



Vragen themabijeenkomst dinsdag 14 juni 2022

Vraag: Wijzigingen worden zeer periodiek doorgegeven en verwerkt tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar. Dit geeft regelmatig problemen bij declaraties tussen bijv. arts en zorgverzekeraar.

Kan het muteren frequenter en sneller?

Antwoord: Ja, dat is het streven vanuit het zorgkantoor, maar dat ligt tevens ook bij u als zorgaanbieder. Hoe sneller u muteert, hoe sneller wij het kunnen verwerken op de samenlooplijst. Er zit vaak een vertraging van 1á2 maanden op. De lijsten worden intussen per week verstuurd in plaats van per maand.

Vraag: Is bij thuiszorg en tijdelijk MSZ opname de dag van opname en dag van ontslag wel gewoon te declareren?

Antwoord: Ja, normaliter mag er niet gelijktijdig op naam van een cliënt extramurale zorg (thuiszorg) en intramurale zorg (opname) gedeclareerd worden. Uitzondering is 1 overlapdag. Logischerwijs kan in de ochtend nog thuiszorg worden geleverd en in de middag wordt de cliënt opgenomen bij de verblijflocatie. Andersom bij ontslag uit de instelling geldt dit ook. Beide zorgverleners mogen deze 1e dag dan declareren. Dit geldt (de overlap dag) aan het begin van de verblijfsperiode, als ook toege staan aan het einde van de verblijfsperiode.

Vraag: We hebben een onderaannemer die geen behandeling biedt en wij wel. Wij maken een MAZ voor hen zonder BH. Hoe gaat het zorgkantoor hier in de controle mee om want wij hebben dus afspraken voor en zonder BH.

Antwoord: Als er sprake is van ondernemerschap houdt dit normaliter in dat uw collega zorgaanbieder (nog) niet beschikt over een overeenkomst met ons of over een geldige zorgtoewijzing. Wanneer men aan u factureert en u declareert dit door bij ons, heeft u dus normaliter enkel en alleen de zorgtoewijzing (100%?). Wanneer deze toewijzing voor een hoog genoeg ZZP pakket is, voor de leveringsvorm Verblijf. Uw AGB -code waarop de zorgtoewijzing is toegekend mag tevens officieel behandeling leveren (bijv. Een 47 code staat voor een verpleeglocaties, enkel verpleeglocaties mogen behandeling officieel leveren). Dan zien wij geen problemen waarom u niet namens uw collega bij ons de behandeling mag doordeclareren. Let u wel op! Wanneer u beschikt over een 100% zorgtoewijzing, dan verwachten wij dat u deze zorg declareert met een all-in product, een Z-prestatie code welke staat voor verblijf inclusief behandeling.

Past dit antwoord toch niet helemaal bij de door u geschetste casus, neemt u dan alstublieft contact op met onze helpdesk Digitaal declareren. T: 040 - 297 5729.

Vraag: Wij krijgen tegenwoordig regelmatig afkeur van zorgverzekeraar op moment dat een cliënt een WLZ MPT (excl. beh.) thuiszorg heeft en tijdelijk bij ons verblijft via een ELV. Zorgverzekeraar keurt de ELV af, maar mijns inziens zou een WLZ excl. BH en een ELV mogen. Dit gaat overigens niet over overlapdagen, het is puur afkeur op de instroom. Is er iets veranderd ten aanzien van deze regelgeving? Vorig jaar leidde dit niet tot afkeur.

Antwoord: Dit zou inderdaad niet mogen, dergelijk afkeur vanuit de Zvw. ELV (eerste lijs verblijf) dient bekostigd te worden uit de basiszorgverzekering van een cliënt. Pas als er voor een langere periode zorg nodig is en er met terugwerkende kracht een CIZ-indicatie wordt afgegeven verandert dit in een Wlz-indicatie voor langdurig verblijf. Op de samenlooplijsten staat dan deze Wlz-indicatie benoemd, als er dus sprake is van verblijf inclusief behandeling. Dit op basis van een ZZP en uw AGB-code, en is er een geldige zorgtoewijzing en MAZ hiervoor. Als ook of dit uiteindelijk door u wordt gedeclareerd. Uw declaratie voor verblijf inclusief behandeling is dan leidend.



Als er enkel sprake is van een MPT (los of dit inclusief of exclusief behandeling is) dient de cliënt niet op de Samenlooplijst voor te komen. Ik verzoek u om deze specifieke casus te melden bij onze collega's van de samenloop werkgroep. Voor bemiddeling tussen u en de zorgverzekeraar.

Graag via het mailadres ZKT.declareren@vgz.nl de volgende gegevens aanleveren: de naam + geboortedatum van de cliënt, de zorgleveringsdata m.b.t. de ELV, wie de zorgverzekeraar van de cliënt is. Als ook uw contactgegevens, tip; benoem in de onderwerkgregel dat een Samenloop casus betreft. Dank u wel.

Vraag: Overschrijdingen in geval van logeren waar bij start voor 20.00 uur een extra ET mag worden gedeclareerd. Voor het aantal dagen dat logeren gedeclareerd mag worden, geldt dat de dag van aankomst (voor 20.00 uur) en de dag van vertrek mogen worden gedeclareerd. Dit kan een dag verschil opleveren met het aantal etmalen dat is aangevraagd in de rekenmodule. Dit verschil wordt echter niet meegenomen in de achterafcontrole?

Antwoord: Nee klopt, dit is nog niet ingebouwd in onze achteraf controles dat hier automatisch rekening mee wordt gehouden. Wel zijn wij ons hiervan bewust en wordt intern besproken of en hoe de achteraf controle hierop kan worden aangepast. Het is waarschijnlijk niet haalbaar om dit te hebben doorgevoerd voor de eerstvolgende achteraf controles in augustus. Heeft u een dergelijk casus en declareert u dus deze extra (toegestane) etmaal. Meldt u zich dan bij onze Helpdesk Digitaal Declareren zodat wij hiervan een registratie per concrete cliënt van kunnen maken. Gelieve wel enkel te reageren via de Berichtenbox van Vecozo.

Vraag: Wanneer is het pakket inclusief behandeling? Is dit wanneer er een grondslag psychiatrie in het V&V ZZP vanuit het CIZ staat genoemd? Of alleen wanneer de verblijfsinstelling een AGB-code heeft inclusief behandeling?

Antwoord: De volgende ZZP pakketten worden gezien als zorg zwaarte pakketten die hoog genoeg zijn voor verblijf inclusief behandeling. Tevens worden de volgende AGB-codes gezien als AGB-codes voor instellingen die wel verblijf inclusief behandeling mogen leveren.

Vraag: Wordt er per cliënt naar de % overschrijding gekeken. Of wordt naar alle cliënten algemeen gekeken?

Antwoord: Er wordt naar iedere cliënt gekeken. Op het moment dat we aan het eind van het jaar aangeven 'er is nu X overschrijden' dan wordt het meegenomen in de nacalculatie. Dat is de volledige overschrijding per zorgaanbieder/organisatie zijnde en niet per cliënt.

Vraag: Soms blijft de klant maar 3-4 dagen in zorg en meestal leveren we juist de eerste dagen meer zorg dan daarna. In het verleden mochten we bij dit soort korte legitimaties toch rekenen met het budget van een hele week. Is dat nog steeds zo en zit dat ook in de achteraf controle?

Antwoord: Deze cliënten komen voor op de achteraf controle. Dat is nog een issue. We krijgen het nog niet voor elkaar dat deze cliënt uit de controle valt. Mocht je deze casus hebben? Meld dit dan via de Berichtenbox.

Vraag: Bij ons is 42 zonder behandeling en 47 met behandeling. 47 heeft bij ons een SOG, 42 hebben een huisarts, derhalve zonder behandeling. Het gebruik op deze manier is dan correct (vanaf zzp 4)?

Antwoord: Dit is correct. Wilt u behandeling leveren? Zorg dat de cliënt geregistreerd staat op een code met behandeling.



Vraag: Wat als een cliënt op maandag zijn hele weekbudget gebruikt en op woensdag overlijdt. Dan hebben we een overschrijding die niet meer uitgemiddeld kan worden over een heel jaar. Hoe wordt hiermee om gegaan bij de achteraf controle?

Antwoord: Bij het overlijden van een cliënt en daarvoor een extreme zorglevering, vragen wij u dit te melden na ontvangst van de achteraf controle 'Overschrijding Zorgtoewijzingspercentage' via de berichtenbox van Vecozo. Zodat wij hier gezamenlijk afspraken over kunnen maken en deze registreren. Veelal komt een dergelijke cliënt uit coulance te vervallen m.b.t. de achteraf controle.

Vraag: Mag je meerdere keren per jaar een mutatiedag declareren voor verhuizing? Per bewoner?

Antwoord: Ja, dat mag. Bij een gedwongen verhuizing van een cliënt kunt u maximaal 2x per kalenderjaar de inrichtingskosten van de kamer declareren. Dus ook 1 mutatiedag bij een interne verhuizing. Het maximum wat staat voor een vrijwillige verhuizing van een cliënt en de daarmee gepaarde mutatiedagen is iets wat u afsprekt met uw zorginkoper vanuit VGZ zorgkantoren.

Vraag: Als er bv. 10 mutatiedagen gedeclareerd zijn moeten er dan 10 dagen ingetrokken worden en vervolgens weer 1 mutatiedag opboeken?

Antwoord: Ja, inderdaad. U crediteert uw goedgekeurde declaratieregel(s) betreffende deze mutatiedagen. Hiermee zet u de teller op 0. Vervolgens kunt u die 1e toegestane mutatiedag opnieuw declareren.

Vraag: Geldt deze mutatiedag interne verhuizing voor alle ZZP's en moet je dan verschillende AGB-codes hebben?

Antwoord: Ja, de soort ZZP staat los van de controle op hoeveel mutatiedagen u maximaal mag declareren bij een interne verhuizing. Wat dus 1 mutatiedag betreft. Interne verhuizing is dus van kamer A naar kamer B binnen 1 locatie/AGB-code. Maar dus ook als de cliënt verhuist van 1 locatie (A) naar een andere locatie (B), beide vallend onder dezelfde Koepel AGB-code/regio. U heeft dan meerdere AGB-codes, per locatie 1. Dit wordt dus niet gezien als zijnde 2 verschillende zorginstellingen. U valt immers binnen dezelfde zorgorganisatie.

Het enige wat hierin als uitzondering geldt is als de cliënt regio overschrijvend verhuist. Dat u dus in meerdere regio's bent gevestigd en daarmee ook met meerdere zorgkantoren een overeenkomst hebben. U bent dan ook in bezit van meerdere Koepel AGB-codes.

Vraag: Wat te doen bij: inzet conform rekenmodule, echter periode betreft niet volledige periode/aantal weken, waardoor er sprake is van overschrijding

Antwoord: Dit hoort te worden uitgemiddeld met verstrijking van een heel kalenderjaar. Betreft het een zeer korte periode en weet u op voorhand dat u over het toegewezen percentage heen gaat. Of na ontvangst van de achteraf controle. Vraagt u dan zo snel mogelijk, 3 maanden na ontvangst van een specifiek kwartaal zoals opgenomen in de achteraf controle een ophoging aan van het percentage met een AAT.

Of meld u zich concreet op naam van een specifieke cliënt, via de berichtenbox van Vecozo. Zodat wij met u en de casus kunnen meedenken en mogelijk tot bepaalde afspraken kunnen komen.

Vraag: Vecozo berichtenbox. Sinds kort is er een berichtenbox (oud) en berichtenbox (nieuw)? Moet ik hiervoor Vecozo vragen wat dit inhoudt?

Antwoord: Dit antwoord kan nagegaan worden bij Vecozo.



Vraag: Samenloop ZPM GGZ en WLZ zit hier niet in?

Antwoord: Nee, ZPM GGZ (zorgprestatie model) wordt niet meegenomen in de Samenloop. Dit blijft voornamelijk ten alle tijden voor de zorgverzekeraar. Gezien dit de vervanging is van een DBC, een DBC valt onder medisch specialistische zorg en wordt bekostigd vanuit de Zvw.

Vraag: De raadpleegfunctie is niet altijd juist. Soms heeft een cliënt toch een WLZ-indicatie terwijl Vecozo aangeeft van niet.

Antwoord: In het algemeen geldt dat de Samenlooplijsten welke wij doorzetten naar de zorgverzekeraars en Vecozo, zijn gebaseerd op binnenkomende mutaties vanuit de zorgaanbieders. Welke bij ons eerst in AZR-NL verwerkt dienen te worden. Vervolgens op de Samenlooplijsten komen, als ook bij onze collega's van de Zvw en Vecozo. Hierdoor hebben wij soms te kampen met een vertraging van 1 à 2 maanden.

Wel dienen wij te benoemen dat wij medio februari/begin maart 2022 te kampen hadden met foutieve samenlooplijsten. Bij veel indicatie voor verblijf kwam er automatisch te staan dat dit inclusief behandeling was. Dit is uiteraard niet altijd het geval. Dit is inmiddels door ons hersteld en ook doorgegeven aan de zorgverzekeraars en Vecozo. Wij adviseren u om de Wlz-indicatie van een cliënt recent te raadplegen. Klopt het niet? Neemt dan contact met ons op. Dit kan telefonisch: **040 –2967 5599** of per email: ZKT.declareren@vgz.nl.

Vraag: Moeten zorgaanbieders correcties van 5/10 euro uitvoeren?

Antwoord: De achteraf controle 'Overschrijding Zorgtoewijzingspercentage' geldt per zorgaanbieder/Koepel, niet per cliënt. Dit wanneer er beoordeeld wordt na het verstrijken van een geheel kalenderjaar en u de achteraf controle te behoeve voor de nacalculatie heeft ontvangen. Of u wel/niet een bedrag dient terug te betalen (opnemen in de nacalculatie 2022).

Wel werken wij met een drempelbedrag, vorige jaar betrof dit 3000 euro per zorgaanbieder. Bleef u onder deze 3000 euro met uw totale overschrijding dan kwam deze achteraf controle voor u te vervallen, werd deze niet teruggevorderd. Kwam u erboven uit dan werd deze controle voor u wel meegenomen in de nacalculatie en ontving u het verzoek dit terug te betalen.

Een enkele lage overschrijding hoeft u dan ook niet te corrigeren. Heeft u echter op naam van meerdere cliënten lage bedragen aan overschrijdingen. Weet dat deze bij elkaar worden opgeteld om uw definitieve overschrijding (totaalbedrag) te bepalen.

Vraag: Krijgen zorgaanbieders via Vecozo per AGB code de % overschrijding binnen?

Antwoord: Nee, u ontvangt de achteraf controle (Excel bestand) op basis van uw Koepel AGB-code. Wel per regio/zorgkantoor. Bent u in meerdere regio's gevestigd dat heeft u per regio (ZKT waarmee u een overeenkomst heeft) een Koepel AGB-code. Onder een Koepel code kunnen dus meerdere locaties ('huisjes') en/of afdelingen vallen.

Waar het totale overzicht van de achteraf controle op koepel niveau is opgesteld kunt u wel op verschillende regels meerdere AGB-codes van de locaties zien. U krijgt dus niet per locatie een overzicht. Het maximale bedrag aan overschrijdingen wordt wel vanuit alle cliënten en dus ook alle locaties (per Koepel) bij elkaar opgeteld. Gezien uw overeenkomst en de financiële afwikkeling op uw Koepel AGB-code loopt.

Vraag: hoe zit het met een echtpaar en mutatiedagen als er 1 komt te overlijden?

Antwoord: Als een echtpaar een tweepersoonskamer bewoond, en helaas 1 van hen komt te overlijden, dan mag er maximaal 26 mutatiedagen worden gedeclareerd op naam van de andere cliënt. Dit



geldt totdat de cliënt kan verhuizen naar eenpersoonskamer. Maar ook als besloten wordt dat de levende partner in de tweepersoonskamers blijft.

Vraag: De raadpleegfunctie klopt de laatste tijd bij het zorgkantoor vaak niet. Zit hier een lange verwerkingstijd in of waardoor komt dit?

Antwoord: In het algemeen geldt dat de samenlooplijsten welke wij doorzetten naar de zorgverzekeraars en Vecozo zijn gebaseerd op binnenkomende mutaties vanuit de zorgaanbieders. Welke bij ons eerst in AZR-NL verwerkt dienen te worden. Vervolgens op de samenlooplijsten, alsook bij de Zvw en Vecozo. Hierdoor hebben wij soms te kampen met een vertraging van 1 à 2 maanden.

Wel dienen wij te benoemen dat wij medio februari/begin maart te kampen hadden met foutieve samenlooplijsten. Bij veel indicatie voor verblijf kwam er automatisch te staan dat dit inclusief behandeling was. Dit is uiteraard niet altijd het geval. Dit is inmiddels wel door ons hersteld en ook doorgegeven aan de zorgverzekeraars en Vecozo. Wij adviseren u om de Wlz-indicatie van een cliënt even recent te raadplegen. Klopt het niet? Neemt dan contact met ons op. Dit kan telefonisch: **040 – 2967 5599** of per email: ZKT.declareren@vgz.nl.

Vraag: Wat is dan de meerwaarde van het meegeven van het vinkje in je MAZ: Met of zonder behandeling? Als er gekeken wordt naar de AGB 42 en 47?

Antwoord: Voorlopig wordt er gekeken naar de soort AGB-code (en hoogte van het ZZP-pakket). Dit omdat het nog niet officieel verplicht is gesteld dat zorgaanbieders met hun MAZ dienen aan te geven of het inclusief of exclusief behandeling betreft. Fijn dat u dit wel al doet.

Tevens geldt de mogelijkheid om dit aan te geven enkel en alleen voor recente zorgtoewijzingen. Oudere toewijzingen van voor 2021 hebben allemaal om deze reden in een dummy waarde ontvangen, in het veld/kolom 'Behandeling' (Ja/Nee). Deze dummy waarde betreft helaas dan overal een Nee.

Dit maakt het vrij lastig om hier controles voor in te bouwen. Niet alleen met betrekking tot de verwerking van uw declaraties (Aw319 berichten). Maar ook voor de aanvraag van hulpmiddelen Wlz. Als ook voor de toetsing of een cliënt wel/geen recht heeft op vergoedingen voor mondzorg behandelingen vanuit de Wlz. Op landelijk niveau bestaan hiervoor tevens ook nog geen officiële controles. Wel wordt er momenteel door ons intern bekeken of en hoe wij vanuit VGZ zorgkantoren toch tot dergelijke controles kunnen komen. Zodra hierin iets wijzigt, wordt u hierover geïnformeerd.

Vraag: Is het mogelijk om bij de raadpleegfunctie te zien wie de dossierhouder is van de indicatie?

Antwoord: Nee, er wordt alleen aangegeven of een cliënt een Wlz-indicatie heeft. Als verdieping kunt u de status zien, of dit een Wlz indicatie betreft met of zonder behandeling. De inhoud van de indicatie (soort ZZP) als waar een cliënt verblijft ziet u niet. Dit met betrekking tot de AVG-wetgeving.

Vraag: Hoe mogen zorgaanbieders Palliatief Terminale Zorg declareren bij bewoners met een WLZ-indicatie?

Antwoord: Zie hiervoor het voorschrift zorgtoewijzing Wlz-pagina 168.

Aanvulling vanuit Helpdesk Declareren: voor palliatieve zorg (10 VV) zijn er een aantal specifieke prestatiecodes beschikbaar. De Z101 (excl. BH en incl. DB) en de Z103 (incl. BH en incl. DB) voor leveringsvorm Verblijf en de V101 (excl. BH en incl. DB) en de V103 (incl. BH en incl. DB) voor leveringsvorm VPT. Uiteraard dienen zorgaanbieders wel te beschikken over een geldige productieafspraken incl. tarief voor 1 van deze prestaties. Beschikt u hier nog niet over dan adviseren wij u om contact op te nemen met uw zorginkoper van VGZ zorgkantoren.



Zodra u wel beschikt over een afspraak voor 1 van deze producten dan kunt u deze in combinatie met (nagenoeg) alle reguliere ZZP's declareren (bijvoorbeeld een 5VV). Kies wel de ZZP waarvoor u op naam van de cliënt een zorgtoewijzing (Verblijf of VPT) heeft ontvangen.

Vraag: Waarom wordt er bij de score bepaling van MAZ/MEZ geen rekening gehouden met de contacten die wij hebben gehad via het notitieverkeer?

Antwoord: Deze contacten zullen dan gaan over waarom er niet op tijd een MAZ, MEZ of MUT gedaan kan worden. We houden hier in de meting rekening mee door een marge van maximaal 24% te nemen waarin er te laat gemeld mag worden zodat alles wat anders loopt in de praktijk niet direct meetelt. Gaat er meer dan 24% mis? Dan komt onze afdeling klantadvies graag met u in contact om dit met elkaar te bekijken.

Vraag: Zit er een boete op wanneer je een C score scoort?

Antwoord: Nee, er is geen vastgestelde boete. Indien er veelvuldig een C-score gemeten wordt gaan we niet over tot sancties maar willen we hier graag het gesprek over aangaan om samen te kijken hoe dit verbeterd kan worden.

Vraag: Voor de regio midden Brabant staat voor de sector GGZ geen contactpersoon of instelling beschreven. Waar kunnen wij terecht?

Antwoord: Deze vraag gaat over de crisisregeling GGZ. De crisisregeling GGZ is nog niet beschikbaar in de Wlz en verloopt nog via de Zvw.

Vraag: In NEDAP kun je kiezen voor wijzigen dossierhouder. Per wanneer kunnen we dit daadwerkelijk gebruiken?

Antwoord: Wijzigen dossierhouder doet u als dit van toepassing is. Hoe dit verder geregeld is in NEDAP kan met NEDAP zelf afgestemd worden.

Vraag: Mut 17 en mut 21 neemt de dossierhouder niet juist mee over (bug dossierhouder).

Antwoord: Dit is inderdaad een bug die pas opgelost wordt bij de modernisering van onze applicatie. Mocht blijken dat dit niet goed is overgenomen, dan kan hierover contact opgenomen worden met het zorgkantoor.

Vraag: Moet zorgaanbieder MPT afmelden als u MAZ op verblijf gaat doen omdat cliënt wordt opgenomen in instelling?

Antwoord: U hoeft MPT niet af te melden als U een MAZ op verblijf gaat doen, voor het CAK zal de MAZ op verblijf de trigger zijn om de bijdrage aan te passen. CAK werkt met het "MAZ op MAZ"-principe. Een MEZ is enkel nodig als de zorg helemaal stopt en er ook geen verdere zorg geleverd wordt via WLZ.

Vraag: Wordt de overschrijding van 25 % per jaar bekeken?

Antwoord: Ja, de achteraf controles welke u per kwartaal ontvangt hebben betrekking op tussentijdse overschrijdingen. Uiteraard houden wij er rekening mee dat u in een bepaalde periode mogelijk meer of juist minder zorg levert en daarmee declareert. De Achteraf controle over Q4 is zeer belangrijk om nog eventuele correcties uit te voeren. Dan is er een jaar verstreken en dan heeft u een beeld van uw definitieve overschrijding. U ontvangt Q4 altijd in februari van volgende jaar. U heeft dan t/m eind maart 2023 (gezien productiejaar 2022) om nog correcties uit te voeren. In april 2023 volgt de achteraf controle ten behoeve van uw nacalculatie 2022.



Vraag: Stopt bij een mut. 20 de eigen bijdrage voor de cliënt?

Antwoord: MUT 20: levering zorg is beëindigd - zorgtoewijzing aanhouden. De eigen bijdrage stopt dan niet.

Vraag: Waarom moet er in een AAT eerdere mutaties op een toewijzing ook meegenomen worden? Dat is namelijk erg tijdrovend werk bij cliënten die veel mutaties hebben gehad?

Antwoord: In een AAT moeten alle regels meegenomen worden die betrekking hebben op de periode die u in de AAT aanvraagt. Bij verblijf moet de lopende regel meegenomen worden MET einddatum. Als dit niet gebeurt dan ontstaat een overlap (afkeur 9106).

Vraag: Het komt wel eens voor dat een AAT technisch goedgekeurd is maar inhoudelijk afgekeurd. Sturen het zorgkantoor hiervoor altijd een Vecozo notitie?

Antwoord: Op het moment dat een AAT inhoudelijk wordt afgekeurd, krijgt een zorgaanbieder hier altijd bericht van.

Vraag: Het CIZ geeft meerdere malen indicaties af met terugwerkende kracht, als de toewijzing voor zorgaanbieders zichtbaar is zit je al over de 5 werkdagen heen.

Antwoord: De 5 werkdagen gelden vanaf de toewijzingsdatum van de indicatie.

Vraag: Als er een toewijzing VPT doorgezet wordt naar een andere zorgondernemer d.m.v. een AAT naar een Verblijfstoewijzing dan blijft de VPT-toewijzing wel open staan omdat wij de dossierhouder zijn. Gaat het dan wel goed m.b.t. het declareren?

Antwoord: Als zorgaanbieder A een zorgtoewijzing heeft voor een VPT (als dossierhouder) en de cliënt gaat tijdelijk verblijven/wonen bij zorgaanbieder B, dan kunt u als zorgaanbieder A de VPT blijven doordeclaren, echter niet het volledige VPT-product. Dus niet een V-code welke staat voor verblijf inclusief behandeling en inclusief dagbesteding. U kiest dan tijdelijk voor een alternatief product (V-code) welke staat voor exclusief behandeling.

Uw collega zorgaanbieder, met de tijdelijke Verblijfstoewijzing, kan wel een all-in product declareren. Verblijf inclusief behandeling en inclusief dagbesteding.

Is deze toelichting toch niet helemaal passend bij de casus zoals u deze voor ogen heeft. Neemt u dan contact op met onze Helpdesk Digitaal Declareren, T: **040 –29 75729**.

Vraag: Wij gebruiken mut. 20 bij cliënten op VPT basis als ze bv in het ziekenhuis verblijven. Wat kunnen we dan het beste doen i.v.m. eigenbijdrage? Einde zorg is geen optie. Cliënt komt wel weer terug in zorg.

Antwoord: <https://www.hetcak.nl/vragen/eigen-bijdrage/vragen-over-de-wlz/vakantie-ziekenhuis>.

Vraag: Als tussentijds de dossierhouder of coördinator thuis veranderd moet worden, moet je dit altijd door het zorgkantoor laten wijzigen via notitieverkeer?

Antwoord: De dossierhouder en/of coördinator kan gewijzigd worden door de huidige dossierhouder en/of coördinator.

Vraag: Indien zorginzet binnen het budget inclusief behandeling valt maar de 100% overschrijdt, is het dan in de AAT doelmatig ja/nee?

Antwoord: Bij een AAT incl. behandeling, mits de ZZP incl. behandelingsruimte niet wordt overgeschreven, betreft het doelmatig ja.



Vraag: Kan je in het WLZ-raadpleegportaal ook zien welke indicatie een cliënt heeft gekregen?

Antwoord: Nee, er wordt alleen aangegeven of een cliënt een Wlz-indicatie heeft. Als verdieping kunt u de status zien, of dit een Wlz indicatie betreft met of zonder behandeling. De inhoud van de indicatie (soort ZZP) als waar een cliënt verblijft kunt u nooit zien i.v.m. de AVG-wetgeving.

Vraag: Wat is de bedoeling van de maandelijkse overzichten die zorgaanbieders krijgen van de 47 en 42 code?

Antwoord: Deze overzichten biedt het zorgkantoor aan zodat u kunt checken of de juiste gegevens bij ons bekend zijn.

Vraag: Hebben de mutredenen/codes betrekking op de eigen organisatie of kunnen die betrekking hebben op de organisatie die bijvoorbeeld tijdelijk de zorg over neemt? Bijvoorbeeld als er specifieke zorg nodig is die zorgaanbieders zelf niet kunnen leveren en cliënt tijdelijk naar andere organisatie gaat en zorgaanbieders daarom de wachtstatus gaan aanpassen?

Antwoord: Een mutatie kan alleen betrekking hebben op de AGB-code die ook de afzender van het bericht is.

Vraag: Ik weet dat er zorgkantoren zijn die regiotafels organiseren waar meer stil gestaan wordt bij de inhoud. Gaan jullie dit ook organiseren? Ik merk dat de GGZ-sector nog erg zoekende is.

Antwoord: We horen graag bij casuïstiek waar zorgaanbieders naar op zoek zijn om hierbij te kunnen ondersteunen en nadere informatie te verzamelen wat er mist op dit gebied. Intern zijn wij nog aan het inventariseren hoe we dit vorm gaan geven.

Vraag: Soms wordt dossierhouderschap toegekend, terwijl er nog helemaal geen contact geweest is met cliënt/verwant. Later blijkt het dat we geen passende zorg kunnen bieden, maar dan zijn we toch dossierhouder. Waarom mogen we de indicatie dan niet teruggeven?

Antwoord: Heeft u een (concrete) casus dan adviseren wij u om contact met ons op te nemen. Dit kan telefonisch: 088-1311660 of via het notitieverkeer.

Vraag: Wij hebben meerdere cliënten met behandeling op een 4242 code staan, en die worden tot op heden altijd goedgekeurd. Gaat dit wijzigen? Moet ik hier een melding van maken?

Antwoord: Met de verwerking van uw declaraties (AW319 berichten) controleren wij voornamelijk niet op soort AGB-code. Mag een 42 code officieel behandeling leveren. Feitelijk niet, maar uw declaratie wordt op grond hiervan dus (nog) niet afgekeurd. Dit kan in de toekomst veranderen, onderzocht wordt of de landelijke controles hiervoor dienen te worden aangescherpt.

Wel adviseren wij u om uw ZTW om te zetten naar een 47 AGB-code wanneer u daadwerkelijk verblijf inclusief behandeling levert en declareert. Dit kan verwarring en problemen voorkomen m.b.t. de Samenloop en het beoordelen of er recht is op boven budgettaire vergoedingen. Bijvoorbeeld als een hulpmiddel op naam van een dergelijke cliënt nodig is, denk aan orthopedisch schoeisel, steunkousen, orthesen. Dan zal de aanvraag hiervoor worden afgewezen als wij in AZR-NL een 42-code geregistreerd zien staan.

Vraag: De controle of iemand WLZ-indicatie heeft of ZVW is niet actueel. Mensen hebben dus een WLZ-indicatie en staat anders in systeem. Klopt dit?

Antwoord: De Samenlooplijsten die het zorgkantoor doorzet naar de zorgverzekeraars en Vecozo, zijn gebaseerd op binnenkomende mutaties vanuit zorgaanbieders. Welke bij ons eerst in AZR-NL verwerkt dienen te worden. Vervolgens op de Samenlooplijsten, alsook bij onze collega's van de Zvw en Vecozo. Hierdoor hebben wij soms te Kampen met een vertraging van 1 à 2 maanden.



Heeft u een andere (concrete) casus dan adviseren wij u om even contact met ons op te nemen.
Dit kan telefonisch: **040 –2967 5599** of per email: ZKT.declareren@vgz.nl.

Vraag: De soort toewijzing voor het aanvragen van MPT is afhankelijk wat de wachtlijststatus verblijf is. Kan er een intrekking worden verstuurd op het MPT zodra de wachtlijststatus wijzigt van WOV naar WUV. Met als reden intrekking wijziging wachtlijst status?

Antwoord: Nee er wordt dan geen intrekking verstuurd. Het is belangrijk dat er afstemming is tussen de dossierhouder en CZT over de wachtstatus.