



## Regeling verpleging en verzorging

Vastgesteld op 3 juli 2018  
REGELING NR/REG-1914

Gelet op artikel 35, 36, 37, 38 en 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van Verpleging en verzorging.

### 1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

*Verpleging en verzorging*

Verpleging en verzorging zoals omschreven in art. 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv):

'Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.'

*Deze regeling*

De Regeling verpleging en verzorging.

*Zorgaanbieder*

De natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

*Declaratie*

Het in rekening brengen van de verrichte prestatie(s) door de zorgaanbieder aan de patiënt of de zorgverzekeraar.

*Tarief*

De prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, onder k, Wmg).

*Algemeen Gegevens Beheer code (AGB-code)*

Unieke code die aan iedere zorgaanbieder wordt toegekend, waarmee deze kan worden geïdentificeerd.

*Uur directe zorgverlening*

Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

*Onderlinge dienstverlening*

De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van de zorg als bedoeld in artikel 1 Wmg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder op het gebied van verpleging en verzorging. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

*Audit-trail*

Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de NZa en de zorgverzekeraar kan worden gevolgd en gecontroleerd.

*Beeldschermcommunicatie (zorg op afstand)*

Beeldschermcommunicatie is een vorm van zorg op afstand waarbij het patiëntcontact gericht is op het op afstand leveren van geïndiceerde zorg.

*Farmaceutische telezorg*

Farmaceutische telezorg is het op afstand begeleiden van patiënten bij het gebruik van medicatie. Een dispenser reikt op het juiste moment de medicatie aan zodat de medicatie toegankelijk wordt voor de patiënt. De zorgaanbieder krijgt een signaal als de medicatie niet uit de dispenser wordt genomen. Op dat moment kan alsnog hulp worden verleend door de patiënt te bellen of te bezoeken.

### 2. Doel

Deze regeling beoogt voorschriften te stellen voor verpleging en verzorging over:

- registratie; en
- declaratiewijze.



### 3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die verpleging en verzorging leveren waarop aanspraak bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet.

### 4. Registratieverplichtingen

- 4.1 De registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel. Voor deze verplichting kan worden aangesloten bij de (gecorrigeerde) planning.<sup>1</sup> Tijdregistratie per patiënt tijdens de zorgverlening is in dat geval niet noodzakelijk.
- 4.2 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.
- 4.3 De zorgaanbieder registreert klachten, zoals bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, van patiënten en/of diens naasten over het minder of niet ontvangen van zorg, alsmede de afwikkeling van die klachten.

### 5. Declaratiebepalingen

- 5.1 De prestaties verpleging en verzorging als bedoeld in de Beleidsregel verpleging en verzorging en de prestatie in de Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging worden niet eerder in rekening gebracht dan nadat de zorg geleverd is.
- 5.2 Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden.
- 5.3 De declaratie van de prestaties verpleging en verzorging, als bedoeld in de Beleidsregel verpleging en verzorging, vindt plaats op patiëntniveau. Dat houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden<sup>2</sup>, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het aantal te declareren eenheden bestaat uit het aantal uren directe zorgverlening.
- 5.4 In afwijking van artikel 5.3 vindt de declaratie van de prestaties, regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg en ketenzorg dementie plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.  
Voor deze prestaties geldt dat zij slechts in rekening mogen worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. De gecontracteerde zorgaanbieder van de prestaties regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg en ketenzorg dementie declareert aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.  
De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg mag alleen worden gedeclareerd als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.
- 5.5 De declaratie van de prestatie beloning op maat vindt plaats op patiëntniveau. De declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.  
Deze prestatie mag slechts in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. De prestatie beloning op maat mag bovendien alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.
- 5.6 De declaratie van de prestatie experiment bekostiging verpleging en verzorging vindt plaats op patiëntniveau. De declaratie bestaat uit een overzicht van het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel de eenheid als het gehanteerde tarief is vrij.  
Deze prestatie mag slechts in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Deze prestatie mag bovendien alleen in rekening worden gebracht met inachtne-

<sup>1</sup> Zie hiervoor Toelichting artikel 4.

<sup>2</sup> Zie hiervoor Toelichting artikel 5.



ming van de overige voorwaarden, voorschriften en beperkingen die voor dit experiment gelden.

- 5.7 Bij inzet van beeldschermcommunicatie kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de directe contacttijd via de prestaties verpleging en verzorging, voor beeldschermcommunicatie een vergoeding declareren. Dit geldt alleen wanneer hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Hierbij gelden de volgende kaders: per aangesloten patiënt die via beeldschermcommunicatie geïndiceerde zorg op afstand geleverd krijgt, kan binnen de indicatie maximaal vier uur per maand tegen het afgesproken basistarief van verpleging of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. Deze uren ter vergoeding van beeldschermcommunicatie, niet zijnde de uren directe contacttijd, dienen apart inzichtelijk te zijn in de declaratie.
- 5.8 Bij inzet van farmaceutische telezorg kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de directe contacttijd via de prestaties verpleging en verzorging, voor de farmaceutische telezorg een vergoeding declareren. Dit geldt alleen wanneer hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Hierbij gelden de volgende kaders: per patiënt die farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan binnen de indicatie maximaal twee uur en dertig minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. De uren ter vergoeding van farmaceutische telezorg, niet zijnde de uren directe contacttijd, dienen apart inzichtelijk te zijn in de declaratie.
- 5.9 Voor de prestaties vermeld in artikel 4.1 van de Beleidsregel verpleging en verzorging waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld, geldt een tariefeenheid van een uur. Als sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Afronding vindt plaats per declaratieperiode. Als er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de te declareren tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Als verantwoording voor de declaratie kan de (gecorrigeerde) planning dienen, zoals bedoeld in artikel 4.1. Voor de prestatie advies, instructie en voorlichting (AIV) geldt daarnaast dat voor zover deze prestatie niet individueel aan een patiënt wordt geleverd maar aan een groep, de werkelijke behandelingsduur naar evenredigheid wordt toegerekend aan de patiënten die deel uitmaken van de groep.
- 5.10 Als sprake is van onderlinge dienstverlening moet de zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie (vermeld in artikel 4.1 van de Beleidsregel verpleging en verzorging) bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

## 6. Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze regeling zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s), genoemd in de Beleidsregel verpleging en verzorging en de Beleidsregel experiment bekostiging verpleging en verzorging.

## 7. Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-1801, ingetrokken.

## 8. Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

### Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-1801, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

### Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2019. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg.



---

### **Citeertitel**

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verpleging en verzorging.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,  
dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur*



## TOELICHTING

### Algemeen

Met de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet zijn de prestaties vanuit de AWBZ gecontinueerd en waar mogelijk samengevoegd. In 2016 zijn de prestaties beloning op maat en de regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg toegevoegd. Daarnaast is er een aparte beleidsregel opgesteld voor het experiment bekostiging verpleging en verzorging. In 2017 is de prestatie ketenzorg dementie toegevoegd. Voor verblijf of dagopvang bij intensieve kindzorg is de bekostiging vastgesteld in de Beleidsregel verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg. Hiernaast is wijkgericht werken als aparte prestatie afgeschaft. De prestatie beloning op maat biedt de ruimte voor het maken van afspraken in het kader van wijkgericht werken.

De Beleidsregel verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg (MSVT) is per 2018 vervallen. De zorg die middels deze beleidsregel in rekening kon worden gebracht, valt voortaan onder de Beleidsregel verpleging en verzorging. De prestatie verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar is per 2019 toegevoegd. Uit het kostenonderzoek is gebleken dat met het leveren van verpleging en verzorging aan kinderen een substantieel hogere kostprijs gemoeid is dan met de verpleging en verzorging aan volwassenen.

### Artikelsgewijs

#### Artikel 1

##### *Uur directe zorgverlening*

Een uur directe zorgverlening is gedefinieerd als de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

Onder directe zorgverlening wordt niet verstaan:

- activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management);
- coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers;
- preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (met uitzondering van AIV);
- fysiotherapie, ergotherapie;
- reistijd, bijscholing, stage en dergelijke.

#### Artikel 3 Reikwijdte

De door de zorgaanbieders geleverde verpleging en verzorging waar deze regeling op toe ziet, betreft alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zorgverzekeringswet valt.

##### *Persoonsgebonden budget*

De regeling is ook van toepassing wanneer een natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg verpleging en verzorging levert in het kader van een persoonsgebonden budget (pgb). Maar niet iedereen is zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Evenmin brengt elke zorgaanbieder tarieven in rekening. De categorieën (a) zorgverleners die wel zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar géén tarieven in rekening brengen en (b) zorgverleners die géén zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, vallen niet onder de werking van de prestatie- en tariefregulering van de regeling. Met de introductie van het pgb is dit meer naar voren gekomen. In de brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer van 20 oktober 2015<sup>3</sup> wordt op drie verschillende categorieën zorgverleners ingegaan:

##### *'Zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen*

Hierbij gaat het om zorgverleners die hun zorg beroeps- of bedrijfsmatig leveren en daarmee onder de definitie van artikel 1, onderdeel c, Wmg vallen. Als deze zorgaanbieders tarieven in rekening brengen bij verzekeraar of consument, dan vallen ze onder de reikwijdte van tarief- en prestatieregulering. Daarbij valt in ieder geval te denken aan zzp'ers en reguliere zorginstellingen. Voor deze groep geldt dat alle eisen van de Wmg en de daaruit voortvloeiende regelgeving op hen van

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 217.



toepassing is. Dat betekent ook dat op hen het macrobeheersinstrument (mbi) van toepassing is. Dit vloeit mede voort uit het feit dat de Zorgverzekeringswet-pgb een restitutievariant binnen de Zorgverzekeringswet is. Behalve met een pgb kan aan een verzekerde gecontracteerde verpleging en verzorging ook uit hoofde van een restitutieverzekering vergoed worden. Onderscheid maken tussen Zorgverzekeringswet-pgb en een restitutieverzekering is derhalve niet passend.

#### *Zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar geen tarieven in rekening brengen*

Een deel van de zorgverleners valt wel onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, Wmg, maar doordat zij geen tarieven in rekening brengen, vallen zij buiten de bepalingen hierover. Het gaat daarbij om de zorgverleners die de zorg leveren op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde. De zorgverlener brengt geen tarief in rekening, maar ontvangt loon van de verzekerde. Dat is vergelijkbaar met zorgverleners die elders, bijvoorbeeld bij een instelling, in loondienst zijn. Ook zij ontvangen loon en vallen dus niet als individu onder de tarief- en prestatieregulering. Doordat deze zorgverleners geen tarieven in rekening brengen zijn declaratieregelingen op grond van de tarief- en prestatiebepalingen niet op hen van toepassing. Dat betekent onder meer dat op deze groep het mbi niet van toepassing is. Voor deze groep is nog wel relevant dat de Wmg in algemene zin eisen stelt aan zorgaanbieders. Niet alle eisen zijn echter toepasbaar op deze groep zorgverleners.

#### *Zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg*

Zorgverleners die zorg verlenen rechtstreeks voortvloeiend uit een bestaande sociale relatie, vallen niet onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, Wmg.<sup>4</sup> Dat betekent dat deze zorgverleners niet onder de werking van de Wmg vallen en niet gehouden zijn aan de bepalingen die de Wmg ten aanzien van het verlenen van zorg stelt. Dat heeft onder meer tot gevolg dat de bepalingen over tarieven en prestaties niet op hen van toepassing zijn. Daarmee is ook het mbi niet op hen van toepassing. Ook eisen die de Wmg in algemene zin stelt aan zorgaanbieders zijn niet op deze groep van toepassing.<sup>5</sup>

### **Artikel 4 Registratieverplichtingen algemeen**

De op basis van deze regeling voorgeschreven registratie van geleverde prestaties en tarieven betreft de declarabele tijd. De declarabele tijd is het aantal uren directe zorgverlening, zoals beschreven in deze regeling.

Artikel 36 van de Wmg stelt regels ten aanzien van de administratie die zorgaanbieders voeren. In artikel 4.1 van deze regeling wordt voor zorgaanbieders van wijkverpleging geregeld dat de registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder volledig, juist en actueel dient te zijn. De invulling van de in artikel 4.2 genoemde audit-trail kan verschillen afhankelijk van de gekozen werkwijze voor registratie. Wanneer gewerkt wordt met 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' en hierbij het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf goed kan worden gecontroleerd, wordt hier voldoende invulling aan gegeven.

Eind 2017 zijn afspraken gemaakt om de registratielast in de wijkverpleging terug te dringen. Minutenregistratie wordt door aanbieders van wijkverpleging als een grote last ervaren. Om die reden is een regel aan artikel 4.1 toegevoegd. Hierin wordt benadrukt dat tijdsregistratie tijdens de zorgverlening niet noodzakelijk is wanneer wordt gewerkt op basis van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'.

Aanbieders en verzekeraars zijn gezamenlijk aan het werk om te komen tot een handreiking voor het voeren van een administratie waarbij kan worden gestopt met een minutenregistratie. Daarbij is registratie op basis van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' het uitgangspunt.<sup>5</sup> Deze manier van registratie gaat ervan uit dat voor de patiënt door de zorgaanbieder op basis van de zorgvraag een zorgplan wordt opgesteld, vertaald naar de benodigde tijd, wordt deze vervolgens door de zorgaanbieder opgenomen in een planning. De planning wordt door de zorgaanbieder uitgevoerd en vormt de basis voor de gedeclareerde zorg.

Het uitgangspunt is dat de planning bij aanvang aansluit op het zorgplan. Het ligt niet in de verwach-

<sup>4</sup> De definitie van mantelzorger in artikel 1.1.1 Wlz wordt daarbij als uitgangspunt genomen, omdat die wet, anders dan de Wmg en de Zorgverzekeringswet, een definitie geeft van het begrip mantelzorger. Omdat de NZa toezicht houdt op deze drie wetten, ligt het met het oog op consistentie voor de hand dat de definitie van mantelzorger uit de Wlz wordt gehanteerd.

<sup>5</sup> Dit document is ten tijde van het schrijven van deze toelichting nog niet gereed. Het uitgangspunt is besproken tijdens bestuurlijke en technische overleggen.



ting dat planningen altijd moeten worden aangepast. Evenwel ligt het ook niet in de verwachting dat planningen zelden of nooit hoeven te worden aangepast.

Als door de geleverde zorg de zorgverlener substantieel inloopt, danwel uitloop op de planning, wordt aan het eind van de dag door de zorgaanbieder een correctie op de planning doorgevoerd.

Er wordt door ZN en ActiZ gewerkt aan een handreiking voor zorgaanbieders waarin deze methodiek nader wordt uitgewerkt.

Bij structurele afwijkingen tussen de verleende zorg ten opzichte van de planning, wordt naast de planning de inschatting van de benodigde tijd en, indien de zorgvraag is veranderd, ook het zorgplan van de patiënt aangepast. Op deze manier wordt geborgd dat de uiteindelijke weergave in de (gecorrigeerde) planning een weergave is van de geleverde zorg.

De hierboven beschreven manier van registratie en administratie is toegestaan. Dat wil niet zeggen dat dit de enige manier is. Registratie van verleende zorg door middel van bijhouden van minuten blijft bijvoorbeeld mogelijk, zeker wanneer ICT systemen daarin de zorgverlener volledig ondersteunen met een minimale administratieve belasting tot gevolg. De manier van registratie volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' wordt dus niet verplicht voorgeschreven door de NZa.

Ook bij de declaratie van de zorg volgens dit principe geldt dat uit de administratie blijkt welke prestaties, conform de prestatiebeschrijvingen van de NZa, aan welke patiënt geleverd zijn.

#### **Artikel 4.3 Registratie van klachten**

In het kader van rechtmatige declaratie is het van belang dat niet meer zorg wordt gedeclareerd dan is geleverd. Tijdens controle kan rekening worden gehouden met aanwijzingen dat de zorg mogelijk niet geleverd is. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de klachtenregistratie. Uit de klachtenregistratie kunnen aanwijzingen voortkomen dat de gedeclareerde zorg mogelijk niet (volledig) is geleverd, hetgeen reden kan zijn voor aanvullende controles.

Het gaat bij deze registratie nadrukkelijk niet om klachten die zien op de kwaliteit van de zorg. Het betreft alleen klachten die zien op de hoeveelheid geleverde zorg (er worden volgens de patiënt of diens naaste bijvoorbeeld minder uren/minuten zorg geleverd dan afgesproken).

#### **Artikel 5.2 AGB-code**

Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden. AGB-codes worden op verschillende niveaus afgegeven. Zo zijn er AGB-codes voor zorginstellingen, maar bijvoorbeeld ook voor individuele zorgaanbieders. Voor de declaratie gaat het om de AGB-code op het hoogste aggregatieniveau. Het gaat dus om de AGB-code van de zorgaanbieder, zijnde een individu of een organisatie, die de prestaties voor verpleging en verzorging (niet zijnde onderlinge dienstverlening) declareert.

#### **Artikel 5.7 en 5.8 Beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg**

De declaratiebepalingen in artikel 5.7 en 5.8 maken het mogelijk voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg een maximaal aantal extra uren in rekening te brengen bovenop de daadwerkelijk geleverde uren directe contacttijd. Deze extra uren zijn bedoeld als een vergoeding voor extra kosten die gemaakt zijn in het kader van beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Ook zijn ze bedoeld om de met beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg behaalde doelmatigheidswinst, ook ten voordele van de zorgaanbieder te laten komen, zodat de doelmatigheidswinst niet uitsluitend als een vermindering van omzet wordt ervaren.

#### **Artikel 5.9 Uurtarief naar evenredigheid bestede tijd**

De tarieven voor zorg worden door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Voor de registratie kan de zorgaanbieder aansluiten bij het principe 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'. De intentie van deze wijze van registreren is dat de zorgaanbieder hierdoor minder administratieve lasten heeft.

Het komt voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. De planning voorziet hierin door de zorgverlener naar rato van een uur in te plannen. Indien de zorgaanbieder werkt via de methodiek 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', dan wordt gedeclareerd op basis van de (gecorrigeerde) planning.

Omdat de declaratie uit uren en delen van uren zorg bestaat, dient het totaal aantal uren te worden afgerond. De afronding vindt plaats per patiënt per declaratieperiode. Dit betekent dat er wordt



---

afgerond op het moment dat de declaratie plaatsvindt en niet per zorgmoment. Dit artikel schrijft daarmee niet voor dat de registratie van geleverde zorg wordt afgerond.

Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Als er voorafgaand aan de declaratie geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar 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. Het maakt daarbij geen verschil of de zorgaanbieder voor de registratie en administratie via de methodiek van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' werkt.

Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten worden gedeclareerd. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd. Wanneer de zorgverlener werkt volgens het principe 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', kunnen de (gecorrigeerde plannings) worden gebruikt ter verantwoording van de gedeclareerde zorg.