



Bijlage X: Uniform declaratieprotocol wijkverpleging, eerstelijnsverblijf (ELV) en zorg zintuigelijk gehandicapten (ZG)

Definities

Betaalbaarstelling	Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan.
Betaling aan een derde in opdracht van de zorgaanbieder	Op schriftelijke aanwijzing van de zorgaanbieder betalen aan een derde zodanig dat de zorgverzekeraar jegens de zorgaanbieder gekwet is.
Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO	Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder
Derdenbeslag	Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
Externe integratie standaard	Door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming
Ontvangstdatum factuur	Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar
Overeenkomst	Vigerende zorgovereenkomst
VECOZO	VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
Zorgaanbieder	De zorgaanbieder zoals nader gespecificeerd in de overeenkomst

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving, landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. Het declaratieprotocol geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. Het declaratieprotocol is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar en de verzekerden namens zorgaanbieders die in de in het vorige artikel genoemde overeenkomst genoemd worden.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - a. aanvang zorgverlening en voor
 - b. inzending declaratie
3. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
4. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of BSN van een verzekerde telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen.
5. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt. Vervolgens wordt door middel van de COV check gecontroleerd of de patiënt ook verzekerd is.
6. Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat een medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, wordt de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte gesteld. Meldingen worden gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes uit de COV controle direct voorafgaand aan de inzending declaratie.
5. De zorgaanbieder levert minimaal maandelijks en maximaal wekelijks de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. De tariefafspraken die zijn overeengekomen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gedeclareerd per tijdseenheid overeenkomstig met de Vektis prestatiecodelijst.
7. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, worden door de zorgaanbieder aan de verzekerde voorgelegd. In dat geval vermeldt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:
“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar.



Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald.

Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuur u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar.”

8. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. Zie het format restitutenota zoals gepubliceerd bij de vigerende Vektis EI standaard.
9. De zorgaanbieder declareert de zorg geleverd in een bepaalde maand minimaal binnen een maand na afloop van de maand waarin de zorg is geleverd.
10. Indien door problemen de termijn, zoals bedoeld in artikel 3 lid 9, niet gehaald wordt neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. Partijen houden zich hierbij aan de nieuwe gemaakte overeengekomen declaratietermijnen.
11. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
12. De zorgaanbieder past in de declaraties wijkverpleging en ZG behandeling de AGB code toe zoals is vastgelegd in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Dit betekent dat in het AW-319 declaratiebericht de AGB van de contractant wordt vermeld als declarant (in het voorlooprecord) en ook als uitvoerder (in het prestatie record).
13. De zorgaanbieder past in de declaraties ELV de AGB code toe zoals is vastgelegd in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Hierbij zijn de mogelijkheden van de softwareleverancier van de zorgaanbieder leidend. Dit betekent dat in het AW-319 declaratiebericht de AGB van de contractant wordt vermeld als declarant (in het voorlooprecord). Vanaf 2017 heeft het de voorkeur om de AGB van de vestiging (locatie) in het prestatie record te vermelden. Randvoorwaarde hieraan is dat de AGB van de vestiging in het AGB-register van Vektis is gekoppeld aan de AGB van de onderneming. Daarnaast is de registratie van de AGB van de vestiging in het prestatie record afhankelijk van de mogelijkheden van de software van de zorgaanbieder. Vanaf 2018 wordt het verplicht de AGB van de vestiging als uitvoerder te vermelden in het prestatie record.
14. De zorgaanbieder levert de declaraties wijkverpleging en ELV in een gescheiden EI-bericht aan. Alleen wanneer het in de software van de zorgaanbieder niet mogelijk is het EI-bericht voor wijkverpleging en ELV gescheiden aan te leveren, kan na overeenstemming met de zorgverzekeraar van deze voorwaarde worden afgezien.
15. In de overeenkomst worden mogelijk afspraken gemaakt over integrale prestaties wijkverpleging en ELV, de wijzigingen voor het declareren hiervan zijn opgenomen in de Vektis invulinstructie in de paragrafen 4.2.7 'Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes' en 4.2.8 'Declareren prestaties per declaratieperiode'. Hierin wordt beschreven hoe de declaratiemethode voor Zvw-prestaties wordt bepaald.
16. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven rekeningnummer. Als er



geen rekeningnummer bekend is zal de ingediende declaratie niet in behandeling worden genomen.

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle bepalingen uit dit declaratieprotocol zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden.
2. De zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan derde en welke derde
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet wordenDit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit dit declaratieprotocol onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit dit declaratieprotocol.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de zorgaanbieder. Betaling aan derden geldt als een betaling aan de zorgaanbieder, waardoor de zorgverzekeraar jegens de zorgaanbieder is gekwet. Dit geldt bij een faillissement van de gemachtigde partij, in dat geval kan de zorgaanbieder niet alsnog openstaande vorderingen die door de gemachtigde partij nog niet betaald zijn aan de zorgaanbieder, bij de zorgverzekeraar declareren.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen een maand na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door zorgaanbieders door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. De zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen of te verrekenen indien er sprake is van:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - Incorrecte tarieven
 - Fraude

- Dubbel uitbetaalde declaraties

De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop hij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft zij 30 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer brengt. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).

Artikel 6 Betaling

1. Indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de verzekeraar nodig is, informeert de zorgaanbieder de verzekerde daarover voor aanvang van de behandeling. De zorgaanbieder informeert de verzekerde hier ook over als de verzekerde tijdens de duur van de behandeling van zorgverzekeraar wisselt.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 30 kalenderdagen.
5. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van tenminste 85 procent van het gedeclareerde bedrag.
6. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, geeft de zorgverzekeraar de vervolgpcedure aan. Ofwel betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden. Ofwel verreken de zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken/betaalspecificatie.
7. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 6 niet binnen veertien kalenderdagen plaatsvindt, is de verzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
8. Bij surseance van betaling en/of een (naderend) faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.



Artikel 7 Retourinformatie

1. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 30 kalenderdagen. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem/haar geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
3. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem//haar werkzame zorgverleners die onder het AGB register vallen, actueel in AGB vastgelegd zijn.
4. De zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Indien zorgverzekeraars wijzigingen in hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor zorgaanbieders, stellen zij de zorgaanbieders hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.