



Regeling verpleging en verzorging

NR/REG-2604

Vastgesteld op 17 juni 2025

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.

dag:

een dag betreft een kalenderdag.

declaratie:

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

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.

kwartaal:

een kwartaal betreft de periode januari t/m maart, april t/m juni, juli t/m september of oktober t/m december.

maand:

een maand betreft een kalendermaand.

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).

week:

een week betreft de periode van maandag t/m zondag.

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 de administratie en declaratie van geleverde zorg.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die verpleging en verzorging leveren als omschre-



ven in artikel 1 van deze regeling en de prestatiebeschrijvingen genoemd in de Beleidsregel verpleging en verzorging en de Beleidsregel experiment integrale prestaties 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 integrale prestaties 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 integrale prestaties 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 Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-2510, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-2510, 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 2026. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet.

De regeling ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verpleging en verzorging.

Ondertekening

Nederlandse Zorgautoriteit,
G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk
voorzitter Raad van Bestuur



TOELICHTING

Artikelsgewijs

Artikel 4 en 5 Administratieverplichtingen en declaratiebepalingen

De NZa heeft de bevoegdheid om in een aantal gevallen nadere regels te stellen. Het betreft onder meer regels van administratief-technische aard. 'De opdracht aan de zorgautoriteit om regels te stellen over de inrichting van de administratie, de bekendmaking van tarieven, prestaties, producten en diensten door zorgaanbieders en de inrichting van declaraties vindt zijn grondslag in het feit dat voor op maat toegesneden regelingen specifieke deskundigheid noodzakelijk is en dat de zorgautoriteit daarover beschikt mede als gevolg van de uitvoering van haar (overige) wettelijk opgedragen taken.'¹

In de Wmg zijn in artikel 36, eerste lid, een aantal basisvereisten opgenomen over de administratie van onder meer zorgaanbieders (o.a. over geleverde prestaties en de tarieven die daarvoor zijn ontvangen). Meer specifieke verplichtingen kunnen door de NZa in nadere regels worden opgenomen. Hier is bewust voor gekozen vanwege de diversiteit in categorieën zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De regels van de NZa kunnen in een nadere invulling voorzien die op maat op de bedrijfsvoering van betrokken partijen is toegesneden.²

Op grond van artikel 37 Wmg kan de NZa regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij om declaratie- of factureringsvoorschriften.

Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

De doelen van deze regeling zijn daarmee:

- De op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen te specificeren teneinde inzichtelijke, rechtmatige declaraties te bevorderen en dubbele declaraties te voorkomen;
- De juistheid, betrouwbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie en interne controle van de zorgaanbieder en van de door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar te verstrekken gegevens te borgen;
- Deze gegevens kunnen door de zorgverzekeraars gebruikt worden bij de formele en materiële controles.

De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben verschillende taken en plichten. In eerste instantie bepaalt de zorgverzekeraar of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zvw valt en dus vergoed mag worden. Daarnaast hebben zij een zorgplicht. Dat betekent dat zij moeten zorgen dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en afstand de zorg kan krijgen die nodig is. De zorgverzekeraars moeten deze zorg dus inkopen. Hiertoe worden er contracten afgesloten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In hun inkoopbeleid moeten ze rekening houden met de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Om deze taken goed uit te voeren zijn gegevens nodig over de zorg die geleverd wordt aan cliënten. Bijvoorbeeld om contracten af te sluiten die een goede balans bevatten ten aanzien van de hierboven genoemde publieke belangen, en dus leiden tot passende zorg. Deze gegevens zijn in de praktijk afkomstig van de zorgaanbieders die de zorg leveren. De gegevens worden via de declaraties naar de zorgverzekeraars gestuurd. De NZa ontvangt deze gegevens ook van de zorgverzekeraars, al dan niet via Vektis.

De NZa regels helpen daarmee deze gegevens op eenduidige wijze vorm te geven.

Informatieplicht, privacyverklaring NZa en FAQ

In de keten van zorgaanbieder, zorgverzekeraar en NZa rust op zowel de zorgaanbieder, de ziektekostenverzekeraars en de NZa een informatieplicht op grond van de AVG. Zij dienen informatie beschikbaar te stellen voor betrokkenen over de verwerking van persoonsgegevens binnen hun organisatie.

Nu bij de NZa de in de onderhavige regeling genoemde gegevens niet direct bij de betrokkene op wie de gegevens betrekking hebben worden verzameld, dienen deze betrokkenen op grond van artikel 14 AVG te worden geïnformeerd. Hierop gelden een aantal uitzonderingen. Het is voor de NZa praktisch onmogelijk om alle betrokkenen te informeren. De NZa ontvangt alleen gepseudonimiseerde

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 59–60.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3, p. 62.



gegevens, waardoor niet kan worden gezien wie moet worden geïnformeerd (artikel 14, vijfde lid, onderdeel b, AVG). Daarnaast volgt de gegevensverwerking uit lidstatelijk recht (artikel 14, vijfde lid, onderdeel c, AVG). Ondanks de uitzonderingen tracht de NZa om betrokkenen zo goed mogelijk van informatie te voorzien.

De wijze waarop de NZa omgaat met de rechten van betrokkenen (zoals de cliënt van een zorgaanbieder) is ook vastgelegd in haar privacyverklaring. Deze is te vinden op de website van de NZa. In deze verklaring is te lezen dat een betrokkene zich kan beroepen op zijn of haar rechten uit hoofde van de AVG, alsmede wat deze rechten inhouden én hoe een betrokkene zich op deze rechten kan beroepen.

Tevens heeft de NZa op haar website een FAQ geplaatst met vragen en antwoorden over de verwerking van persoonsgegevens door de NZa.^{NaN}

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.