

Bijlage 9 DECLARATIEPROTOCOL WLZ 2017

TEN BEHOEVE VAN DE ZORGINKOOP LANGDURIGE ZORG 2017

Reikwijdte van het document

Dit document heeft alleen betrekking op declaraties die via de AW319 worden ingediend.

Artikel 1. Algemeen

1. In aanvulling op de begrippen vermeld in het Algemeen Deel van de Wlz-overeenkomst, worden in dit declaratieprotocol de volgende begrippen als volgt gedefinieerd:
 - a. declaratie: de digitale factuur van de Zorgaanbieder;
 - b. declaratieregels: de individuele regels van de declaratie;
 - c. externe integratie standaard: door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling beschreven zijn (www.vektis.nl);
 - d. periode: een kalendermaand;
 - e. VECOZO: organisatie die het internetportaal voor veilige communicatie in de zorg beschikbaar stelt (www.vecozo.nl);
 - f. zorgaanbieder: Wlz-instelling of koepel voor Wlz-instellingen of zelfstandige Zorgverlener (de natuurlijke persoon die als persoon en voor eigen risico beroepsmatig en buiten dienstbetrekking zorg verleent) met wie het zorgkantoor de overeenkomst heeft afgesloten;
 - g. overeenkomst: overeenkomst 2017 tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.
2. Het declaratieprotocol is een addendum bij de Wlz-overeenkomst tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor. Het protocol heeft pas rechtsgeldigheid indien er ook een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor is afgesloten.
3. Het declaratieprotocol geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen;
 - b. declaraties die betrekking hebben op zorg, zoals omschreven in de zorgovereenkomst en verleend aan de verzekerden van het zorgkantoor.
4. Bilateraal overeengekomen afspraken naar aanleiding van het declaratieprotocol, mits schriftelijk vastgelegd, zijn leidend. Deze afspraken moeten in overeenstemming zijn met de vigerende wet- en regelgeving.

Artikel 2. BSN en controle verzekeringsrecht

1. De zorgaanbieder stelt voorafgaand aan de zorglevering bij een nieuwe cliënt vast dat:
 - a. conform vigerende wetgeving, de cliënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn (identificatie). De zorgaanbieder legt de aard en het nummer van het identificerend document in de administratie vast;
 - b. het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens de zorgaanbieder verwerkt (verificatie). Voor het verifiëren van het BSN met de verwerkte persoonsgegevens kan de zorgaanbieder gebruik maken van verificatie via SBV-z of de door VECOZO aangeboden COV module.

Artikel 3. Declareren

1. De zorgaanbieder houdt zich bij de declaratie aan alle relevante wet- en regelgeving waaronder de wettelijke bepalingen van tarifiering en bekostiging, als ook de bepalingen, richtlijnen en kaders van de bij wet ingestelde organen zoals de NZa.
2. De gecontracteerde zorgaanbieder verplicht zich dat het rekeningnummer op naam van de door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder gesteld is. De zorgaanbieder declareert bij het zorgkantoor alleen de productie die is geleverd aan cliënten, woonachtig in de regio waarvoor hij met het desbetreffende zorgkantoor een overeenkomst is aangegaan en productieafspraken heeft gemaakt, tenzij anders overeengekomen is met het zorgkantoor
3. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Wlz-zorg.
4. Een declaratie mag alleen declaratieregels bevatten die betrekking hebben op hetzelfde kalenderjaar.
5. De zorgaanbieder declareert de, in het kader van de overeenkomst verleende zorg en diensten, uitsluitend via het declaratieportaal van VECOZO aan het zorgkantoor.
6. In uitzondering op lid 3, 4 en 5 mag de zorgaanbieder alleen een declaratie op andere wijze indienen wanneer het Wlz-zorg betreft, die niet via de externe integratie standaard voor de Wlz gedeclareerd kan worden en hierover afspraken zijn gemaakt met het zorgkantoor.
7. De zorgaanbieder hanteert bij de declaratie de UZOVI-codes van het desbetreffende zorgkantoor en de overeengekomen AGB-codes van de zorgaanbieder, zoals vermeld in de Wlz-overeenkomst.
8. De zorgaanbieder levert de declaratie eenmaal per periode, in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien de declaratie niet leesbaar of beschadigd is, wordt de declaratie afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden een nieuwe declaratie aan te leveren.
9. Het frequenter indienen van een declaratie (in afwijking van art. 3 lid 8 van dit protocol) mag alleen, indien hierover vooraf tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor afspraken zijn gemaakt. Het herdeclareren van eerder aangeleverde afgekeurde declaratieregels mag, zonder afspraak vooraf, frequenter worden uitgevoerd.
10. Behoudens overmacht dient de zorgaanbieder de declaratie in, binnen maximaal 17 werkdagen na afloop van de declaratieperiode.
11. In geval van overmacht neemt de zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor en handelt alsnog de betreffende declaratie binnen drie maanden na de einddatum van de declaratieperiode juist af.
12. De zorgaanbieder zal conform vigerende wetgeving, declaratieregels die zijn afgewezen omdat zij niet voldoen aan een van de afgesproken bedrijfsregels, niet ter betaling aan de cliënt voorleggen, tenzij het gaat om niet-reguliere Wlz-zorg.
13. De afhandeling van declaratieregels wordt door het zorgkantoor uitgevoerd volgens het principe dat het zorgkantoor niet overgaat tot het aanpassen van foutief aangeleverde declaratieregels en deze daarmee niet verwerkt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt het zorgkantoor contact op met de zorgaanbieder.
14. Indien de zorgaanbieder zich niet houdt aan de afspraken zoals die in dit declaratieprotocol gesteld zijn, kan het zorgkantoor financiële prikkels toe passen.

Artikel 4. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het herdeclareren van afgekeurde declaratieregels binnen één periode na ontvangst van de retourinformatie plaatsvindt. Deze declaratieregels kunnen in de reguliere aanlevering worden meegestuurd.
2. In geval van overmacht neemt de zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor en handelt alsnog de betreffende correcties zowel administratief als financieel uiterlijk binnen 3 maanden na afwijzing.
3. Correcties, bestaande uit creditregels en eventueel nieuwe debet regels op eerder gedeclareerde declaratieregels, mogen pas worden ingediend nadat retourinformatie van de originele declaratie beschikbaar is gesteld via VECOZO.
4. Correcties worden door de zorgaanbieder door middel van een creditering via de Externe Integratie standaard aangeboden.
5. Correcties dienen alleen ingediend te worden over de periode waarin de prestatiecode, het aantal verrichtingen, de periode (begindatum en/of einddatum prestatie), het indicatiebesluit of het tarief is gewijzigd. Een periode waarin geen wijzigingen zijn in de genoemde gegevens mag niet gecorrigeerd worden.
6. Correcties betrekking hebbend op het voorgaande kalenderjaar dienen voor de door het zorgkantoor aangegeven datum ontvangen te zijn door het zorgkantoor.
7. Indien sprake is van tussentijdse (gedurende het lopende jaar) aanpassing van de tarieven door de NZa of het zorgkantoor, worden deze niet met terugwerkende kracht in het declaratieverkeer toegepast.
8. Na een tussentijdse aanpassing van de tarieven hanteert het zorgkantoor, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, de nieuwe tarieven in het declaratieverkeer.

Artikel 5. Retourinformatie

1. VECOZO voert namens het zorgkantoor de technische controles (N1-N5) uit zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende Externe Integratie standaard. Indien blijkt dat een declaratie niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO de gehele declaratie afkeuren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven. Deze controle door VECOZO wordt zoveel mogelijk direct, doch uiterlijk binnen 1 kalenderdag na ontvangst van het declaratiebestand uitgevoerd. Bij een fout wordt de zorgaanbieder via een e-mailnotificatie direct, indien hiervoor aangemeld, op de hoogte gebracht.
2. Een door VECOZO afgewezen declaratie wordt beschouwd als niet ingediend bij het zorgkantoor en dient na correctie door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk via VECOZO alsnog bij het zorgkantoor te worden ingediend.
3. Het zorgkantoor stelt conform de eisen van de Externe Integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens de meest recente vigerende Externe Integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Wlz-zorg. De retourinformatie wordt beschikbaar gesteld op basis van de bijbehorende landelijke controleset.

4. Het zorgkantoor stelt de retourinformatie met betrekking tot een verwerkte declaratie uitsluitend via VECOZO beschikbaar, in de regel binnen 5 werkdagen doch uiterlijk binnen 15 werkdagen nadat de declaratie door VECOZO is ontvangen en technisch correct bevonden.

De retourinformatie is tot 1 jaar na plaatsing op VECOZO beschikbaar voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Artikel 6. Bevoorschotting

1. Het zorgkantoor past de bevoorschotting van de zorgaanbieder gedurende het kalenderjaar aan op basis van de gedeclareerde zorg teneinde de bevoorschotting in lijn te brengen met de geleverde zorg. (Zie ook CVZ Circulaire 11/01, d.d. 26 oktober 2011)
2. Het zorgkantoor kan met nieuw toetredende zorgaanbieders afspreken dat deze de gedeclareerde zorg achteraf betaald krijgen. Van bevoorschotting, zoals bedoeld in lid 1, is dan geen sprake.
3. Het zorgkantoor betaalt, in afwijking van lid 1, de zelfstandige zorgverlener en declaraties van de subsidieregelingen Extramurale Behandeling en Eerstelijns Verblijf altijd op basis van de ingediende declaraties. Van bevoorschotting is geen sprake.
4. Ten onrechte gedane betalingen leiden tot terugvordering van hetgeen onterecht voldaan is vermeerderd met wettelijke rente en te maken kosten, al dan niet door verrekeningen met nog openstaande dan wel toekomstige Wlz declaraties.

Artikel 7. Achteraf controles door het zorgkantoor

1. Het zorgkantoor kan aan de zorgaanbieder aangeven om correcties op eerder ingediende declaraties door te voeren conform het gestelde in artikel 4. Dit zijn correcties die voortkomen uit controles achteraf.
2. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder schriftelijk over de correcties.
3. De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om binnen 30 dagen na de eerste (schriftelijke) melding bezwaar in te dienen tegen de voorgestelde correcties.

Artikel 8. Beheer en onderhoud gegevens in AGB register

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het aanleveren van de juiste, meeste actuele en volledige informatie aan Vektis ten behoeve van het AGB register. Voor de aanbieders die gebruik maken van het zelfserviceportaal geldt dat zij ook verantwoordelijk zijn voor het registreren, wijzigen en beheren van de in de portaal ingevoerde informatie.

Ten aanzien van de AGB codes overlegt de zorgaanbieder met het zorgkantoor. Het gaat hier om de AGB-codes voor declarant en zorgleverende instellingen.