



Vragenuur VGZ Zorgkantoren

15 februari 2022

Graag microfoon dempen. Vragen of opmerkingen? Stel deze via de chat

Inhoud

- Budgetoverschrijding PTZ
- Toewijzingen & AATs
- Overige vragen

Budgetoverschrijding PTZ (1/2)

Vraag: We ontvangen wisselende adviezen aan wijkverpleegkundigen betreffende PTZ, wel/geen terminaalverklaring en grens waarboven wel onderbouwing nodig is ?

Antwoord terminaalverklaring:

- Terminaalverklaring is bij inzet van zorg in natura niet nodig: het is voldoende als een (wijk)verpleegkundige de uitkomst van het gesprek met de arts over de terminale levensfase van een cliënt registreert in het (digitale) zorgplan. De (wijk)verpleegkundige legt daarbij ook vast wanneer dit gesprek met de arts heeft plaatsgevonden, inclusief de naam van de behandelend arts. (pagina 119 Voorschrift)
- Wordt er voor inzet van (een deel van de) PTZ thuis beroep gedaan op een PGB én is er extra budget nodig? Dan is aanwezigheid van een verklaring van de huisarts over de ingeschatte wel vereist en een budgetplan dat gericht is op PTZ. Uit deze verklaring blijkt dan dat de behandelend (huis)arts heeft vastgesteld dat er sprake is van een naderend overlijden bij de cliënt en dat de ingeschatte levensverwachting nog ongeveer 3 maanden is;

Budgetoverschrijding PTZ (2/2)

Vraag: We ontvangen wisselende adviezen aan wijkverpleegkundigen betreffende PTZ, wel/geen terminaalverklaring en grens waarboven wel onderbouwing nodig is ?

Antwoord grens zorginzet:

- **Uit Voorschrift:**
Het zorgkantoor wijst het aangevraagde PTZ budget (ZIN) in principe toe zonder verder inhoudelijke beoordeling vooraf. Dit gebeurt op basis van het principe high trust high penalty en op voorwaarde dat de onderbouwing van de extra zorginzet, met de ingeschatte levensverwachting volgens de behandelend arts, wordt vastgelegd in het (digitale) zorgplan.
- **Toelichting VGZ Zorgkantoren:**
Elke cliëntsituatie is anders. We kijken wel naar doelmatigheid en vragen extra informatie op waar wij dit nodig achten. Aanvullende informatie die van belang kan zijn:
 - Rekenmodule (eventueel aangevuld met zorgplan)
 - Toelichting op de professionele zorginzet: inzet van netwerk van de cliënt of vrijwilligers naast de professionele zorg



Toewijzingen & AATs

Vraag: AAT met terugwerkende kracht, andere aanbieders moeten dan eerst MEZ doen. Kan dit anders?

Antwoord: Andere zorgaanbieders hoeven géén MEZ te doen bij een AAT met terugwerkende kracht.

Wél kan het voorkomen dat een aanbieder een MEZ moet verwijderen. Dit is het geval als de MEZ in de aanvraagperiode van de AAT valt.

Toewijzingen & AATs

Vraag: Indien indicatie per abuis is afgesloten en de MUT (einde zorg) weer wordt ingetrokken, moeten wij dan ook bellen om deze indicatie weer op actief te zetten?

Antwoord: Als jullie per abuis een MUT (MEZ) hebben verwerkt, blijft zodra de MEZ wordt verwijderd de einddatum wél in de toewijzing staan. Er dient dan een nieuwe AAT gedaan te worden om deze einddatum te verwijderen. Mocht het niet mogelijk zijn om een AAT te doen, dan kunt u contact met ons opnemen.

Toewijzingen & AATs

Vraag: als indicatie per abuis aan zorgverlener 1 is toegewezen en wordt overgezet naar de juiste zorgverlener 2, moet zorgverlener 1 toch alles regelen voor het MPT i.v.m. de ingangsdatum indicatie (stond nl. op zorgverlener 1). Of is dit anders op te lossen?

Antwoord: Als de indicatie per ingangsdatum overgezet wordt naar de juiste AGB-code, dien je met een AAT per de ingangsdatum datum de CZT/DH te wijzigen naar de juiste zorgaanbieder. Dan kan die nieuwe aanbieder vanaf de ingangsdatum de AAT aanvragen, want die is vanaf ingangsdatum de nieuwe CZT/DH.

Toewijzingen & AATs

Vraag: Hoe sluit je een toewijzing of kun je deze overzetten?

- **Antwoord:** zie pagina 66/67 van het Voorschrift Zorgtoewijzing

Voorbeelden Wel AAT Geen MUT	<ul style="list-style-type: none">• De DH vraagt een zorgtoewijzing aan om de toegewezen leveringsvorm Verblijf te splitsen over meerdere zorgaanbieders. In deze situatie behoudt de DH een zorgtoewijzing voor verblijfszorg en blijft de leveringsstatus hiervan hetzelfde. Voorbeeld: een zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja wordt gesplitst naar een zorgtoewijzing voor Verblijf, Opname Ja (DH) en Verblijf, Opname Nee (dagbesteding bij andere zorgaanbieder). De cliënt kreeg al verblijfszorg van de DH, dit wijzigt niet door de splitsing. De leveringsstatus In zorg voor Verblijf, Opname Ja blijft dus ongewijzigd. Als de DH een nieuwe zorgtoewijzing krijgt, wordt opnieuw een MAZ aangeleverd.• Aanvraag ztw door CZT voor een andere verdeling (hoger of lager) van het toegewezen % voor een of meer betrokken aanbieders. Bijvoorbeeld door een bijzondere situatie (MPT/EKT). Waarbij de leveringsstatus In zorg voor het MPT ongewijzigd blijft voor de CZT, omdat de zorg die hij levert niet verandert.• Aanvraag ztw voor verblijfszorg door CZT omdat cliënt niet meer thuis kan wonen. Er is nog geen ztw voor leveringsvorm Verblijf, wel voor bijvoorbeeld MPT met leveringsstatus In Zorg. Het MPT loopt door, daarom is er geen MUT nodig bij de AAT.
------------------------------------	--

iWiz bericht	MUT (AW39-bericht)
MUT-code (MUT-reden) Wachtstatus	<ul style="list-style-type: none">• Mutatiebericht waarmee de zorgtoewijzing voor een bepaalde leveringsvorm eindigt/ wordt afgesloten, maar deze zorgtoewijzing wel wordt aangehouden met een wachtstatus (dus géén Einde zorgvraag maar bijvoorbeeld Wacht op voorkeur of Wacht uit voorzorg): MUT12: Cliënt wil de zorg (nog) niet MUT20: Levering zorg is beëindigd. Zorgtoewijzing aanhouden• Mutatiebericht waarmee alleen een wachtstatus wordt gemeld omdat de zorg nog niet kan starten. Daarnaast kan er eventueel een nieuwe of gewijzigde zorgtoewijzing worden aangevraagd. MUT18: Zorgaanbieder kan nu de zorg nog niet leveren
Voorbeelden MUT 12, 18 of 19 met AAT	<ul style="list-style-type: none">• DH vraagt een zorgtoewijzing aan voor MPT of VPT om de wachtperiode voor verblijfszorg te overbruggen. Gelijktijdig met de AAT levert de DH een MUT18 aan om de wachtstatus voor Verblijfszorg te melden: Urgent plaatsen, Actief plaatsen of Wacht op voorkeur.• Aanvraag zorgtoewijzing door DH om een niet-gecontracteerd zorgprofiel om te zetten naar een gecontracteerd zorgprofiel (MUT12 om leveringsstatus Einde Zorgvraag te melden op het toegewezen instellingsvreemde / niet-gecontracteerde zorgprofiel).

Toewijzingen & AATs

Vraag: Wat doen we met toewijzingen die niet voor ons bedoeld zijn, maar wel per ongeluk aan ons zijn toegewezen?

Antwoord: Hiervoor zoek je contact met de CZT/DH en na overleg sluit je de toewijzing. Zijn jullie de enige aanbieder, wil de cliënt geen zorg van jullie ontvangen, en is er ook geen andere ZIN-aanbieder die de voorkeur heeft of al zorg levert? Dan kun je contact zoeken met het Zorgkantoor.



Toewijzingen & AATs

Vraag: Wat is de doorlooptijd AAT/rekenmodule bij een combi ZIN/PGB?

Antwoord: We verwachten een rekenmodule binnen 5 werkdagen na opvragen terug.

De notities en AAT's worden 1 dag later opgepakt dan ze zijn ingestuurd. Dus stuur jij vandaag een AAT en/of notitie in, dan wordt die de volgende werkdag opgepakt door het Zorgkantoor.

Voor notities voor de afdeling support geldt een termijn van maximaal 3 werkdagen.



Toewijzingen & AATs

Vraag: Dichtzetten toewijzing bij aanpassing dossierhouder terwijl zorg voortgezet wordt in thuissituatie

Antwoord: Het is cliënt en situatie afhankelijk of er reguliere zorg/overbruggingszorg aangevraagd moet worden. Of CZT/DH overgedragen moet worden etc.

Toewijzingen & AATs

Vraag: Graag meer weten over foutcode 9074?

Antwoord: Door een storing/bug komt het voor dat de aanbieder een retourbericht AW36 of AW310 ontvangt met afkeur 9074. Het bericht blijft in dit geval te lang in verwerking en wordt hierdoor niet correct verwerkt. Het komt wel in het systeem te staan, maar er gaat geen retourbericht naar de zorgaanbieder. Automatisch leest het systeem het bericht nogmaals in en ziet dat dit bericht al verwerkt is in Azr-nl. Nu wordt er wel een bericht voor de ZA aangemaakt maar dan met de foutcode 9074 omdat begin-/mutatiedatum al bekend is. Indien u een goed retourbericht, of bevestiging nodig heeft voor uw system, dan kunt u contact met ons opnemen. Wij checken dan of alle posten uit het betreffende bericht verwerkt zijn en sturen dan een retourbericht per notitieverkeer dat u kunt inlezen in uw eigen software.



Toewijzingen & AATs

Vraag: Kunnen jullie ons iets vertellen over de ontwikkeling van het berichtenverkeer?

Vooruitblik op opvolger huidige iWLZ (en wellicht overgang van keten naar netwerk)?

Antwoord: Als hier het indicatieregister mee bedoeld wordt, is dit nog niet bekend.

Zodra er meer info is, brengen wij u op de hoogte.



Overige vragen

Vraag: Goed opletten met meezenden van een bijlage .De bijlage wordt weer verwijderd wanneer je een "veld" van de verzender in je bericht aanpast.

Antwoord: Dat klopt: opletten, dit is overigens een VECOZO-item.



Overige vragen

Vraag: Is vermindering van aantal AGB-codes (nu behandeling is opgenomen in berichtenverkeer) al mogelijk?

Antwoord:

Dit is vanuit ons nog niet wenselijk m.b.t het declareren van de daadwerkelijk geleverde zorg. Een juiste registratie m.b.t. de (soort) AGB-code welke wel/geen behandeling levert is van belang om vast te stellen of een cliënt recht heeft op boven budgettaire vergoedingen. Te denken aan Hulpmiddelen Wlz, Mondzorg vanuit de Wlz, maar ook bijvoorbeeld huisartsenzorg en apothekerskosten.

Een cliënt heeft recht op deze vergoedingen wanneer men beschikt over een geldige Wlz indicatie voor Verblijf (VB) inclusief Behandeling (BH).

Jullie AGB-code waaraan deze zorgtoewijzing voor VB incl. BH is toegekend wordt meegenomen in onze formele controles bij de geautomatiseerde verwerking van declaraties, als ook het beoordelen en afgeven van machtigingen m.b.t. Hulpmiddelen Wlz.

Bijvoorbeeld zien wij een ZTW gekoppeld aan een 42 AGB code, welke staat voor een verzorgingslocatie. Dan worden eventuele declaraties voor Mondzorg, of aanvragen voor hulpmiddelen afgekeurd. Omdat een verzorgingslocatie feitelijk geen behandeling mag leveren. Wij verwachten dat de zorgtoewijzing dan geregistreerd staat op een 47 AGB code, welke staat voor een verpleeglocatie. Dit voorbeeld is voor de V&V sector maar dit geldt ook voor de andere zorgsectoren.

Reduceert u uw AGB-codes, gaat u bijvoorbeeld enkel 42 AGB-codes gebruiken. Dan gaat dit dus mis met de verwerking van de (ZIN en boven budgettaire) declaraties.

Gaat u echter enkel 47 AGB code hanteren, maar levert u **niet** te allen tijde verblijf inclusief behandeling. Dan kan dit problemen veroorzaken voor onze Samenloop lijsten. Deze lijsten verstrekken wij aan de Zorgverzekeraars om te bepalen welke partij welke zorg dient te vergoeden. Wanneer men gegevens doorkrijgt dat er een zorglevering loopt op een 47 AGB code, dan gaat men ervanuit dat de vergoedingen vanuit de Wlz dienen te komen. Maar wanneer u feitelijk geen verblijf inclusief behandeling levert/declareert. Dient de cliënt nog steeds vanuit de Zvw een vergoeding te krijgen voor bijvoorbeeld Mondzorg, huisartsen zorg etc.



Vervolgvraag n.a.v. de vraag op dia 15:

Vraag: Is het niet toereikend dat wij met onze MAZ doorgeven of er wel/geen behandeling wordt geleverd. Deze nieuwe manier van registreren in AZR-NL, wordt deze niet meegenomen in jullie controles?

Antwoord:

Deze nieuwe functie, per 01-01-2021, in AZR-NL

om met een MAZ aan te geven of er wel of geen sprake is van behandeling (BH). Is nog niet voor u verplicht gesteld.

Dit werd ook tijdens het digitale vragenuurtje bevestigd vanuit onze collega's van de afdeling Support (technische clientregistratie).

Gezien nog niet iedere zorgaanbieder dit (wel/geen behandeling) doorgeeft, kunnen wij vanuit de Helpdesk Digitaal Declareren dit nog niet handhaven in onze formele controle m.b.t. de verwerking van uw ZIN declaraties.

Tevens blijkt dat er bij oudere zorgtoewijzingen, afgegeven en ingaande voor 01-01-2021, de kolom 'Behandeling' geautomatiseerd is gevuld met een dummy waarde. Deze waarde betreft dan een 'Nee'. Terwijl u mogelijk wel verblijf inclusief behandeling levert.

Vanuit deze oudere zorgtoewijzingen, welke u ook gemazt heeft, kunt u nog gewoon declareren. Wanneer er nog geen einddatum bekend is of deze einddatum in de toekomst ligt. Hierdoor ontstaat er een vertekend beeld.



Overige vragen

Vraag: 5 werkdagen regel voor ondernemen van actie

Antwoord: Het is de bedoeling dat zorgaanbieders binnen 5 werkdagen de MAZ/MEZ of MUT via het systeem aan ons doorgeven. Deze melding wordt ook aan het CAK doorgegeven i.v.m. de eigen bijdrage.

Zorgaanbieders worden gescoord op tijdigheid.

- Een A-score of B-score betekent dat een zorgaanbieder tijdig meldt.
- Als je boven een bepaald percentage komt, namelijk >25% te laat, dan krijg je als zorgaanbieder een C-score. Dit zien wij als onder de maat.

De zorgaanbieder met een C-score krijgt hierover een e-mail bericht.



Bedankt voor jullie aandacht!

Wellicht tot ziens op het volgende vragenuur,
op **donderdag 17 maart 2022 om 9 uur.**

Vergeet je niet vooraf aan te melden via onze website en geef
je vraag vooraf door!



Tips/tops?

Dit was het eerste vragenuur. Wat vonden jullie ervan?

Deel gerust jullie **tips** of **tops** in de chat, zodat wij deze mee kunnen nemen in de voorbereiding van de volgende keer.

Dank jullie wel!

