

FAQ – Afschaffen minutenregistratie wijkverpleging



Zorgplan – Dossier en voortgangsrapportage

Q: Hoe kan ik het zorgplan direct koppelen aan de planning?

A: Afhankelijk van het softwaresysteem kunnen gegevens uit het zorgplan direct worden gebruikt voor de planning. Een goed werkend softwaresysteem is hiervoor wel randvoorwaardelijk.



Planning – Minutenregistratie

Q: Wat moet een wijkverpleegkundige doen bij een wijziging van de planning?

A: Het uitgangspunt is dat wijkverpleegkundigen zoveel mogelijk zorginhoudelijk registreren en zo min mogelijk administratief. In principe zo min mogelijk, maar dit is mede afhankelijk van het (administratieve) proces van de zorgaanbieder. Gebruik hiervoor de AO/IB om vast te leggen wat een wijkverpleegkundige wel en niet doet en stem dit af binnen de organisatie.

Q: Wat doe je als er 40 minuten meer zorg wordt geleverd op een dag en dit niet is toe te wijzen aan een specifieke cliënt?

A: In de handreiking “registratiewijze zorgplan = planning = realisatie, tenzij”, staat deze situatie uitgelegd. Wat hierbij van belang is, is dat in deze situatie niet meer specifiek aan cliënten wordt toegewezen, maar wordt verdeeld over de cliënten. Dit met als doel de administratieve lasten te verminderen. Dit moet wel ondersteund worden door het administratieve proces binnen de organisatie.

Q: Wat doe je als er 40 minuten minder zorg wordt geleverd op een dag en dit niet is toe te wijzen aan een specifieke cliënten?

A: In principe hetzelfde als bij de bovenstaande vraag, maar dan wordt het aantal minuten evenredig in mindering gebracht over het aantal cliënten.



Declaratie en controle – Zorgverzekeraar

Q: Mag ik dagelijks hetzelfde aantal minuten declareren bij de zorgverzekeraar?

A: Wanneer het zorgplan en/of de planning niet wijzigt, dan blijft de realisatie (en daarmee de declaratie) hetzelfde. Dit is conform de registratiewijze ‘zorgplan = planning = registratie, tenzij’.

Q: Moet ik iedere minuut die ik daadwerkelijk heb geleverd kunnen verantwoorden?

A: Met de komst van de registratiewijze ‘zorgplan = planning = realisatie, tenzij’, is geen exacte gelijkheid meer nodig. Wel moet er een logische samenhang tussen de zorginhoudelijke verslaglegging en de declaratie zijn (navolgbaarheid). De kwaliteit van de planning dient zodanig te zijn dat de plussen en de minnen elkaar compenseren en aanpassing naar de werkelijkheid niet nodig is.

Q: Maar wat als mijn zorgverzekeraar nog steeds op de minuut controleert?

A: Dit is dus een belangrijke omslag vanuit het convenant die wij in de zorg mét de zorgverzekeraars moeten maken. Wijs de zorgverzekeraar op het convenant en betrek indien nodig ook Zorgthuisnl hierbij.

Over voorgaande jaren – waarin nog niet geregistreerd en gedeclareerd conform de nieuwe registratiewijze is – kunnen zorgverzekeraars uiteraard wel nog controleren op werkelijke tijdsinzet.

Q: Is de controle bij niet-gecontracteerde zorg hetzelfde als bij gecontracteerde zorg?

A: In principe staat de registratiewijze ‘zorgplan = planning = realisatie, tenzij’ open voor het verantwoorden van zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg (zie de beleidsregel en de nadere regeling Verpleging en Verzorging van de NZa). Daarnaast hebben de zorgverzekeraars, naar aanleiding van de handreiking en als onderdeel van de convenantafspraken, een controlehandleiding opgesteld. Hierin is beschreven hoe zorgverzekeraars de materiële controle op het risico feitelijke levering inrichten.



Administratieve Organisatie / Interne Beheersing – Hoe te starten of te verbeteren?

Q: Is het opstellen van de AO/IB een verplichting vanuit de zorgverzekeraar?

A: Het opstellen van de AO/IB doe je vooral voor jezelf (als zorgaanbieder), om aan te tonen dat de administratieve processen goed lopen en de risico's zoveel mogelijk zijn afgedekt. Een goede AO/IB dient uiteindelijk ook meer te leiden tot minder detailcontroles door de zorgverzekeraar op de declaratie en meer tot een controle op het organisatieproces.

Q: Verschilt de AO/IB per zorgverzekeraar?

A: De lay-out van de AO/IB wordt bepaald door de zorgaanbieder, want de zorgaanbieder gebruikt deze om aan te tonen hoe de processen zijn ingericht en hoe de risico's worden afgedekt. De AO/IB van een zorgaanbieder verschilt niet per zorgverzekeraar.

Q: Op welk detailniveau moeten de risico's in de AO/IB zijn vastgelegd?

A: Er is geen vast niveau gedefinieerd, begin vooral zo praktisch mogelijk met de risico's die je nu tegen komt. Uiteindelijk wil je voor elk risico een maatregel hebben. Met actief gebruik van de AO/IB kom je in de loop van de tijd alle mogelijke risico's binnen de organisatie tegen.

Q: Wat is de meerwaarde van de AO/IB ten opzichte van de externe audit?

A: De externe audit is een onderdeel van de AO/IB, het uitvoeren van een externe audit verandert niet. Met de komst van het convenant is de AO/IB belangrijker geworden voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Er wordt geen verantwoording gevraagd met feitelijk geleverde minuteninzet, maar de geleverde zorg is navolgbaar in de vastleggingen binnen de (administratieve) organisatie.

Q: Geldt de methodiek alleen voor Zvw wijkverpleging of ook voor Wlz cliënten die zorg van het wijkteam ontvangen?

A: De handreiking beschrijft alleen de wijkverpleging op grond van de Zvw. In de Wlz bestaat de mogelijkheid om het principe zorgplan=realisatie binnen modulaire zorg te hanteren. De regelgeving maakt dit mogelijk, zie artikel 3.5.3.1 Modulaire zorg van het Controleprotocol nacalculatie 2018 Wlz-zorgaanbieders. Voor het document van de NZa, klik [hier](#).