

Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging - TB/REG-21607-01

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_314011_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldend vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021.

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging - TB/REG-21607-01

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_314011_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Tarieven en prestaties

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldig vanaf: 01-01-2021 tot en met 31-12-2021

Laatste wijziging: 07-07-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_314011_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 07-07-2020

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Wijkverpleging

Inhoudsopgave

Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging TB/REG-21607-01..... 5

Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging - TB/ REG-21607-01

Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging TB/ REG-21607-01

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Nummer | Datum inwerkingtreding | |
| TB/REG 21607-01 | 1 januari 2021 1 januari 2021 | |
| Datum ondertekening | Geldig tot | Behandeld door |
| 7 juli 2020 | 1 januari 2022 | directie Regeling |

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft met inachtneming van Hoofdstuk 4, paragrafen 4.2 en 4.4, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg),

en meer in het bijzonder:

artikel 35, artikel 50, eerste lid jo artikel 51, 52 en 53, van de Wmg,

alsmede de beleidsregel:

Beleidsregel verpleging en verzorging,

en de regeling:

Regeling verpleging en verzorging,

besloten:

dat rechtsgeldig,

door:

zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c onder 1°, van de Wmg die verpleging en verzorging leveren zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv);
en zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c onder 2°, van de Wmg (factormaatschappijen)

aan:

ziektkostenverzekeraars, (niet-)verzekerden

¹ en zorgaanbieders,

in rekening mag worden gebracht:

1 Voor de toepassing van deze tariefbeschikking wordt een persoon, die:
- krachtens de sociale ziektekostenwetgeving van een andere staat verzekerd is en
- in Nederland woont of hier tijdelijk verblijft en
- krachtens een Verordening van de Raad van de Europese Unie, dan wel krachtens een door Nederland ondertekend bilateraal of multilateraal verdrag, recht heeft op verstrekkingen overeenkomstig het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz), gelijk gesteld met een Zorgverzekeringswet- respectievelijk Wlz-verzekerde.

de in voornoemde beleidsregel omschreven prestaties en de bijbehorende tarieven (in euro's) zoals opgenomen in onderstaande tabel, met inachtneming van de hierna genoemde voorwaarden, voorschriften en beperkingen alsmede de voorwaarden, voorschriften en beperkingen genoemd in de van toepassing zijnde beleidsregel en regeling.

| Prestatie | Tarief |
|--|-----------------------------------|
| Persoonlijke verzorging | € 58,74 per uur maximaal |
| Oproepbare verzorging | € 62,91 per uur maximaal |
| Verpleging | € 76,39 per uur maximaal |
| Oproepbare verpleging | € 81,83 per uur maximaal |
| Gespecialiseerde verpleging | € 95,81 per uur maximaal |
| Advies, instructie en voorlichting (AIV) | € 93,22 per uur maximaal |
| Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar | € 95,81 per uur maximaal |
| Thuiszorgtechnologie | € [tarief VP/PV] per uur maximaal |
| Ketenzorg dementie | Vrij tarief |
| Beloning op maat | Vrij tarief |
| Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg | Vrij tarief |
| Onderlinge dienstverlening | Vrij tarief |

Aanvullende voorschriften en beperkingen

Tariefsoort

Het tarief van de prestaties persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging, advies, instructie en voorlichting (AIV) en verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar is een maximumtarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg. Het maximumtarief is verbonden aan de tijdseenheid van een uur. Declaratie volgens geleverde tijd en (maximum)tarief, vindt plaats in eenheden van een uur.

Het tarief van de prestaties ketenzorg dementie, beloning op maat, regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg en onderlinge dienstverlening, is een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg. Ook de eenheid waarin de prestaties ketenzorg dementie, beloning op maat en regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg wordt gedeclareerd, is vrij.

Afronding tijdseenheid

Voor prestaties met een maximumtarief 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 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.

Afronding tijdseenheid AIV in groepsverband

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

Afronding bedragen bij contante betalingen

In het contante betalingsverkeer mogen de totaal te betalen bedragen (dus na sommingen) afgerond worden op het dichtstbijzijnde veelvoud van € 0,05. Voorwaarde is dat de zorgaanbieder of zorgverzekeraar duidelijk aangeeft dat contante bedragen worden afgerond.

Prestatie thuiszorgtechnologie

De prestatie thuiszorgtechnologie kan slechts in rekening gebracht worden voor zover voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst is afgesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. 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.

Prestatie ketenzorg dementie

De prestatie ketenzorg dementie kan slechts in rekening gebracht worden voor zover voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst is afgesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieder declareert de prestatie ketenzorg dementie aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.

Prestatie beloning op maat

De prestatie beloning op maat kan 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. Verder mag een zorgaanbieder die de prestatie beloning op maat levert, die prestatie alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

Prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg

De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg kan slechts in rekening worden gebracht voor zover daartoe voorafgaand aan de declaratie een schriftelijke overeenkomst is afgesloten tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieder declareert de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.

De prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg mag alleen gedeclareerd worden als de zorgaanbieder tevens individueel toewijsbare verpleging en/of verzorging levert en declareert.

Reikwijdte

De verpleging en verzorging waar deze tariefbeschikking op toeziet, betreft alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zvw valt.

Intrekken oude prestatie- en tariefbeschikking

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze prestatie- en tariefbeschikking wordt de Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging, met kenmerk TB/REG-20614-01, ingetrokken.

Toepasselijkheid voorafgaande prestatie- en tariefbeschikking

De prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging, met kenmerk TB/REG-20614-01, blijft van toepassing op feiten en aangelegenheden die onder de werkingssfeer van die prestatie- en tariefbeschikking vielen en die betrekking hebben op de periode waarvoor die prestatie- en tariefbeschikking gold.

Inwerkingtreding

Deze prestatie- en tariefbeschikking treedt in werking met ingang van 1 januari 2021 en vervalt met ingang van 1 januari 2022.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel d, van de Wmg zal van de vaststelling van deze tariefbeschikking mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Citeertitel

Deze prestatie- en tariefbeschikking wordt aangehaald als: Prestatie- en tariefbeschikking verpleging en verzorging.

Bezwaar

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken na verzending/bekendmaking van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: per post of per fax. Het is niet mogelijk uw bezwaar via de e-mail in te dienen.

Adres:

Nederlandse Zorgautoriteit

t.a.v. unit Juridische Zaken

Postbus 3017

3502 GA UTRECHT

(In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift)

Fax: 030 – 296 82 96

Het bezwaar dient volgens artikel 6:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en dient ten minste de volgende gegevens te bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt;
- de gronden (onderbouwing) van het bezwaar.

Wij verzoeken u een kopie van dit besluit bij te voegen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. J. Rijnveld
unitmanager Eerstelijnszorg