



Frequently Asked Questions nieuwe Beleidsregels Nza (versie 14 september)

De reikwijdte van de beleidsregel heeft in enkele gevallen ook betrekking op cliënten die geen ZG-beperking hebben. Om wat voor soort cliënten gaat het dan?

De reikwijdte van de beleidsregel is aangevuld ten opzichte van de huidige reikwijdte omdat een cliënt met bijvoorbeeld een canule, akoestische afasie of een niet goed ontwikkelde mond, redelijkerwijs ook kan zijn aangewezen op gebarentaal. Zie hiervoor ook de toelichting op de nadere regel.

Wat wordt exact onder 'directe tijd' verstaan?

Dit is de tijd waarin een hulpverlener direct in contact staat met de cliënt (face to face tijd), een groep cliënten of het cliëntensysteem. Digitaal contact is ook declarabel. Als een gesprek plaatsvindt via de mail, valt dit ook onder directe tijd. Wij hebben het dus niet over het opstellen van een mail in plaats van een brief, maar over een 'direct' gesprek via de mail. Het versturen van een brief via de mail valt *niet* onder directe tijd. Behandelcoördinatie is indirecte tijd en niet declarabel.

Kunnen er twee tijd /blok prestaties tegelijk worden geleverd?

Nee, dat kan niet. Er kan slechts één prestatie tegelijkertijd worden geleverd. Je maakt qua declaratie het blok van 28 dagen ALTIJD af. Dat geldt dus ook als de cliënt halverwege de 28 dagen naar school gaat of overstapt naar een zorgprogramma. Dat wil zeggen dat er gedurende de 28 dagen dat het blok loopt geen andere prestaties in rekening gebracht kunnen worden. Belangrijk is dan ook dat de prestatie 'hard' wordt afgesloten alvorens wordt overgegaan naar een volgende prestatie. Bij de start van een traject kan het wel zo zijn dat de intake en het eerste face to face contact van een zorgprogramma op één dag plaatsvinden. Alvorens met het zorgprogramma wordt gestart, moet de intake zijn afgesloten. De (nieuwe) prestatie gaat in op het moment dat het eerste face to face contact plaatsvindt.

Hoe vindt de overgang 2019-2020 plaats als het gaat om 28-dagen-prestaties?

Alle cliënten starten op 1 januari 2020 met een nieuw zorgprogramma, ook al zijn zij al in zorg. Als het gaat om een blok van 28 dagen, starten zij dus met een 28-dagenblok.

Wat is het minimum aantal uur voor een traject van 28 dagen?

Voor trajecten met een declarabele eenheid van 28 dagen, geldt een drempelwaarde van één uur directe tijd die moet zijn geleverd om de prestatie in rekening te mogen brengen. Bij groepszorg gaat

het dan om de 'ontvangen aandacht': inzet gedeeld door het aantal aanwezige cliënten. Wanneer een 28-dagen blok wordt gedeclareerd mogen er geen andere uren tegelijk worden gedeclareerd. Als de vraag van de cliënt verandert kunnen er pas weer andere prestaties in rekening worden gebracht ná de 28 dagen van de gedeclareerde periode. Wanneer het kind tijdens het behandelblok 5 jaar wordt, geldt dat het behandelblok eerst wordt afgemaakt.

Mag een prestatie van 28 dagen inclusief groepszorg ook in rekening worden gebracht als er enkel sprake is van in groepsverband geleverde zorg aan het systeem (bijvoorbeeld een gebarencursus aan de ouders)?

Nee, dat mag niet. Het gaat hier om behandeling in een communicatieve groepssetting aan de cliënt zelf (huidige behandelmodule 7). Daarbij moet sprake zijn van interactie met andere cliënten (leeftijdsgenoten) en behandelaren. Tevens geldt dat aan meerdere behandeldoelen wordt gewerkt op natuurlijke momenten en in dagelijkse situaties.

Er zijn cliënten die een zorgprogramma afnemen dat niet past bij hun doelgroep. Als voorbeeld: een cliënt uit cliëntprofiel 18 (zorgprogramma 16,17, 20 - AC41/AC42) volgt een programma dat valt onder cliëntprofiel 6 (zorgprogramma 2 – AC31/AC32). De vraag is nu : welke prestatie ga je declareren? Volg je de beschrijving van de cliënt in de regelgeving of het beschreven zorgprogramma? Wat is bovenliggend in de toeleiding naar de declaratie: de cliënt of de ontvangen zorg?

De geleverde zorg wordt in rekening gebracht. Zie artikel 8 van de regeling zintuiglijk gehandicaptenzorg - NR/REG-2020. Bovenliggend in de declaratie is de geleverde (en ontvangen) zorg.

Wat gebeurt er met de prestatie Reizen als de cliënt is gestart met een 28-dagenblok en wisselt van zorgverzekeraar?

Reisproducten kunnen alleen in combinatie met een behandelprestatie worden gedeclareerd, en niet 'los'. In geval van no show kunnen er dus geen reiskosten worden gedeclareerd. In tegenstelling tot het huidige bekostigingsstelsel, worden niet alleen reiskosten vergoed, maar ook de tijd die wordt gereisd.

Als een blok van 28 dagen is gestart op bijvoorbeeld 28 december en de cliënt wisselt van verzekeraar, krijgt de verzekeraar waar de cliënt tot en met 31 december was verzekerd dus de rekening voor het blok van 28 dagen en de reiskosten tot en met 31 december. Na 1 januari van het nieuwe jaar worden bij de nieuwe zorgverzekeraar de reiskosten (vanaf 1 januari) gedeclareerd.

Is Verblijf een voorwaarde om de prestaties AC41 en/of AC42 in rekening te kunnen brengen?

Nee, dat is geen voorwaarde. Er is geen aparte prestatie verblijf voor auditief vastgesteld vanwege de zeer beperkte omvang van het aantal cliënten. Voor een cliënt die verblijft vanwege een auditieve/communicatieve behandeling, worden de prestaties AC41 of AC42 in rekening gebracht.. In de toelichting bij de regelgeving staat opgenomen dat zorgverzekeraar en aanbieder vooraf afspraken maken over het aantal geleverde en te declareren uren zorg gedurende het verblijf.

Mogen visueel en auditief/ communicatieve prestaties tegelijkertijd worden gedeclareerd?

Ja, dat mag. Voorheen moest worden gewerkt met hoofd- en onderaannemerschap, maar in het nieuwe bekostigingsstelsel is dat niet meer nodig. Dit geldt niet voor samenwerking tussen auditieve aanbieders. Deze declareren nl dezelfde prestatie / soort zorg.

Wat gaan we precies registreren?

We gaan zorgprogramma's declareren. Die zijn leidend bij de declaratie en verplicht om te registreren. Behandelmodules hoeven niet te worden geregistreerd. Prestatiecodes zijn wel handig om te registreren, maar zijn niet verplicht.

In onderstaande tabel zijn de declaratievereisten en registratievereisten opgenomen.

	Declaratievereisten		Registratievereisten		SIAC-afspraken (ntb)	
cluster 1-2	prestatie datum aantal eenheden		directe uren zorgprogramma- SIAC groep ja / nee	<i>audit trail</i> w.o. groeps grootte, -duur, aantal mw	<i>Cliëntprofiel</i> <i>Cliëntkenmerken ntb</i>	
cluster 3-11	prestatie datum aantal eenheden		zorgprogramma- SIAC groep ja /nee	<i>audit trail</i> w.o. groeps grootte, -duur, aantal mw	<i>Cliëntprofiel</i> <i>Cliëntkenmerken ntb</i>	