

2 juni 2020

Vragen en antwoorden over continuïteitsbijdrage

1. Wat declareert de therapeut bij de Zorgverzekeraar? Het hele bedrag en verhaalt de zorgverzekeraar het deel dat niet in de vergoeding valt dan bij de cliënt? Of splits de therapeut zijn nota in een deel wat vergoed is en een deel eigen bijdrage?

Een voorbeeld: Wanneer een behandeling Euro 90 kost en de client vanuit de verzekeraar Euro 40 vergoed krijgt welk bedrag declareert de therapeut dan bij VECOZO?

ANTWOORD: Dit is afhankelijk van de declaratieparagraaf van de betreffende zorgverzekeraar. Er is in de voorwaarden mogelijk gemaakt dat voor het niet vergoede deel direct aan de verzekerde kan worden ingebracht – voor zover de eigen bijdrage op voorhand al duidelijk is. Maar in de basis moet worden gekeken naar de declaratieparagrafen van de verschillende zorgverzekeraars.

NB: we hebben om deze voorwaarden gevraagd. Het is dus niet zo dat men daadwerkelijk het hele factuurbedrag moet indienen. In sommige gevallen kan dus gekozen worden voor 2 facturen. Welke gevallen daar komt nog nader antwoord op.

2. Hoe weet de therapeut of de cliënt nog geld in zijn/haar “potje” heeft?

ANTWOORD: Dat weet de therapeut niet (daar is geen inzicht in voor zorgaanbieders). Dit zal blijken uit de reactie van de zorgverzekeraar op de declaratie.

3. Hoe weet de therapeut hoeveel de cliënt vergoed krijgt per behandeling? Als therapeut weet je niet waar de cliënt verzekerd is. Dit betekent dat de AVG overeenkomsten gewijzigd moeten worden.

ANTWOORD: Hier bestaat de COV voor (<https://www.vecozo.nl/diensten/Controle-op-verzekeringsgegevens/>) deze controle dient de zorgaanbieder te doen om te zorgen dat de declaratie bij de juiste verzekeraar wordt ingediend. Wat de specifieke vergoeding is voor de zorg zal de patiënt in principe zelf moeten weten.

4. Wat doen we in het licht van bovenstaand punt met mensen die helemaal niet aanvullend verzekerd zijn?

ANTWOORD: Mensen die niet aanvullend verzekerd zijn krijgen zelf de nota mee. Die nota's moeten niet worden ingediend bij de zorgverzekeraar.

5. Hoe lang moet de therapeut op uitkering van VECOZO wachten?

ANTWOORD: De inspanningen zijn gericht op 5 tot 10 werkdagen. Dit kan in verband met grote aantallen vragen en specifieke gevallen echter niet op voorhand gegarandeerd worden.

6. We hebben al een week gewerkt en hoe gaat dit dan met de afgelopen week. Dienen wij de bedragen aan relatie terug te betalen en dan declareren via het programma? Of wordt deze omzet ook van de normomzet afgetrokken?

ANTWOORD: De voorwaarde is “Je dient in bij de verzekeraar, voor zover niet al in rekening gebracht”. Als je de continuïteitsbijdrage gaat aanvragen moeten de nota's nu niet meer aan de verzekerde worden meegegeven.

Bepaling van het normbedrag en inhaalzorg

7. Bepaling normbedrag: Er zijn veel groeiende praktijken die in 2018 nog weinig omzet hadden maar nu juist gaan groeien. Wanneer heb je dan met organische groei van de praktijk te maken en wanneer heb je met inhaalzorg te maken?

ANTWOORD: Wij rekenen met de normomzet. Alles boven die normomzet wordt gezien als inhaalzorg. Zie verder ook de voorwaarden. Daar staat een extra clause voor de situatie dat je kunt aantonen dat de extra zorg niet in relatie staat tot COVID-19.

NB: we hebben om deze voorwaarden gevraagd. Het is dus zo dat men onder bepaalde gevallen een andere berekening van de normomzet kan gebruiken. Bijvoorbeeld als er in 2018 nog geen praktijk was, of als er in januari/februari 2020 een duidelijke stijging van de omzet te zien was.

8. Het normbedrag wordt berekend uit zorg die is vergoed in 2018/2019. Hoe zit het met omzet als ook het deel dat niet vergoed wordt via VECOZO gaat lopen? Dat mag niet worden meegeteld in de bepaling van inhaalzorg.

Een voorbeeld: een consult kost 60 euro hiervan wordt 40 euro vergoed valt de 20 euro dan buiten de berekening 45- 55% als er sprake is van inhaalzorg?

ANTWOORD: Alleen vergoede zorg wordt meegenomen.

9. Als men nu het normbedrag kan vaststellen dan kan de zorgverzekeraar toch ook kijken naar eventuele inhaalzorg in de 2e helft van het jaar, zonder het draconische systeem van VECOZO?

ANTWOORD: Als dit gaat over het digitaal declareren: zowel het verrekenen als het tijdig kunnen verwerken van de declaraties voor de CB maakt het mogelijk dat er direct bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.

Contractuele vragen

10. Tot wanneer blijft de regeling lopen? Op de website van VECOZO staat "De regeling gaat in mei open en loopt met terugwerkende kracht van 1 maart tot en met 30 juni 2020. Als zorgverzekeraars dat noodzakelijk vinden, kan deze regeling verlengd worden." Het is een contract met een open einde, het is onduidelijk of de therapeut er op termijn ook zelf weer uit kan stappen.

ANTWOORD: De regeling waar nu voor getekend wordt loopt van 1 maart tot en met 30 juni.

NB: De definitieve CB wordt vastgesteld 6 maanden na beëindiging van de regeling. Dus in januari 2021. Ook hierover hebben we nog tekst en uitleg gevraagd.

11. Om inzicht te krijgen over welke bedragen het gaat in specifieke gevallen (de therapeut heeft immers zelf geen inzicht in welke cliënten waar en hoe verzekerd zijn. Zelfs als ze niet aanvullend verzekerd zijn is dit niet altijd onderwerp van gesprek) zou het wenselijk zijn te weten wat de normomzet voor een therapeut is. Kan dat al ergens op worden gevraagd voordat contracten worden afgesloten?

ANTWOORD: Dat is niet vooraf inzichtelijk. Dit blijkt uit de bevestigingsbrief die u ontvangt van de zorgverzekeraar.

12. Is er voor het declareren via Vecozo aparte software nodig? Op dit moment gebruiken veel therapeuten het software pakket MijnDiad, die daar niet voor is ingericht en daardoor moet men met 2 systemen werken.

BeVeel EPD's ondersteunen dit. Voor alternatieve en complementaire zorg, die veelal wordt gedeclareerd via de declaratiestandaard voor overige zorgsoorten is een gratis programma beschikbaar: <https://promeetec.nl/software/gratis-declaratiesoftware/os-entry/>

NB: Er wordt nog contact gezocht met MijnDiad om te kijken of dit samen kan gaan.

13. De continuïteitsbijdrage gaat voor de TOZO. Geldt dit ook voor de TOGS? Moet de TOGS ook worden terugbetaald?

Als je na ontvangst van de CB nog dusdanige omzetsderving hebt dat je in aanmerking komt voor de overheidsregelingen (waaronder TOGS en TOZO), dan kan daar ook een beroep op worden gedaan.

Een duidelijk filmpje hierover is: <https://www.youtube.com/watch?v=sB2TY5p9vCw>

14. Er zijn veel zorgverzekeraars die het technisch en functioneel niet toestaan om via OS-Entry en Vecozo een digitale declaratie in te dienen, bijvoorbeeld Menzis en CZ.

Beide zorgverzekeraars hebben aangegeven zich maximaal in te spannen, zodat vanaf komende maand alle zorgverleners digitaal kunnen declareren. Mochten er nog verder zorgverzekeraars zijn die nog geen digitale declaraties kunnen ontvangen, dan ligt de verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar om duidelijk te maken hoe zij de rechtstreekse declaraties van de zorgaanbieder willen ontvangen.

15. Welk bedrag declareert de therapeut bij VECOCO, het hele factuur bedrag of het bedrag dat in principe vergoed wordt zolang het "potje" niet leeg is?

Het gehele bedrag. En de zorgverzekeraar neemt dat vervolgens in behandeling. Meer informatie is de te vinden in de 'declaratieparagrafen' van de zorgverzekeraars, die terug te vinden zijn op www.zn.nl/corona/documenten/continuïteitsbijdrage.

16. Kan er nog iets veranderd worden aan de ingeslagen weg, ter versimpeling van de CB voor "alternatief" werkende therapeuten.

Nee, de regeling is generiek opgezet en er kunnen geen verdere individuele aanpassingen plaatsvinden. Het direct declareren is nodig om de CB adequaat te kunnen berekenen (declaraties komen op tijd binnen voor verrekening) en om later ook mogelijkheden tot verrekening te hebben. ZN kan de regeling daar de regeling niet op aanpassen.

