

Bijlage II: Uniforme omgangsregels (achteraf)controles

Definities

Achteraf controle	Controle die wordt uitgevoerd nadat de declaratie is betaald
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Artikel 1 Algemeen

1. Zorgverzekeraars zijn wettelijk bevoegd om te controleren op prestaties met een (eind)datum van de wettelijke termijn van 5 jaar (in de relatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar) terug ten opzichte van de datum waarop de controle wordt uitgezet. De intentie van zorgverzekeraars is om zo recent mogelijke declaratiebestanden voor controle aan te bieden aan de zorgaanbieder.
2. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken jaarlijks voorafgaand aan de uit te rollen controles schriftelijk aan elkaar duidelijk wie de contactpersoon is voor de achteraf controles. Beide contactpersonen zijn verantwoordelijk voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dragen zorg voor interne afstemming van gemaakte afspraken.
3. Zorgverzekeraars sturen voor 31 maart van ieder jaar een vooraankondiging naar de contactpersoon van de zorgaanbieder. In de vooraankondiging staat globaal omschreven waarop gecontroleerd wordt, op welk tijdsvak van ingeboekte declaraties de controle betrekking heeft en in welke periode de zorgverzekeraar de uitkomsten van de controle verwacht toe te sturen. Indien de zorgverzekeraar dit overzicht niet tijdig verstrekt of constateert dat men zal afwijken van het eerder verstrekte overzicht, stuurt men minimaal 4 weken voorafgaand aan de uitrol van een controle alsnog een schriftelijke vooraankondiging aan de contactpersoon van de zorgaanbieder.
4. Afspraken over controlebestand
 - a. Zorgverzekeraars maken een extract van hun schadebestand(en) op datum X. Dit extract is de basis voor de uitvoering van verdere (achteraf) controles. De zorgverzekeraar probeert de periode tussen de extractdatum en het toesturen van de uitkomsten van de controle aan de zorgaanbieders zo kort mogelijk te houden, waarbij een maximale termijn van 2 maanden wordt gehanteerd.
 - b. De zorgverzekeraar streeft ernaar om alle declaraties die de zorgverlener indient in de periode tussen de extractdatum en het versturen van de uitkomst van de controle, op de juiste wijze te verwerken in de uitkomst van de controle. Dit om onterechte afwijzingen of signaleringen van declaraties in het controlebestand te voorkomen.
 - c. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat het controlebestand dat aangeboden wordt aan de zorgaanbieder betrouwbaar is (95/5 betrouwbaarheid). Indien de zorgaanbieder constateert dat het controlebestand niet voldoet aan het hiervoor genoemde betrouwbaarheidspercentage van 95% (bijvoorbeeld als gevolg van declaratieregels die door de zorgverzekeraar niet verwerkt zijn), neemt men hierover contact op met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overleggen gezamenlijk hoe dan om te gaan met de betreffende controle.

Artikel 2 Totstandkoming controles

1. De zorgverlener registreert en declareert conform de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen) en landelijke declaratiebepalingen en eventuele bilateraal gemaakte afspraken die gemaakt zijn in de zorgovereenkomst.
2. De zorgverzekeraar dient bij de (achteraf)controles te voldoen aan een juiste vertaling van de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen, protocol materiële controle en eventueel

bilateraal gemaakte afspraken. Bij interpretatieverschillen tussen zorgverlener en zorgverzekeraar over de toepassing van eerder genoemde regelgeving wordt het verschil van mening voorgelegd aan een nog op te stellen geschillencommissie/expertgroep.

3. Registratie, declaratie en controle dient plaats te vinden aan de hand van de landelijke wet- en regelgeving, instructies (van de wetenschappelijke verenigingen), landelijke declaratiebepalingen en eventueel bilateraal gemaakte afspraken die geldig zijn op het moment van de begindatum (openingsdatum DBC/DBC zorgproduct of behandeldatum overige zorgproducten) van de te controleren prestatie.

Artikel 3 Informatievoorziening en communicatie over (achteraf)controles

Zie hiervoor Regeling Zorgverzekering.

Artikel 4 Gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

1. De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar moet voldoen aan de WBP en voor zorgverzekeraars tevens aan de vigerende gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars en wordt voorzien van digitale beveiliging.
2. Zorgverzekeraars sturen schriftelijk een bevestiging naar de opgegeven contactpersoon van de zorgaanbieder dat het controlebestand digitaal is verstuurd onder vermelding van het (email)adres dat hiervoor is gebruikt en de wijze waarop het bestand is verstuurd rekening houdend met artikel 4.1.
3. De zorgaanbieder geeft in het oorspronkelijke controlebestand aan of de declaratie wel of niet terecht heeft plaatsgevonden. Indien de declaratie naar de mening van de zorgaanbieder terecht heeft plaatsgevonden motiveert men in het controlebestand waarom er sprake is van een juiste registratie/declaratie en verwijst, indien mogelijk, naar de regelgeving die is toegepast.
4. De controles zijn minimaal van de volgende gegevens voorzien:
 - BSN (mits aangeleverd door de zorgaanbieder)
 - het patiëntnummer dat door de zorgaanbieder wordt gehanteerd (mits aangeleverd)
 - naam van de patiënt
 - geboortedatum van de patiënt
 - de specialismecode en/of omschrijving van het specialisme
 - declaratiecode
 - prestatiecode
 - begin- en einddatum van de prestatie
 - notanummer (t.b.v. creditering)
 - gedeclareerd bedrag, gesplitst in kosten ziekenhuis en honorarium
 - afwijssreden
5. Bij aanpassingen door de zorgverzekeraar van reeds aangeleverde controlesignaal bestanden wordt door de zorgverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder. In onderling overleg wordt afgesproken hoe te handelen met de aanpassingen.

Artikel 5 Beoordelen en afhandelen achteraf controles

1. Aanspreekpunt:
 1. Zorgaanbieders hebben één aanspreekpunt voor zorgverzekeraars t.a.v. de (achteraf)controles.
 2. Zorgverzekeraars hebben één aanspreekpunt voor zorgaanbieders t.a.v. de (achteraf)controles.
2. Reactietermijnen:
 1. Zorgaanbieders dienen binnen 3 maanden na dagtekening van het verstrekken van het controlebestand schriftelijk en inhoudelijk te reageren op iedere controleregulering in het bestand.
 2. Zorgverzekeraars dienen binnen 3 maanden na dagtekening van de inhoudelijke reactie van de zorgaanbieder schriftelijk te reageren om aan te geven of zij akkoord

- gaan met de bevindingen van de zorgaanbieder. Indien de zorgverzekeraar niet akkoord gaat, dient zij dit per controleregel te motiveren.
3. Indien de zorgverzekeraar na het verstrijken van de 3 maanden géén doeltreffende reactie heeft ontvangen van de zorgaanbieder, verzoekt zij schriftelijk de zorgaanbieder opnieuw om alsnog binnen 1 maand inhoudelijk te reageren op de betreffende controle.
 4. Indien de zorgaanbieder na het verstrijken van de 3 maanden géén doeltreffende reactie heeft ontvangen, verzoekt zij schriftelijk de zorgverzekeraar om alsnog binnen 1 maand aan te geven of de zorgverzekeraar akkoord gaat met de bevindingen van de zorgaanbieder op de achteraf controle.
 5. Indien de zorgverzekeraar na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen inhoudelijke reactie heeft ontvangen (zonder dat de zorgaanbieder hierover contact heeft gezocht met de zorgverzekeraar), stuurt de zorgverzekeraar een aanmaning. In de aanmaning staat onder andere dat de zorgaanbieder na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de door de zorgverzekeraar verstrekte controle en dat de zorgverzekeraar voornemens is om binnen 14 kalenderdagen na dagtekening van de aanmaning het bedrag van de controle om te zetten in een terugvordering. Het is de zorgverzekeraar vervolgens toegestaan om na 14 kalenderdagen ten opzichte van de aanmaning het bedrag te verrekenen met openstaande of toekomstige declaraties van de zorgaanbieder. Na verrekening wordt de controle door de zorgverzekeraar als afgehandeld beschouwd.
 6. Indien de zorgaanbieder na het verstrijken van de tweede termijn opnieuw geen akkoord of inhoudelijke reactie heeft ontvangen op de bevindingen van de zorgaanbieder (zonder dat de zorgverzekeraar hierover contact heeft gezocht met de zorgaanbieder), stuurt de zorgaanbieder een schriftelijke reactie. In deze reactie staat onder andere dat de zorgverzekeraar na herhaaldelijk verzoek niet inhoudelijk heeft gereageerd op de bevindingen van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder ervan uit mag gaan dat bij het uitblijven van een reactie na 14 kalenderdagen na dagtekening de controle hiermee als afgehandeld wordt beschouwd.
 7. Indien het voor de zorgaanbieder niet mogelijk is om binnen de gestelde termijnen inhoudelijk te reageren, neemt hij hierover schriftelijk contact op met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken vervolgens afspraken over de termijn waarbinnen het voor de zorgaanbieder wel mogelijk is om inhoudelijk te reageren.
3. Administratieve en financiële afhandeling:
1. De zorgverzekeraar verwerkt zowel administratief als financieel alle correcties (zowel creditregels als debetregels) die het gevolg zijn van correcties in de DBC- (zorgprestatie) en/of registratie overige zorgproducten naar aanleiding van het afhandelen van een achterafcontrole. Ook wanneer de einddatum van de (op)nieuw te declareren DBC (zorgprestatie) of overige zorgproducten als gevolg van de correctie buiten de periode valt van de betalingstermijn die de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zijn overeengekomen in de declaratieparagraaf (bijlage I).
 2. Indien gewenst maken de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken over het moment waarop de declaraties, zoals bedoeld in artikel 5.3.1, worden aangeboden door de zorgaanbieder.