wel laattijdig worden gemeld, zonder impact op de facturatie.

9.2.3. Voorbeeldscenario's validatie opname/indicatiestelling

Nieuwe opname en indicatiestelling, tijdig

Eerst wordt indicatiestelling doorgestuurd

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

=>aanvaard

Vervolgens wordt de opname doorgestuurd.

Het betreft een eerste opname of heropname na 30 dagen

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

=>opname en indicatiestelling aanvaard:

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

Nieuwe opname tijdig, indicatiestelling laattijdig

Eerst wordt de opname doorgestuurd.

Het betreft een eerste opname of heropname na 30 dagen

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

=>in beraad:

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

Indicatiestelling

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

9.3. BIJLAGE 3. MINIMALE VERBLIJFSDUUR

9.3.1. Woonzorgcentrum en centrum voor kortverblijf

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

9.3.2. Centrum voor dagverzorging

9.3.2.1. Minimale verblijfsduur

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

9.3.2.2. Startuur

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

9.3.2.3. Minimale verblijfsduur en startuur

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

9.3.2.4. Overlijden

- Opname op 5/12 om 11u. Overlijden op 5/12 om 16u
 - Minimale verblijfsduur = NIET OK
 - Minimale verblijfsduur niet OK oww overlijden.
 - *5/12 mag worden gefactureerd.*
- Opname 5/12 om 10u. Overlijden op 6/12 om 6u
 - Minimale verblijfsduur = NIET OK

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

Het criterium 'verplaatsingen' staat voor het gaan van één punt naar een ander.
Alle mobilisatiebeperkende middelen worden bij de evaluatie van dit criterium buiten beschouwing gelaten.

Score 1: Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanische hulpmiddelen of hulp van derden

De persoon is zelfstandig voor de transfer en kan zich verplaatsen zonder enige hulp van derden of zonder mechanische hulpmiddelen, zoals hij dat altijd heeft gedaan.

Score 2: Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, met gebruik van mechanische hulpmiddelen (krukken, rolstoel ...)

De persoon is zelfstandig voor de transfer, eventueel met gebruik van mechanische hulpmiddelen. Om zich te verplaatsen, gebruikt de persoon zelf loophulpen zoals krukken, gaankader, rolstoel enzoverder, of steunt hij op het meubilair. Dat noodzaakt eventueel occasionele hulp van derden.

Score 3: Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers of zijn verplaatsingen
Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) de persoon kan nooit 's ochtends opstaan of 's avonds neerliggen zonder de hulp van derden (van ligpositie naar rechtop staan of omgekeerd), of de persoon kan nooit rechtop gaan staan of gaan zitten zonder de hulp van een derde (van de zitpositie naar rechtop staan of omgekeerd), of de persoon kan nooit gaan zitten of neerliggen zonder de hulp van derden (van de ligpositie naar de zitpositie en omgekeerd);
b) de persoon heeft hulp van derden nodig voor elke verplaatsing.

Score 4: Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
De persoon die beschikt over een terugbetaalde elektronische rolwagen en die er het grootste deel van de dag gebruik van maakt, voor verplaatsingen zowel binnen- als buitenshuis, krijgt een score 4.

Het gaat om een persoon die volledige, aangetoonde en definitieve moeilijkheden met verplaatsen heeft. Hij kan niet blijven rechtstaan of stappen. Een zelfstandige verplaatsing van de rolwagen naar een stoel, een zetel of een bed, of omgekeerd, is niet mogelijk zonder hulp van een derde persoon.

4 Toiletbezoek

Dit criterium drukt zowel het gebruik van de wc uit als het gebruik van de toiletstoel die in de onmiddellijke nabijheid van de persoon staat.

Dit criterium is telkens een combinatie van drie items: verplaatsen en zich kleden (broek laten zakken en terug optrekken en eventueel incontinentiemateriaal verwijderen en aanbrengen) en zich reinigen.

Score 1: Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen

Score 2: Heeft gedeeltelijk hulp nodig van derden om naar het toilet te gaan of zich te kleden of zich te reinigen

De persoon heeft hulp nodig voor één van de drie items: verplaatsen, zich kleden of zich reinigen.

Score 3: Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan, zich te kleden of zich te reinigen

De persoon heeft hulp nodig voor twee van de drie items: verplaatsen, zich kleden of zich reinigen.

Score 4: Moet volledig worden geholpen om naar het toilet of de toiletstoel te gaan, om zich te kleden en om zich te reinigen

De persoon heeft hulp nodig voor de drie items: verplaatsen, zich kleden en zich reinigen.

5 Continentie

Score 1: Is continent voor urine en faeces

Score 2: Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)

Hier bestaan drie mogelijkheden:

a) de persoon heeft occasioneel, dit wil zeggen op onregelmatige tijdstippen gedurende het etmaal, onvrijwillig urine- of stoelgangverlies, zoals bij stress-incontinentie of druppelincontinentie. Een persoon die uitsluitend nachtelijk urine-incontinent is, wordt onder "2" gescoord. Een persoon die nachtelijk urine-incontinent is en occasioneel urine-incontinent is overdag wordt eveneens onder "2" gescoord;
b) de persoon draagt een kunstaars of urostomie of een verblijfsonde;

9.1. BIJLAGE 5. TOELICHTING PRESTATIECODES

Prestatiecodes bijdragen gebruiker - vanaf 1 oktober 2023		
Prestatiecode	Omschrijving	Toelichting
Dagprijzen		
260554	Aangerekende dagprijs eenpersoonskamer, WZC, CVK	Het brutobedrag van de aan de bewoner aangerekende dagprijs. Het betreft de toegepaste en goedgekeurde dagprijs vóór de vermindering met eventuele kortingen ¹⁴ (tijdelijke, permanente, infrastructuurforfait of jongdementie) op de factuur.
260576	Aangerekende dagprijs tweepersoonskamer, WZC, CVK	Het brutobedrag van de aan de bewoner aangerekende dagprijs. Het betreft het bedrag dat één individu betaalt in de woongelegheden voor twee personen. Het betreft de toegepaste en goedgekeurde dagprijs vóór de vermindering met eventuele kortingen ¹ (tijdelijke, permanente, infrastructuurforfait of jongdementie) op de factuur.
260613	Aangerekende dagprijs volledige dag CDV	Het brutobedrag van de aan de gebruiker aangerekende dagprijs bij een verblijf van een <u>hele</u> dag. Het betreft het bedrag vóór de vermindering met eventuele kortingen.
260609	Aangerekende dagprijs halve dag CDV	Het brutobedrag van de aan de gebruiker aangerekende dagprijs bij een verblijf van een <u>halve</u> dag. Het betreft het bedrag vóór de vermindering met eventuele kortingen.
260624	Aangerekende dagprijs nachtopvang CDV	Het brutobedrag van de aan de gebruiker aangerekende dagprijs bij een verblijf van een <u>nacht</u> . Het betreft het bedrag vóór de vermindering met eventuele kortingen.

¹⁴ In die gevallen waar een specifieke dagprijs door de prijsdienst werd goedgekeurd waarin al een permanente korting vervat zit, deelt u gewoon deze goedgekeurde dagprijs, waarin de korting vervat zit, mee. Dit omdat de korting niet afzonderlijk op de factuur wordt aangerekend (bv. een afzonderlijke lagere dagprijs voor bewoners uit de gemeente).

	van de overeenkomst tussen de voorziening en de verzekeringsinstelling	
260344	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor persoonlijke toiletartikelen die op uitdrukkelijke vraag van de bewoner door de voorziening worden aangekocht	Geen bijkomende toelichting
260377	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor alle persoonlijke aankopen op uitdrukkelijke vraag van de bewoner	Geen bijkomende toelichting
260388	Voorschotten ten gunste van derden: de kosten voor individuele en aanvullende verzekeringen voor de bewoner	Geen bijkomende toelichting
260263	Voorschotten ten gunste van derden: alle mogelijke kosten die verband houden met het houden van een individueel huisdier: de kosten voor aankoop van diensten, attributen en voeding voor het huisdier	Voorschot ten gunste van derden voor de kosten voor aankoop van diensten, attributen en voeding voor het individuele huisdier
260274	Voorschotten ten gunste van derden: zakgeld	Indien de familieleden, mantelzorgers of een OCMW aan de voorziening via de gebruikersfactuur een bedrag aan de voorziening betaalt en de voorziening dit bedrag vervolgens op een persoonlijke (zakgeld)rekening van de gebruiker stort, dient deze prestatiecode te worden gebruikt. Het zakgeld betekent geen hogere kost van de dagprijs voor het verblijf voor de bewoner, maar is een middel om geld ter beschikking te stellen van de bewoner
260495	Voorschotten ten gunste van derden: andere	Eventueel een andere dan de vermelde voorschotten ten gunste van derden.
Voorschotten, afrekeningen en rechtzettingen		
266003	Al betaalde voorschot voor de afgelopen verblijfsperiode/maand (een bedrag in -)	Enkel woonzorgcentra die met een systeem van voorschotten en afrekeningen werken, kunnen deze prestatiecodes gebruiken.
266014	Te betalen voorschot voor de volgende verblijfsperiode/maand (een bedrag in +)	Enkel woonzorgcentra die met een systeem van voorschotten en afrekeningen werken, kunnen deze prestatiecodes gebruiken.
266025	Saldo = het totale verschuldigde nettobedrag dat de bewoner of zijn vertegenwoordiger moet betalen (een bedrag in - of +)	Het totaal van de gebruikersfactuur voor de maand die wordt gefactureerd.
260473	Rechtzetting foutief aangerekend bedrag eerdere gebruikersfactuur	Een eventuele rechtzetting (in min en plus) van een eerdere factuur.

LIJST MET AFKORTINGEN

AFKORTINGEN EN DEFINITIES

AVSB	Departement Zorg Vlaamse sociale bescherming
Afrekenbestand	Bestand dat vanuit de centrale toepassing eWZCfin naar de ouderenvoorziening wordt verzonden en de verworpen prestaties/facturen en de gegevens met betrekking tot de afrekening bevat.
CRA	Coördinerend en raadgevend arts
CVK	Centrum voor kortverblijf
Bewoners van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf	Iedere persoon die in een WZC of CVK verblijft, ongeacht of deze persoon aangesloten is bij een zorgkas en in orde met de premiebetalingen.
BVR VSB	Besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming
CDV	Centrum voor dagverzorging
Decreet VSB	Decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming
Entiteit	Term voor zowel een woongelegenheid in een woonzorgcentrum als een verblijfseenheid in een centrum voor kortverblijf of in een centrum voor dagverzorging.
eWZCfin	Module die wordt toegevoegd aan het digitaal platform Vlaamse sociale bescherming en de digitalisering van het opname- en facturatieproces tussen ouderenvoorzieningen en zorgkassen mogelijk maakt.
Factuur voor zorgkas	Bevat de prestaties van een maand voor één persoon die de ouderenvoorziening kan factureren aan de zorgkas.
Gebruiker	Bewoners van WZC en CVK en personen die gebruik maken van een CDV die aangesloten zijn bij een zorgkas en in orde met de premiebetalingen.
Indicatiestelling	De KATZ-schaal en eventuele bijkomende attesten en verslagen die de afhankelijkheid van de persoon aantonen.
MB VSB	Ministerieel besluit betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming, wat betreft de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en centrum voor dagverzorging
Personen die gebruik maken van een centrum voor dagverzorging	Iedere persoon die gebruik maakt van een CDV, ongeacht of deze persoon aangesloten is bij een zorgkas en in orde met de premiebetalingen.
ROB	Rustoord voor Bejaarden. Type woongelegenheid in een WZC. Voor 01/01/2023 werd het onderscheid gemaakt tussen woongelegenheden ROB en RVT. Vanaf 01/01/2023 kan een persoon in een WZC enkel nog in een woongelegenheid ROB worden opgenomen.
Verzekeringsinstelling, VI	Mutualiteit, ziekenfonds
VSBNet	Vlaamse tegenhanger van MyCareNet
VSB	Vlaamse sociale bescherming
Woongelegenheid	Vervangt de federale term 'bed-type'
WZC	Woonzorgcentrum
Zending	Synoniem voor facturatiebestand of bundel facturen. Het bestand dat door de ouderenvoorziening naar de centrale toepassing eWZCfin wordt gestuurd en de facturen bevat.
Ziekenhuis	Psychiatrisch ziekenhuis, universitair ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, algemeen ziekenhuis of revalidatieziekenhuis

ZK	Zorgkas
ZKC	Zorgkassencommissie

VERWIJZINGEN

Juridische verwijzingen

De juridische basis voor deze handleiding is:

- Het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (decreet VSB);
- Het besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming (BVR VSB);
- Het ministerieel besluit betreffende de uitvoering van de Vlaamse sociale bescherming, wat betreft de tegemoetkoming voor zorg in een woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf en centrum voor dagverzorging (MB VSB).
- Het ministerieel besluit tot bepaling van de samenstelling van de dagprijs, de extra vergoedingen en de voorschotten ten gunste van derden aangerekend in de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf type 1.

De verwijzingen naar deze juridische teksten zijn terug te vinden op de website van het Departement Zorg: <https://www.departementzorg.be/nl/regelgeving-over-de-financiering-van-de-ouderenzorg>.

Technische verwijzingen

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

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

Websites

<https://www.departementzorg.be/>

<https://www.departementzorg.be/nl/toepassingen-ewzcfm-emohm-erevazfin-erevacfin-epvtfin-eibwfin>

<http://www.vlaamssocialebescherming.be>