



Regeling verpleging en verzorging

Vastgesteld op 23 juni 2026
NR/REG-2710

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 omschreven 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. Conform artikel 36, eerste lid, Wmg voeren zorgaanbieders een administratie waaruit blijkt aan welke patiënt, welke prestaties, wanneer zijn geleverd. Tevens blijkt uit die administratie welke tarieven daarvoor in rekening zijn gebracht en welke betalingen daarvoor zijn verricht of ontvangen.



2.
 - a. De administratieve organisatie van de zorgaanbieder is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. Te allen tijde moet mogelijk zijn om vastlegging van de uitgevoerde zorgtrajecten op volledigheid, juistheid en actualiteit te controleren.
 - b. De geleverde zorg moet, als gevolg van de 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.
3. Zorgplan = planning = realisatie, tenzij
Zorgaanbieders die registreren en declareren volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' kunnen voor de verplichtingen in artikel 4.2 aansluiten bij de (gecorrigeerde) planning. Er wordt van deze zorgaanbieders geen verantwoording gevraagd in het zorgplan, de voortgangsrapportage of op welke wijze dan ook, met feitelijk geleverde minuteninzet, buiten de (gecorrigeerde) planning. De geleverde zorg is navolgbaar in de vastleggingen binnen het primair zorgproces terug te vinden. Dit betreft de zorginhoud en niet de feitelijk geleverde minuteninzet.
4. Onderlinge dienstverlening
 - a. 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.
 - b. 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.
5. De zorgaanbieder neemt in zijn administratie klachten op, 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.

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. De declaratie van de prestaties verpleging en verzorging, als bedoeld in de Beleidsregel verpleging en verzorging en de Beleidsregel experiment integrale prestaties 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 tarief per prestatie en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode; en
 - De AGB-code van de declarerende zorgaanbieder.
3. De declaratie van de prestatie Beloning op maat vindt plaats op cliëntniveau. De declaratie bestaat uit:
 - een overzicht van het aantal eenheden (de eenheid is vrij te bepalen);
 - het daarbij gehanteerde tarief; en
 - het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.
4. De declaratie van de volgende prestaties vindt 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.
 - Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht- en weekendzorg;
 - Centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging; en
 - Keten zorg dementie.
5. *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 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.



6. 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-2604, ingetrokken.

Artikel 7 Toepasselijkheid voorafgaande regeling, bekendmaking, inwerkingtreding en citeertitel

Toepasselijkheid voorafgaande regeling

De Regeling verpleging en verzorging, met kenmerk NR/REG-2604, 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 2027. 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.

*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. In de memorie van toelichting bij de Wmg wordt hierover het volgende opgemerkt: '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 artikel 36, eerste lid, Wmg zijn enkele basisvereisten opgenomen met betrekking tot de administratie van onder meer zorgaanbieders. Deze betreffen onder andere de vastlegging van geleverde prestaties en de bijbehorende ontvangen tarieven. Meer specifieke verplichtingen kunnen door de NZa in nadere regels worden opgenomen. Hier is bewust voor gekozen vanwege de diversiteit aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De regels van de NZa bieden zo een nadere invulling die aansluit bij de bedrijfsvoering van betrokken partijen.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 over de wijze waarop zorgaanbieders rekeningen specificeren voor geleverde zorgprestaties.

De doelen van deze regeling zijn daarmee:

- het specificeren van rekeningen met betrekking tot verrichte prestaties, ter bevordering van inzichtelijke en rechtmatige declaraties en ter voorkoming van dubbele declaraties (art. 38, derde lid, onderdeel b, Wmg);
- het borgen van de vergelijkbaarheid, inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie van zorgaanbieders (art. 36, derde lid, onderdeel a, Wmg);
- het declaratie- en betalingsverkeer stroomlijnen en beperking van de administratieve lasten, onlosmakelijk verbonden met de regels van de NZa over de bekostiging van zorg (art. 37, Wmg).

De gegevens die op grond van onderhavige regeling worden verwerkt zijn in de praktijk afkomstig van de zorgaanbieders die de zorg leveren. De gegevens worden o.a. via de declaraties naar de zorgverzekeraars gestuurd. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, die daarbij verschillende wettelijke taken en bevoegdheden hebben. Deze taken en bevoegdheden houden verband met artikel 27, 35, derde lid en 36, van de Wmg. Om deze taken en plichten goed uit te kunnen voeren is informatie nodig over de zorg die geleverd wordt aan cliënten.

De NZa ontvangt deze gegevens ook van de zorgverzekeraars, al dan niet via Vektis. De regels van de NZa zorgen er onder meer voor dat deze gegevens op eenduidige wijze worden vastgelegd en uitgewisseld.

Informatieplicht, privacyverklaring NZa en FAQ

In de keten van zorgaanbieder, zorgverzekeraar en NZa rust op zowel de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar als 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. Omdat elke partij binnen deze keten andere wettelijke verplichtingen en bevoegdheden heeft, is het gevolg dat elke partij ook andere (persoons)gegevens kan opvragen. Dit maakt de informatieplicht aan betrokkenen des te belangrijker.

Omdat de in deze regeling genoemde gegevens niet rechtstreeks bij de betrokkene worden verzameld, moeten betrokkenen op grond van artikel 14 AVG worden geïnformeerd. Op deze verplichting gelden enkele uitzonderingen. Het is voor de NZa praktisch onmogelijk om alle betrokkenen rechtstreeks te informeren. De NZa ontvangt alleen gepseudonimiseerde gegevens, waardoor niet zichtbaar is wie

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.

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 deze uitzonderingen doet de NZa haar best om betrokkenen zo goed mogelijk te informeren.

De manier waarop de NZa omgaat met de rechten van betrokkenen (zoals cliënten van zorgaanbieders) is beschreven in haar privacyverklaring, die te vinden is op de website van de NZa. In deze verklaring staat onder meer dat betrokkenen zich kunnen beroepen op hun rechten op grond van de AVG, wat deze rechten inhouden en hoe zij deze rechten kunnen uitoefenen.

Daarnaast heeft de NZa op haar website een FAQ gepubliceerd met vragen en antwoorden over de verwerking van persoonsgegevens door de NZa.³

Artikel 4.1 Administratieverplichtingen

De bepalingen in dit artikel gelden voor alle zorgaanbieders, zowel gecontracteerd als ongecontracteerd.

De op basis van deze regeling voorgeschreven administratie van geleverde prestaties en tarieven betreft de declarabele tijd. De declarabele tijd is tijd besteed aan directe zorgverlening, zoals beschreven in deze regeling.

Artikel 4.2

- a. 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. De invulling van de audit-trail kan verschillen afhankelijk van de gekozen werkwijze voor administratie. 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.
- b. Navolgbaar 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. Er is deels overlap met artikel 4.2.a De meerwaarde van onderdeel b is dat er aandacht is voor de inhoud van de geleverde zorg. Als de rapportage geen verklaring biedt voor verschillen tussen – aan de ene kant – de planning en de declaraties en – aan de andere kant – de indicatie, is bijvoorbeeld geen audit-trail mogelijk.

Is in het kader van de audit-trail van belang te weten wie (welke zorgverlener) de zorg heeft geleverd?

In beginsel biedt een juiste en volledige administratie (ook) inzicht in de vraag wie de zorg heeft verleend en aan wie, namelijk op basis van een planning/rooster. Ook in het kader van de audit-trail en een juiste administratie wordt er onder meer gekeken of de aansluiting kan worden gemaakt van een realistisch rooster naar de praktijk (een zorgverlener kan niet op twee plekken tegelijk zijn). Dit mede in het kader van het toezicht op artikel 36 Wmg door de NZa.

Door veldpartijen is aangegeven dat over het algemeen uit de (route)planning een koppeling te leggen is tussen de gedeclareerde zorg op cliëntniveau en de zorgverlener die deze zorg heeft geleverd. Echter is ook aangegeven dat er uitzonderingssituaties zijn waardoor dit niet altijd blijkt. Gedacht kan worden aan:

- Verplaatste directe contacttijd op kantoor: deze wordt vooraf ingeschat, maar welke medewerker wanneer hier invulling aan geeft, is daar niet (rooster technisch) aan gekoppeld.
- Calamiteiten zoals ziekte of een cliënt die onwel wordt. Op zo’n moment kan een zorgverlener de zorg in de route oppakken, is er een verdeling, of wordt een extern iemand ingehuurd. De planning wordt dan niet altijd aangepast.

In deze gevallen maakt de zorgaanbieder inzichtelijk waarom sprake is van een uitzondering, bijvoorbeeld op basis van het rooster of relevante rapportages.

³ www.nza.nl



Artikel 4.3

In 2018 is, ter vermindering van de administratieve lasten zoals bij minutenregistratie, de Handreiking registratiwijze 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' ondertekend. Hierin is opgenomen dat zorgaanbieders volgens het principe van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' zorg kunnen registreren en declareren. In deze handreiking is opgenomen:

'De basis voor de declaratie is de (gecorrigeerde) planning. De basis voor deze planning is de tijdsindicatie gebaseerd op het zorgplan en latere input vanuit de werkelijke zorgverlening, waarvoor de zorginhoudelijke onderbouwing terug te vinden is in de voortgangsrapportage. Er wordt geen verantwoording gevraagd in het zorgplan, de voortgangsrapportage of op welke wijze dan ook, met feitelijk geleverde minuteninzet, buiten de (gecorrigeerde) planning. De geleverde zorg is navolgbaar in de vastleggingen binnen het primair zorgproces terug te vinden. Dit betreft de zorginhoud en niet de feitelijk geleverde minuteninzet.'

Artikel 4.5 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 5.5 Afronding

Bij de afronding maakt het geen verschil of de zorgaanbieder wel of niet voor de registratie en administratie via de methodiek van 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' werkt. Wanneer de zorgverlener werkt volgens het principe 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij', kunnen de (gecorrigeerde) plannings worden gebruikt ter verantwoording van de gedeclareerde zorg.

Voorbeelden

- Voor dertien minuten geleverde zorg wordt vijftien minuten gedeclareerd.
- Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.