



Regeling verpleging en verzorging

Vastgesteld op 18 juni 2019

REGELING NR/REG-2002

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.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt, tenzij anders vermeld, 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:

- verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- 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.

Tarief

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

Declaratie

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

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, verplaatste directe contacttijd in uren, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

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 wijkverpleegkundige 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.

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.

Thuiszorgtechnologie

Zorg op afstand aan een patiënt, wat op digitale wijze wordt ondersteund/gerealiseerd en waarbij sprake is van het automatiseren van verpleegkundige handelingen, dan wel contact door middel van een signaal, uitwisseling van meetgegevens en/of conversatie. De zorg op afstand ligt op het vlak van de zorgvormen verpleging en/of persoonlijke verzorging.

Artikel 2 Doel

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

- registratie; en



- declaratiewijze.

Artikel 3 Reikwijdte

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

Artikel 4 Registratieverplichtingen

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.¹ Tijdregistratie per patiënt tijdens de zorgverlening is in dat geval niet noodzakelijk. In het kader van onderlinge dienstverlening 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. Dit laat onverlet dat de uitvoerende zorgaanbieder hier ook zelf verantwoordelijk voor is. Op verzoek van de opdrachtgevende zorgaanbieder, de NZa en/of de zorgverzekeraar zal de uitvoerende zorgaanbieder de administratie met betrekking tot de geleverde zorg te allen tijde inzichtelijk kunnen maken.
2. De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. In het kader van onderlinge dienstverlening 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. Dit laat onverlet dat de uitvoerende zorgaanbieder hier ook zelf verantwoordelijk voor is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.
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.
4. De geleverde zorg moet navolgbaar 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 verantwoord wordt in het zorgplan, de planning en/of de voortgangsrapportage. Aan zorgaanbieders die registreren en declareren volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' wordt geen verantwoording gevraagd in het zorgplan, de voortgangsrapportage of op welke wijze dan ook, met feitelijk geleverde minuteninzet, buiten de (gecorrigeerde) planning.

Artikel 5 Declaratiebepalingen

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.
2. Bij iedere declaratie moet een AGB-code vermeld worden.
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 eenheden², het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het aantal te declareren eenheden bestaat uit het aantal uren directe zorgverlening.
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

¹ Zie hiervoor Toelichting artikel 4.

² Zie hiervoor Toelichting artikel 5.

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. 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.
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 inachtneming van de overige voorwaarden, voorschriften en beperkingen die voor dit experiment gelden.
7. De prestatie thuiszorgtechnologie kan alleen in rekening worden gebracht als hier voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde aan ten grondslag ligt. Naast de bekostiging van directe zorgcontacttijd via de overeengekomen prestatie(s) en prijzen kunnen zorgaanbieders een aanvullende vergoeding overeenkomen met zorgverzekeraars voor thuiszorgtechnologie. Per patiënt die door middel van thuiszorgtechnologie zorg ontvangt, kan maximaal 6,5 uur per maand tegen maximaal het afgesproken tarief voor verpleging en/of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder stellen samen de contractvoorwaarden vast waar de thuiszorgtechnologie aan moet voldoen.
8. 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 behandeltime naar evenredigheid wordt toegerekend aan de patiënten die deel uitmaken van de groep.
9. 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.

Artikel 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.

Artikel 7 Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-1914, ingetrokken.



Artikel 8 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-1914, 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 2020. 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.

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



TOELICHTING

Algemeen

Wijzigingen per 2015

Met de overheveling van verpleging en verzorging naar de Zorgverzekeringswet zijn de prestaties vanuit de AWBZ gecontinueerd en waar mogelijk samengevoegd.

Wijzigingen per 2016

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.

Wijzigingen per 2017

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.

Wijzigingen per 2018

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.

Wijzigingen per 2019

De registratieverplichtingen zijn uitgebreid om het verantwoorden van geleverde zorg volgens de registratiestandaard 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' toe te staan.

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.

Wijzigingen per 2020

De definitie van een uur directe zorgverlening is uitgebreid met het begrip verplaatste directe contacttijd.

Er is een nieuwe, aparte prestatie voor de inzet van thuiszorgtechnologie toegevoegd aan de beleidsregel. Deze prestatie vervangt de oude prestaties voor beeldschermtechnologie en farmaceutische telezorg, en wordt breder omschreven, waardoor ook andere vormen van thuiszorgtechnologie onder de prestatie kunnen vallen.

De registratieverplichting bij onderlinge dienstverlening is verduidelijkt.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Uur directe zorgverlening en verplaatste directe contacttijd

Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie, verplaatste directe contacttijd in uren, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling. Voorbeelden van activiteiten die onder directe zorgverlening vallen zijn:

- de indicatiestelling (inclusief het opstellen en aanpassen van het zorgplan);
- bijwerken voortgangsrapportage.

In de 'Handreiking registratiewijze 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' van 20 december 2018 is door partijen vastgelegd dat voor de zorg die kan worden gezien als (verplaatste) cliëntgebonden afstemming ook geldt 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij'.

'Om te voorkomen dat op dit onderdeel voortdurend gecorrigeerd moet worden op werkelijk bestede tijd, wordt de ingeschatte tijd voor cliëntgebonden afstemming gedeclareerd.'

Met het opnemen van het begrip verplaatste directe contacttijd kan de cliëntgebonden afstemming die normaliter bij de patiënt thuis plaatsvindt – maar om efficiëntieredenen, in het belang van de cliënt of om te voorkomen dat de wijkverpleegkundige te laat komt bij de volgende cliënt wordt verplaatst naar kantoor of een andere locatie – in rekening worden gebracht.

Verantwoording van de verplaatste directe contacttijd gebeurt op basis van wat hierover in het inhoudelijke dossier (zorgplan en planning) over langere tijd is opgenomen. De uitgevoerde interventies zijn op enigerlei wijze terug te vinden in de voortgangsrapportage, omdat deze van belang zijn voor de kwaliteit van de zorg en eventuele overdracht.

Het begrip ‘verplaatste directe contacttijd’ volgt daarmee de wijze van verantwoorden van geleverde zorg volgens de registratiestandaard ‘zorgplan = planning = realisatie, tenzij’.

Voorbeelden van activiteiten die niet onder directe zorgverlening vallen zijn:

- activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevend, staf, administratie, management);
- het maken en aanpassen van de planning;
- het multidisciplinair overleg;
- preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (met uitzondering van AIV);
- paramedische zorg;
- reistijd, bijscholing, stage en dergelijke;
- werkoverleg.

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 2015³ 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 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.

³ Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 217.



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.⁴ 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.'

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 zorgaanbieders van wijkverpleging als een grote administratieve 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'.

Zorgaanbieders en verzekeraars zijn gezamenlijk tot een handreiking gekomen 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.⁵ 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 verwachting 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 uitloopt op de planning, wordt aan het eind van de dag door de zorgaanbieder een correctie op de planning doorgevoerd. 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

⁴ 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.

⁵ De handreiking staat op de website van Ontregel de Zorg.

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 Thuiszorgtechnologie

In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 is afgesproken dat *‘bestaande belemmeringen in de bekostiging rondom e-health en technologie, waaronder het digitaal uitwisselen van gegevens, worden weggenomen’* om zo het toepassen van thuiszorgtechnologie te stimuleren. De NZa heeft daarom de bestaande prestaties farmaceutische telezorg en beeldschermcommunicatie samengevoegd tot de prestatie *‘thuiszorgtechnologie’*.

De nieuwe prestatie geldt per 2020. De prestatie wordt meer algemeen omschreven, waardoor alle vormen van thuiszorgtechnologie die op digitale wijze worden ondersteund of gerealiseerd er voortaan onder kunnen vallen, mits aan gestelde voorwaarden wordt voldaan en zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen een contract daarover overeenkomen. We sluiten daarbij aan bij de ontwikkelingen in de langdurige zorg waar deze zelfde wijziging plaatsvindt per 2020.

In het contract kunnen bijvoorbeeld afspraken worden opgenomen betreffende:

- Aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel;
- Beschikbaarheid van de achterwachtfunctie;
- Telefonische controles in geval van falen van apparatuur;
- Verwerken van uitgiften en signaleringen;
- Abonnementsgelden.

Voor de bekostiging van thuiszorgtechnologie op basis van deze beleidsregel komt zorg in aanmerking die geleverd wordt via de digitale weg. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van een smart glass, apps, beeldschermcommunicatie, farmaceutische telezorg, etc.

In de afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen voorwaarden voor het toepassen van digitale middelen worden opgenomen. Zo kan bijvoorbeeld voor het gebruik van een smart glass opgenomen worden dat de deskundige live moet meekijken. Ook kan bijvoorbeeld opgenomen worden dat e-mailcontacten geen onderdeel vormen van zorg op afstand.

Wanneer het gaat om een geautomatiseerde activiteit, dient een (telefonische) achterwacht beschikbaar te zijn in geval van het falen van de tool, waardoor de patiënt alsnog de benodigde zorg ontvangt (direct contactuur). Voorbeeld hiervan is het gebruik van farmaceutische telezorg.

De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder stellen samen de contractvoorwaarden op waar thuiszorgtechnologie aan moet voldoen.

Voor directe contacttijd die nodig is voor de thuiszorgtechnologie, kunnen de reguliere prestaties verpleging en persoonlijke verzorging gedeclareerd worden tegen het afgesproken tarief. Het is niet de bedoeling dat deze directe contacttijd gedeclareerd wordt, middels de prestatie thuiszorgtechnologie. De inzet van een deskundige die op afstand meekijkt mag wel onder de prestatie thuiszorgtechnologie vallen.

Er mag voor het gebruik van de thuiszorgtechnologie (naast de reguliere prestaties verpleging en persoonlijke verzorging) maximaal 6,5 uur per maand per patiënt tegen maximaal het afgesproken tarief voor verpleging en/of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd op de hiertoe bestemde prestatie *‘thuiszorgtechnologie’*. Het moet te allen tijde om Zvw-zorg gaan.



Artikel 5.8 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.