

Aan het bestuur van:

- algemene ziekenhuizen (010);
- ActiZ, Alzheimer NL, BTN, NPCF, VGVK, VNG, V&VN, ZN;
- Zorgverzekeraars.

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Directie Zorgmarkten Cure

Telefoonnummer

088 – 770 8770

E-mailadres

vragencure@nza.nl

Kenmerk

CI/15/36c

135439/192346

Onderwerp

Regelgeving Verpleging en verzorging 2016

Datum

21 juli 2015

In deze circulaire geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitleg over de beleidsregels en regelingen rondom verpleging en verzorging in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor 2016. Specifiek gaan wij in op de wijzigingen ten opzichte van 2015.

Geachte heer, mevrouw,

In deze circulaire geeft de NZa uitleg over de prestaties en tarieven voor verpleging en verzorging in de Zvw voor het jaar 2016.

De regelgeving voor 2016 is op 16 juli 2015 door de Raad van Bestuur van de NZa vastgesteld.

Het gaat om de volgende regels en tariefbeschikkingen:

- Beleidsregel Verpleging en verzorging, BR/CU-7138;
- Nadere regel Verpleging en verzorging, NR/CU-733;
- Tariefbeschikking Verpleging en verzorging, TB/CU-7119-01;
- Beleidsregel Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, AL/BR-0040;
- Tariefbeschikking Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg, TB/CU-7120-01;
- Beleidsregel Ketenzorg dementie Zvw, BR/CU-7139;
- Beleidsregel Experiment regelarme instellingen Zvw, BR/CU-7140;
- Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging, BR/CU-7142; en
- Tarief- en prestatiebeschrijvingbeschikking Experiment bekostiging verpleging en verzorging, TB/CU-7121-01.

De beleidsregel, nadere regel en tariefbeschikking voor het Macrobeheersinstrument 2016 stelt de NZa op een later tijdstip vast.

Kenmerk
CI-15-36c

De beleidsregels en nadere regels voor "Verpleging en verzorging" en "Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg" en het "Experiment bekostiging verpleging en verzorging" hebben een ingangsdatum van 1 januari 2016.

Pagina
2 van 6

Voor de beleidsregels "Ketenzorg dementie Zvw" en "Experiment regelarme instellingen" geldt dat deze regels onmiddellijk in werking treden. Op enkele tekstuele wijzigingen na zijn deze beleidsregels inhoudelijk gelijk aan het beleid in 2015.

Alle regels staan ook op onze website: www.nza.nl. Wij vragen u deze informatie met uw achterban te delen.

In het vervolg van deze circulaire lichten wij toe hoe het beleid tot stand is gekomen en wat de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2015 zijn. Naast de in deze circulaire beschreven wijzigingen, hebben wij ook kleine wijzigingen doorgevoerd. Hiervoor verwijzen wij u naar de regelgeving en in het bijzonder de toelichting in de beleidsregels en nadere regels.

Totstandkoming beleid

In de voorhangbrief bekostiging wijkverpleging van 19 mei 2015 en de aanwijzing van 9 juli 2015 heeft de Staatssecretaris van VWS de veranderingen in de bekostiging in 2016 beschreven. In grote lijnen blijft de bekostiging hetzelfde als in 2015, maar er komt wel meer vrije ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aanvullend afspraken te maken. Hiervoor worden drie nieuwe prestaties aan het bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging toegevoegd. Dit zijn de prestaties 'beloning op maat', 'regionale beschikbaarheidsvoorziening voor onplanbare zorg' en het 'experiment bekostiging verpleging en verzorging'.

De andere prestaties zoals in 2015 vastgesteld onder de beleidsregels "Verpleging en verzorging", "Ketenzorg dementie Zvw", "Experiment regelarme instellingen", "Regiefunctie complexe wondzorg" en "Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg" blijven bestaan.

Over de vast te stellen regelgeving is in technisch overleggen en schriftelijke consultatierondes afgestemd met partijen. Naast de uitwerking van de nieuwe prestaties is stilgestaan bij knelpunten in de bestaande regelgeving. Waar nodig hebben wij bestaande regelgeving verhelderd/aangescherpt.

Prestatie 'beloning op maat'

De prestatie 'beloning op maat' is nieuw en biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders een grote mate van ruimte om aanvullende afspraken te maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg. Deze prestatie biedt partijen de ruimte om op lokaal niveau afspraken te maken over beloning.

De prestatie heeft een vrij tarief en wordt op patiëntniveau in rekening gebracht. Verder kan de prestatie alleen gedeclareerd worden als er een overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde.

Kenmerk
CI-15-36c
Pagina
3 van 6

Partijen zijn vrij in hun keuze voor beloningsafspraken en op welke manier zij dit vormgeven. Zo kan er gedacht worden aan een beloning omdat er zorg wordt geleverd aan een relatief zware patiëntenpopulatie, omdat een bepaalde innovatie wordt ingezet, of vanwege bepaalde uitkomsten. Qua vormgeving kan men bijvoorbeeld denken aan een beloning per uur gedeclareerde zorg of een bedrag per patiënt per maand. De declaratie van de prestatie 'beloning op maat' vindt plaats op patiëntniveau .

Deze prestatie is te vinden in de beleidsregel en nadere regel "Verpleging en verzorging" (BR/CU-7138 en NR/CU-733).

Prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg'

Met de nieuwe prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' worden de infrastructurele en personele voorzieningen bekostigd die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Dit kan bestaan uit de componenten bereikbaarheid en/of beschikbaarheid. Het gaat hier om kosten die niet bekostigd worden vanuit de uren verpleging en verzorging. De daadwerkelijk aan de patiënt geleverde uren zorg worden dus niet bekostigd met de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg'.

Voor deze prestatie geldt een vrij tarief en de voorwaarde van een overeenkomst alvorens deze prestatie gedeclareerd kan worden. Het stelt zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat om maatwerk te bieden en tegemoet te komen aan regionale variatie. De declaratie van de prestatie 'regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg' vindt plaats op prestatieniveau.

Deze prestatie is te vinden in de beleidsregel en nadere regel "Verpleging en verzorging" (BR/CU-7138 en NR/CU-733).

Experiment bekostiging verpleging en verzorging

Het experiment bekostiging verpleging en verzorging maakt het in 2016 mogelijk om een experiment aan te gaan waarbij voor de individueel toewijsbare zorg kan worden afgeweken van de reguliere bekostiging van verpleging en verzorging. Er kan een vast bedrag per patiënt afgesproken worden op basis van de samenstelling van de populatie.

Om gebruik te maken van de ruimte die het experiment biedt moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar hierover eerst een overeenkomst sluiten. Binnen de kaders die de regelgeving voor dit experiment stelt, spreken de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in deze overeenkomst af hoe de prestatie onder het experiment precies wordt vormgegeven en welk tarief hierbij wordt gehanteerd.

Wanneer de overeenkomst is gesloten en aan de voorwaarden die zijn gesteld voor deelname aan het experiment is voldaan, kan de zorgaanbieder de geleverde verpleging en verzorging in rekening brengen door de prestatie Experiment bekostiging verpleging en verzorging te declareren tegen het overeengekomen tarief.

Kenmerk
CI-15-36c

Pagina
4 van 6

In het kader van de evaluatie van het experiment vraagt de NZa zowel rond de start van het experiment als tijdens en/of na afloop een aantal gegevens op bij de zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders.

Aanvullende voorwaarden en declaratiebepalingen kunt u in de beleidsregel "Experiment bekostiging verpleging en verzorging" en de nadere regel "Verpleging en verzorging" (BR/CU-7142 en NR/CU-733) vinden. Daarnaast heeft de NZa de tarief- en prestatiebeschrijvingbeschikking Experiment bekostiging verpleging en verzorging (TB/CU-7121-01) vastgesteld.

Overige wijzigingen

Op sommige punten is de bestaande regelgeving ter verduidelijking aangescherpt. Dit naar aanleiding van vragen uit het veld. Een aantal van deze punten lichten wij hier toe.

Afronding

De NZa stelt de tarieven voor verpleging en verzorging met een eenheid per uur vast. Het komt echter 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. Hiermee wordt voorkomen dat wanneer men bijvoorbeeld zeventien minuten zorg levert, een volledig uur in rekening wordt gebracht.

Het moment van afronding was niet nader bepaald in ons beleid. Om te voorkomen dat hier verschillend mee om wordt gegaan hebben partijen ons verzocht dit nader te specificeren. In de nadere regel is hierom toegevoegd dat afronding plaatsvindt per declaratieperiode. Dit betekent dat er wordt afgerond op het moment dat de declaratie plaatsvindt en niet per zorgmoment.

Net als in 2015 wordt voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, wordt er voorgeschreven dat er wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten mag declareren. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg

Voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg kan een maximaal aantal extra uren in rekening worden gebracht, bovenop de daadwerkelijk geleverde uren directe contacttijd. Deze extra uren zijn bedoeld als een vergoeding voor extra kosten die gemaakt zijn in het kader van beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg.

Ook zijn ze bedoeld om de met beeldschermcommunicatie en farmaceutische telegeneeskunde behaalde doelmatigheidswinst, ook ten voordele van de zorgaanbieder te laten komen, zodat de doelmatigheidswinst niet uitsluitend als een vermindering van omzet wordt ervaren. Deze regeling wordt in 2016 gecontinueerd.

Kenmerk
CI-15-36c

Pagina
5 van 6

De declaratiebepalingen voor het in rekening brengen van de extra uren zijn wel aangepast. De extra uren ter vergoeding van beeldschermcommunicatie en farmaceutische telegeneeskunde, niet zijnde de uren directe contacttijd, moeten voortaan in de declaratie apart inzichtelijk zijn.

Net als voorheen moet een zorgaanbieder een overeenkomst hebben gesloten met de zorgverzekeraar van de desbetreffende verzekerde om de extra uren voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telegeneeskunde in rekening te brengen.

Wijkgericht werken

Eén van de declaratiebepalingen voor de prestatie 'wijkgericht werken' is aangepast. Een zorgaanbieder mag de prestatie 'wijkgericht werken' alleen declareren als de zorgaanbieder ook een contract heeft gesloten voor toewijsbare verpleging en/of verzorging met een zorgverzekeraar. Op deze manier blijft de gewenste koppeling tussen wijkgericht werken en de toewijsbare verpleging en verzorging geborgd.

Uur directe zorgverlening

In de toelichting van de nadere regel "Verpleging en verzorging" wordt de term 'uur directe zorgverlening' nader beschreven. Hierover hebben wij van partijen verschillende vragen ontvangen met betrekking tot indicatiestelling en coördinatie. Ter verduidelijking hebben wij nu specifiek benoemd dat de tijd besteed aan indicatiestelling onder de definitie van een uur directe zorgverlening valt.

Coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers valt net als in voorgaande jaren en in de Wlz niet onder de definitie van directe zorgverlening. De coördinerende taken zijn verwerkt in de tarieven en kunnen hierom niet apart in rekening worden gebracht.

Persoonsgebonden budget (pgb)

In de toelichting van zowel de beleidsregel als de nadere regel "Verpleging en verzorging" hebben wij de tekst rondom pgb-zorgverleners verduidelijkt.

Hiermee geven wij aan dat de prestatie- en tariefregulering voor verpleging en verzorging ook geldt wanneer deze zorg wordt geleverd in het kader van een pgb. Dit geldt alleen wanneer de zorg wordt geleverd door een Wmg-zorgaanbieder, een natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

Voor zorgaanbieders die niet onder deze definitie vallen en zorg leveren in het kader van een pgb geldt onze prestatie- en tariefregulering niet.

Intensieve kindzorg

De regeling voor intensieve kindzorg is voor 2016 aangepast op het punt van vervoer. De kosten voor vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf kunnen in 2015 met de prestaties voor verpleging en verzorging in rekening worden gebracht. Vanaf 2016 vallen deze vervoerskosten buiten onze prestatie- en tariefregulering en is dit dus niet langer mogelijk. Vervoer zal worden bekostigd op basis van artikel 2.14 Bzv, zittend ziekenvervoer. In het kader van de politieke besluitvorming over deze wijziging in artikel 2.14 Bzv heeft de NZa haar regelgeving onder voorbehoud vastgesteld.

Kenmerk
CI-15-36c
Pagina
6 van 6

Er is voor de kinderspices een kostenonderzoek in gang gezet om te komen tot passende prestaties en tarieven. Dit kan mogelijk leiden tot een aanpassing in de tarief- en prestatiestructuur later dit jaar. Mocht dit inderdaad het geval zijn dan wordt u hier nader over geïnformeerd.

Heeft u vragen?

Wanneer u naar aanleiding van deze circulaire vragen heeft, dan kunt u deze per e-mail sturen naar vragecure@nza.nl of contact opnemen via bovengenoemd telefoonnummer.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J. Rijneveld
wnd. unitmanager Eerstelijns Zorg en Ketens