



Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024, Nederlandse Zorgautoriteit

Regeling NR/REG-2410
Vastgesteld op 4 juli 2023

Grondslag

Gelet op artikel 36, derde lid, artikel 37, eerste lid, artikel 38, derde lid, artikel 62, eerste lid, en artikel 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de administratie, registratie en declaratie van Wlz-zorg, het stellen van regels op het gebied van de administratieve organisatie en interne controle voor Wlz-zorgaanbieders, en het stellen van regels op het gebied van informatie die benodigd is om de aanvaardbare kosten Wlz definitief te kunnen vaststellen.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt, tenzij anders vermeld, verstaan onder:

cliënt:

verzekerde, als bedoeld in artikel 2.1.1 en artikel 2.1.2 Wlz, die op grond van een CIZ-indicatie zijn aanspraak op Wlz-zorg realiseert.

context:

cliëntsituatie en -omgeving.

crisis- en ondersteuningsteam (COT):

een team waarvan de hulp ingeroepen kan worden via de crisisregisseur ghz indien sprake is van een crisis bij een cliënt. Een crisis- en ondersteuningsteam (COT) is een multidisciplinair team, samengesteld uit ervaren professionals uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg (vg) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het COT richt zich op het aanvullen van de kennis en expertise van een zorgaanbieder bij het omgaan met en voorkomen van crisissituaties en biedt nazorg aan de zorgaanbieder. Het COT geeft verbeteradviezen aan de zorgaanbieder waar de crisis plaatsvond om deze te versterken en de context te verbeteren.

crisis waarop COT ingezet kan worden:

het COT kan alleen ingezet worden bij een crisis waarvoor binnen 48 uur een interventie noodzakelijk is. Het gaat bij de inzet van het COT niet om een acute crisis. Een acute crisis wordt gedefinieerd als een noodsituatie waar per direct een oplossing voor moet komen.

crisisregisseur ghz:

de crisisregisseur is onafhankelijk en vervult in een regio de coördinerende rol voor de crisisaanvragen. In geval van een crisis waarbij handelingsverlegenheid is ontstaan, neemt de zorgaanbieder contact op met de crisisregisseur ghz van de regio. De crisisregisseur ghz maakt de keuze voor inzet COT, crisisplaatsing of een combinatie hiervan.

declaratie:

rekening van de zorgaanbieder aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de verrichte zorgprestatie(s).

declaratieperiode:

een periode van vier weken of een kalendermaand waarover de zorgaanbieders de geleverde zorg declareren, overeenkomstig de daartoe gemaakte afspraken met het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.

deeltijdverblijf (dtv):

verblijf in de instelling zonder behandeling gedurende gemiddeld 3½, 4, of 4½ etmalen per week via een vast patroon binnen een tijdspanne van 14 etmalen.

gespecialiseerde zorg prestatie:

als gespecialiseerde zorg prestatie worden aangemerkt de in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerd zorg 2024 vastgesteld prestaties.

instelling voor medisch specialistische zorg:

een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent of doet verlenen, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, of een natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen, met uitzondering van een instelling die binnen het kader van de binnen een andere instelling verleende zorg een deel van die zorg verleent, op het gebied van medisch specialistische zorg.

medisch specialistische zorg:

bij ministeriële regeling aangewezen zorg die door een arts wordt verleend en valt binnen de bijzondere deskundigheid van artsen aan wie de bevoegdheid toekomt tot het voeren van een

wettelijk erkende specialistentitel als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, met inbegrip van gespecialiseerde mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden en met uitzondering van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz), generalistische basis-ggz en forensische zorg.

modulaire prestatie:

als modulaire prestatie worden aangemerkt de in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2024, vastgestelde prestaties.

nacalculatieformulier:

het formulier waarin de zorgaanbieder en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder de totaal financieel gerealiseerde productie en de totaal financiële realisatie van de overige onderdelen kunnen invullen.

nacalculatie-opgave:

de opgave tot nacalculatie die door de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder bij de NZa wordt ingediend. Voor deze opgave maken de zorgaanbieder en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder gebruik van het nacalculatieformulier.

onderaanneming of uitbesteding:

er is sprake van onderaanneming of uitbesteding wanneer een door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieder de gecontracteerde zorg laat uitvoeren door een andere zorgaanbieder.

penvoerder:

zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor de registratie en declaratie van de ureninzet van het COT. Deze zorgaanbieder regelt de inzet van het COT per geval. Per regio is een penvoerder aangewezen.

rekenkundige methode:

de rekenkundige methode houdt in dat bedragen waarbij het derde cijfer achter de komma vijf of hoger is, worden afgerond naar het naastliggende hogere bedrag in hele eurocenten. Bedragen waarbij dit een vier of lager is, worden afgerond naar het naastliggende lagere bedrag in hele eurocenten.

tweezijdige indiening van een nacalculatie-opgave:

van tweezijdige indiening van een nacalculatie-opgave is sprake als:

- zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder gezamenlijk eensluidend indienen; zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder hebben overeenstemming;
- zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder ieder afzonderlijk indienen en de indieningen eensluidend zijn; zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder hebben overeenstemming.

Een anders dan tweezijdig ingediende opgave nacalculatie beschouwt de NZa als eenzijdig.

verblijfscomponent:

prestatie voor het verblijf van een niet-geïndiceerde partner, vastgesteld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

verkeerde bed medisch specialistische zorg:

Het noodgedwongen verblijf in een instelling die medisch specialistische zorg levert na een opname in deze instelling, dat tot stand komt doordat er nog geen plek bij een Wlz-zorgaanbieder beschikbaar is, of de cliënt de Wlz-zorg nog niet thuis kan ontvangen.

verkeerd bed ggz, Wlz indicatie:

Het noodgedwongen verblijf in een instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg levert na een opname in deze instelling, dat tot stand komt doordat er nog geen plek bij een Wlz-zorgaanbieder beschikbaar is, of de cliënt de Wlz-zorg nog niet thuis kan ontvangen.

verkeerde bed-dag:

een te registreren kalenderdag, welke minimaal één overnachting in een verkeerd bed omvat.

uur directe zorgverlening:

een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en cliënt in de thuissituatie/werksituatie, alsmede de verplaatste directe contacttijd in uren voor wat betreft de prestaties verpleging en verzorging zoals opgenomen in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

verplaatste directe contacttijd:

directe contacttijd kan, maar hoeft niet plaats te vinden in de thuissituatie/werksituatie. Indien directe contacttijd om efficiëntieredenen of om te voorkomen dat de zorgverlener te laat komt bij de volgende cliënt wordt verplaatst naar kantoor of een andere locatie spreken we over verplaatste directe contacttijd. Regelmatig komt het voor dat deze werkzaamheden als 'huiswerk' op de route worden verzameld en (een deel hiervan) na afloop van de route moeten gebeuren.

Wlz-uitvoerder:

de rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 van de Wlz heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wlz, daaronder begrepen de met toepassing van artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz door de Minister van VWS aangewezen uitvoerder.

zorgaanbieder:

de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, onder 1°, Wmg.

zfp:

een zorgzwaartepakket bestaande uit een volledig pakket van verblijf en zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft, beschreven in artikel 3.1.1 van de Wlz.

zzp-meerzorg:

zzp-meerzorg is een declarabele prestatie voor de bekostiging van zorg zoals bepaald in artikel 3.1.1, tweede lid, van het Besluit langdurige zorg en artikel 2.2 van de Regeling langdurige zorg.

De prestatie staat omschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz.

Artikel 2 Doel van de regeling

Deze regeling beoogt inzichtelijke, rechtmatige declaraties te bevorderen en dubbele declaraties te voorkomen. Tevens beoogt deze regeling aan te geven welke informatie zorgaanbieders aan de NZa moeten verstrekken voor de definitieve vaststelling van de aanvaardbare kosten Wlz.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is, met uitzondering van artikel 6, van toepassing op zorgaanbieders die zorg of een dienst leveren als omschreven bij of krachtens de Wlz.

Deze regeling is, met uitzondering van de artikelen 4, 5, 7, 8, en 9, tevens van toepassing op instellingen voor medisch specialistische zorg die zorg of een dienst leveren in combinatie met verblijf als omschreven bij of krachtens de Wlz.

Artikel 4 Declaratievoorschriften Wlz-zorg

1. Wijze van declareren

Zorgaanbieders specificeren de declaratie als volgt:

- a. Zorgaanbieders maken bij declaratie aan de zorgkantoren/Wlz-uitvoerders in de factuur duidelijk zichtbaar welke prestaties in rekening worden gebracht en welk tarief daarbij wordt gehanteerd. De declaratie van zzp-, vpt-, gespecialiseerde zorg- en modulaire prestaties vindt plaats op cliëntniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per cliënt geleverde aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.
- b. In afwijking van artikel 4, eerste lid, onder a, vindt de declaratie van de geleverde productie van een aantal prestaties plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het geleverde aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het betreft de volgende prestaties:
 - 1° De dagen waarop een door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aange-merkt bed voor crisiszorg niet bezet is door een cliënt;
 - 2° De dagen waarop een door het zorgkantoor/ de Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aange-merkt bed voor beveiligde zorg Wlz, in het kader van artikel 28a Wzd of artikel 5.19 Wvvgz, niet bezet is door een cliënt.
 - 3° Alle prestaties geleverd aan ernstig bedreigde personen die zijn opgenomen in het stelsel van Bewaken en Beveiligen van het Openbaar Ministerie.Hierbij geldt dat deze prestaties elkaar uitsluiten, in die zin dat zij alleen in één van de categorieën sub 1°, sub 2° of sub 3° kunnen worden gedeclareerd.
- c. Voor prestaties met declaratie eenheid van een uur geldt dat alleen de directe contacttijd in uren tussen zorgverlener en cliënt (systeem) gedeclareerd kan worden.
- d. Indien sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Indien er tussen het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Het maakt daarbij geen verschil of de zorgaanbieder voor de registratie en administratie via de methodiek van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' werkt. Wanneer de zorgverlener werkt volgens het principe 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', kunnen de (gecorrigeerde) planningen worden gebruikt ter verantwoording van de gedeclareerde zorg.
- e. In aanvulling op artikel 4, eerste lid, onder d, kan voor een telefonisch consult zoals beschreven in de prestatie behandeling so/avg (H335/H336) in bijlage 1 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2024 in het geval van meerdere telefonische contact(en) op dezelfde dag de prestatie voor dit doel maximaal één keer per dag per cliënt worden gedeclareerd. Er dient een aantekening van elk telefonisch contact te worden gemaakt in het cliëntendossier.
- f. Zorgaanbieders die op basis van artikel 13, 14 en 15 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024 declareren, moeten aan de NZa kenbaar maken wat de feitelijke zorgvraag is van de cliënt en of deze overeenkomt met de zorgbehoefte zoals die tot uiting komt in de indicatie.

2. Declaratie afwezigheidsdagen bij zzp of gespecialiseerde zorg

- a. Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover deze daadwerkelijk zijn geleverd.
- b. Voor de bekostiging van de prestaties zzp, verblijfscomponent-niet geïndiceerde partner, crisiszorg vv & lvg, crisiszorg ghz, logeren, logeren zevmb, gespecialiseerde zorg, klinisch intensieve behandeling (kib) en alle toeslagen als bedoeld in artikel 6 en 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024 en de prestaties als bedoeld in artikel 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2024 geldt als voorwaarde dat de cliënt aanwezig is in de instelling.
- c. In afwijking van artikel 4, tweede lid, onder b, geldt voor afwezigheid het volgende:
Voor cliënten die aangewezen zijn op een zzp-prestatie of een prestatie gespecialiseerde zorg komen de volgende dagen in aanmerking voor bekostiging ter hoogte van het afgesproken tarief met ingang van de eerste volledige dag van afwezigheid van de cliënt:
 - 1° De dagen dat een cliënt tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder of op een andere locatie van de zorgaanbieder binnen dezelfde rechtspersoon, en daar verblijft voor:
 - Wlz-zorg met behandeling (zzp inclusief behandeling) waarbij de cliënt eerder alleen Wlz-verblijf zonder behandeling ontving (zzp-exclusief behandeling);
 - Revalidatiezorg waaronder ook wordt verstaan geriatrische revalidatiezorg zoals omschreven in de Zvw¹ en VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (vv9b) zoals omschreven in de Wlz;
 - Gespecialiseerde ggz;
 - Medisch specialistische zorg.Indien de cliënt waarop een situatie van toepassing is zoals bedoeld onder 1° naar verwachting langer dan 91 dagen afwezig is, moet het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder binnen de periode van 91 dagen toestemming hebben verleend voor een verlenging van de periode waarin afwezigheid wordt bekostigd.
 - 2° De dagen dat een cliënt tijdelijk afwezig is door vakantie of detentie. De dagen worden alleen bekostigd indien de cliënt voor de vakantie of detentie reeds 14 dagen verbleef bij de instelling. Per kalenderjaar kunnen niet meer dan 42 afwezigheidsdagen als gevolg van vakantie of detentie worden bekostigd.
 - 3° De dagen dat een cliënt die als leerling voor dagonderwijs staat ingeschreven en dit onderwijs ook daadwerkelijk volgt tijdelijk afwezig is door vakantie. Er worden niet meer afwezigheidsdagen bekostigd dan de wettelijke vakantieduur.
 - 4° De maximaal twee aaneengesloten dagen dat een cliënt afwezig is in een periode van zeven dagen (maandag tot en met zondag), voorheen weekendverlof.
- d. De in artikel 4, tweede lid, onder c, genoemde voorwaarden hebben geen betrekking op de toeslagen die zijn vermeld in artikel 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024, met uitzondering van de toeslagen woonzorg ghz (Z978, Z979 en Z980) en de toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg laag (Z975). De in artikel 4, tweede lid, onder c, genoemde voorwaarden hebben ook geen betrekking op:
 - afzonderlijk afgesproken dagbesteding;
 - vervoer naar dagbesteding/dagbehandeling;
 - afzonderlijk afgesproken behandeling;

3. Declaratie afwezigheidsdagen bij vpt

- a. Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover deze daadwerkelijk zijn geleverd.
- b. Voor de bekostiging van de prestaties vpt, dagbesteding, behandeling en alle toeslagen als genoemd in deze beleidsregel geldt als voorwaarde dat de prestatie daadwerkelijk geleverd is. Dit houdt in dat afwezigheid niet wordt bekostigd. Onder afwezigheid wordt verstaan dat de cliënt niet verblijft op zijn/haar woonadres.
- c. In afwijking van artikel 4, derde lid, onder b, geldt voor afwezigheid het volgende:
Voor cliënten die aangewezen zijn op of als leveringsvorm hebben gekozen voor een vpt-prestatie komen de volgende dagen in aanmerking voor bekostiging ter hoogte van het afgesproken vpt-tarief met ingang van de eerste dag van afwezigheid van de cliënt:
 - 1° De dagen dat een cliënt tijdelijk is opgenomen bij een zorgaanbieder en daar verblijft voor:
 - Wlz-zorg met behandeling (zzp inclusief behandeling);
 - Revalidatiezorg waaronder ook wordt verstaan geriatrische revalidatiezorg zoals omschreven in de Zvw en VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (vv9b) zoals omschreven in de Wlz;
 - Gespecialiseerde ggz of;
 - Medisch specialistische zorg.Indien de cliënt waarop een situatie van toepassing is zoals bedoeld onder 1° naar verwachting langer dan 91 dagen afwezig is moet het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder

¹ Cliënten die verblijven in een instelling met behandeling komen hiervoor niet in aanmerking.

binnen de periode van 91 dagen toestemming hebben verleend voor een verlenging van de periode waarin afwezigheid wordt bekostigd.

- 2° De dagen dat een cliënt tijdelijk afwezig is door vakantie, tijdelijk verblijf bij familie, logeren in verband met het ontlasten van de mantelzorger², of detentie. De dagen worden alleen bekostigd indien de cliënt voorafgaand aan de afwezigheidsperiode reeds 14 dagen zijn vpt-dagen ontving. Per kalenderjaar kunnen niet meer dan 42 afwezigheidsdagen als gevolg van bovengenoemde worden bekostigd, met uitzondering van verblijf bij familie in de weekenden.
 - d. De in artikel 4, derde lid, onder c, genoemde voorwaarden hebben geen betrekking op de toeslagen die zijn vermeld in artikel 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024, met uitzondering van de toeslagen woonzorg ghz (V978, V979 en V980) en de toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg laag (V975). De in artikel 4, derde lid, onder c, genoemde voorwaarden hebben ook geen betrekking op:
 - afzonderlijk afgesproken dagbesteding;
 - vervoer naar dagbesteding;
 - afzonderlijk afgesproken behandeling.
4. Declaratie afwezigheidsdagen bij dtv
- a. Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover deze daadwerkelijk zijn geleverd.
 - b. Voor de bekostiging van zorg via dtv geldt als voorwaarde dat de cliënt aanwezig is in de instelling.
 - c. In afwijking van artikel 4, tweede lid, onder b, geldt voor afwezigheid het volgende: Voor cliënten die in deeltijd verblijven, komen de volgende dagen in aanmerking voor bekostiging ter hoogte van het afgesproken tarief met ingang van de eerste volledige dag van afwezigheid van de cliënt:
 - 1° De dagen dat een cliënt tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder of op een andere locatie van de zorgaanbieder binnen dezelfde rechtspersoon, en daar verblijft voor:
 - Wlz-zorg met behandeling (zzp inclusief behandeling);
 - Revalidatiezorg waaronder ook wordt verstaan geriatrische revalidatiezorg zoals omschreven in de Zvw en VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (vv9b) zoals omschreven in de Wlz;
 - Gespecialiseerde ggz;
 - Medisch specialistische zorg.Indien de cliënt waarop een situatie van toepassing is zoals bedoeld onder 1° naar verwachting langer dan 91 dagen afwezig is, moet het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder binnen de periode van 91 dagen toestemming hebben verleend voor een verlenging van de periode waarin afwezigheid wordt bekostigd.
 - 2° De dagen dat een cliënt tijdelijk afwezig is door vakantie of detentie. Er geldt een ander maximum aantal te declareren afwezigheidsdagen bij deeltijdverblijf. Dit maximum is afhankelijk van het aantal dagen dat een cliënt volgens het vaste patroon in deeltijd verblijft:
 - 3,5 dag 12 afwezigheidsdagen
 - 4 dagen 14 afwezigheidsdagen
 - 4,5 dag 16 afwezigheidsdagen
 - 3° De dagen dat een cliënt die als leerling voor dagonderwijs staat ingeschreven en dit onderwijs ook daadwerkelijk volgt tijdelijk afwezig is door vakantie.
 - d. De in artikel 4, vierde lid, onder c, genoemde voorwaarden hebben geen betrekking op de toeslagen die zijn vermeld in artikel 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024, met uitzondering van de toeslagen woonzorg ghz (Z978, Z979 en Z980) en de toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg laag (Z975). De in artikel 4, tweede lid, onder c, genoemde voorwaarden hebben ook geen betrekking op:
 - afzonderlijk afgesproken dagbesteding;
 - vervoer naar dagbesteding/dagbehandeling;
 - afzonderlijk afgesproken behandeling.
5. Onderaanneming of uitbesteding
- a. Indien sprake is van onderaanneming of uitbesteding wordt de prestatie alleen in rekening gebracht door de zorgaanbieder die door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd. De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed, mag noch een afzonderlijke prestatie noch een deel van de prestatie in rekening brengen aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.
 - b. In afwijking van artikel 4, vierde lid, onder a, geldt voor zorgaanbieders die tandheelkundige zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz leveren aan cliënten die verblijf en behandeling

² Zoals genoemd in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet langdurige zorg.

ontvangen van dezelfde zorgaanbieder waar de cliënt verblijft, dat zij de Wlz-prestaties voor tandheelkundige zorg direct in rekening mogen brengen aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. Ook als sprake is van onderaanneming of uitbesteding.

6. Deeltijdverblijf (dtv)

Zorgaanbieders die op basis van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024 deeltijdverblijf declareren, moeten voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Dtv kan geleverd worden aan cliënten met een Wlz-indicatie vv-4 t/m vv-8, vg-3 t/m vg-8, lg-2, lg-4 t/m lg-7, zg-aud-2 t/m zg-aud-4, zg-vis-2 t/m zg-vis-5.
- Dtv kan alleen geleverd worden indien er sprake is van een gemiddeld vast en structureel patroon van verblijf in een instelling en thuis. Hierbij moet de tijdspanne benoemd worden waarin het patroon zich moet voordoen.
- De toegestane omvang van dtv is 3½, 4 of 4½ etmalen per week. De bekostigingssystematiek in de langdurige zorg kent geen halve etmalen. Daarom wordt dtv gezien over een periode van 14 etmalen (in een periode van 14 etmalen gaat het dan om gemiddeld 7, 8 of 9 etmalen).
- Dtv omvat zzp-prestaties exclusief behandeling. Om declaratie van dtv mogelijk te maken, zijn aparte codes beschikbaar gesteld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024. Als dtv wordt gedeclareerd, moeten die codes worden gebruikt/vermeld. De specifieke behandeling kan via de mpt-prestaties gedeclareerd worden indien nodig.
- Dtv kan niet gecombineerd worden met mutatiedagen.
- In de ghz-sector en ggz wonen wordt dagbesteding zowel tijdens het dtv als tijdens de mpt-etmalen thuis bekostigd uit het mpt via de H8xx-codes (ghz) en de codes H001G–H005G (ggz wonen) voor dagbesteding, en de codes H881–H887 (ghz) en H410–H416 (ggz wonen) voor vervoer van en naar de dagbesteding.
- In de vv-sector wordt dagbesteding bekostigd via een combinatie van zzp's inclusief dagbesteding en mpt:
 - De dagbesteding die de cliënt tijdens het dtv ontvangt, wordt bekostigd uit het zzp inclusief dagbesteding.
 - De dagbesteding die de cliënt tijdens het verblijf in de thuissituatie ontvangt, wordt vanuit het mpt bekostigd. Declaratie van dagbesteding en vervoer in geval van dtv gaat via de volgende prestaties:

Dagbesteding en vervoer ghz en ggz wonen (etmalen thuis en etmalen instelling) ¹	Dagbesteding en vervoer vv (etmalen thuis) ²	Dagbesteding en vervoer vv (etmalen instelling) ³
H8xx-codes (dagbesteding ghz) H881–H887 (vervoer ghz) H001G–H005Gcodes (dagbesteding, ggz wonen) H410–H416 codes (vervoer dagbesteding ggz wonen)	Dagbesteding en vervoer vv: H8xx-codes	Dagbesteding vv: onderdeel van zzp-tarief Vervoer vv: Z9010 of Z9011

¹ Het betreft hier de dagbestedings- en vervoersprestaties voor de gehandicaptenzorg uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

² Het betreft hier de dagbestedings- en vervoersprestatie vv uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

³ Het betreft hier de dagbestedings- en vervoersprestatie vv uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

7. Overbruggingszorg sglvg en lvg

Zorgaanbieders die op basis van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024 overbruggingszorg sglvg en lvg declareren moeten voldoen aan de volgende voorwaarden:

- De overbruggingszorg kan alleen worden toegekend aan cliënten die een sglvg- of lvg-indicatie hebben gehad en vervolgens zijn geherindiceerd naar een andere Wlz-indicatie. Overbruggingszorg kan alleen worden gedeclareerd indien er na de herindicatie nog geen passende plaats beschikbaar is voor de betreffende cliënt.
- De overbruggingszorg geldt vanaf de dag dat de sglvg- of lvg-indicatie afloopt tot aan de dag dat de cliënt verhuist naar een passende Wlz-instelling.
- Overbruggingszorg kan worden toegekend voor een periode van 13 weken. Indien na 13 weken nog geen bij de nieuwe indicatie passende plaats voor de cliënt is gevonden, kan deze eenmalig worden verlengd met nogmaals 13 weken. Zorgaanbieder en zorgkantoor dienen hierover af te stemmen.

8. Vervoer bij dagbesteding/dagbehandeling in de gehandicaptenzorg

Zorgaanbieders maken voor het declareren van vervoer naar en van de dagbesteding in de gehandicaptenzorg gebruik van de Tabel prestatiecategorieën vervoer dagbesteding/ dagbehandeling ghz conform artikel 6 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en de prestatiebeschrijving in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. Afhankelijk van de cliënt- en vervoerskenmerken valt het vervoer van een cliënt in een van de categorieën C0 tot en met C6.

Afwijkingsmogelijkheid

Zorgaanbieder en zorgkantoor hebben de mogelijkheid om in individuele gevallen af te wijken van de van toepassing zijnde categorie. Dit kan om twee redenen:

1. Meer maatwerk
De huidige indeling in zeven prestatiecategorieën sluit aan bij de huidige praktijk. Er kunnen echter situaties zijn dat het tarief voor de toepasbare categorie te hoog of te laag is. Indien er een structurele noodzaak is, kunnen zorgaanbieder en zorgkantoor in gezamenlijk overleg afwijken van de vastgestelde categorie-indeling zoals in bovengenoemde tabel staat weergegeven. Met deze vrijheid om in afstemming met het zorgkantoor cliënten in een andere categorie te plaatsen, kan de vergoeding nog beter aansluiten bij de situatie van individuele zorgaanbieders. Een overeengekomen afwijking moet beargumenteerd worden vastgelegd.
 2. Minder administratie bij wisselende afstanden of vervoermiddelen
Een zorgaanbieder kan, om de administratieve last zo gering mogelijk te houden, de volgende werkwijze hanteren:
 - bij wisselende vervoersafstanden het adres waar de cliënt geregistreerd staat (als verblijfsadres), of de dagbestedingslocatie waar de cliënt in de meeste gevallen naar toe gaat, of een gemiddelde afstand als uitgangspunt te nemen, en de categorie die daarbij hoort standaard te declareren, in plaats van de verschillen in afstanden tussen dagen/weken steeds in de administratie bij te houden;
 - bij wisselende manieren van vervoer als uitgangspunt voor declaratie de wijze van vervoer te nemen zoals cliënt in de meeste gevallen reist, in plaats van de wijze van vervoer steeds in de administratie te moeten aanpassen.
 3. Een zorgaanbieder moet het vastleggen wanneer hij deze werkwijze hanteert.
9. Beleidsregelwaarden in- of exclusief behandeling vv en ghz
Het is mogelijk om een vpt, zzp vv of zzp ghz exclusief behandeling, zoals vermeld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis, af te spreken en in rekening te brengen in combinatie met de behandelprestaties die vermeld zijn in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg. Dit kan worden afgesproken als de behandeling van incidentele aard is en die behandeling wordt geleverd bij een andere zorgaanbieder. Deze behandelprestaties kunnen worden toegekend voor zover de totale kosten (beleidsregelwaarde zzp exclusief behandeling + uitgaven afzonderlijke behandelprestaties) daarvan niet de maximale beleidsregelwaarde voor zzp inclusief behandeling overschrijdt. Als behandeling van structurele aard wordt, wordt gezocht naar een verblijfsplek met behandeling die wordt bekostigd met een integrale prestatie, een zzp inclusief behandeling.
10. Gespecialiseerde zorg declareren met toeslagen
De prestaties gespecialiseerde zorg kunnen alleen in combinatie met de toeslagen genoemd in de Beleidsregel zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis Wlz worden gedeclareerd indien de toeslagen geen relatie hebben tot de aandoening van de doelgroep.

Artikel 5 Administratie- en declaratievoorschriften zzp-meerzorg

1. Administratievoorschriften zzp-meerzorg
 - a. Zzp-meerzorg is een prestatie die per dag wordt geadmistreerd en gedeclareerd. De prestatie is beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz.
 - b. De administratieve organisatie van de zorgaanbieder die meerzorg levert, dient zo ingericht te zijn dat een audit mogelijk is.
 - c. Voor elke prestatie zzp-meerzorg die door een zorgaanbieder aan een zorgkantoor/Wlz-uitvoerder gedeclareerd is, moet te allen tijde te herleiden zijn op welke manier het gedeclareerde tarief is bepaald.
 - d. Voor de NZa en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder is hierbij per cliënt inzichtelijk:
 - a) De in het zorgplan vastgestelde doelen;
 - b) De directe kosten om de meerzorg in groepsverband of op individueel niveau mogelijk te maken per dag;
 - c) De indirecte kosten om de meerzorg in groepsverband of op individueel niveau mogelijk te maken per dag;
 - d) Het bedrag voor zzp-meerzorg dat per jaar is afgesproken;
 - e) Het afgesproken zzp-meerzorg tarief per dag.

2. Declaratievoorschriften zzp-meerzorg

- a. De zorgaanbieder declareert alleen zzp-meerzorg indien de prestatie is geadministreerd volgens de door de NZa vastgestelde administratievoorschriften.
- b. Zorgaanbieders declareren zzp-meerzorg voor zover deze is geleverd met uitzondering van het volgende:

De zzp-meerzorg is bedoeld als aanvulling op het zorgprofiel en wordt gedeclareerd bovenop de prestaties zzp, vpt, gespecialiseerde zorg, mpt of crisiszorg. Indien en voor zover uit artikel 4 van deze regeling blijkt dat de zzp, vpt, gespecialiseerde zorgprestatie of mpt voor een aantal dagen in het jaar niet gedeclareerd kan worden, kan ook de zzp-meerzorg niet worden gedeclareerd. Zzp-meerzorg kan wel worden gedeclareerd wanneer in plaats van een zzp, vpt of mpt een prestatie crisiszorg wordt gedeclareerd.

Voor zzp-meerzorg geldt, conform artikel 4, tweede lid, onder c van deze regeling, het volgende:

Voor cliënten die aangewezen zijn op een zzp-prestatie komen de volgende dagen in aanmerking voor bekostiging ter hoogte van het afgesproken tarief met ingang van de eerste dag van afwezigheid van de cliënt:

- 1° De dagen dat een cliënt tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder of op een andere locatie van de zorgaanbieder binnen dezelfde rechtspersoon, en daar verblijft voor:
 - Wlz-zorg met behandeling (zzp inclusief behandeling) waarbij de cliënt eerder alleen Wlz-verblijf zonder behandeling ontving (zzp-exclusief behandeling);
 - revalidatiezorg waaronder ook wordt verstaan geriatrische revalidatiezorg zoals omschreven in de Zvw en vv herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (vv9b) zoals omschreven in de Wlz;
 - gespecialiseerde ggz;
 - medisch specialistische zorg.

Indien de cliënt waarop een situatie van toepassing is zoals bedoeld onder 1° naar verwachting langer dan 91 dagen afwezig is, moet het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder binnen de periode van 91 dagen toestemming hebben verleend voor een verlenging van de periode waarin afwezigheid wordt bekostigd.

- 2° De dagen dat een cliënt tijdelijk afwezig is door vakantie of detentie. De dagen worden alleen bekostigd indien de cliënt voor de vakantie of detentie reeds 14 dagen verbleef bij de instelling. Per kalenderjaar kunnen niet meer dan 42 afwezigheidsdagen als gevolg van vakantie of detentie worden bekostigd.
- 3° De dagen dat een cliënt die als leerling voor dagonderwijs staat ingeschreven, en dit onderwijs ook daadwerkelijk volgt, tijdelijk afwezig is door vakantie. Er worden niet meer afwezigheidsdagen bekostigd dan de wettelijke vakantieduur.
- 4° De maximaal twee aaneengesloten dagen dat een cliënt afwezig is in een periode van zeven dagen (maandag tot en met zondag), voorheen weekendverlof.
- c. Indien de daadwerkelijke zorgverlening en bijbehorende kosten structureel in grote mate afwijken van de geplande zorg en kosten, wordt ook het afgesproken zzp-meerzorg tarief bijgesteld in overeenstemming met de structureel daadwerkelijk geleverde zorg. Dit bijgestelde zzp-meerzorg tarief wordt dan gedeclareerd.
- d. Als er meerzorg wordt gedeclareerd, is het niet mogelijk om ook andere toeslagen in rekening te brengen, tenzij er sprake is van de toeslag kdc (Z983). De kosten waarvoor de toeslagen ter dekking zijn, worden onder de kosten van meerzorg opgenomen in de tariefberekening.
- e. Het is niet toegestaan om voor één cliënt op één dag meer dan éénmaal een zzp-meerzorg in rekening te brengen.
- f. Het tarief dat een zorgaanbieder in rekening brengt voor zzp-meerzorg wordt berekend door het jaarbedrag voor meerzorg zoals met het zorgkantoor afgesproken, te delen door 365. Dit tarief is ten hoogste gelijk aan het door de NZa in de tariefbeschikking genoemde bedrag (maximum tarief) voor die prestatie. Het tarief wordt afgerond volgens de rekenkundige methode zoals omschreven in artikel 1.
- g. Zorgaanbieders maken bij declaratie in de factuur het zzp-meerzorg dat in rekening wordt gebracht duidelijk zichtbaar en welk tarief daarbij wordt gehanteerd. De declaratie van zzp-meerzorg vindt plaats op cliëntniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per cliënt geleverde aantal dagen zzp-meerzorg en het gehanteerde zzp-meerzorg tarief.

Artikel 6 Declaratievoorschrift Verkeerde bed Wlz

1. Wijze van declareren verkeerde bed medisch specialistische zorg
 - a. Een vergoeding voor het 'Verkeerde bed' kan in rekening worden gebracht vanaf de dag dat de indicatie voor medisch specialistische zorg met verblijf in een instelling is beëindigd, het CIZ een Wlz-indicatie (als bedoeld in artikel 3.2.3. van de Wet langdurige zorg) heeft vastgesteld en de patiënt noodgedwongen in de instelling voor medisch specialistische zorg moet blijven. Het noodgedwongen verblijf ontstaat doordat er nog geen plek bij een Wlz-zorgaanbieder

beschikbaar is of de Wlz-zorg nog niet thuis geleverd kan worden.

- b. Een vergoeding voor het 'Verkeerde bed' is niet van toepassing op cliënten die voorafgaand aan de opname in de instelling voor medisch specialistische zorg, zorg met verblijf ontvangen op grond van de Wlz.
Deze cliënten kunnen immers terugkeren naar hun Wlz-verblijfsaanbieder.
Er kan zich een situatie voordoen waarin een cliënt vanwege een nieuwe, zwaardere Wlz-herindicatie niet kan terugkeren naar zijn Wlz-verblijfsaanbieder, omdat die Wlz-aanbieder de desbetreffende zorg niet levert. Voor elke dag dat er – in het uiterste geval – nog geen plek bij een andere Wlz-instelling (dat wil zeggen: andere rechtspersoon) beschikbaar is en de cliënt noodgedwongen in de instelling voor medisch specialistische zorg moet blijven, mag een verkeerde beddag worden gedeclareerd.
 - c. De vergoeding kan wel in rekening worden gebracht wanneer een cliënt, die voorafgaand aan de opname vpt of mpt ontving, na beëindiging van de indicatie gedwongen in de instelling voor medisch specialistische zorg dient te blijven doordat het verlenen van zorg thuis niet meer als verantwoordelijk wordt gezien.
 - d. Het tarief dat in rekening mag worden gebracht, is een integraal tarief.
 - e. Het tarief dat op grond van de tariefbeschikking 'Verkeerde bed Wlz' in rekening wordt gebracht, is een maximumtarief.
 - f. De tariefbeschikking 'Verkeerde bed Wlz' is niet van toepassing op zorgprestaties die in het kader van onderlinge dienstverlening door de ene zorgaanbieder aan de andere zorgaanbieder in rekening worden gebracht.
 - g. Zorgaanbieders maken bij declaratie aan zorgkantoren/Wlz-uitvoerders in de factuur duidelijk inzichtelijk welke prestatie in rekening wordt gebracht en welk tarief daarbij wordt gehanteerd. De declaratie vindt plaats op cliëntniveau. Het declaratieoverzicht bestaat uit een overzicht met het aantal geleverde dagen zorg per cliënt, het daarbij behorende gehanteerde tarief en het totaalbedrag per declaratieperiode.
 - h. Wanneer er sprake is van onderaanneming of uitbesteding wordt de prestatie alleen in rekening gebracht door de zorgaanbieder die door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd als bedoeld in artikel 7 (Tarifiering onderlinge dienstverlening Wlz) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024. De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed, mag noch een afzonderlijke prestatie noch een deel van de prestatie in rekening brengen aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.
2. Wijze van declareren verkeerde bed ggz
 - a. De vergoeding kan in rekening worden gebracht voor cliënten waarbij geen sprake is (geweest) van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).
 - b. De vergoeding voor het verkeerde bed ggz kan in rekening worden gebracht vanaf de dag dat het CIZ een Wlz-indicatie (als bedoeld in artikel 3.2.3. van de Wet langdurige zorg), niet zijnde een ggz-b of ggz wonen Wlz-indicatie, heeft vastgesteld en de cliënt noodgedwongen in een instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg levert, opgenomen moet blijven. Het noodgedwongen verblijf ontstaat doordat er nog geen plek bij een Wlz-zorgaanbieder beschikbaar is of de Wlz-zorg nog niet in de thuissituatie geleverd kan worden.
 - c. De vergoeding kan wel in rekening worden gebracht wanneer een cliënt, die voor de opname een volledig pakket thuis (vpt) of het modulair pakket thuis (mpt) ontving, gedwongen in een instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg levert dient te blijven doordat het verlenen van zorg thuis niet meer als verantwoord wordt gezien.
 - d. Het tarief is een integraal tarief.
 - e. Het tarief dat op grond van de tariefbeschikking 'Verkeerde bed ggz Wlz' in rekening wordt gebracht, is een maximumtarief.
 - f. De Tariefbeschikking verkeerde bed Wlz is niet van toepassing op zorgprestaties die in het kader van onderlinge dienstverlening door de ene zorgaanbieder aan de andere in rekening worden gebracht.
 - g. Zorgaanbieders maken bij declaratie aan zorgkantoren/Wlz-uitvoerders in de factuur duidelijk inzichtelijk welke prestatie in rekening wordt gebracht en welk tarief daarbij wordt gehanteerd. De declaratie vindt plaats op cliëntniveau. Het declaratieoverzicht bestaat uit een overzicht met het aantal geleverde dagen zorg per cliënt, het daarbij behorende gehanteerde tarief en het totaalbedrag per declaratieperiode.
 - h. Wanneer er sprake is van onderaanneming of uitbesteding wordt de prestatie alleen in rekening gebracht door de zorgaanbieder die door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd als bedoeld in artikel 7 (Tarifiering onderlinge dienstverlening Wlz) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024. De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed, mag noch een afzonderlijke prestatie noch een deel van de prestatie in rekening brengen aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.

Artikel 7 Administratie- en declaratievoorschriften inzet crisis- en ondersteuningsteam (COT)

1. Administratievoorschriften COT advies
 - a. COT advies is een prestatie per uur. De prestatie wordt beschreven in de Beleidsregel Prestatiebeschrijving en tarieven inzet crisis en ondersteuningsteam (COT) 2024.
 - b. De penvoerende zorgaanbieder dient de volgende gegevens over de COT inzet inzichtelijk te maken:
 - a) het aantal uren beschikbaar zijn per discipline zonder oproep voor COT advies;
 - b) het aantal uren inzet COT advies per discipline per traject en in totaal;
 - c) het aantal oproepen voor COT advies;
 - d) de doorlooptijd per traject (datum aanvang COT advies tot en met datum afsluiting COT advies);
 - e) de kosten die betrekking hebben op de inzet van COT.
2. Declaratievoorschriften COT advies
 - a. De inzet van een COT is alleen mogelijk voor cliënten met een Wlz-indicatie met een vg grondslag die intramuraal verblijven of thuis verblijven en die bij een crisisregisseur ghz zijn aangemeld voor een crisisplaatsing.
 - b. De inzet van het COT duurt maximaal 13 weken. Gedurende deze periode neemt de ureninzet van het COT af. Deze periode kan eenmalig worden verlengd met maximaal 13 weken na expliciete toestemming van de crisisregisseur ghz. Na deze periode is het wenselijk dat een COT voor nazorg, implementatie en borging gedurende maximaal 6 maanden af en toe contact blijft houden met het team waar advies aan is gegeven. Voor de verlengingsperiode en de periode van nazorg maakt het COT afspraken met de crisisregisseur ghz over de duur en de ureninzet.
 - c. De declaratie van COT advies prestaties vindt plaats op cliëntniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per cliënt geleverde aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.
 - d. Indien sprake is van een deel van een uur wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Indien er tussen het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.
 - e. De leidinggevende vervult in het COT niet de rol van hiërarchisch leidinggevende, maar is adviseur voor het management van de zorgaanbieder waarvoor de hulp van het COT is ingeroepen.
 - f. Beschikbaarheid en reiskosten van het COT mogen niet gedeclareerd worden. Deze moeten betaald worden uit de te declareren COT prestaties.
 - g. De inzet van de crisisregisseur ghz kan niet onder de prestaties en de tarieven van het COT gedeclareerd worden.
 - h. Het zorgkantoor heeft per regio een contract met één zorgaanbieder die optreedt als penvoerder van het COT en verantwoordelijk is voor de registratie en declaratie van de ureninzet van het COT. Alleen de penvoerder mag de uren inzet van het COT declareren.
 - i. De volgende uren kunnen worden gedeclareerd:
 - o de uren dat het crisisondersteuningsteam daadwerkelijk aanwezig is bij de zorginstelling voor interventie/advies;
 - o de tijd voor interventie/advies via telefonisch contact tussen crisisondersteuningsteam en de zorginstelling;
 - o de tijd van multidisciplinair overleg.
 - j. De zorgaanbieder is verplicht bij einde inzet COT een melding einde zorg te doen bij het zorgkantoor.

Artikel 8 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders

1. Vastlegging van de zorgprestaties
 - a. De vastlegging van de zorgprestaties in de administratie van de leverende zorgaanbieder is volledig, juist en actueel. Een adequate audit trail dient gewaarborgd te zijn.
 - b. De registratie van de productie vindt plaats door de zorgadministratie op basis van de productieregistratie van de zorgafdelingen. Aan zorgaanbieders die registreren en declareren volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' wordt een verantwoording van uren gevraagd door middel van de (gecorrigeerde) planning. Er hoeft dan geen feitelijk geleverde minuteninzet opgenomen te worden in het zorgplan, de voortgangsrapportage of op welke wijze dan ook.
 - c. De zorgaanbieder legt voor het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder de noodzakelijke Wlz-registratiegegevens vast, conform de landelijk geldende standaarden voor het elektronisch berichtenverkeer in de Wlz, de informatiestandaard Wlz (iWlz).

2. Gegevens in het cliëntdossier

De zorgaanbieder neemt minstens de volgende gegevens van de individuele cliënt op in het cliëntdossier:

- NAW-gegevens;
- burgerservicenummer;
- indicatiebesluit;
- verwijzing zorgkantoor/Wlz-uitvoerder;
- verzekeringsgegevens;
- datum geplande aanvang zorgverlening;
- datum aanvang zorgverlening;
- afdeling/behandelaar;
- zorgplan/zorgzwaarte;
- omvang en aard geleverde zorgprestaties;
- mutaties in de zorgverlening.

3. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding

De zorgaanbieder legt vast of, en zo ja, in welke mate er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding van Wlz-zorg. De zorgaanbieder verstrekt deze informatie aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.

In het kader van onderaanneming c.q. uitbesteding is de opdrachtgevende zorgaanbieder er voor verantwoordelijk dat de uitvoerende zorgaanbieder beschikt over een volledige, juiste en actuele administratie met betrekking tot de zorg die door de uitvoerende zorgaanbieder is geleverd. Op verzoek van de opdrachtgevende zorgaanbieder, de NZa en/of de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor zal de uitvoerende zorgaanbieder de administratie met betrekking tot de geleverde zorg te allen tijde inzichtelijk kunnen maken.

In het kader van onderaanneming c.q. uitbesteding is de opdrachtgevende zorgaanbieder er voor verantwoordelijk dat de administratieve organisatie zodanig ingericht is, dat te allen tijde een audit-trail mogelijk is met betrekking tot de zorg die door de uitvoerende zorgaanbieder is geleverd.

4. Interne controle

- a. De zorgaanbieder voert een interne controle uit op de gevoerde administratie. De controle richt zich op de vereisten zoals die in deze regeling met betrekking tot de verplichte administratie zijn gesteld.
- b. De interne controlefunctie omvat de controle op:
 - 1° de juistheid van de gedeclareerde productie, waarbij wordt vastgesteld dat:
 - de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd aan de cliënt;
 - de cliënt over een geldig indicatiebesluit beschikt; en
 - voor zover het gaat om modulaire zorg: de gedeclareerde zorg binnen het indicatiebesluit is geleverd.
 - 2° het gedeclareerde tarief, waarbij wordt vastgesteld dat dit tarief overeenkomt met het door partijen contractueel overeengekomen tarief en dat dit tarief binnen de grenzen blijft van het door de NZa in de tariefbeschikking vastgelegde bedrag(en), tariefsoort of berekeningswijze voor die prestatie.
- c. De interne controle moet zijn gebaseerd op een risico-analyse waarbij wordt getoetst in hoeverre de risico's door de interne beheersing zijn afgedekt. Aanvullende controles moeten worden verricht op posten waar nog een resterend risico aanwezig is.
- d. De zorgaanbieder moet bij de uitvoering van zijn controle rekening houden met een betrouwbaarheid van 95% en een nauwkeurigheid van 99%. Bij de uitvoering van de controle of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk aan de cliënt is geleverd en of deze zorg, gelet op de indicatie, voor de cliënt passend is, kan worden volstaan met een nauwkeurigheid van 95%. De hantering van deze percentages kan naast kwantitatief ook kwalitatief onderbouwd worden.
- e. De controleaanpak, de uitgevoerde controlewerkzaamheden en de controlebevindingen worden door de interne controle afdeling/functionaris vastgelegd. Controlebevindingen worden periodiek gerapporteerd aan de bestuurder. Ook moet er, indien nodig, een aantoonbare vastlegging aanwezig zijn van de ondernomen vervolgacties en de opvolging hiervan.
- f. Artikel 8, vierde lid, is niet van toepassing op zelfstandige zorgverleners zonder personeel.

5. Controleverklaring

- a. De zorgaanbieder stelt in de nacalculatie-opgave 2024 een verantwoording op over het totaalbedrag van de gerealiseerde productie en overige onderdelen (totaal financieel gerealiseerde productie en totaal financiële realisatie overige onderdelen) met behulp van het door de NZa voorgeschreven nacalculatieformulier 2024.

De zorgaanbieder geeft een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek opdracht tot het uitvoeren van een accountantsonderzoek naar de juistheid van bovengenoemde verantwoording. De vragenlijst controleprotocol en eventuele toelichting

maken ook deel uit van de verantwoording. De accountant voert zijn onderzoek uit op basis van de voorschriften van het bij deze regeling behorende Controleprotocol nacalculatie 2024 Wlz-zorgaanbieders. De accountant geeft een controleverklaring af bij de nacalculatie-opgave 2024. De zorgaanbieder stuurt de nacalculatie-opgave 2024 met de bijbehorende controleverklaring aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.

Voor de precieze procesgang rondom de verantwoording via het nacalculatieformulier 2024 wordt verwezen naar het Controleprotocol nacalculatie 2024 Wlz-zorgaanbieders, artikel 9 van deze regeling en artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2024) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024.

- b. Voor zelfstandige zorgverleners zonder personeel geldt dat zij voor 1 juni 2025 wel een nacalculatie-opgave 2024 bij de NZa moeten indienen, maar dat zij geen controleverklaring bij de nacalculatie-opgave hoeven te overleggen.
- c. Bij zorgaanbieders met een totaal financieel gerealiseerde productie van nul en waarbij de totaal financiële realisatie overige onderdelen ook nul bedraagt, geldt dat zij voor 1 juni 2025 een nacalculatie-opgave 2024 (nulopgave) bij de NZa moeten indienen.

Deze zorgaanbieders hoeven geen controleverklaring bij de nacalculatie 2024 te overleggen.

Bovendien hoeft de gehele nacalculatieopgave 2024 en eventuele toelichting behorende bij de nacalculatieopgave 2024 niet te worden beoordeeld en gewaarmerkt door een accountant.

Artikel 9 Informatieverstrekking definitieve vaststelling aanvaardbare kosten Wlz

1. Te verstrekken informatie

a. Te verstrekken gegevens en inlichtingen

Zorgaanbieders verstrekken de NZa vóór 1 juni 2025 de hierna genoemde gegevens en inlichtingen:

- Een ingevulde nacalculatie-opgave 2024. Zorgaanbieders maken gebruik van het nacalculatieformulier 2024 dat door de NZa ter beschikking is gesteld;
- Bij een tweezijdig ingediende nacalculatie-opgave 2024 moeten twee ondertekeningsdocumenten worden gevoegd. Het ene ondertekeningsdocument moet voorzien zijn van een handtekening van een persoon die bevoegd is te tekenen namens de zorgaanbieder. Het andere ondertekeningsdocument moet voorzien zijn van een handtekening van een persoon die bevoegd is te tekenen namens het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. Als de opgave eenzijdig bij de NZa wordt ingediend door de zorgaanbieder, dan moet in ieder geval het ondertekeningsdocument van de zorgaanbieder voorzien zijn van een handtekening van een persoon die bevoegd is te tekenen;
- Bij enkele onderdelen van de nacalculatie-opgave is eenzijdige indiening niet mogelijk. Voor de volgende onderdelen geldt dat de zorgaanbieder en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder verplicht zijn de nacalculatie-opgave op die onderdelen tweezijdig in te dienen:
 - de prestaties/tarieven extreme kosten van zorggebonden materiaal, extreme kosten van geneesmiddelen, inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing eenpersoonswoning, inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing meerpersoonswoning, een en ander zoals geregeld in de Beleidsregel overige kosten Wlz 2024;
 - de prestatie/tarief vergoeding kosten BRMO-uitbraak zoals geregeld in de Beleidsregel BRMO-uitbraak.
- Bij de nacalculatie-opgave 2024 moet een door de accountant ondertekende controleverklaring³ worden gevoegd;
- Indien van toepassing: een door de accountant gewaarmerkte toelichting bij de Vragenlijst controleprotocol;
- Indien van toepassing: een toelichting bij de Vragen en overige opmerkingen.

De gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt op de wijze als geregeld in artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2024) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024, het Controleprotocol nacalculatie 2024 Wlz-zorgaanbieders en artikel 8 van deze regeling.

b. Te verstrekken andere gegevens en inlichtingen

In een specifiek verzoek om informatie als bedoeld in artikel 61 Wmg kan de NZa bepalen welke andere gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt voor de definitieve vaststelling van de aanvaardbare kosten Wlz 2024 voor de in artikel 1 bedoelde zorgaanbieders.

c. Waarmerking nacalculatie-opgave

De gehele nacalculatie-opgave 2024 moet worden gewaarmerkt door de accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek (met uitzondering van de vragen en overige opmerkingen en de eventuele toelichting behorende bij deze vragenlijst).

De zorgaanbieder moet een gewaarmerkte versie van de nacalculatie-opgave 2024 beschikbaar hebben. De zorgaanbieder hoeft deze uitsluitend op verzoek aan de NZa te sturen.

³ In artikel 9, tweede lid en artikel 9, vierde lid van deze regeling wordt bepaald in welk geval geen controleverklaring bij de nacalculatie-opgave meegestuurd dient te worden.

2. Uitzonderingspositie zelfstandige zorgverleners zonder personeel
Voor zelfstandige zorgverleners zonder personeel geldt dat zij voor 1 juni 2025 wel een nacalculatie-opgave 2024 bij de NZa moeten indienen, maar dat zij geen controleverklaring bij de nacalculatie-opgave hoeven te overleggen. In zoverre vindt de controle van de totaal financieel gerealiseerde productie 2024 alleen plaats door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder. Bovendien hoeft de gehele nacalculatie-opgave 2024 en eventuele toelichting(en) behorende bij de nacalculatie-opgave 2024, niet te worden beoordeeld en gewaarmerkt door een accountant.
3. Te verstrekken informatie in geval van faillissement zorgaanbieder
 - a. Afwijking datum uiterste indiening
Indien de rechtbank het faillissement van een zorgaanbieder uitsprekt en een curator benoemt, kan de NZa de uiterste indieningstermijn van de nacalculatie-opgave 2024 tweemaal verlengen (uitstel van indiening verlenen). De NZa doet dit uitsluitend op basis van een schriftelijk verzoek van een failliete zorgaanbieder, van de curator van de failliete zorgaanbieder of van het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.
 - b. Afwijking vereiste gegevens en inlichtingen
Voor de definitieve vaststelling van de aanvaardbare kosten Wlz 2024 kan de NZa afwijken van de in artikel 9, eerste lid van deze regeling genoemde vereiste gegevens en inlichtingen.
4. Controleverklaring
 - a. Algemeen
De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek een uitspraak doet over de juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen als bedoeld in artikel 4 en dit bevestigt, op de wijze als beschreven in artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2022) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024, het Controleprotocol nacalculatie 2024 Wlz-zorgaanbieders en artikel 8 van deze regeling.
 - b. Zorgaanbieder met nul productie
Bij zorgaanbieders met een totaal financieel gerealiseerde productie van nul en waarbij de totaal financiële realisatie overige onderdelen ook nul bedraagt, geldt dat zij voor 1 juni 2025 een nacalculatie-opgave 2024 (nulopgave) bij de NZa moeten indienen. Deze zorgaanbieders hoeven geen controleverklaring bij de nacalculatie 2024 te overleggen. Bovendien hoeft de gehele nacalculatie-opgave 2024 en eventuele toelichting behorende bij de nacalculatie-opgave 2024 niet te worden beoordeeld en gewaarmerkt door een accountant.
5. Gebruik eigen informatie
Wanneer een zorgaanbieder de gegevens en inlichtingen als bedoeld in artikel 9, eerste lid, niet, niet tijdig of niet volledig verstrekt aan de NZa, kan de NZa op grond van artikel 69 Wmg eigen informatie gebruiken om over te gaan tot definitieve vaststelling van de aanvaardbare kosten Wlz 2024 voor de desbetreffende zorgaanbieder.

Artikel 10 Intrekken/Vervallen oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstreking Wlz 2023, met kenmerk NR/REG-2307a, ingetrokken.

Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtredingen citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstreking Wlz 2023, met kenmerk NR/REG-2307a blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regelingen vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2024.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onderdeel e, van de Bekendmakingswet, zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.



Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024.

*Nederlandse Zorgautoriteit,
K. Raaijmakers
Waarnemend voorzitter Raad van Bestuur*

TOELICHTING

Wijzigingen in de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024 (NR/REG-2410) ten opzichte van de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023 (NR/REG-2307a)

In artikel 1 is de definitie gespecialiseerde zorg opgenomen.

In artikel 4, eerste lid, onder a is gespecialiseerde zorg toegevoegd. Met ingang van 2024 is sprake van zes verschillende prestaties die gemeenschappelijk hebben dat het gespecialiseerd zorg betreft. Deze nieuwe prestaties worden evenals de zzp-prestaties op cliëntniveau gedeclareerd.

In artikel 4, tweede lid 2 is in de aanhef gespecialiseerde zorg toegevoegd achter het zzp.

In artikel 4, derde lid, onder b is gespecialiseerde zorg verwijderd conform aanpassing in de Regeling langdurige zorg. Gespecialiseerde zorg kan per 2024 alleen geleverd worden aan cliënten die verblijven in een instelling.

In artikel 4, tweede lid, onder c is gespecialiseerde zorg toegevoegd omdat onder bepaalde omstandigheden de prestatie mag worden gedeclareerd ondanks dat de cliënt feitelijk niet aanwezig was in het expertisecentrum. Deze omstandigheden zijn gelijk aan de omstandigheden beschreven voor de zzp-prestaties met verblijf.

Aan artikel 4 is lid 10 toegevoegd omdat de prestaties gespecialiseerde zorg alleen in combinatie met toeslagen mogen worden gedeclareerd indien de toeslagen geen relatie hebben tot de aandoening van de doelgroep.

In artikel 5, tweede lid, is gespecialiseerde zorg toegevoegd omdat zzp-meerzorg in combinatie met de prestaties gespecialiseerde zorg mag worden gedeclareerd.

Artikel 8 administratie en declaratievoorschriften gespecialiseerde zorg Wlz is komen te vervallen omdat een algemene gespecialiseerde zzp-meerzorgregeling met ingang van 2024 niet meer nodig is. Hiervoor in de plaats zijn er zes nieuwe prestaties gekomen waarin zowel de doelgroep als de te leveren prestatie specifiek zijn beschreven.

In artikel 4, negende lid is het uitgangspunt dat de totale kosten binnen het modulaire model niet boven het integrale model mogen uitkomen nu ook opgenomen in deze regeling. Dit uitgangspunt stond al vermeld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

In artikel 5, tweede lid, onder b is bij de bepaling dat er naast meerzorg geen andere toeslagen in rekening mogen worden gebracht een uitzondering opgenomen voor de toeslag kdc (Z983).

Algemeen

De voorliggende regeling is van toepassing op het verantwoordingsjaar 2024. Deze regeling heeft een geldigheidsduur die overlapt met de geldigheidsduur van de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023. Het verschil tussen die beide regelingen is het jaar waarop die betrekking hebben. De voorliggende regeling ziet op verantwoordingsjaar 2024, de ander op verantwoordingsjaar 2023.

Artikelsgewijs

Grondslag

Op grond van artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij om declaratie- of factureringsvoorschriften.

Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Artikel 2 Doel van de regeling

De doelen van deze regeling zijn:

- De op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen te specificeren teneinde inzichtelijke, rechtmatige declaraties te bevorderen en dubbele declaraties te voorkomen;
- De juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie en interne controle van de zorgaanbieder en van de door de zorgaanbieder aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder te verstrekken (productie)gegevens te borgen.
Deze (productie)gegevens kunnen door de zorgkantoren/Wlz-uitvoerders gebruikt worden bij de formele en materiële controles;

- De informatie te bepalen die zorgaanbieders aan de NZa moeten verstrekken voor de definitieve vaststelling van de aanvaardbare kosten Wlz.

Artikel 4 Declaratievoorschriften Wlz-zorg

Artikel 4, eerste lid, onder b.

De volgende uitzonderingen zijn van toepassing op het declareren op cliëntniveau.

- Voor de prestaties vermeld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024 geldt een uitzondering voor de dagen dat een door het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aangemerkt bed/plaats voor crisiszorg niet bezet is door een cliënt. De niet bezette crisisdagen dienen wel gedeclareerd te worden op prestatieniveau maar niet op cliëntniveau;
- Voor de prestaties vermeld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024 geldt een uitzondering voor de dagen dat een door het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aangemerkt bed/plaats voor beveiligde zorg Wlz, in het kader van artikel 28a Wzd of artikel 5.19 Wvvgz, niet bezet is door een cliënt. De niet bezette dagen voor beveiligde zorg Wlz in het kader van artikel 28a Wzd of artikel 5.19 Wvvgz dienen wel gedeclareerd te worden op prestatieniveau maar niet op cliëntniveau.
- Op grond van artikel 10.1.3 van de Wlz is het mogelijk om een ministeriële regeling op te stellen op grond waarvan het Zorginstituut Wlz-zorg vergoedt die zorgaanbieders geleverd hebben aan cliënten die zo ernstig bedreigd worden, dat ze volstrekt anoniem dienen te blijven. Zolang de ministeriële regeling niet is opgesteld wordt de zorg bij zorgkantoren/Wlz-uitvoerders in rekening gebracht;
- De NZa heeft de declaratiebepaling in lijn gebracht met de bedoeling van artikel 10.1.3 Wlz. Alleen de zorg geleverd door zorgaanbieders aan personen die zijn opgenomen in het stelsel van Bewaken en Beveiligen van het Openbaar Ministerie wordt op prestatieniveau gedeclareerd. Voor de overige personen volstaat de code goed verzekeraarschap van ZN en wordt de zorg op cliëntniveau gedeclareerd.

Regels zijn gesteld om de veiligheid van cliënten die verblijven in de opvang te waarborgen. De verblijfsplaats van deze cliënten mag niet direct via de factuur te herleiden zijn. Met deze gegevens moet zorgvuldig worden omgegaan. Om die reden wil de NZa snel op de hoogte worden gebracht indien zich problemen voordoen in deze regeling, waardoor de veiligheid van die cliënt niet meer gewaarborgd is.

De prestaties op basis van artikel 4 eerste lid onder b sluiten elkaar uit, in die zin dat zij alleen in één van de categorieën sub 1°, sub 2° of sub 3° kunnen worden gedeclareerd.

De vergoeding van kosten die voortkomen uit de toepassing van de Beleidsregel BRMO-uitbraak wordt opgenomen in een sluittarief (of verlaagd vereffeningbedrag). De zorgaanbieder kan deze kosten niet op prestatieniveau of cliëntniveau declareren, maar middels het sluittarief.

Voor de zzp-meerzorg en Innovatie voor kleinschalige experimenten bestaan de volgende regelingen ten aanzien van declaratie:

- *artikel 5 van deze regeling (zzp-meerzorg);*
- *regeling 'Innovatie voor kleinschalige experimenten' (innovatie).*

Artikel 4, eerste lid onder c.

De directe contacttijd tussen zorgverlener en cliënt (systeem) is declarabel. Dat houdt in dat indirecte tijd, zoals tijd besteed aan overleggen (bijvoorbeeld multidisciplinair overleg), niet in rekening gebracht mag worden. De kosten voor indirecte tijd zit namelijk al versleuteld in het tarief voor de directe tijd. Een uitgebreide definiëring van directe contacttijd staat in de beleidsregel modulaire zorg onder het begrip 'directe zorgverlening'. Artikel 4 eerste lid onder c geldt voor alle prestaties waarvoor beleidsregelwaarden (en tarieven) van een uur zijn vastgesteld⁴, dus ook voor bijvoorbeeld de prestaties Z981 en V981 toeslag gespecialiseerde behandelzorg in de beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

Artikel 4, eerste lid onder d.

De tarieven voor modulaire zorg worden door de zorgaanbieder en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder onderling met een eenheid per uur afgesproken. Deze tarieven zijn ten hoogste gelijk aan de door de

⁴ Prestaties met beleidsregelwaarden van een uur zijn te vinden in de beleidsregel modulaire zorg.

NZa in de tariefbeschikking genoemde bedragen voor die prestaties. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een cliënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Het maakt daarbij geen verschil of de zorgaanbieder voor de registratie en administratie via de methodiek van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' werkt. Wanneer de zorgverlener werkt volgens het principe 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', kunnen de (gecorrigeerde) planningen worden gebruikt ter verantwoording van de gedeclareerde zorg.

Hiermee wordt voorkomen dat men bij bijvoorbeeld zeventien minuten geleverde zorg een volledig uur in rekening brengt. Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten zorg geleverd, vijftien minuten worden gedeclareerd en voor zes uur en twaalf minuten zorg geleverd, wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd. Zorgaanbieders kunnen gebruik maken van de methodiek 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' maar zijn hier niet toe verplicht. Indien men gebruik maakt van de methodiek 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' houdt dit wel in dat de geleverde zorg navolgbaar moet zijn. Het verpleegkundig proces, het methodisch werken (anamnese, diagnose, planning, uitvoering en evaluatie) en de bijbehorende verslaglegging moet goed verankerd zijn binnen de organisatie. Dit betekent dat de geleverde zorg die valt onder directe contacttijd dan wel verplaatste directe contacttijd navolgbaar wordt in het zorgplan, de planning en/of de voortgangsrapportage

Artikel 4, tweede lid, Declaratie afwezigheidsdagen bij zzp en gespecialiseerde zorg en artikel 4 derde lid, Declaratie afwezigheidsdagen bij vpt

De prestaties mogen alleen in rekening worden gebracht indien ze ook daadwerkelijk zijn geleverd. De essentie van prestatiebekostiging is dat alleen de daadwerkelijk geleverde zorg wordt bekostigd.

Er zijn echter enkele uitzonderingen op deze regel in geval er sprake is van verblijfszorg. De uitzonderingen zijn benoemd. Bij tijdelijke afwezigheid moet met name worden gedacht aan vakantie, ziekenhuisopname of familiebezoek van een cliënt.

Het is met ingang van 1 januari 2020 mogelijk om maximaal 2 aaneengesloten dagen gedurende een periode van 7 dagen (maandag tot en met zondag) te declareren. Het weekendverlof dat een cliënt gedurende de week geniet, kan worden gedeclareerd tot een maximum van 2 dagen, maar is dus niet langer beperkt tot de dagen van het weekend.

Artikel 4, vierde lid, declaratie afwezigheidsdagen bij deeltijdverblijf

Vanaf 2022 is het mogelijk om voor cliënten die in deeltijd verblijven afwezigheidsdagen te declareren. Hiermee kunnen zorgaanbieders van deeltijdverblijf de incidentele, kortdurende afwezigheid van cliënten declareren. Dit heeft bijvoorbeeld betrekking op ziekte, verjaardagen of begrafenissen. Het aantal te declareren afwezigheidsdagen per jaar is afhankelijk van het aantal dagen dat een cliënt volgens het vaste patroon in deeltijd verblijft.

Artikel 4, zesde lid, Deeltijdverblijf (dtv)

De basis van dtv is verblijf. Er is dan ook sprake van dtv als een cliënt 3½, 4 of 4½ etmalen per week in een instelling verblijft en de rest van de etmalen thuis. Er is bewust voor deze afbakening gekozen, omdat in geval van een andere hoeveelheid etmalen er al mogelijkheden bestaan om de afwisseling tussen verblijf in een instelling en thuis te bekostigen:

- Als een cliënt langer in een instelling verblijft dan 4½ etmalen, dan is er sprake van volledig verblijf en kan verblijf thuis geregeld worden met afwezigheidsdagen (artikel 9 tweede lid, onder d van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2024).
- Indien een cliënt minder dan 3½ etmalen verblijft in een instelling kan afwisseling tussen instelling en thuis geregeld worden door middel van logeren.

Dtv is alleen mogelijk indien er een gemiddeld vast patroon is van verblijf in een instelling en verblijf thuis. Het gaat om een gemiddeld vast patroon dat zich tweewekelijks herhaalt, vanwege helderheid voor de cliënt, de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Het gemiddelde patroon moet bezien worden over een periode van 14 etmalen, waarbij er geen halve etmalen gedeclareerd kunnen worden. In een periode van 14 etmalen is er dan sprake van dtv als een cliënt gemiddeld 7, 8 of 9 etmalen in een instelling verblijft en de overige etmalen thuis is.

Om declaratie van dtv mogelijk te maken, zijn aparte codes gemaakt die bij declaratie van dtv moeten worden gebruikt. Dit impliceert dat juridisch-technisch nieuwe prestaties en tarieven worden geïntroduceerd. Dat is niet het geval; het gaat slechts om een declaratievoorschrift. De aparte declaratiecodes dragen, ondanks de verplichting tot declaratie ervan bij dtv, bij aan de vermindering van de administratieve lasten en maken declaratie van zzp en mpt in combinatie mogelijk, dat anders in de declaratiesystemen niet mogelijk is. De codes zijn om de volgende redenen noodzakelijk voor de levering van dtv:

- Om het onderscheid tussen dtv en een reguliere zzp prestatie duidelijk te maken is samen met partijen gekozen voor afzonderlijke dtv declaratiecodes.
- Bij dtv gelden – in tegenstelling tot de reguliere zzp prestaties – niet de regels voor mutatiedagen. Met aparte codes kan dtv worden gedeclareerd met uitsluiting van een combinatie met mutatiedagen, wat niet kan bij het declareren van zzp's.
- Het gebruik van dtv kan hierdoor goed gemonitord worden.
- Voor dtv gelden specifieke voorwaarden met betrekking tot de eigen bijdrage en het gemiddeld vast patroon.
- Door dtv kunnen zorgaanbieders voor cliënten met de leveringszorg mpt ook verblijf declareren. De introductie van dtv zorgt voor een administratieve lastenverlichting bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders hoeven niet meer administratief te switchen tussen de leveringsvorm zzp en mpt om deeltijdverblijf mogelijk te maken.
- De tarieven voor dtv zijn afgeleid van de zzp tarieven. Dtv is echter nog in ontwikkeling. In de dtv tarieven houden we rekening met een hoger percentage leegstand verwerkt in de nhc en nic. Waar bij de zzp-prestaties een percentage van 3% leegstand verwerkt is in de tarieven, gaan we bij deeltijdverblijf uit van een percentage van 18%. Aparte declaratiecodes zijn daarom noodzakelijk.

Artikel 5 Administratie- en declaratievoorschriften zzp-meerzorg Wlz

De meer uren zorg die op grond van de Wlz geleverd worden aan cliënten die voor het mpt hebben gekozen, worden afgesproken en gedeclareerd op basis van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.

Deze regeling moet in samenhang worden gelezen met de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz en bepalingen ter zake in de Beleidsregel budgettair kader Wlz 2024, artikel 4 (Aanvaardbare kosten 2024) en artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2024) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024. De prestatie waarover een tariefafspraken wordt gemaakt tussen zorgkantoor/Wlz-uitvoerder en zorgaanbieder staat beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz. De procedure voor de budgetaanvraag en nacalculatie staan beschreven in de Beleidsregel budgettair kader Wlz 2024 en artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2024) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2024. De wijze waarop vervolgens de meerzorg op grond van de prestatie geregistreerd en gedeclareerd wordt, staat omschreven in voorliggende regeling.

Bij de planning en declaratie van de meerzorg moet in acht worden genomen dat zorg niet dubbel wordt bekostigd. Hierbij moet men speciaal alert zijn op cliënten waarbij voorheen toeslagen in rekening werden gebracht, zoals bijvoorbeeld de toeslag ademhalingsondersteuning en epilepsie, of waarbij een andere basisprestatie dan het zzp in rekening werd gebracht. Naast meerzorg mogen geen toeslagen worden gedeclareerd. De zorg wordt bekostigd door de uren, voor bijvoorbeeld ademhalingsondersteuning, mee te nemen bij het berekenen van de kosten en het tarief voor zzp-meerzorg. Dan mag de toeslag niet in rekening worden gebracht voor de betreffende cliënt.

Met ingang van 2019 zijn een aantal vernieuwingen doorgevoerd in het declareren van meerzorg:

- De bekostiging van meerzorg gebeurt met ingang van 2019 niet meer op basis van de deelprestaties woonzorg, dagbesteding en behandeling. De bekostiging vindt plaats op basis van de dagprestatie zzp-meerzorg;
- Per 2019 geldt een maximum beleidsregelwaarde per dag voor de prestatie zzp-meerzorg. Deze wordt vermeld in de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz;
- De inzet van meerzorgmiddelen op basis van een groep cliënten – groepsmeerzorg – is mogelijk gemaakt;
- De inzet van meerzorgmiddelen voor indirecte kosten is mogelijk gemaakt. Zorgaanbieder en zorgkantoor maken afspraken over de inzet van de meerzorggelden voor indirecte zorg;
- Naast meerzorg kan voor dezelfde cliënt geen toeslag worden gedeclareerd. Een uitzondering hierop is de toeslag kdc (Z983) voor een cliënt die op een kinderdagcentrum zorg krijgt, maar ook echt meerzorg nodig heeft om de zorgvraag te kunnen bedienen.

Artikel 6 Declaratievoorschrift Verkeerde bed Wlz

Artikel 6, eerste lid, onder b.

Een vergoeding voor het 'Verkeerde bed' is niet van toepassing op cliënten die voorafgaand aan de opname in de instelling voor medisch specialistische zorg, zorg met verblijf ontvingen op grond van de Wlz. Cliënten die al zorg met verblijf ontvingen, kunnen immers in principe terugkeren naar hun Wlz-verblijfsaanbieder.

Er kan zich echter een situatie voordoen waarin een cliënt tijdens de opname in een instelling voor medisch specialistische zorg een nieuwe, zwaardere Wlz-indicatie krijgt (herindicatie), waarmee hij niet kan terugkeren naar zijn Wlz-verblijfsaanbieder omdat deze Wlz-aanbieder de zorg behorend bij de nieuwe indicatie niet levert. Zorgkantoren moeten vanwege hun zorgplicht er alles aan doen om de cliënt geplaatst te krijgen bij een andere, geschikte Wlz-zorgaanbieder. In het uitzonderlijke geval dat nog geen geschikte plek beschikbaar is bij een andere Wlz-zorgaanbieder, mag voor elke dag dat de cliënt noodgedwongen in de instelling voor medisch specialistische zorg moet blijven, een verkeerde bed-dag worden gedeclareerd.

Onder 'andere Wlz-zorgaanbieder' wordt verstaan: een Wlz-zorgaanbieder die niet tot dezelfde rechtspersoon behoort. Als een andere locatie van dezelfde rechtspersoon de nodige zorg kan leveren, kan de cliënt wel terug naar zijn oorspronkelijke Wlz-verblijfsaanbieder en moet de oorspronkelijke Wlz-verblijfsaanbieder de zorg regelen.

Artikel 7 Administratie- en declaratievoorschriften inzet crisis- en ondersteuningsteam crisis- en ondersteuningsteam (COT)

Het tweede lid van dit artikel bevat de voorschriften voor declaratie van de inzet crisis- en ondersteuningsteam.

Om zicht te krijgen op de effecten en de kosten van crisis- en ondersteuningsteams, legt de NZa in het eerste lid van dit artikel aan penvoerende zorgaanbieders een registratieverplichting op. De NZa gaat nadat voldoende ervaring is opgedaan met de inzet van een COT een kostenonderzoek doen om te bezien hoe de kosten van de inzet van COT's zich verhouden tot de tarieven. Hiervoor zal de NZa een uitraag doen bij de penvoerende zorgaanbieders.

Artikel 8 Administratie- en declaratievoorschriften prestatie gespecialiseerde zorg Wlz

De prestatie gespecialiseerde zorg Wlz is nieuw met ingang van 2022.

Artikel 8 van deze regeling bevat de voorschriften voor administratie en declaratie van deze prestatie.

Aanleiding voor de prestatie gespecialiseerde zorg Wlz is het in mei 2019 verschenen rapport van KPMG 'Expertisecentra langdurige zorg (Wlz)' en de opdracht van de Minister van VWS aan de NZa om de expertise geleverd door expertisecentra te bekostigen.

Het KPMG-rapport schetst een kennisinfrastructuur voor een aantal doelgroepen die bestaat uit: een landelijk kenniscentrum, een expertisecentrum (DEC) en een regionaal expertisecentrum/satelliet (REC). Naar aanleiding hiervan heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa gevraagd een advies uit te brengen over de bekostiging van kennis en zorg voor de beschreven doelgroepen. De NZa heeft haar 'Advies bekostiging kennis en zorg voor laag volume hoog complexe doelgroepen in de Wet langdurige zorg' in februari 2020 uitgebracht.

De Minister van VWS heeft de NZa op 13 oktober 2020 gevraagd om de beleidsregels zo aan te passen dat de tien groepen die in het KPMG-rapport zijn genoemd voor wat betreft de doelgroepenexpertisecentra en regionale expertisecentra (voorheen satellieten genoemd) bekostigd kunnen worden via een meerzorgregeling. In zijn brief van 22 maart 2021 aan de NZa geeft de minister aan dat de door KPMG omschreven kennisontwikkeling een taak is van de kenniscentra en middels een subsidie wordt gestimuleerd. De toepassing van de ontwikkelde kennis door middel van het bieden van zorg vindt plaats door expertisecentra. Voor de totstandkoming en verdere ontwikkeling van deze expertiseczorg en de hiervoor benodigde kennisinfrastructuur is de Commissie expertisecentra langdurige zorg (CELZ) ingesteld. Zij voorziet in adviezen over het zorglandschap en de zorginhoud van expertiseczorg waaronder kwaliteitscriteria voor deze gespecialiseerde zorg die zij op onafhankelijke wijze zorgvuldig heeft getoetst en gewogen. Deze adviezen spelen een belangrijke rol bij het komen tot zorgvuldige en onderbouwde keuzes bij de zorginkoop door Wlz-uitvoerder/ zorgkantoor van expertiseczorg.

De Regeling langdurige zorg is in de tweede helft van 2021 aangepast, zodat cliënten behorende tot de doelgroep met ingang van 2022 in aanmerking komen voor gespecialiseerde zorg in verband met het Syndroom van Korsakov.

De Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief gespecialiseerde zorg Wlz geeft zorgkantoren en

expertisecentra de ruimte om onderling afspraken te maken over de gespecialiseerde zorgverlening door expertisecentra. De bekostiging hiervan loopt via een regeling die lijkt op de groepsmeezorgregeling zoals beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz.

Artikel 8 Administratieve organisatie en interne controle Wlz-zorgaanbieders

Inleiding

Ter waarborging van de betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de productieregistratie en facturering dienen minimale eisen te worden gesteld aan de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) bij Wlz-zorgaanbieders.

De voorschriften zoals genoemd in artikel 7 van deze regeling zijn opgesteld ter facilitering van de administratie en controlewerkzaamheden van de zorgkantoren/de Wlz-uitvoerders en sluiten aan bij de eigen behoeften van de zorgaanbieders. Indien het interne toezicht bij de zorgaanbieder op orde is, past afstand van de NZa als toezichthouder.

Wettelijke grondslagen

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevat een aantal basisvereisten omtrent de interne administratie van onder andere zorgaanbieders (zie onder andere artikel 36, eerste en tweede lid Wmg) en geeft daarnaast in artikel 36, derde lid, Wmg de NZa de bevoegdheid om nadere regels vast te stellen om een verdere uitwerking van het in de wet bepaalde inzake die administratie gestalte te geven.

Daarnaast heeft de NZa op grond van artikel 68, eerste lid, Wmg de mogelijkheid om regels te stellen met betrekking tot het aanleveren van inlichtingen welke redelijkerwijs voor de uitvoering van deze wet van belang kunnen zijn, al dan niet voorzien van een controleverklaring.

De NZa kan op grond van artikel 61 Wmg personen aanwijzen die net als de NZa toegang hebben tot persoonsgegevens die voor de uitvoering van de wet noodzakelijk zijn.

Handhaving

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze regeling bevoegd tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een boete.

Artikel 8, eerste lid Vastlegging van de zorgprestaties

De vastlegging van de zorgprestaties dient voortdurend volledig, juist en actueel te zijn. Registratie van de productie op het niveau van de individuele cliënt is inherent aan de vereisten zoals genoemd in artikel 4 van deze regeling.

Dit vereist goede instructies aan, en, waar nodig opleiding van medewerkers op een zodanige wijze:

- dat de administratieve procedures en interne controlemaatregelen goed verlopen;
- dat de juiste, volledige en tijdige vastlegging van de productie-eenheden wordt gegarandeerd.

Er moet worden vastgesteld of de cliënt die een Wlz-zorgaanspraak tot gelding brengt, tot de kring der verzekerden behoort en ingeschreven is bij een toegelaten zorgverzekeraar. Tevens moet de gerealiseerde zorg plaatsvinden conform het geldige indicatiebesluit van het CIZ en moet de gerealiseerde zorg in rekening zijn gebracht conform het overeengekomen tarief en binnen de daaraan door de NZa aan het tarief gestelde grenzen.

Voor zorg aan cliënten met een Wlz-indicatie die lijden aan de ziekte/aandoening Huntington, Korsakov of Langdurige bewustzijnsstoornissen en gespecialiseerde zorg ontvangen is er een uitzondering. De criteria die gesteld worden aan deze doelgroep (het profiel) staan beschreven in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz. De zorgaanbieder legt in het cliëntdossier, bijvoorbeeld onder het indicatiebesluit, vast dat aan de gestelde criteria is voldaan. Dit is noodzakelijk omdat niet het CIZ het profiel indiceert maar de zorgaanbieder die de gespecialiseerde zorg levert.

Artikel 8, derde lid Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding

Voor zover er sprake is van onderaanneming c.q. uitbesteding bijvoorbeeld door gebruikmaking van een collega-zorgaanbieder, uitzendbureau of bemiddelingsbureau legt de zorgaanbieder dit in zijn administratie vast in welke mate hiervan sprake is. De zorgaanbieder informeert vervolgens ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.

Artikel 8, vierde lid Interne controle

In deze regeling wordt voorgeschreven dat de interne controle afdeling/functionaris zorgdraagt voor een rapportage aan het management over de opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC. De interne controlefunctie moet bestaan uit een goede monitoring en periodieke optimalisatie van de productieregistratie en is derhalve onlosmakelijk verbonden met de administratieve organisatie van de zorgaanbieder.

De omvang van de deelwaarnemingen is afhankelijk van de productieomvang en de soorten productie. Hierbij worden voor de interne controlefunctie de betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseisen gebruikt zoals vermeld in het Controleprotocol nacalculatie 2024 Wlz-zorgaanbieders.

Afhankelijk van de omvang van de zorgaanbieder en de soorten productie wordt de interne controlefunctie al dan niet in een aparte afdeling interne controle ondergebracht. Bij grotere zorgaanbieders vindt de controle veelal plaats door een aparte afdeling interne controle, die valt onder de verantwoordelijkheid van de financiële administratie en die onafhankelijk is van de primaire productieregistratie. Bij kleine zorgaanbieders kan de interne controlefunctie uitgevoerd worden door een medewerker van de financiële administratie.

Gezien de betrokkenheid van de financiële administratie bij de productie(waarde) moet dit laatste indien mogelijk worden losgekoppeld.

In de artikel 8, vierde lid, onder b achter 2° bedoelde berekeningswijze, kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de prestatie extreme kosten van zorggebonden materiaal en de prestatie extreme kosten van geneesmiddelen. De Beleidsregel overige kosten Wlz 2024 bepaalt dat het bedrag dat voor elk van de twee prestaties kan worden gedeclareerd per prestatie is gemaximeerd op 90% van de werkelijk gemaakte kosten. Ook is bepaald dat die methode op de beschikkingen (budget, herschikking, nacalculatie) van de NZa wordt vermeld.

Artikel 8, vijfde lid Controleverklaring

Om administratieve lasten en kosten te minimaliseren zijn zelfstandige zorgverleners zonder personeel niet verplicht een controleverklaring bij de nacalculatie-opgave 2024 aan te leveren. Daarnaast hoeven ook zorgaanbieders met een nulopgave geen controleverklaring bij de nacalculatie-opgave 2024 te overleggen.

Artikel 9, eerste lid, onder a; Wijze van indienen nacalculatie-opgave en gevolgen een- of tweezijdige indiening; ondertekeningsdocumenten

Idealiter dienen partijen de nacalculatie-opgave tweezijdig in bij de NZa. Bij het ontbreken van overeenstemming tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder over (onderdelen van) de nacalculatie-opgave, kan de opgave eenzijdig bij de NZa worden ingediend. In dat geval moet in ieder geval het ondertekeningsdocument van de zorgaanbieder voorzien zijn van een handtekening van een persoon die bevoegd is te tekenen. Het ondertekeningsdocument van het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder kan ontbreken, dan wel worden bijgevoegd voor zover dat wel is ondertekend als ook het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder eenzijdig indient. Uit (het ontbreken van) ondertekening van het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder, getalsmatige informatie in het ondertekeningsdocument en eventuele begeleidende opmerkingen, kan blijken waarover wel/geen overeenstemming bestaat. Overigens zal de NZa altijd bij het zorgkantoor inlichtingen inwinnen als het zorgkantoor niets heeft ingediend of geen ondertekeningsdocument heeft ondertekend.

Voor sommige onderdelen van de nacalculatie-opgave wordt hoe dan ook tweezijdige indiening verlangd. In de hierna te noemen NZa-regelgeving worden de redenen voor tweezijdige indiening aangegeven. Ook wordt daarin aangegeven wat de gevolgen zijn wanneer niet tweezijdig wordt ingediend:

- de prestaties/tarieven extreme kosten van zorggebonden materiaal, extreme kosten van geneesmiddelen, inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing eenpersoonswoning, inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing meerpersoonswoning: artikel 6 van de Beleidsregel overige kosten Wlz 2024;
- de prestatie/tarief vergoeding kosten BRMO-uitbraak: artikel 5, tweede lid van de Beleidsregel BRMO-uitbraak.