STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 11176
24 maart
2026

Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2026

Vastgesteld op 10 maart 2026
NR/REG-2614a

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.
consolidatieoverzicht: het overzicht dat door de zorgaanbieder aan de nacalculatie-opgave 2026 moet worden toegevoegd als de op te geven financiële gegevens onderdeel uitmaken van een consolidatie en de zorgaanbieder bij de accountantscontrole in voornoemde opgave van die consolidatie wil uitgaan. Het betreft een overzicht waarin de volgende gegevens staan vermeld:
- NZa-nummers van de desbetreffende zorgaanbieders;
- de namen van de zorgaanbieders die bij deze NZa-nummers behoren;
- de namen van de zorgkantoren die bij deze NZa-nummers behoren;
- de namen van de Wlz-uitvoerders die bij deze NZa-nummers behoren;
- het bedrag per NZa-nummer voor totaal gerealiseerde productie over 2026 alsmede een geconsolideerd totaalbedrag;
- het bedrag per NZa-nummer voor de totaal financiële realisatie overige onderdelen over 2026, alsmede een geconsolideerd totaalbedrag;
- indien van toepassing: toelichting;
- ondertekening door de zorgaanbieder die de nacalculatie-opgave indient.

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 gespecialiseerde zorg Wlz 2026 vastgestelde prestaties.

Voortgezet verblijf (Ggz-b) Voortgezet verblijf (ggz-b) betreft medisch noodzakelijk verblijf na 1.095 dagen ggz-behandeling en verblijf vanuit de Zorgverzekeringswet. De aanspraak op vergoeding vanuit de Zvw stopt wanneer een opname langer dan 1.095 dagen duurt. Indien medisch noodzakelijk verblijf of een tijdelijke klinische opname in verband met een psychische stoornis bij een andere zorgaanbieder of op een andere locatie van de huidige zorgaanbieder nodig is, dan komt dit verblijf en benodigde zorg ook ten laste van de Wlz.
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 2026, vastgestelde prestaties.
nacalculatieformulier: het formulier waarin de zorgaanbieder per NZa-nummer en het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder de totaal financieel gerealiseerde productie en de totaal financiële realisatie van de overige onderdelen invullen. Dit formulier bestaat uit de volgende onderdelen:
- nacalculatie productieafspraken;
- overige kosten en opbrengsten;
- onder-/overproductie;
- vragenlijst 'Vragen en overige opmerkingen' met indien nodig een toelichting;
- vragenlijst Controleprotocol met indien nodig een toelichting;
- overzicht.

nacalculatie-opgave: de verstrekking door de zorgaanbieder (per NZa-nummer) en/of het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder van gegevens en inlichtingen over de aanvaardbare kosten 2026. Deze opgave bestaat uit de volgende onderdelen:
- een door de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder ondertekend ondertekeningsdocument 'Ondertekening Langdurige zorg nacalculatie 2026';
- nacalculatie-formulier 2026;
- indien van toepassing: controleverklaring van de accountant;
- indien de controleverklaring betrekking heeft op een consolidatie waarvan de op te geven gegevens en inlichtingen onderdeel uitmaken: het consolidatie-overzicht.

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.
ondertekeningsdocument: document dat door de zorgaanbieder en/of het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder aan de nacalculatie-opgave wordt toegevoegd waarin een al dan niet elektronische handtekening is opgenomen ter bevestiging van de volledigheid en juistheid van de nacalculatie-opgave.
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 nacalculatie-opgave beschouwt de NZa als eenzijdig.
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 2026.
verblijfscomponent: prestatie voor het verblijf van een niet-geïndiceerde partner, vastgesteld in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026.

verkeerde bed medisch specialistische zorg: Een prestatie die in rekening wordt gebracht na de dag dat de noodzaak voor de klinische opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg is vervallen en een Wlz-indicatie is afgegeven, terwijl de Wlz-zorg nog niet beschikbaar is. Voor nadere informatie, alsmede de voorwaarden waaronder deze prestatie in rekening mag worden gebracht, wordt verwezen naar de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven verkeerde bed Wlz 2026. Deze prestatie omvat ook genees-, verband en narcosemiddelen en klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken. De prestatie wordt in rekening gebracht zo lang de patiënt noodgedwongen in een instelling voor medisch-specialistische zorg verblijft, tot en met de dag dat de patiënt Wlz-zorg bij een Wlz-instelling of in de thuissituatie ontvangt.
verkeerde bed ggz: Het verkeerde bed ggz is een te registreren kalenderdag, welke minimaal één overnachting omvat. Deze prestatie start op de dag dat de Wlz-indicatie is vastgesteld en loopt af de dag voorafgaand aan de dag dat de cliënt de Wlz-zorg ontvangt op een plek bij een Wlz-zorgaanbieder of thuis. De prestatie kan worden gebruikt als er sprake is van verplichte zorg vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd). verkeerde bed-dag: een te registreren kalenderdag, welke minimaal één overnachting in een verkeerd bed omvat.
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.
zzp: 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, modulaire prestaties, beveiligde zorg LZ niveau 2, beveiligde zorg LZ niveau 3, crisiszorg, klinisch intensieve behandeling, logeren, verblijf niet geïndiceerde partner, coördinatiekosten levensloopaanpak en alle toeslagen als bedoeld in artikel 6 en 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 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 aangemerkt bed voor crisiszorg niet bezet is door een cliënt;

2° De dagen waarop een door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aangemerkt bed voor beveiligde zorg Wlz niet bezet is door een cliënt. Voorwaarde is dat zorgkantoor/Wlz uitvoerder en zorgaanbieder hier onderling nadere afspraken over maken;
3° Alle prestaties geleverd aan ernstig bedreigde personen die zijn opgenomen in het stelsel van Bewaken en Beveiligen van het Openbaar Ministerie.

C. 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.
D. Voor prestaties met declaratie eenheid van een uur geldt dat alleen de directe contacttijd in uren tussen zorgverlener en cliënt (systeem) gedeclareerd kan worden.
E. 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.
F. In aanvulling op artikel 4, eerste lid, onder d, kan voor een telefonisch consult zoals beschreven in de prestatie behandeling so/arts VG (H335/H336) in bijlage 1 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026 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.
G. Zorgaanbieders die op basis van artikel 13, 14 en 15 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 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), beveiligde zorg LZ niveau 2 en beveiligde zorg LZ niveau 3 en alle toeslagen als bedoeld in artikel 6 en 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 en de prestaties als bedoeld in artikel 7 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2026 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:
a. Wlz-zorg met behandeling (zzp inclusief behandeling) waarbij de cliënt eerder alleen Wlz-verblijf zonder behandeling ontving (zzp-exclusief behandeling);
b. revalidatiezorg waaronder ook wordt verstaan geriatrische revalidatiezorg zoals omschreven in de Zvw[1] en VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (vv9b) zoals omschreven in de Wlz;
c. tijdelijke klinische opname in verband met een psychische stoornis ten laste van de Zvw;
d. medisch noodzakelijk verblijf in verband met de psychische stoornis ten laste van de Zvw;
e. 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

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

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 2026, 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;
- tijdelijke klinische opname in verband met een psychische stoornis ten laste van de Zvw;
- medisch noodzakelijk verblijf i.v.m. de psychische stoornis ten laste van de Zvw 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 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 mantelzorger[2], 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 2026, 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

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

omschreven in de Zvw en VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (vv9b) zoals omschreven in de Wlz;
- tijdelijke klinische opname in verband met een psychische stoornis ten laste van de Zvw;
- medisch noodzakelijk verblijf i.v.m. de psychische stoornis ten laste van de Zvw;
- 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 2026, 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. De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed levert aan de zorgaanbieder die door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd de daarvoor benodigde persoonsgegevens aan.

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 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 2026 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 bezien 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 2026. 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 2026.
[2] Het betreft hier de dagbestedings- en vervoersprestatie vv uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026.
[3] Het betreft hier de dagbestedings- en vervoersprestatie vv uit de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026.

7. **Overbruggingszorg sglvg en lvg**
Zorgaanbieders die op basis van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 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.

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 2026 en de prestatiebeschrijving in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026. Afhankelijk van de cliënt- en vervoerskenmerken valt het vervoer van een cliënt in één 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.
   – 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 2026, af te spreken en in rekening te brengen in combinatie met de behandelprestaties die vermeld zijn in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026. 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.

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 2026 worden gedeclareerd indien de toeslagen geen relatie hebben tot de aandoening van de doelgroep.

11. **Cliëntgebonden consultatie en advies gespecialiseerde zorg**
De prestaties cliëntgebonden consultatie en advies (CCA) kunnen ingezet worden aanvullend op zorg geleverd via een zzp-prestatie. Hierbij is sprake van:
   - CCA wordt ingezet voor het beantwoorden van een zorgvraag van een individuele cliënt. Er is tijdelijk inzet vanuit een expertisecentrum nodig bij een situatie waarbij een cliënt onvoldoende baat heeft bij de reeds ingezette zorg. De inzet van een expertisecentrum is nodig om stabilisatie van de situatie te bewerkstellingen en eventuele opname of verhuizing te voorkomen.
   - Het betreft een inzet van zorgverleners ten behoeve van de zorg aan een cliënt die niet in een expertisecentrum verblijft.
   - De inzet van CCA is alleen mogelijk voor een cliënt met een Wlz-indicatie die verblijft in een instelling en waarbij sprake is van de ziekte van Huntington, het syndroom van Korsakov, D-zep of GP+ en waarbij de cliënt voldoet aan de in artikel 7.1 tot en met 7.5 van deze beleidsregel onder doelgroep beschreven kenmerken van de cliënt.
   - CCA kan alleen geleverd worden door een expertisecentrum indien het expertisecentrum ook gespecialiseerde zorg met verblijf biedt zoals beschreven in artikel 7.1 tot en met 7.5 van deze beleidsregel.
   - Een traject duurt niet langer dan 6 maanden en de inzet bedraagt maximaal 32 uur, exclusief de reistijd van de zorgverlener, per cliënt. Wanneer meerdere expertisecentra CCA bieden aan dezelfde cliënt mag dit gezamenlijk niet meer dan 32 uur per cliënt zijn.
   - De volgende uren kunnen worden gedeclareerd:
     - de uren dat een zorgverlener directe zorg verleent bij de zorgaanbieder voor cliëntgebonden consultatie en advies;
     - de tijd voor interventie/advies via beeld of telefonisch contact met de zorgverleners;
   - Onderstaande declaratiecodes kunnen alleen in rekening worden gebracht indien de prestatie door de één van de daarachter genoemde beroepsgroepen is geleverd:
     CCA1: Specialist ouderengeneeskunde al dan niet in opleiding, basisarts.
     CCA2: Arts VG al dan niet in opleiding, basisarts.
     CCA3: Basis-, GZ-, of klinisch-psycholoog, orthopedagoog, psychodiagnostisch medewerker, vaktherapeut, HBO-gedragsdeskundige (sph-er, maatschappelijk werker, factttherapeut), agoog.
     CCA4: Fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist.
     CCA5: Verpleegkundig specialist, physician assistant.
     CCA6 Verpleegkundige niveau 5 – 6.
     CCA7 Verpleegkundige, verzorgende niveau 3 – 4.
     CCA8 Psychiater, neuroloog, klinisch geriater, allen al dan niet in opleiding.

12. **Reistoeslag zorgverlener gespecialiseerde zorg**
De prestatie reistoeslag zorgverlener (CCAR) omvat de reiskosten en reistijd van een zorgverlener die consultatie en advies levert aan een cliënt op een ander adres dan de locatie van de zorgverlener.
Hierbij geldt:
   - De reistoeslag kan alleen in rekening worden gebracht in combinatie met de prestaties CCA1 t/m CCA8;
   - De reistoeslag zorgverlener geldt per bezoek per cliënt.

13. **Coördinatiekosten levensloopaanpak**
Levensloopaanbieders die de prestatie coördinatiekosten levensloopaanpak leveren kunnen deze prestatie alleen declareren bij een zorgkantoor indien en voor zover cliënten met een Wlz-indicatie zijn geïncludeerd in de regeling Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg èn levensloopaanbieders afspraken hebben gemaakt met een zorgkantoor. De levensloopaanbieder kan deze prestatie declareren zolang een cliënt is geïncludeerd in de regeling.
Er kunnen geen declaraties plaatsvinden voor cliënten die niet of niet meer aangemerkt worden als geïncludeerden. Deze prestatie kan per cliënt niet meer dan één maal per dag worden gedecla-

reerd, ongeacht waar de cliënt verblijft en ongeacht of de cliënt reguliere Wlz-zorg ontvangt.
In het proces van de coördinatiekosten levensloopfunctie wordt door de Zorg- en Veiligheidshuizen de datum inclusie vastgelegd. Daar vindt ook de controle op de Wlz indicatie plaats. De levensloopaanbieder die de coördinatie gaat leveren, krijgt een bevestiging van de datum inclusie plus het bestaan van de Wlz-indicatie.

Artikel 5 Administratie- en declaratievoorschriften zzp-meerzorg

1. **Administratievoorschriften zzp-meerzorg**
   A. Zzp-meerzorg is een prestatie die per dag wordt geadministreerd 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, beveiligde zorg LZ niveau 2, beveiligde zorg LZ niveau 3, klinisch intensieve behandeling 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, beveiligde zorg LZ niveau 2, beveiligde zorg niveau 3 of klinisch intensieve behandeling 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;
         – tijdelijke klinische opname in verband met een psychische stoornis ten laste van de Zvw;
         – medisch noodzakelijk verblijf in verband met de psychische stoornis ten laste van de Zvw;
         – 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. De vergoeding kan in rekening worden gebracht na de dag dat de noodzaak voor de klinische opname in een instelling voor medisch-specialistische zorg is vervallen en 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 ontvingen op grond van de Wlz.
   C. Deze cliënten kunnen immers terugkeren naar hun Wlz-verblijfsaanbieder.
   D. 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 de prestatie verkeerde bed worden gedeclareerd.
   E. 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.
   F. Het tarief dat in rekening mag worden gebracht, is een integraal tarief.
   G. Het tarief dat op grond van de Prestatie en tariefbeschikking 'Verkeerde bed Wlz 2026' in rekening wordt gebracht, is een maximumtarief.
   H. De Prestatie en tariefbeschikking 'Verkeerde bed Wlz 2026' 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.
   I. 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.
   J. 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 (Tarifering onderlinge dienstverlening Wlz) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2026.

   De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed levert aan de zorgaanbieder die door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd de daarvoor benodigde persoonsgegevens aan. 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 Prestatie en tariefbeschikking 'Verkeerde bed Wlz 2026' in rekening wordt gebracht, is een maximumtarief.
   f. De Prestatie en tariefbeschikking 'Verkeerde bed Wlz 2026' 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 (Tarifering onderlinge dienstverlening Wlz) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2026. De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed levert aan de zorgaanbieder die door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd de daarvoor benodigde persoonsgegevens aan. 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 crisis en ondersteuningsteam (COT) 2026.
   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:
    a. de uren dat het crisisondersteuningsteam daadwerkelijk aanwezig is bij de zorginstelling voor interventie/advies;
    b. de tijd voor interventie/advies via telefonisch contact tussen crisisondersteuningsteam en de zorginstelling;
    c. 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 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 zorgaanbieder zorgt ervoor dat de uitgevoerde werkzaamheden met voldoende controletechnische functiescheiding worden uitgevoerd. Een medewerker die betrokken is bij planning, uitvoering en evaluatie van controles heeft geen directe betrokkenheid bij de primaire registratie van de productie en bij declaraties die gecontroleerd worden. 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:
   a. 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.
   b. 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, uitgevoerde controlewerkzaamheden, controlebevindingen, ondernomen vervolgacties en opvolging hiervan, worden periodiek gerapporteerd aan de bestuurder. In het geval geen separate interne controle afdeling/functionaris aanwezig is bij de zorgaanbieder, dient de zorgaanbieder ervoor te zorgen dat de uitgevoerde werkzaamheden met voldoende controletechnische functiescheiding wordt uitgevoerd. Ook moet er 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.

Artikel 9 Informatieverstrekking en verplichtingen definitieve vaststelling aanvaardbare kosten Wlz

1. **Te verstrekken informatie; nacalculatie-opgave**
   Zorgaanbieders en /of het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder verstrekken per NZa-nummer de NZa vóór 1 juni 2026 de hierna genoemde gegevens en inlichtingen:
   A. De zorgaanbieder dient een ingevuld nacalculatieformulier 2026 in. Bij tweezijdige indiening hoeft het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder het nacalculatieformulier geen eigen nacalculatieformulier in te dienen. Bij eenzijdige indiening zal (ook) het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder een nacalculatieformulier invullen. In dat laatste geval dienen zowel zorgaanbieder als zorgkantoor/Wlz-uitvoerder een eigen nacalculatieformulier in;
   B. Bij een tweezijdige nacalculatie-opgave 2026 moeten zowel de zorgaanbieder als het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder een ondertekeningsdocument indienen. Ook bij een eenzijdige nacalculatie-opgave moet ieder haar eigen ondertekeningsdocument indienen.
   Elk ondertekeningsdocument moet voorzien zijn van een handtekening van een persoon die bevoegd is te tekenen. Het ondertekeningsdocument van de zorgaanbieder moet ook worden gewaarmerkt door de accountant (zoals hierna verder geregeld).
   C. 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 de nacalculatie-opgave op die onderdelen tweezijdig moeten indienen:
      - 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 2026;
      - de prestatie/tarief vergoeding kosten BRMO-uitbraak zoals geregeld in de Beleidsregel BRMO-uitbraak;

      In de hierna in deze regeling genoemde gevallen, verstrekt de zorgaanbieder een door de accountant ondertekende controleverklaring bij de nacalculatie-opgave 2026;
      In de hierna in deze regeling genoemde gevallen, verstrekt de zorgaanbieder een consolidatieoverzicht.

2. **Wijze van informatieverstrekking**
   De nacalculatie-opgave 2026 wordt aangeleverd via het (digitale) aanvragenportaal van de NZa. De gegevens en inlichtingen worden verstrekt met gebruikmaking van de in dat portaal door de NZa ter beschikking gestelde stukken.

De gegevens en inlichtingen moeten worden verstrekt op de wijze als geregeld in dit artikel van deze regeling en het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders.

3. **Controleverklaring**
De zorgaanbieder geeft een accountant als bedoeld in artikel 1 van de Wet op het accountantsberoep opdracht tot het uitvoeren van een accountantsonderzoek naar de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de nacalculatie-opgave 2026. In gevallen waarin uit te voeren onderzoek van de financiële verantwoording op basis van de Regeling openbare jaarverantwoording WMG moet worden verricht door een registeraccountant of een accountant-administratieconsulent ten aanzien van wie in het accountantsregister een aantekening is geplaatst als bedoeld in artikel 36, tweede lid, onderdeel i, van de Wet op het accountantsberoep, geldt dat ook voor genoemde opdracht en controleverklaring. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de accountant een controleverklaring afgeeft bij het ondertekeningsdocument 2026 van de zorgaanbieder.
De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een accountant zijn opdracht uitvoert op de wijze zoals beschreven in dit artikel 9 van deze regeling en het bij deze regeling behorende Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders. Object van onderzoek is het ondertekeningsdocument van de zorgaanbieder. In het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders zijn onder meer regels opgenomen over het object van accountantsonderzoek.
De zorgaanbieder stelt de nacalculatie-opgave 2026 met de daarvan deel uitmakende controleverklaring beschikbaar aan het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder via het aanvragenportaal.

4. **Consolidatie-overzicht**
Voor zover bij de nacalculatie-opgave een controleverklaring van een accountant moet worden gevoegd, kan een zorgaanbieder ervoor kiezen om de nacalculatie-opgave te voorzien van een consolidatie-overzicht. In dat geval geldt niet het ondertekeningsdocument van de zorgaanbieder als object van accountantsonderzoek, maar het consolidatie-overzicht.
Ten behoeve van de controleverklaring van de accountant, kan een zorgaanbieder op twee manieren consolideren en dat tot uitdrukking brengen in het consolidatie-overzicht:
   a. consolideren per Wlz-uitvoerder van de financiële gegevens van meerdere NZa-nummers tezamen;
   b. consolideren van de financiële gegevens van alle NZa-nummers tezamen die in de jaarrekening van de zorgaanbieder zijn verwerkt, dan wel zijn verwerkt in een andere (geconsolideerde) jaarrekening waarvan de financiële gegevens van de zorgaanbieder deel uitmaken. Bij de bepaling welke NZa-nummers al dan niet geconsolideerd worden, hanteert de zorgaanbieder als basis de (geconsolideerde) jaarrekening, waarin de financiële gegevens uit de nacalculatie-opgaven in het resultaat zijn verwerkt. Voorwaarde hierbij is dat deze (geconsolideerde) jaarrekening is of wordt voorzien van een controleverklaring. Dit kan betekenen dat bij een zorgaanbieder verschillende scenario's mogelijk zijn met betrekking tot consolidatie. Dit is afhankelijk van de aanwezigheid van controleverklaringen bij onderdelen van dezelfde zorgaanbieder en het feit of sprake is van meerdere Wlz-uitvoerders.

Of en tot welk niveau ten behoeve van de controleverklaring wordt geconsolideerd, is aan de zorgaanbieder en zijn accountant.
Voor beide opties geldt dat als de zorgaanbieder voor consolideren kiest, al haar NZa-nummers moeten worden geconsolideerd. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in het consolidatie-overzicht.

5. **Bij accountantscontrole gevonden fouten en onzekerheden**
De zorgaanbieder verwerkt in haar financiële- en zorgadministratie en/of in de nacalculatie-opgave alle bij de accountantscontrole geconstateerde fouten en onzekerheden op de wijze zoals beschreven in het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders.

6. **Waarmerking door accountant van de nacalculatie-opgave**
Als de zorgaanbieder op basis van dit artikel een controleverklaring moet verstrekken, moet de gehele nacalculatie-opgave 2026 worden gewaarmerkt door de accountant als bedoeld in het derde lid.
De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de waarmerking door de accountant wordt uitgevoerd op de wijze zoals beschreven in het bij deze regeling behorende Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders.
De zorgaanbieder moet een gewaarmerkte versie van de nacalculatie-opgave 2026 beschikbaar hebben. Daarvan uitgezonderd is het ondertekeningsdocument van het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.
De door de accountant gewaarmerkte versie van het ondertekeningsdocument van de zorgaanbieder moet altijd naar de NZa worden gestuurd. De overige gewaarmerkte delen van de nacalculatie-opgave stuurt de zorgaanbieder uitsluitend op verzoek aan de NZa.

7. **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 2026 een nacalculatie-opgave 2026 (nulopgave) bij de NZa moeten indienen. Deze zorgaanbieders hoeven geen controleverklaring bij de nacalculatie 2026 te overleggen.
Bovendien hoeft de gehele nacalculatie-opgave 2026 en eventuele toelichting behorende bij de nacalculatie-opgave 2026 niet te worden beoordeeld en gewaarmerkt door een accountant.
De verplichte aanlevering van een nacalculatieopgave bij nul productie vervalt als ten tijde van de herschikking reeds een nulopgave is ingediend en door de NZa conform nulopgave is beschikt.

8. **Te verstrekken informatie door zelfstandige zorgverleners zonder personeel**
Voor zelfstandige zorgverleners zonder personeel geldt dat zij voor 1 juni 2026 wel een nacalculatie-opgave 2026 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 2026 alleen plaats door het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder.
Bovendien hoeft de gehele nacalculatie-opgave 2026 en eventuele toelichting(en) behorende bij de nacalculatie-opgave 2026, niet te worden beoordeeld en gewaarmerkt door een accountant.

9. **Te verstrekken informatie in geval van faillissement zorgaanbieder**
   A. Afwijking datum uiterste indiening
   Indien de rechtbank het faillissement van een zorgaanbieder uitspreekt en een curator benoemt, kan de NZa de uiterste indieningstermijn van de nacalculatie-opgave 2026 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 2026 kan de NZa afwijken van de in artikel 9, eerste lid van deze regeling genoemde vereiste gegevens en inlichtingen.

10. **Overige informatie**
   A. 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 2026 voor de in artikel 1 bedoelde zorgaanbieders.
   B. 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 2026 voor de desbetreffende zorgaanbieder.

11. **Controle door zorgkantoor/Wlz-uitvoerder en door haar te verstrekken informatie**
Het zorgkantoor/de Wlz-uitvoerder controleert de door de zorgaanbieder ingevulde nacalculatie-opgave 2026. Waar nodig corrigeert het zorgkantoor /de Wlz-uitvoerder die opgave.

Artikel 10 Intrekken/Vervallen oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2025, met kenmerk NR/REG-2516c, ingetrokken.
Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2026, met kenmerk NR/REG-2614, ingetrokken

Artikel 11 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2025 met kenmerk NR/REG-2516c 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 de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling ingevolge artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2026.

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 2026.

Nederlandse Zorgautoriteit
G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Wijzigingen in de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2026 (NR/REG-2614a) ten opzichte van de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2025 (NR/REG-2614):

Artikel 1 begripsbepalingen

In artikel 1 een definitie opgenomen voor het begrip Voortgezet verblijf (ggz-b). Voortgezet verblijf (Ggz-b) betreft medisch noodzakelijk verblijf na 1.095 dagen ggz-behandeling en verblijf vanuit de Zorgverzekeringswet. De aanspraak op vergoeding vanuit de Zvw stopt wanneer een opname langer dan 1.095 dagen duurt. Indien een tijdelijke klinische opname (medisch noodzakelijk verblijf) in verband met een psychische stoornis bij een andere zorgaanbieder of op een andere locatie van de huidige zorgaanbieder nodig is, dan komt dit verblijf en benodigde zorg ook ten laste van de Wlz

Artikel 4 Declaratievoorschriften onderdelen 2 (zzp), 3 (vpt) en 4 (dtv) onder C 1'

In onderdelen 2,3 en 4 van Artikel 4 is een verduidelijking doorgevoerd voor de declaratie van afwezigheidsdagen. Voor zowel zzp als vpt als dtv is aangegeven in welke gevallen er afwezigheid bij een prestatie kan worden bekostigd. De situatie dat een cliënt tijdelijk is openomen bij een andere zorgaanbieder of op een andere locatie van de huidige zorgaanbieder voor gespecialiseerde ggz is verduidelijkt door aan te geven dat het moet gaan om een tijdelijke klinische opname in verband met een psychische stoornis ten laste van de Zvw. Ook wanneer er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf i.v.m. de psychische stoornis ten laste van de Zvw mag afwezigheid op de oorspronkelijke Wlz plek worden gedeclareerd.

Voorbehoud verwerking coördinatie levensloopaanpak in Rlz weggenomen

De voorgaande vastgestelde beleidsregels waren vastgesteld onder voorbehoud van een toekomstige aanpassing van de Regeling langdurige zorg met betrekking tot de coördinatiekosten levensloopaanpak. De Rlz is inmiddels hierop aangepast. De tekst over het voorbehoud is verwijderd.

Wijzigingen in de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2026 (NR/REG-2614) ten opzichte van de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2025 (NR/REG-2516c)

Coördinatiekosten levensloopaanpak

Met ingang van 2026 is het voor een zorgaanbieder mogelijk om de coördinatiekosten levensloopaanpak te declareren bij het zorgkantoor. Dit betreft een vergoeding voor coördinatiekosten die een levensloopaanbieder maakt voor Wlz-cliënten die zijn geïncludeerd in de regeling Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg èn waarvoor levensloopaanbieders afspraken hebben gemaakt met een zorgkantoor. De levensloopaanbieder kan deze prestatie declareren zolang een cliënt is geïncludeerd in de regeling.

Voorwaarden wijze van declareren

In Artikel 4, lid 1 onder b, sub 2, is met ingang van 2026 de voorwaarde vervallen dat het alleen gaat om artikel 28a of artikel 5.19 Wvggz. Toegevoegd is dat het alleen mogelijk is indien er afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder om beschikbaarheid van deze bedden te financieren. Deze kunnen dan worden vergoed op prestatieniveau.

Voorwaarden declareren overbruggingszorg-prestaties

In Artikel 4 (Overbruggingszorg sglvg en lvg), lid 7 zijn de voorwaarden voor het mogen declareren van overbruggingszorg-prestaties gewijzigd. Overbruggingszorg-prestaties mogen alleen gedeclareerd worden voor cliënten die een sglvg- of lvg-indicatie hebben gehad en waarvoor niet meteen een plaats beschikbaar is om de zorg behorende bij hun nieuwe Wlz-indicatie te ontvangen. De in de prestatie voorgeschreven maximale declaratietermijn voor overbruggingszorg bij de uitstroom vanuit (sg)lvg bleek in de praktijk onvoldoende te zijn om een passende plaats voor de cliënt te vinden. Een maximale duur voor overbruggingszorg bij de uitstroom vanuit (sg)lvg is niet beschreven in de wet, waardoor er geen grond is vast te houden aan deze voorwaarde. De termijn van 13 weken voor

overbruggingszorg bij de uitstroom van sg(lvg) voor het vinden van passende zorg is daarom uit de prestatiebeschrijving verwijderd.

Algemeen

De voorliggende regeling is van toepassing op het verantwoordingsjaar 2026. Deze regeling heeft een geldigheidsduur die overlapt met de geldigheidsduur van de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2025. Het verschil tussen die beide regelingen is het jaar waarop die betrekking hebben. De voorliggende regeling ziet op verantwoordingsjaar 2026, de ander op verantwoordingsjaar 2025.

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 2026 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 2026 geldt een uitzondering voor de dagen dat een door het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aangemerkt bed/plaats voor beveiligde zorg Wlz, bijvoorbeeld in het kader van artikel 28a Wzd of artikel 5.19 Wvggz, 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 Wvggz dienen wel gedeclareerd te worden op prestatieniveau maar niet op cliëntniveau. Met ingang van 2026 is de voorwaarde dat het moet gaan om artikel 28a of artikel 5.19 Wvggz vervallen in de beleidsregel declaratievoorschriften. Dit houdt in dat ook beveiligde bedden die beschikbaar worden gehouden vanwege andere redenen voor vergoeding in aanmerking komen op voorwaarde dat hier over expliciet afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgkantoor/Wlz-uitvoerder. Er vindt niet standaard vergoeding plaats voor niet bezette bedden.
- 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 vastgesteld[3], dus ook voor bijvoorbeeld de prestaties Z981 en V981 toeslag gespecialiseerde behandelzorg in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026.

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 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.

[3] Prestaties met beleidsregelwaarden van een uur zijn te vinden in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026.

Artikel 4, tweede lid, Declaratie afwezigheidsdagen bij zzpen 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 cliënten 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 2026).
- 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 4, 13e lid Coördinatiekosten levensloopaanpak

Met ingang van 2026 is het voor een zorgaanbieder mogelijk om de coördinatiekosten levensloopaanpak te declareren bij het zorgkantoor. Dit betreft een vergoeding voor coördinatiekosten die een levensloopaanbieder maakt voor Wlz-cliënten die zijn geïncludeerd in de regeling Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg èn waarvoor levensloopaanbieders afspraken hebben gemaakt met een zorgkantoor. De levensloopaanbieder kan deze prestatie declareren zolang een cliënt is geïncludeerd in de regeling. De Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (levensloopaanpak) is een Kwaliteitstandaard die is opgenomen in het Register van het zorginstituut.

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 2026.

Deze regeling moet in samenhang worden gelezen met deBeleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz en bepalingen ter zake in de Beleidsregel budgettair kader Wlz 2026, artikel 4 (Aanvaardbare kosten 2026) en artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2026) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2026. De prestatie waarover een tariefafspraak 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 2026 en artikel 5 (Nacalculatie-opgave 2026) van de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz 2026.
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, de prestatie verkeerde bed 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 uitvraag doen bij de penvoerende zorgaanbieders.

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 8 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 2026. 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 onder meer voorgeschreven dat de zorgaanbieder zorgdraagt voor een rapportage van de controleaanpak, uitgevoerde controlewerkzaamheden, de controlebevindingen en de ondernomen vervolgacties aan de bestuurder. Het doel van deze rapportage is onder andere het monitoren en het periodiek optimaliseren van de productieregistratie en -declaratie. Daarom is zij onlosmakelijk verbonden met de administratieve organisatie van de zorgaanbieder.

Om voldoende zekerheid te kunnen verkrijgen over de juistheid en rechtmatigheid van de productie en declaraties, is het noodzakelijk dat de zorgaanbieder hierop zelf ook controles uitvoert. Hiermee kunnen fouten en onzekerheden tijdig worden gedetecteerd, uitgezocht en gecorrigeerd.
Bij de interne controle is het aanbrengen van voldoende controletechnische functiescheiding zeer belangrijk. Dat zal er onder meer toe moeten leiden dat een medewerker die betrokken is bij planning, uitvoering en evaluatie van controles geen directe betrokkenheid mag hebben bij de primaire registratie van de productie en declaraties die gecontroleerd worden. In de praktijk vindt de interne controle bij grotere zorgaanbieders veelal plaats door een aparte afdeling interne controle. Zo'n afdeling is onafhankelijk van de primaire productieregistratie en declaraties. Bij kleine zorgaanbieders wordt de interne controlefunctie vaak uitgevoerd door een medewerker van de financiële administratie.

In 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 2026 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 9, eerste lid; ondertekeningsdocumenten

Met de ondertekening van het ondertekeningsdocument bevestigt de indiener daarvan dat de nacalculatie-opgave juist is. 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 2026;
– de prestatie/tarief vergoeding kosten BRMO-uitbraak: artikel 5, tweede lid van de Beleidsregel BRMO-uitbraak.

Artikel 9, derde en vierde lid; controleverklaring; consolidatie

Of en tot welk niveau ten behoeve van de controleverklaring wordt geconsolideerd, is aan de zorgaanbieder en zijn accountant, zo bepaalt de regeling. Voor alle duidelijkheid: Ook in het geval van een consolidatie-overzicht, wordt per NZa-nummer een nacalculatie-opgave ingediend. Het

consolidatie-overzicht wordt dan toegevoegd aan elke individuele nacalculatie-opgave per NZa-nummer die in het consolidatie-overzicht is genoemd.
De mogelijkheid tot consolidatie is bedoeld om de administratieve lasten bij de zorgaanbieders te verminderen. Dit sluit aan bij het experiment zinnig en simpel verantwoorden, waarbij zorgaanbieders ook op een andere wijze hun verantwoording bij de NZa mogen indienen dan tot nu toe gebruikelijk. Een eventuele mogelijkheid tot onvolledig consolideren van NZa-nummers draagt niet bij aan het verminderen van administratieve lasten, waardoor wij die mogelijkheid ook niet aanbieden.
De mogelijkheid van het consolideren tot op Wlz-uitvoerderniveau (dat meerdere zorgkantoren kan omvatten) en niet slechts op het niveau van het (individuele) zorgkantoor, sluit aan op de praktijk. Wlz-uitvoerders verantwoorden zich in het Financieel Verslag over de rechtmatige besteding van de Wlz. Hierbij worden alle zorgkantoren waar zij verantwoordelijk voor zijn, gecombineerd. Er is in genoemd Financieel Verslag geen sprake van onderscheid of een separate verantwoording per zorgkantoor. Ook kunnen Wlz-uitvoerders bij de besteding van het budgettair kader eventuele over- en onderbesteding tussen regio's met elkaar uitwisselen.
Met de mogelijkheid tot het consolideren op basis van de (geconsolideerde) jaarrekening, sluiten wij zoveel mogelijk aan bij de consolidatieverplichtingen die gelden bij het opstellen van de jaarrekening. Het is mogelijk dat de consolidatie plaatsvindt op het niveau van een entiteit, die geen zorgaanbieder is. In dat geval dient bij 'naam zorgaanbieder' in de kop van het consolidatie-overzicht de naam van die entiteit te worden ingevuld.
Consolidatie heeft tot gevolg dat de Wlz-uitvoerders een hoger risico hebben dat hun schade Wlz in het Financieel Verslag onjuist is. Dit risico is gemitigeerd door de introductie van een verplichting voor accountants van zorgaanbieders om niet-gecorrigeerde afwijkingen toe te lichten. Zie voor een nadere uitwerking het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders.
De NZa loopt een hoger risico dat op het niveau van de NZa-nummers een beschikking wordt afgegeven met een hogere intolerantie dan 1%. Wij achten dit risico acceptabel omdat (naast voornoemd voordeel van vermindering van administratieve lasten) op de totale bestedingen van het budgettair kader nog steeds een tolerantie van 1% geldt. Daarom zijn geen verdere risicomitigerende maatregelen genomen.

Hierna volgt een aantal scenario's om de optie tot consolideren van de controleverklaring van de accountant bij de nacalculatie-opgave te verduidelijken.

Scenario A: één rechtspersoon, meerdere NZa-nummers bij één Wlz-uitvoerder

Er is sprake van een zorgaanbieder, die zijn activiteiten in één rechtspersoon ontplooit. Hierbij hanteert hij meerdere NZa-nummers. Deze NZa-nummers behoren allen toe aan dezelfde Wlz-uitvoerder.[4] De zorgaanbieder kan in dit scenario kiezen om alle individuele nacalculatie-opgaven te voorzien van een consolidatie-overzicht. Die keuze kan worden gemaakt omdat (i) de financiële gegevens van de NZa-nummers verwerkt zullen zijn in de jaarrekening van de ene rechtspersoon en (ii) de NZa-nummers onder één Wlz-uitvoerder vallen. In dat geval is sprake van een geconsolideerde verantwoording, waardoor de accountant één controleverklaring zal verstrekken bij het consolidatie-overzicht en de daarbij behorende individuele nacalculatie-opgaven, in overeenstemming met het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in het consolidatie-overzicht. De consolidatie geldt voor alle NZa-nummers van de betreffende rechtspersoon die vallen onder dezelfde Wlz-uitvoerder.

Scenario B: één rechtspersoon, meerdere NZa-nummers bij meerdere Wlz-uitvoerders

Scenario B is gelijk aan scenario A, met het enige verschil dat een aantal van de NZa-nummers behoren bij een andere Wlz-uitvoerder (bijvoorbeeld 2 bij Wlz-uitvoerder A, 3 bij Wlz-uitvoerder B1). In dat geval kan de zorgaanbieder kiezen voor de volgende opties in het kader van consolidatie:
1. Consolidatie vindt plaats per Wlz-uitvoerder. De zorgaanbieder stelt in dit scenario meerdere consolidatie-overzichten op, waarbij de NZa-nummers per Wlz-uitvoerder worden gebundeld. In dit voorbeeld betekent dat een consolidatie van respectievelijk 2 dan wel 3 NZa-nummers. De accountant verstrekt een controleverklaring per consolidatie-overzicht en de daarbij behorende individuele nacalculatie-opgaven, in overeenstemming met het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders. De materialiteit wordt door de accountant per te verstrekken controleverklaring bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in het consolidatie-overzicht per Wlz-uitvoerder. De consolidatie geldt voor alle NZa-nummers voor die Wlz-uitvoerder;
2. Consolidatie vindt plaats voor de gehele rechtspersoon. Die keuze kan worden gemaakt omdat de financiële gegevens van de NZa-nummers verwerkt zullen zijn in de jaarrekening van de gehele

[4] Het is mogelijk dat deze NZa-nummers wel verspreid zijn over meerdere zorgkantoorregio's. Dit is voor de consolidatie verder niet van belang; hierbij wordt enkel gekeken naar de betrokken Wlz-uitvoerder.

rechtspersoon. Dat wil zeggen dat in ons voorbeeld alle 5 NZa-nummers in één consolidatie-overzicht worden opgenomen. De accountant verstrekt daarbij één controleverklaring en de daarbij behorende individuele nacalculatie-opgaven, in overeenstemming met het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders. De materialiteit wordt door de accountant op het totaal van het consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in het consolidatie-overzicht voor de gehele rechtspersoon. De consolidatie geldt voor alle NZa-nummers voor die rechtspersoon.

Scenario C: meerdere rechtspersonen, meerdere NZa-nummers bij één Wlz-uitvoerder, één geconsolideerde jaarrekening

Scenario C betreft een zorgaanbieder die haar activiteiten ontplooit in meerdere rechtspersonen en daarvoor ook meerdere NZa-nummers gebruikt. Deze NZa-nummers behoren allen toe aan dezelfde Wlz-uitvoerder[5]. De zorgaanbieder stelt één geconsolideerde jaarrekening op, waarbij alle NZa-nummers worden verwerkt in het resultaat. De zorgaanbieder heeft in dit scenario de mogelijkheid om één controleverklaring van de accountant te gebruiken voor alle nacalculatie-opgaven voor alle NZa-nummers, waarvan de opbrengsten verwerkt worden in de geconsolideerde jaarrekening.

Die keuze kan worden gemaakt omdat (i) de financiële gegevens van de NZa-nummers verwerkt zullen zijn in de jaarrekening van de ene rechtspersoon en (ii) de NZa-nummers onder één Wlz-uitvoerder vallen.

Dit betekent dat de NZa-nummers van meerdere rechtspersonen worden gecombineerd in één consolidatie-overzicht. De accountant verstrekt een controleverklaring bij het consolidatie-overzicht en de daarbij behorende individuele nacalculatie-opgaven, in overeenstemming met het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders. De materialiteit wordt door de accountant op het totaal van het consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in het consolidatie-overzicht. De consolidatie geldt voor alle NZa-nummers, behorende bij de geconsolideerde jaarrekening.

Scenario D: meerdere rechtspersonen, meerdere NZa-nummers bij meerdere Wlz-uitvoerders, één geconsolideerde jaarrekening

Scenario D is gelijk aan B, met het enige verschil dat in scenario D sprake is van meerdere rechtspersonen die tezamen worden geconsolideerd. Er is dus sprake van één geconsolideerde jaarrekening, waarbij de resultaten van al deze rechtspersonen (en de onderliggende NZa-nummers) worden verwerkt. Voor een toelichting op de opties voor de consolidatie, zie de uitwerking bij scenario B. In de tweede optie moet voor ' gehele rechtspersoon' worden gelezen: alle rechtspersonen tezamen.

Scenario E: meerdere rechtspersonen, meerdere NZa-nummers bij één Wlz-uitvoerder, meerdere (geconsolideerde) jaarrekeningen

Scenario E lijkt op scenario C, met het verschil dat op verschillende niveaus al dan niet geconsolideerde jaarrekeningen worden opgesteld en gecontroleerd.

Hierbij geldt dat consolidatie in het kader van de nacalculatie-opgaven plaats kan vinden op elk niveau, waarop een controleverklaring bij de jaarrekening door de accountant wordt verstrekt. Dit kan worden geïllustreerd met het volgende voorbeeld: Zorgaanbieder A heeft zijn activiteiten ontplooid in rechtspersoon A (met één of meerdere NZa-nummers), rechtspersoon B (met één of meerdere NZa-nummers), rechtspersoon C (zonder NZa-nummers) en houdstermaatschappij D. De accountant verstrekt een controleverklaring bij de jaarrekening van rechtspersoon A, B, C en D. In dat geval kan de zorgaanbieder kiezen voor de volgende opties in het kader van consolidatie ten behoeve van de controleverklaring bij de nacalculatie-opgave:

1. Eén consolidatieoverzicht per door de accountant gecontroleerde jaarrekening. In het voorbeeld betekent dat één consolidatie-overzicht voor rechtspersoon A en één voor rechtspersoon B (C en D hebben geen eigen NZa-nummers en zijn in deze optie in zoverre irrelevant). De accountant verstrekt een controleverklaring bij elk consolidatie-overzicht en de daarbij behorende individuele nacalculatie-opgaven, in overeenstemming met het Controleprotocol nacalculatie-opgave 2026 Wlz-zorgaanbieders. De materialiteit wordt door de accountant op het totaal van elk individueel consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in het consolidatie-overzicht per rechtspersoon. De consolidatie geldt voor alle NZa-nummers voor de desbetreffende rechtspersoon;

[5] Het is mogelijk dat deze NZa-nummers wel verspreid zijn over meerdere zorgkantoorregio's. Dit is voor de consolidatie verder niet van belang; hierbij wordt enkel gekeken naar de betrokken Wlz-uitvoerder.

2. Eén consolidatie-overzicht met daarbij alle NZa-nummers (op het niveau van de geconsolideerde jaarrekening). In het voorbeeld betekent dat de NZa-nummers die horen bij rechtspersonen A en B in één overzicht worden opgenomen. De materialiteit wordt door de accountant op het totaal van het consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in de consolidatie. De consolidatie geldt voor alle NZa-nummers, die worden verwerkt in het resultaat van houdstermaatschappij D.

In het geval dat in het voorgaande voorbeeld de accountant alleen een controleverklaring bij de jaarrekening verstrekt bij rechtspersoon A, is optie 1 alleen mogelijk voor de NZa-nummers die worden verwerkt in de jaarrekening van rechtspersoon A. Voor de NZa-nummers van rechtspersoon B geldt dat deze in het kader van de nacalculatie-opgave óf individueel moeten worden gecontroleerd óf dat deze worden verwerkt in een consolidatie-overzicht met de NZa-nummers van rechtspersoon A omdat A en B in de geconsolideerde jaarrekening van D zijn verwerkt (optie 2). Het is dan niet mogelijk om enkel voor rechtspersoon B een consolidatie-overzicht op te stellen.

In het geval dat in het voorgaande voorbeeld de accountant geen controleverklaringen verstrekt bij onderliggende rechtspersonen, is enkel optie 2 beschikbaar.

Scenario F: meerdere rechtspersonen, meerdere NZa-nummers over Wlz-uitvoerders, meerdere (geconsolideerde jaarrekeningen

Scenario F lijkt op scenario E, met het verschil dat de NZa-nummers bij rechtspersonen A en B zijn verdeeld over meerdere regio's. Op basis van het vorige scenario kan dat als volgt worden uitgewerkt.

Rechtspersoon A heeft 5 NZa-nummers, waarvan 2 bij Wlz-uitvoerder X en 3 bij Wlz-uitvoerder Y. Rechtspersoon B heeft ook 5 NZa-nummers, waarvan 2 bij Wlz-uitvoerder Y en 3 bij Wlz-uitvoerder Z.

Als wordt gekozen voor de optie uit de voorliggende regeling 'consolideren van de financiële gegevens van meerdere NZa-nummers tezamen die in de (geconsolideerde) jaarrekening van de zorgaanbieder zijn verwerkt', dan geldt de uitwerking zoals toegelicht bij optie 1 en 2 in scenario E.

Als wordt gekozen voor de optie uit de voorliggende regeling 'consolideren per Wlz-uitvoerder van de financiële gegevens van meerdere NZa-nummers tezamen', dan geldt de uitwerking hierna.

Keuze voor consolidatie-overzicht per Wlz-uitvoerder in geval van controleverklaringen bij de jaarrekening van rechtspersonen A, B, C en D

In het geval dat de accountant een controleverklaring bij de jaarrekening verstrekt bij rechtspersonen A, B, C en D en dat de zorgaanbieder kiest om een consolidatie-overzicht per Wlz-uitvoerder per gecontroleerde jaarrekening op te stellen, zijn er weer twee aanvullende opties. Ten eerste kan de zorgaanbieder 4 consolidatie-overzichten opstellen als de zorgaanbieder uitgaat van elke separate jaarrekening:
1. Rechtspersoon A voor Wlz-uitvoerder X (2 NZa-nummers);
2. Rechtspersoon A voor Wlz-uitvoerder Y (3 NZa-nummers);
3. Rechtspersoon B voor Wlz-uitvoerder Y (2 NZa-nummers);
4. Rechtspersoon B voor Wlz-uitvoerder Z (3 NZa-nummers).

De materialiteit wordt door de accountant op het totaal per consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in enig consolidatie-overzicht. Alle NZa-nummers, behorende bij de rechtspersonen A en B en de regio's X, Y en Z dienen in het bijbehorende overzicht te worden opgenomen. In het geval dat de consolidatie niet op het niveau van de Wlz-uitvoerder plaatsvindt, geldt de uitwerking zoals toegelicht bij optie 1 in scenario E.

In het geval dat de zorgaanbieder uitgaat van de geconsolideerde jaarrekening van D, zal de zorgaanbieder 3 consolidatie-overzichten opstellen:
1. Wlz-uitvoerder X (2 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon A);
2. Wlz-uitvoerder Y (3 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon A en 2 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon B);
3. Wlz-uitvoerder Z (3 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon B).

De materialiteit wordt door de accountant op het totaal per consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in enig consolidatie-overzicht. Alle NZa-nummers, behorende bij de regio's X, Y en Z dienen in het bijbehorende overzicht te worden opgenomen. In het geval dat de consolidatie niet op het niveau van de Wlz-uitvoerder plaatsvindt, geldt de uitwerking zoals toegelicht bij optie 2 in scenario E.

Keuze voor consolidatie-overzicht per Wlz-uitvoerder in geval van controleverklaringen bij jaarrekening van rechtspersonen A en D

In het geval dat de accountant een controleverklaring bij de jaarrekening verstrekt bij rechtspersonen A en D en dat de zorgaanbieder niet kiest voor optie 1 uit scenario E, maar de nacalculatie-opgave per Wlz-uitvoerder doet, betekent dat de zorgaanbieder 2 consolidatie-overzichten opstelt:
1. Rechtspersoon A voor Wlz-uitvoerder X (2 NZa-nummers);
2. Rechtspersoon A voor Wlz-uitvoerder Y (3 NZa-nummers);

De materialiteit wordt door de accountant op het totaal per consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in enig consolidatie-overzicht. Alle NZa-nummers, behorende bij de rechtspersonen A en de regio's X en Y dienen in het bijbehorende overzicht te worden opgenomen. Voor rechtspersoon B bestaan dan geen opties met betrekking tot consolidatie en dient de accountant in dit voorbeeld 5 individuele ondertekeningsdocumenten te controleren. In het geval dat de consolidatie niet op het niveau van de Wlz-uitvoerder plaatsvindt, geldt de uitwerking zoals toegelicht bij optie 1 voor rechtspersoon A.

In het geval dat de zorgaanbieder uitgaat van de geconsolideerde jaarrekening van D, zal de zorgaanbieder 3 consolidatie-overzichten opstellen:
1. Wlz-uitvoerder X (2 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon A);
2. Wlz-uitvoerder Y (3 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon A en 2 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon B);
3. Wlz-uitvoerder Z (3 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon B).

De materialiteit wordt door de accountant op het totaal per consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in enig consolidatie-overzicht. Alle NZa-nummers, behorende bij de regio's X, Y en Z dienen in het bijbehorende overzicht te worden opgenomen. In het geval dat de consolidatie niet op het niveau van de Wlz-uitvoerder plaatsvindt, geldt de uitwerking zoals toegelicht bij optie 2 in scenario E.

Keuze voor consolidatie-overzicht per Wlz-uitvoerder in geval van controleverklaring bij de jaarrekening van rechtspersoon D

In het geval dat de accountant een controleverklaring bij de jaarrekening verstrekt bij rechtspersoon D, stelt de zorgaanbieder 3 consolidatie-overzichten op:
1. Wlz-uitvoerder X (2 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon A);
2. Wlz-uitvoerder Y (3 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon A en 2 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon B);
3. Wlz-uitvoerder Z (3 NZa-nummers, behorende bij rechtspersoon B).

De materialiteit wordt door de accountant op het totaal per consolidatie-overzicht bepaald. Het is niet mogelijk om één of meerdere NZa-nummers niet op te nemen in enig consolidatie-overzicht. Alle NZa-nummers, behorende bij de regio's X, Y en Z dienen in het bijbehorende overzicht te worden opgenomen. In het geval dat de consolidatie niet op het niveau van de Wlz-uitvoerder plaatsvindt, geldt de uitwerking zoals toegelicht bij optie 2 in scenario E.

Artikel 9, zevende en achtste lid; Te verstrekken informatie door zelfstandige zorgverleners zonder personeel en door zorgaanbieder met nul productie

Om administratieve lasten en kosten te minimaliseren zijn zelfstandige zorgverleners zonder personeel niet verplicht een controleverklaring bij de nacalculatie-opgave 2026 aan te leveren. Hetzelfde geldt voor zorgaanbieders met een nul productie (nulopgave).

Artikel 9, algemeen, persoonsgegevens

De bekostigingscyclus in de Wlz verloopt via een vaste procedure en bestaat uit de volgende drie rondes: (i) een budgetronde, (ii) een herschikkingsronde en (iii) de nacalculatie.
In de (i) budgetronde worden afspraken gemaakt tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de prijs en het volume van de te leveren zorg voor het aankomende jaar. De zorgaanbieder en het zorgkantoor dienen op basis van deze (in beginsel door het zorgkantoor en zorgaanbieder ondertekende: 'tweezijdige') afspraken een budgetverzoek in bij de NZa met de beoogde productiewaarde. De NZa beoordeelt dit verzoek en honoreert het verzoek wanneer het totaal van alle budgetafspraken van een zorgkantoor binnen de contracteerruimte blijft en het verzoek tweezijdig is ingediend.
Vervolgens vindt er in het najaar van het lopende jaar herziening van de productieafspraken plaats: de (ii) herschikkingsronde. De herschikkingsronde is bedoeld om de in de budgetronde gemaakte productieafspraken waar nodig bij te stellen. Een verzoek tot herschikking dient ook weer bij de NZa te

worden ingediend. Ook hier geldt weer dat in de regel alleen tweezijdige verzoeken worden geaccepteerd.
Een eventueel tekort aan contracteerruimte kan vanuit een ander zorgkantoor aangevuld worden. Daartoe dienen beide partijen bij de NZa een overhevelingsformulier in. De NZa verwerkt deze verzoeken in het overzicht en publiceert deze overzichten maandelijks op haar website.
In het jaar dat volgt op het jaar waarop de productieafspraken betrekking hebben, vindt de (iii) nacalculatie plaats op basis van de daadwerkelijk gerealiseerde zorg.
Daartoe dienen de zorgaanbieder en het zorgkantoor het formulier "Langdurige zorg nacalculatie [jaartal]" in bij de NZa. Op basis van de ontvangen nacalculatie-opgave stelt de NZa de definitieve aanvaardbare kosten voor de desbetreffende zorgaanbieder vast en op basis daarvan een (sluit)tarief of vereffeningbedrag.
Zorgaanbieders en zorgkantoren dienen aldus aanvragen (formulieren) voor budget en aangepast budget (herschikking) en informatieopgaven (nacalculatie; formulieren) in bij de NZa via het NZa aanvragenportaal. Deze aanvraag- en opgaveprocedure omvat dus een jaarlijkse cyclus van meerdere formulieren. Het formulier heeft dus drie rondes: "budget" (aanvraag), "herschikking" (aanvraag) en "nacalculatie" (opgaveverplichting o.g.v. de voorliggende Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz).
De NZa toetst de ingediende formulieren aan haar regelgeving. De NZa geeft na de beoordeling van het formulier een beschikking af met budget, prestaties, tarieven, en/of vereffeningbedrag.
In dit proces worden (zakelijke) persoonsgegevens (naam, e-mailadres, telefoonnummer, functie) van de contactpersoon van de aanvragende zorgaanbieder en zorgkantoor organisatie uitgevraagd met als doel snel met elkaar in contact te komen.

De verplichtingen in artikel 9 rondom de nacalculatie maken het mogelijk dat de NZa prestaties en tarieven kan vaststellen en zo nodig ook een vereffeningbedrag. De nacalculatie is een verplichting op basis van deze regeling omdat alleen daarmee kan worden bereikt dat elke zorgaanbieder van Wlz-zorg die eerder een budget of herschikking heeft aangevraagd, ook meedoet met de "financiële eindafrekening" die de nacalculatie in feite is. Met deze verplichtingen geeft de NZa dus met name uitvoering aan haar wettelijke taken op grond van artikel 16, aanhef en onder a, Wmg (tarief- en prestatieregulering en toezicht), artikel 50 t/m 56 Wmg (vaststellen tarieven en prestatiebeschrijvingen, artikel 56b Wmg (vaststellen vereffeningbedragen) artikel 49e, tweede lid, Wmg (het verdelen van macrobedragen over de zorgkantoorregio's ten behoeve van het voor zorg in natura vaststellen van tarieven en vereffeningbedragen).
Zie over budget en herschikking verder de Beleidsregel budgettair kader Wlz. Zie over de aanvaardbare kosten en de nacalculatie verder de Beleidsregel bekostigingscyclus Wlz.

Artikelen 4 t/m 8, administratieverplichtingen en declaratiebepalingen

De NZa heeft de bevoegdheid om in een aantal gevallen nadere regels te stellen. Het betreft onder meer regels van administratief-technische aard. 'De opdracht aan de zorgautoriteit om regels te stellen over de inrichting van de administratie, de bekendmaking van tarieven, prestaties, producten en diensten door zorgaanbieders en de inrichting van declaraties vindt zijn grondslag in het feit dat voor op maat toegesneden regelingen specifieke deskundigheid noodzakelijk is en dat de zorgautoriteit daarover beschikt mede als gevolg van de uitvoering van haar (overige) wettelijk opgedragen taken.'[6]
In de Wmg zijn in artikel 36, eerste lid, een aantal basisvereisten opgenomen over de administratie van onder meer zorgaanbieders (o.a. over geleverde prestaties en de tarieven die daarvoor zijn ontvangen). Meer specifieke verplichtingen kunnen door de NZa in nadere regels worden opgenomen. Hier is bewust voor gekozen vanwege de diversiteit in categorieën zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De regels van de NZa kunnen in een nadere invulling voorzien die op maat op de bedrijfsvoering van betrokken partijen is toegesneden.[7]
Op grond van artikel 37 Wmg kan de 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.
De doelen van deze regeling zijn daarmee:
- 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 de zorgverzekeraar te verstrekken gegevens te borgen;

[6] Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 59–60.
[7] Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 62.

- Deze gegevens kunnen door de zorgverzekeraars gebruikt worden bij de formele en materiële controles.

De Wet langdurige zorg (Wlz) wordt uitgevoerd door de zorgkantoren. De zorgkantoren maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit van de zorg en welke zorg zij kunnen leveren. Daarnaast dienen de zorgkantoren in hun inkoopbeleid ook rekening te houden met de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van Wlz-zorg. Sommige vormen van zorg zijn zo specialistisch dat niet elke zorgaanbieder die kan bieden. Zorgkantoren zien er in dat geval op toe dat iedere regio toch voldoende aanbod heeft. Zorgkantoren regelen dat mensen met een Wlz-indicatie de zorg krijgen die zij nodig hebben. Dat kan zorg in de eigen woning zijn of bij een zorgaanbieder. Kan iemand niet direct terecht bij een zorgaanbieder die de voorkeur heeft? Dan regelt het zorgkantoor een plaats op een wachtlijst of, als dat nodig is, een crisisplek. Wanneer iemand de zorg zelf wil regelen met een persoonsgebonden budget (pgb), dan kan het zorgkantoor een pgb toekennen.

Om deze taken goed uit te voeren zijn gegevens nodig over de zorg die geleverd wordt aan cliënten. Deze gegevens zijn in de praktijk afkomstig van de zorgaanbieders die de zorg leveren. De gegevens worden via de declaraties naar de zorgkantoren gestuurd. De NZa ontvangt deze gegevens ook van de ziektekostenverzekeraars, al dan niet via Vektis.
De NZa regels helpen daarmee deze gegevens op eenduidige wijze vorm te geven.

Informatieplicht, privacyverklaring NZa en FAQ

In de keten van zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraars en NZa rust op zowel de zorgaanbieder, de ziektekostenverzekeraars en de NZa een informatieplicht op grond van de AVG. Zij dienen informatie beschikbaar te stellen voor betrokkenen over de verwerking van persoonsgegevens binnen hun organisatie.

Nu bij de NZa de in de onderhavige regeling genoemde gegevens niet direct bij de betrokkene op wie de gegevens betrekking hebben worden verzameld, dienen deze betrokkenen op grond van artikel 14 AVG te worden geïnformeerd. Hierop gelden een aantal uitzonderingen. Het is voor de NZa praktisch onmogelijk om alle betrokkenen te informeren. De NZa ontvangt alleen gepseudonimiseerde gegevens, waardoor niet kan worden gezien wie moet worden geïnformeerd (artikel 14, vijfde lid, onderdeel b, AVG). Daarnaast volgt de gegevensverwerking uit lidstatelijk recht (artikel 14, vijfde lid, onderdeel c, AVG). Ondanks de uitzonderingen tracht de NZa om betrokkenen zo goed mogelijk van informatie te voorzien.

De wijze waarop de NZa omgaat met de rechten van betrokkenen (zoals de cliënt van een zorgaanbieder) is ook vastgelegd in haar privacyverklaring. Deze is te vinden op de website van de NZa. In deze verklaring is te lezen dat een betrokkene zich kan beroepen op zijn of haar rechten uit hoofde van de AVG, alsmede wat deze rechten inhouden én hoe een betrokkene zich op deze rechten kan beroepen.

Tevens heeft de NZa op haar website een FAQ geplaatst met vragen en antwoorden over de verwerking van persoonsgegevens door de NZa.[8]

[8] www.nza.nl