

Regeling verpleging en verzorging

Vastgesteld op 27 juni 2023
Regeling NR/REG-2407

Gelet op artikel 35, 36, 37, 38, 58 en 62, eerste lid, 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:

Algemeen Gegevens Beheer code (AGB-code):

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

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.

case-mix vragenlijst:

De vragenlijst waarin verschillende cliëntkenmerken (items) zijn opgenomen. De vragenlijst bestaat uit twee delen: de initiële vragen, en de DKDL vragen. De DKDL vragen hebben betrekking op de draagkracht, draaglast en ondersteuningsbehoefte van de cliënt en vormen de basis van het DKDL model. Op basis van de antwoorden wordt de cliënt ingedeeld in een cliëntprofiel uit het DKDL model.

cliëntprofiel:

Het profiel waarin een cliënt wordt ingedeeld door middel van de case-mix vragenlijst met cliëntkenmerken volgens het DKDL model. Wanneer de DKDL vragen worden beantwoord spreken we van een DKDL cliëntprofiel. Er zijn ook initiële cliëntprofielen waarbij enkel een of meerdere initiële vragen worden doorlopen.

declaratie:

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

declaratieperiode:

de declaratieperiode voor een prestatie betreft een uur, dag, week, maand of kwartaal. Een dag betreft een kalenderdag. Een week betreft de periode van maandag t/m zondag, conform de NEN2772 norm. Een maand betreft een kalendermaand. Een kwartaal betreft de periode januari t/m maart, april t/m juni, juli t/m september of oktober t/m december.

directe zorgverlening:

directe zorgverlening is de directe contacttijd tussen zorgaanbieder en cliënt in de thuissituatie/werksituatie, de verplaatste directe contacttijd, alsmede de tijd besteed in het kader van indicatiestelling.

Draagkracht Draaglast (DKDL) model:

Het model op basis waarvan cliënten ingedeeld worden in een cliëntprofiel. Dit model gaat uit van draagkracht, draaglast en ondersteuningsbehoefte. Op basis van initiële vragen van de case-mix vragenlijst kan een cliënt ook ingedeeld worden in een cliëntprofiel waarvoor de vragen over draagkracht, draaglast en ondersteuningsbehoefte niet beantwoord hoeven te worden.

hoogcomplexen technische thuiszorg:

verpleging en/of verzorging aan een cliënt, bestaande uit één of meerdere handelingen zoals genoemd in Artikel 4.2, onderdeel c van de Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging.

onderlinge dienstverlening:

de levering van (onderdelen van) de prestaties op het gebied van verpleging en verzorging door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

tarief:

de prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, eerste lid, onderdeel k, van de Wmg).

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.

verpleging en verzorging:

verpleging en verzorging als bedoeld in art. 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv).

zorgaanbieder:

de natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wmg.

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 als omschreven in artikel 1 van deze regeling en de prestatiebeschrijvingen genoemd in de Beleidsregel verpleging en verzorging en de Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging declareren.

Artikel 4 Administratieverplichtingen

1. De registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel. Aan zorgaanbieders die registreren en declareren volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' kan voor deze verplichting worden aangesloten bij de (gecorrigeerde) planning. Tijdregistratie per cliënt 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 de administratie met betrekking tot de geleverde zorg te controleren.
3. De zorgaanbieder registreert klachten, zoals bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, van cliënten en/of diens naasten over het minder of niet ontvangen van zorg, alsmede de afwikkeling van die klachten.
4. De geleverde zorg moet, als gevolg van het hiervoor genoemde audit-trail, 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, zie artikel 4.1.

Artikel 5 Declaratiebepalingen

1. De prestaties verpleging en verzorging als bedoeld in de Beleidsregel verpleging en verzorging en de prestaties in de Beleidsregel experiment cliëntprofielen 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 cliëntniveau. Dat houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van:

- de prestatie(s) waar de declaratie betrekking op heeft;
- het aantal geleverde prestaties (het aantal eenheden, bestaande uit directe zorgverlening);
- het tarief per prestatie en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.

4. In afwijking van artikel 5.3 vindt de declaratie van de prestaties:

- Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg;
- Centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging; 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.

5. De declaratie van de prestatie Beloning op maat vindt plaats op cliëntniveau. 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.

6. De declaratie van de prestaties in de Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging vindt plaats op cliëntniveau. De declaratie bestaat uit:

- de prestatie(s) waar de declaratie betrekking op heeft;
- het aantal geleverde prestaties (het aantal eenheden);
- het tarief per prestatie en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.

7. *Afronding tijdseenheid*

Voor prestaties met een (maximum)tarief per uur geldt het volgende. Als er sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. De afronding vindt plaats per declaratieperiode. 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, wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Het maakt daarbij geen verschil of de zorgaanbieder wel of niet 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.

8. *Afronding tijdseenheid advies, instructie en voorlichting in groepsverband*

Voor zover de prestatie advies, instructie en voorlichting (AIV) niet individueel aan een cliënt wordt geleverd, maar aan een groep, wordt de werkelijke behandeltijd naar evenredigheid toegerekend aan de cliënten die deel uitmaken van de groep.

Artikel 6 Aanvullende verplichtingen experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging

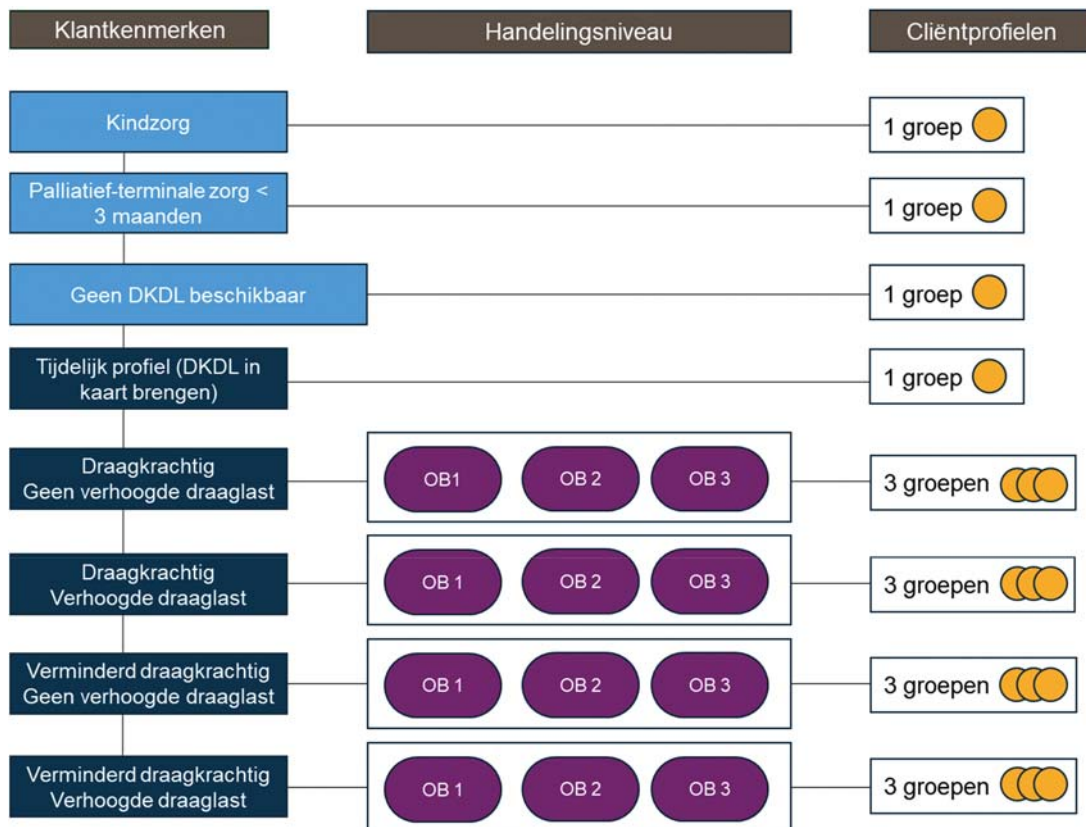
1. Reikwijdte

Naast de administratieve verplichtingen uit artikel 4 en de declaratiebepalingen uit artikel 5, zijn de in dit artikel opgenomen administratie-, declaratie- en informatieverplichtingen van toepassing op zorgaanbieders die de volgende prestatiebeschrijvingen declareren, zoals vermeld in artikel 4, onderdelen f t/m j, van de Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging:

- Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel, tarief per uur;
- Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel, tarief per dag;
- Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel, tarief per week;
- Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel, tarief per maand;
- Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel, tarief per kwartaal;

2. *Het DKDL model*

Wanneer de prestatiebeschrijvingen 'Verpleging en verzorging in combinatie met een cliëntprofiel' zoals vermeld in artikel 6.1 worden gedeclareerd, dient het DKDL model gebruikt te worden. Aan dit model ligt de vragenlijst zoals beschreven in artikel 6.4 ten grondslag. Op basis van de antwoorden op de vragenlijst wordt de cliënt ingedeeld in een cliëntprofiel uit het DKDL model. In onderstaande figuur is het het DKDL model schematisch weergegeven.



Figuur 1. Schematische weergave DKDL model

3. De case-mix vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit twee onderdelen. De vragenlijst start met drie initiële vragen (artikel 6.3.a). Een aantal antwoorden op deze vragen verwijst direct naar een cliëntprofiel zonder dat de DKDL vragen (artikel 6.3.b) hoeven te worden doorlopen. Welk profiel van toepassing is of welke vraag/vragen nog beantwoord dient/dienen te worden staat telkens aangegeven onder 'vervolg' bij elke vraag.

In artikel 6.3.c is opgenomen welk profiel volgt uit de antwoorden op de initiële vragen en de DKDL vragen.

a. Initiële vragen

1. Medische kindzorg thuis

		Vervolg
Antwoordoptie 1)	De cliënt is 18 jaar of ouder.	Ga naar vraag 2 (Palliatief-terminale zorg <3 maanden)
Antwoordoptie 2)	De cliënt is jonger dan 18 jaar.	Cliëntprofiel: 'Medische kindzorg thuis'

2. Palliatief-terminale zorg <3 maanden

		vervolg
Antwoordoptie 1)	De cliënt ontvangt palliatief terminale zorg en heeft een levensverwachting van minder dan drie maanden.	Cliëntprofiel: 'Palliatief-terminale zorg <3 maanden'
Antwoordoptie 2)	De cliënt ontvangt geen palliatief terminale zorg en heeft geen levensverwachting van minder dan drie maanden.	Ga naar vraag 3 (Beschikbaarheid DKDL)

3. (Nog) geen DKDL beschikbaar

		vervolg
Antwoordoptie 1)	DKDL informatie is beschikbaar.	Ga naar DKDL vragen

		vervolg
Antwoordoptie 2)	DKDL informatie is <u>nog</u> niet beschikbaar en de verwachting is dat dit op korte termijn (max. 4 weken) beschikbaar komt.	Cliëntprofiel: 'Tijdelijk profiel (DKDL in kaart brengen)'. Hierbij geldt dat dit profiel: – maximaal vier weken van toepassing kan zijn op een cliënt; – niet meer van toepassing is zodra een ander profiel geselecteerd wordt; dit nieuwe profiel is dan voorliggend en overschrijft het tijdelijke profiel
Antwoordoptie 3)	DKDL informatie is niet beschikbaar, omdat er sprake is van: Zorgmijding; Een cliënt waarbij wijkverpleegkundige slechts 1 tot op bezoek komt; Inzet van gespecialiseerde verpleging waarbij het niet mogelijk/wenselijk is om het DKDL profiel in kaart te brengen, en waarbij er geen DKDL profiel beschikbaar is binnen de organisatie (bijvoorbeeld vanuit het wijkteam). Hieronder kan ook verpleeg-technische zorg vallen voor zover er daarbij geen sprake is van hoogcomplexiteit technische thuiszorg (in dat geval dienen de prestatiebeschrijvingen voor hoogcomplexiteit technische thuiszorg gedeclareerd te worden).	Cliëntprofiel: 'Geen DKDL beschikbaar'

b. **DKDL vragen**

De DKDL vragen zijn ingedeeld in vragen betreffende draagkracht, draaglast en ondersteuningsbehoefte.

Draagkracht

- Cliënten die op alle drie de draagkracht vragen optimaal scoren (goed functionerend geheugen, betekenisvolle contacten en geen psychische problematiek; alle drie de antwoordopties 1) worden ingedeeld in de groep 'draagkrachtig'.
- Cliënten die op één of meer aspecten lager scoren (antwoordopties 2 en/of 3), worden ingedeeld in de groep 'verminderd draagkrachtig'.

1. **Psychisch functioneren en gedrag**

Antwoordoptie 1)	De cliënt heeft geen psychische- of gedragsproblemen waarvan de cliënt zelf of zijn/haar omgeving problemen ondervindt in het dagelijks leven.
Antwoordoptie 2)	De cliënt heeft één of meerdere lichte psychische- en/of gedragsproblemen waarvan de cliënt zelf of zijn/haar omgeving problemen ondervindt in het dagelijks leven (bijv. voorstadium van dementie, somberheid, zorgen maken, onrustig zijn).
Antwoordoptie 3)	De cliënt heeft één of meerdere zware psychische- en/of gedragsproblemen waarvan de cliënt zelf of zijn/haar omgeving problemen ondervindt in het dagelijks leven (bijv. psychiatrische stoornis, zware depressie, dementie met gedragsproblematiek, zware verslaving, zorgmijding).

2. **Geheugen**

Antwoordoptie 1)	De cliënt heeft geen geheugenproblemen.
Antwoordoptie 2)	De cliënt heeft soms geheugenproblemen (bijv. af en toe vergeetachtig ten gevolge van het ouder worden).
Antwoordoptie 3)	De cliënt heeft vaak/altijd geheugenproblemen.

3. **Sociaal netwerk**

Antwoordoptie 1)	De cliënt heeft betekenisvolle sociale contacten.
Antwoordoptie 2)	De cliënt heeft weinig betekenisvolle sociale contacten.
Antwoordoptie 3)	De cliënt heeft geen betekenisvolle sociale contacten.

Draaglast

Een cliënt wordt standaard ingedeeld in de groep 'geen verhoogde draaglast', behalve in de volgende twee gevallen:

- wanneer er een verslechtering in de toestand wordt verwacht (antwoordoptie 3), ongeacht of de cliënt wel of geen mantelzorg ontvangt; of
- wanneer de toestand naar verwachting stabiel blijft (antwoordoptie 2) en de cliënt géén mantelzorg ontvangt (antwoordoptie 2).

In deze gevallen spreken we van een 'verhoogde draaglast'.

1. **Mantelzorg**

Het gaat hier om onbetaalde zorg door (een) naaste(n) van de cliënt. Het gaat hierbij enkel

om of er mantelzorg aanwezig is, niet om de hoeveelheid mantelzorg.

Antwoordoptie 1)	De cliënt ontvangt mantelzorg.
Antwoordoptie 2)	De cliënt ontvangt geen mantelzorg.

2. Verwachte verloop

Antwoordoptie 1)	De toestand en/of zelfstandigheid van de cliënt zal naar verwachting verbeteren de komende maand.
Antwoordoptie 2)	De toestand en/of zelfstandigheid van de cliënt blijft naar verwachting (relatief) stabiel de komende maand.
Antwoordoptie 3)	De toestand en/of zelfstandigheid van de cliënt zal naar verwachting verslechteren de komende maand.

Ondersteuningsbehoefte (OB)

De ondersteuningsbehoefte wordt bepaald door het combineren van de volgende items:

- Continentie
- Wassen/douchen
- Medicatiegebruik
- Verpleegtechnische zorgvraag (laagcomplex of complexe handeling)

De ondersteuningsbehoefte is een som score van de vier scores op de items. De score loopt van 0 tot maximaal 18 punten.

- lage ondersteuningsbehoefte: score < 4
- gemiddelde ondersteuningsbehoefte: score 4 of 5
- hoge ondersteuningsbehoefte: score 6 of hoger

1. Continentie

		score
Antwoordoptie 1)	De cliënt is volledig continent, zowel voor urine als voor ontlasting.	0
Antwoordoptie 2)	De cliënt is incontinent voor urine.	1
Antwoordoptie 3)	De cliënt is incontinent voor ontlasting.	1
Antwoordoptie 4)	De cliënt is incontinent voor urine én ontlasting.	2

2. Wassen/douchen

		score
Antwoordoptie 1)	De cliënt wast/doucht zich zelfstandig.	0
Antwoordoptie 2)	De cliënt heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig (bijv. aansporing, toezicht of fysieke ondersteuning) om zich te wassen/douchen.	2
Antwoordoptie 3)	De cliënt moet volledig geholpen worden door derden om zich te wassen/douchen.	4

3. Medicatiegebruik

Het bestellen van medicatie valt hier niet onder.

		score
Antwoordoptie 1)	De cliënt heeft geen medicatie of neemt zijn/haar medicatie zelfstandig in.	0
Antwoordoptie 2)	De cliënt heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig (bijv. medicatie aanreiken of klaarzetten, medicatie deels toedienen, aansporing of toezicht) bij het nemen van (een deel van de) medicatie.	2
Antwoordoptie 3)	Het toedienen van alle medicatie moet volledig worden overgenomen door derden.	2

4. Verpleegtechnische zorgvraag

De antwoordopties dienen ingevuld te worden onafhankelijk van of hierbij hulp nodig is van anderen/de zorg die wordt ingezet.

		Score
Antwoordoptie 1)	De cliënt heeft geen verpleegtechnische zorgvraag.	0

		Score
Antwoordoptie 2)	<p>De cliënt heeft wel een verpleegtechnische zorgvraag, namelijk met betrekking tot (meerdere opties mogelijk):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zwachtelen (bijv. compressief zwachtelen) <input type="checkbox"/> Complexe wond(en) (na circa 3 weken nog geen wondsluiting plaatsgevonden/verwacht) <input type="checkbox"/> Sonde (bijv. sondevoeding toedienen) <input type="checkbox"/> Eenmalige- of verblijfskatheter (bijv. blaaskatheterisatie uitvoeren, blaasspoeling) <input type="checkbox"/> Overige blaas- en nierkatheterisatie (bijv. suprapubische katheterisatie, nefrostoma) <input type="checkbox"/> Darmstoma (bijv. stomamateriaal verwisselen) <input type="checkbox"/> Darmspoeling (bijv. structureel klysma toedienen, darmspoeling) <input type="checkbox"/> Injecties (bijv. subcutaan of intramusculair injecteren) (N.b. subcutane injecties bij palliatieve sedatie of pijnbestrijding horen hier niet, deze zorg wordt gedeclareerd onder de prestatiebeschrijvingen voor de hoogcomplexere technische thuiszorg) 	<p>Voor Sonde en Darmspoeling geldt score 2. Voor de andere antwoordopties geldt score 1. De score op dit item (de verpleegtechnische zorgvraag) is een optelsom van de scores van de afzonderlijke antwoordopties. Wanneer alle verpleegtechnische zorgvragen voorkomen dient hier dus een score van 10 te worden opgenomen.</p>

c. De cliëntprofielen

Uit de vragenlijst volgt of de cliënt valt in één van de initiële cliëntprofielen op basis van beantwoording van de drie initiële vragen (artikel 6.3.a). Dit zijn de volgende cliëntprofielen:

- Medische kindzorg thuis
- Palliatief-terminale zorg < 3 maanden
- Geen DKDL beschikbaar
- Tijdelijk profiel (DKDL in kaart brengen)

Uit de DKDL vragen volgt dat de cliënt draagkrachtig of verminderd draagkrachtig is, wel of geen verhoogde draaglast heeft en een hoge, gemiddelde of lage ondersteuningsbehoefte heeft. Hieruit volgen de volgende DKDL cliëntprofielen:

- Profiel DKDL 1: draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, lage ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 2: draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, gemiddelde ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 3: draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, hoge ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 4: draagkrachtig, verhoogde draaglast, lage ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 5: draagkrachtig, verhoogde draaglast, gemiddelde ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 6: draagkrachtig, verhoogde draaglast, hoge ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 7: verminderd draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, lage ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 8: verminderd draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, gemiddelde ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 9: verminderd draagkrachtig, geen verhoogde draaglast, hoge ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 10: verminderd draagkrachtig, verhoogde draaglast, lage ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 11: verminderd draagkrachtig, verhoogde draaglast, gemiddelde ondersteuningsbehoefte
- Profiel DKDL 12: verminderd draagkrachtig, verhoogde draaglast, hoge ondersteuningsbehoefte

4. Administratieverplichting

In de administratie van de zorgaanbieder worden per cliënt opgenomen:

- de gekozen antwoordoptie(s) die volgen uit de initiële vragen van de case-mix vragenlijst (artikel 6.3.a);
- indien uit de initiële vragen volgt dat de DKDL vragen ingevuld dienen te worden, de gekozen antwoordopties bij alle DKDL vragen van de case-mix vragenlijst (artikel 6.3.b).
- het volgens het DKDL model naar voren gekomen cliëntprofiel.

Bovengenoemde onderdelen worden geadmistreerd bij indicatie en bij herindicatie. Dat betekent dat wanneer er voor de betreffende cliënt wijzigingen optreden die aanleiding zijn voor een herindicatie, dit ook een aanleiding is om de gekozen antwoordopties bij de case-mix vragenlijst en een mogelijk gewijzigd cliëntprofiel te administreren.

5. Registratieverplichting

De zorgaanbieder registreert op grond van deze regeling per cliënt het uit het DKDL model naar voren gekomen cliëntprofiel van de cliënt.

Wanneer er voor de betreffende cliënt wijzigingen optreden die aanleiding zijn voor een herindicatie, is dit ook een aanleiding om een mogelijk gewijzigd cliëntprofiel te registreren.

6. Informatieverplichting bij declaratie



Bij de declaratie van de prestatiebeschrijvingen onder 6.1 van deze Regeling wordt het cliëntprofiel (artikel 6.3.c) dat op grond van artikel 6.5 is geregistreerd, vermeld.

7. Uitzondering in geval van privacy bezwaren

De informatieverplichting als genoemd in artikel 5.6 is niet van toepassing wanneer op initiatief van de cliënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring is ondertekend (bijlage 1 bij deze regeling). De zorgaanbieder houdt de privacyverklaring in zijn administratie en stelt die op verzoek van de zorgverzekeraar beschikbaar.

Artikel 7 Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-2205b, ingetrokken.

Artikel 8 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-2205b, 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 2024. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet.

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verpleging en verzorging.

Artikel 9 Voorbehoud

Deze regeling wordt door de NZa vastgesteld onder voorbehoud van het ontvangen van een aanwijzing van de Minister voor Langdurige Zorg inzake het experiment voor bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model. Overeenkomstig de voorhangbrief van de Minister voor Langdurige Zorg aan de Eerste en Tweede Kamer betreffende 'Voorhangbrief doorontwikkeling van bekostiging wijkverpleging op basis van cliëntprofielen volgens het Draagkracht Draaglast model' van 13 juni 2023 met kenmerk 3598198-1048633-CZ en op grond van artikel 8 van de Wmg zal tot het geven van een aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Indien de aanwijzing afwijkt van hetgeen in deze regeling is vastgelegd, zal de NZa een gewijzigde regeling vaststellen die de onderhavige regeling zal vervangen. Indien de NZa geen gewijzigde regeling heeft vastgesteld die de onderhavige regeling vervangt, dan treedt de onderhavige regeling in werking met ingang van 1 januari 2024.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
K. Raaijmakers
wnd. voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Artikelsgewijs

Artikel 4 Administratieverplichtingen

De op basis van deze regeling voorgeschreven registratie van geleverde prestaties en tarieven betreft de declarabele tijd. De declarabele tijd is tijd besteed aan 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.

Onder *volledig* wordt verstaan dat ten minste het zorgplan, de planning en rapportage beschikbaar zijn (in lijn met de richtlijnen van de beroepsgroep) en dat voor elke cliënt de gedeclareerde tijdseenheden in de planning of geleverde tijdseenheden in de tijdsregistratie geregistreerd wordt.

Onder *juist* wordt verstaan dat in de administratie ten minste de juiste cliënt, de juiste declarabele tijdseenheden en de juiste inhoud van de zorg staat vermeld conform de geleverde zorg.

Onder *actueel* wordt ten minste verstaan dat de documenten uit de administratie (zorgplan, planning, rapportages en – wanneer van toepassing – de aftekenlijsten, urenregistraties en factuur) op het moment van zorgverlening van toepassing zijn.

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'. De intentie van deze wijze van registreren is dat de zorgaanbieder hierdoor minder administratieve lasten heeft. De registratie volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' wordt niet verplicht voorgeschreven door de NZa. Ook andere manieren van registratie, zoals tijdregistratie, zijn mogelijk.

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.

Registratie op basis van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' gaat ervan uit dat voor de cliënt door de zorgaanbieder op basis van de zorgvraag een zorgplan wordt opgesteld, vertaald naar de benodigde tijd, en deze vervolgens door de zorgaanbieder wordt 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. 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 (d.w.z. blijvende) 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 cliënt aangepast. Door het actueel houden van de zorgplannen en indicatiestelling wordt geborgd dat de uiteindelijke weergave in de (gecorrigeerde) planning een weergave is van de geleverde zorg.

Ook bij de declaratie van de zorg volgens dit principe geldt dat uit de administratie blijkt welke prestaties, conform de prestatiebeschrijvingen van de NZa, door wie aan welke cliënt 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 cliënt 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 6.1 Reikwijdte

Bij de prestaties voor een langere periode kunnen er binnen die periode meerdere case-mix vragenlijsten zijn afgenomen bij een cliënt, en dus meerdere cliëntprofielen zijn vastgelegd. Welk cliëntprofiel gekozen wordt om mee te sturen met de declaratie is vrij gelaten in de regelgeving: zorgverzekeraars en aanbieders kunnen hier onderling afspraken over maken.

Artikel 6.2 Het DKDL model

Voor een uitgebreidere toelichting en verantwoording van het DKDL model zie ook het NZa verantwoordingsdocument 'Rapportage – verantwoording bekostiging cliëntprofielen verpleging en verzorging'.

Artikel 6.3 De case-mix vragenlijst

Bij artikel 6.3, onderdeel a, initiële vraag 3 '(Nog) geen DKDL beschikbaar' geldt het volgende. Bij gespecialiseerde verpleging kan gedacht worden aan bijvoorbeeld zorg zoals geleverd door diabetesverpleegkundigen, in de situatie waarbij er bij de zorgaanbieder onvoldoende informatie aanwezig is om de DKDL vragen in te kunnen vullen. Zie voor een uitgebreidere toelichting het voormelde NZa verantwoordingsdocument.

Artikel 6.6 Informatieverplichting bij declaratie

De manier waarop het cliëntprofiel door de zorgaanbieder met de declaratie wordt meegestuurd aan de zorgverzekeraar is niet nader gespecificeerd in deze Regeling. Een mogelijkheid hiervoor is het gebruik van een aparte vektiscode per cliëntprofiel voor iedere prestatiebeschrijving. Een andere mogelijkheid is het aanpassen van de declaratiestandaard.

Artikel 6.7 Uitzondering in geval van privacy bezwaren

Wanneer er bij de cliënt privacy bezwaren bestaan om het cliëntprofiel mee te sturen bij de declaratie kunnen de cliënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring ondertekenen. Deze privacyverklaring blijft bij de zorgaanbieder en kan worden opgevraagd door de zorgverzekeraar (artikel 6.7). In dit geval kan bij de declaratie het veld voor het cliëntprofiel leeg blijven of wordt er een neutrale declaratiecode gebruikt.