

## Vragen en antwoorden over Beleidsregels

**Versie: 6 april 2021**

Sinds de invoering van het nieuwe bekostigingsstelsel (per 1 januari 2020) zijn er op diverse terreinen uitvoeringsvragen ontstaan. Soms gaan deze over de werking van het bekostigingsstelsel, soms betreffen deze het duiden van de bekostigingsregels zelf. Dit document is een samenvatting van eerder gedeelde vragen en antwoorden.

De in dit document gepubliceerde vragen en antwoorden zijn afgestemd met de NZa. Het gaat om de volgende onderwerpen:

1. Het ondertekenen van zorgplannen
2. ZG-zorg voor cliënten zonder ZG-stoornis
3. Reistoelage, meerdere reizen per dag naar één cliënt of meerdere cliënten op één adres
4. Afronding tijdseenheid
5. Overgang van een cliënt naar een andere ZG aanbieder (blokprestaties)
6. Declaratie AC10 en een andere behandelprestatie op de dezelfde datum
7. Observatie directe of indirecte tijd
8. In rekening brengen van extra kosten bij de cliënt
9. Tolken vreemde talen
10. Overstap zorgverzekeraar en declaratie AC 50 bij blokprestaties (wijziging!!)
11. TOS en cliënt van 23 jaar of ouder

## **1. Het ondertekenen van zorgplannen**

Vanuit het AWBZ-verleden vraagt een aantal zorgverzekeraars in hun overeenkomst om ondertekening van het zorgplan door de cliënt. Dit om vast te kunnen stellen dat de cliënt invloed heeft kunnen uitoefenen op de invulling van het plan, dat het plan besproken is met de cliënt en dat de cliënt heeft ingestemd met het plan.

Dit is (overigens ook in de WLZ) niet meer nodig. Wel moet er in het dossier ondubbelzinnig vastliggen dat het plan is besproken met de cliënt en dat deze instemt met het plan. Dit kan niet door het zetten van een vinkje in een check box, maar dient te zijn beschreven (wat is besproken, datum en input cliënt).

## **2. ZG-zorg voor cliënten die geen ZG-stoornis hebben, maar wel baat hebben bij ZG-behandeling (zgn CP99 cliënten)**

ZG-zorg is onderdeel van geneeskundige zorg en is niet voorbehouden aan mensen met een zintuiglijke beperking: ook mensen met een andere aandoening dan een zintuiglijke, kunnen aanspraak maken op (onderdelen) van ZG-zorg, mits zij daar redelijkerwijs op zijn aangewezen. (Bijvoorbeeld iemand met een canule kan aanspraak maken op het leren van gebarentaal).

*Zie ook punt 11.*

## **3. Reistoelage, meerdere cliënten op één adres of meerdere reizen naar één cliënt op dezelfde dag**

Bij reistoelage is sprake van een toeslag per cliëntcontact. Indien er meerdere cliënten op hetzelfde adres wonen, mag de toeslag bij elke cliënt in rekening worden gebracht, mits voorafgaande aan het contact gereisd is naar het adres waar de zorg is geleverd (niet zijnde een locatie van de zorgaanbieder).

Indien meerdere zorgverleners op dezelfde dag naar dezelfde cliënt reizen, kan ook per contact de reistoelage in rekening worden gebracht.

NB: let op de definitie van cliënt. Het cliëntstelsel is ook 'cliënt', maar geen aparte cliënt. Als in één reisbeweging behandeling wordt geleverd aan zowel de cliënt als aan zijn stelsel, is geen sprake van meerdere reisbewegingen.

## **4. Afronding tijdseenheid van vijf minuten**

Afronden naar vijf minuten doe je op het moment van declaratie. Dat is bij de blokprestaties na 28 dagen en bij de uurprestaties dagelijks. Je telt dus alle werkelijke tijd op en rondt dit bij declaratie af naar de dichtstbijzijnde eenheid van 5 minuten.

Voor de blokprestaties is dit overigens alleen van belang voor de vaststelling of de inzet de grens van 60 minuten overschrijdt. Dit is nodig om vast te stellen of de prestatie kan worden gedeclareerd.

## **5. Overgang cliënt naar een ander ZG aanbieder – blokprestaties**

Als een cliënt overgaat naar een andere zorgaanbieder, is extra aandacht nodig voor blokprestaties. De nieuwe zorgaanbieder kan de declaratie pas starten na afloop van het laatste blok van de voorgaande aanbieder. Óf de voorgaande aanbieder declareert het lopende blok niet en maakt als onderaannemer afspraken met de nieuwe aanbieder, óf de nieuwe aanbieder start de declaratie pas na afloop van het lopende blok bij de voorgaande aanbieder en maakt voor de dagen ervoor afspraken als onderaannemer bij de voorgaande aanbieder. Verzekeraars zullen de declaratie van overlappende blokken bij één cliënt afwijzen (en wel van degene die als laatst de declaratie indient).

## **6. Declaratie AC10 en een andere behandelprestatie op dezelfde datum**

Het komt voor dat de behandeling start op dezelfde dag als waarop de intakeprestatie wordt afgesloten. Formeel sluit de beleidsregel uit dat prestaties gelijktijdig worden gedeclareerd (m.u.v. de reistoelage). De NZa geeft aan dat het niet de bedoeling is dat een behandeling start op dezelfde dag als waarop een intake wordt afgesloten en zoekt uit of de beleidsregel hiervoor aangepast moet worden.

## **7. Observatie**

Observatie is volgens de beleidsregels indirecte tijd en kan dus (bij de uurprestaties) niet als directe tijd worden gedeclareerd en bij blokprestaties niet als directe tijd worden geregistreerd. Bij diagnostiek gaat het bij het grootste deel van de tijd om indirecte tijd. In geval van bijvoorbeeld video observatie is er sprake van indirecte behandeltime.

Als wij live in de ruimte zelf meekijken - of bijvoorbeeld in coronatijd, met het oog op veiligheid, op afstand in plaats van in dezelfde ruimte - dan is registratie van directe tijd wel een mogelijkheid (zorg wel dat duidelijk is dat de cliënt kan communiceren met de behandelaar). De cliënt is zich namelijk bewust van onze live aanwezigheid en er kan interactie plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld niet als de observatie vanuit een aparte ruimte plaatsvindt. De crux in de beleidsregel is dat er face to face contact is. Kortom: dat er directe interactie plaatsvindt of plaats kan vinden tussen cliënt en behandelaar.

## **8. Extra kosten in rekening brengen bij de cliënt**

Het is niet toegestaan om kosten van methodieken of bijvoorbeeld de kosten die nodig zijn voor de toegang tot een bepaalde website, aanvullend op de declaratie bij de zorgverzekeraar in rekening te brengen bij de cliënt zelf. Deze vraag ontstond naar aanleiding van de wijziging van de wijze waarop het NGC de toegang tot de cursussen in rekening brengt. De toegang voor de individuele cliënt kunnen wij dus niet bij hem / haar zelf in rekening brengen (ook niet die van leden van zijn / haar cliëntensysteem).

Als blijkt dat kosten substantieel zijn toegenomen, kan de sector een verzoek doen bij de NZa tot tussentijdse aanpassing van de tarieven. In een volgende herijking van de tarieven zullen de gestegen kosten overigens automatisch worden meegenomen.

## **9. Tolken vreemde talen**

De inzet van tolken vreemde talen kan niet in rekening worden gebracht bij de verzekeraar, cliënt of elders. De NZa gaat uit van integrale tarieven. In de uitvraag voor de tarieven in 2017 zaten op dat moment ook de kosten voor de inzet van tolken vreemde talen. Als blijkt dat deze kosten substantieel zijn toegenomen, kan de sector een verzoek doen bij de NZa tot tussentijdse aanpassing van de tarieven. In een volgende herijking van de tarieven zal overigens de inzet automatisch opnieuw worden meegenomen.

## **10. Overstap zorgverzekeraar en declaratie AC50 bij blokprestatie.**

*Dit is een wijziging tov eerdere uitspraken van de NZa – SIAC.*

De reistoelage zorgverlener kan alleen in rekening worden gebracht in combinatie met één van de prestaties V11 t/m V41 en AC10 t/m AC42. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder zullen voor een correcte adressering de reistoelage moeten toetsen op de begindatum van de zorgprestatie waar de reistoelage betrekking op heeft. Dat houdt dus in dat je de declaratie AC50 doet bij de verzekeraar waar de verzekerde in het jaar waar de blokprestatie onder valt. Bijvoorbeeld: het blok start op 30 december 2020. De reisprestatie is op 4 januari 2021. De verzekerde is overgestapt van (2020) CZ naar (2021) VGZ. Je declareert de AC50 met prestatiedatum 4 januari 2021 bij CZ. (Noot Rob Bloem: naar mijn idee tegen het tarief 2021 en t.l.v. het zorgkostenjaar 2021 - hierover zijn wij nog in gesprek met ZN/NZa).

Het kan zijn dat dit vraagt om een aanpassing van de software!!!

Overigens is hier een link met de afkeur van de over de jaargrens heen lopende blokken eind 2020 - begin 2021. Pas als dit opgelost is, kunnen de bijhorende reisprestaties worden afgerekend.

## **11. Behandeling aan TOS client van 23 jaar of ouder**

De aanspraak ZG voor TOS behandeling is begrensd op 23 jaar. Dit houdt in dat je de behandeling moet stoppen (niet meer kunt declareren) zodra de cliënt 23 jaar is geworden. Er is een mogelijkheid om in uitzonderingsgevallen wel te behandelen. Je kunt de casus via de inkoper voorleggen aan de medisch adviseur van de verzekeraar. De ruimte zit in de eerder zogenoemde regeling voor CP99 (zie punt 2): cliënten die niet voldoen aan de aanspraak ZG, maar waar de ZG behandeling de best passende zorgvorm is. Bij ASR is er in één geval op individuele basis toestemming gegeven. Je hoeft formeel geen aanvraag te doen, maar in dit soort gevallen adviseren wij om dit wel te doen.