Versie 28 mei 2025

Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 5 Declaratieprotocol Wlz 2026

TEN BEHOEVE VAN DE ZORGINKOOP LANGDURIGE ZORG (Wlz)

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 (EI-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. overeenkomst: Wlz-overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder;
   g. herdeclareren: het opnieuw indienen van eerder afgekeurde declaratieregels;
   h. correctie: het corrigeren van een eerder goedgekeurde declaratieregel middels het aanleveren van een creditregel en het eventueel indienen van een nieuwe debetregel.
2. Het protocol heeft pas rechtsgeldigheid als ook de in lid 1 genoemde overeenkomst tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor is gesloten.
3. Het declaratieprotocol geldt voor:
   a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen;
   b. declaraties die betrekking hebben op zorg, zoals omschreven in de zorgverleningsovereenkomst en verleend aan verzekerden.
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 Identificatie en verificatie

1. De zorgaanbieder stelt voorafgaand aan de zorglevering bij een nieuwe klant vast dat:
   a. conform vigerende wetgeving, de klant 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.

Artikel 3 Declareren

1. De zorgaanbieder houdt zich bij de declaratie aan alle relevante wet- en regelgeving waaronder de wettelijke bepalingen van tarifering en bekostiging, als ook de bepalingen, richtlijnen en kaders van de bij wet ingestelde organen zoals de NZa.
2. De zorgaanbieder verplicht zich ertoe ervoor te zorgen dat de IBAN op naam van de zorgaanbieder gesteld is. De zorgaanbieder declareert bij het zorgkantoor alleen de productie die is geleverd aan klanten, 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 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, 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 minimaal 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 conform het bepaalde in artikel 4.
9. Behoudens overmacht dient de zorgaanbieder de declaratie in, binnen maximaal 17 werkdagen na afloop van de betreffende periode.
10. 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 betreffende periode juist af. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.
11. De zorgaanbieder zal conform vigerende wetgeving, declaratieregels die zijn afgewezen omdat zij niet voldoen aan één van de afgesproken controles, zoals vastgelegd in de landelijke controleset van de externe integratiestandaard, niet ter betaling aan de klant voorleggen.
12. 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.

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 beschikbaarstelling 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 herdeclaraties zowel administratief als financieel uiterlijk binnen 3 maanden na afwijzing af. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.
3. Correcties, bestaande uit creditregels, en eventueel nieuwe debetregels 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. Over 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, dan kan het zorgkantoor besluiten om, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, deze tariefsaanpassing gedurende het lopende jaar met terugwerkende kracht tot uiterlijk de eerste dag van dat lopende jaar in het declaratieverkeer toe te passen.
8. Het zorgkantoor kan na een tussentijdse aanpassing van de tarieven er ook toe besluiten, met inachtneming van een redelijke termijn t.b.v. de administratieve verwerking bij de zorgaanbieder, de nieuwe tarieven niet met terugwerkende kracht maar vanaf een bepaald (toekomstig) moment in het lopende jaar te gaan hanteren 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 werkdag 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 controle-set.
4. Het zorgkantoor stelt de retourinformatie met betrekking tot een verwerkte declaratie uitsluitend via VECOZO beschikbaar, in de regel binnen 2 werkdagen doch uiterlijk binnen 10 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 houdt zich bij maandelijkse bevoorschotting zoals bedoeld in de Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 13 januari 2025, kenmerk 2023045149, met het oog op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg door de zorgkantoren en het CAK (hier te raadplegen) aan de daarin opgenomen voorwaarden en bepalingen.
2. Het zorgkantoor kan met zorgaanbieders afspreken dat deze de gedeclareerde zorg achteraf betaald krijgen. Van bevoorschotting, zoals bedoeld in lid 1, is dan geen sprake.

Artikel 7 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 een schriftelijke reactie te geven op de voorgestelde correcties.
4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de voorgestelde correcties die niet bestreden worden, binnen 30 dagen na de eerste (schriftelijke) melding zowel administratief als financieel doorgevoerd zijn. De correctie-creditdeclaratieregels kunnen in de reguliere aanlevering worden meegestuurd.
5. 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 de eerste (schriftelijke) melding af. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.

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 zorgaanbieders 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 voorgenomen mutaties m.b.t. de AGB codes overlegt de zorgaanbieder met het zorgkantoor.