



Prestatiebeschrijvingbeschikking Facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag COVID-19 IC-dag en COVID-19 verpleegdag) - TB/REG-21680-01

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_692004_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: Prestatiebeschrijvingbeschikking Facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag COVID-19 IC-dag en COVID-19 verpleegdag) - TB/REG-21680-01

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_692004_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Tarieven en prestaties

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

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

Laatste wijziging: 30-11-2021

Overige referentiedatums in het document: 24-11-2021

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_692004_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 30-11-2021

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema: Medisch-specialistische zorg

Inhoudsopgave

Toelichting..... 8

Prestatiebeschrijvingbeschikking Facultatieve prestaties patiëntgebonden meerkosten (toeslag COVID-19 IC-dag en COVID-19 verpleegdag) - TB/REG-21680-01

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

en meer in het bijzonder:

- de artikelen 35, 50, eerste lid, onderdelen a en d, 51, 53 aanhef en onder b, van de Wmg;
- de aanwijzing van de minister voor Medische Zorg d.d. 26 oktober 2020, kenmerk 1766434-212847-PZO, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake de invoering van een facultatieve prestatie met een vrij tarief in de medisch specialistische zorg (Stcrt. 2020, nr. 56471);
- de aanwijzing van de minister voor Medische Zorg d.d. 23 april 2020, kenmerk 1677978-204496-PZO, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake de meerkosten en continuïteitsbijdrage vanwege het coronavirus in curatieve en forensische zorg (Stcrt. 2020, nr. 23915);

alsmede de beleidsregel:

Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, kenmerk BR/REG-21106a;

en de nadere regel:

Regeling medisch-specialistische zorg, kenmerk NR/REG-2103a;

besloten dat:

instellingen die geneeskundige zorg leveren als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv), voor zover deze omvat zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden en/of chirurgische tandheelkundige hulp als bedoeld in artikel 2.7, lid 4, onderdeel I, en lid 5, onderdeel a, Bzv, zoals kaakchirurgen die plegen te bieden,

aan:

- ziektekostenverzekeraars en
- (niet-)verzekerden¹

met inachtneming van de hieronder genoemde voorwaarden, voorschriften en beperkingen rechtsgeldig de navolgende prestaties in rekening mogen brengen:

¹ Voor de toepassing van deze beschikking 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, gelijkgesteld met een Zvw-, respectievelijk Wlz-verzekerde.

za-code	Omschrijving
198511	Facultatieve prestatie – toeslag IC-dag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten.
198512	Facultatieve prestatie - toeslag verpleegdag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten.

Aanvulling op de omschrijving van de prestaties

Deze facultatieve prestaties zijn bedoeld als vergoeding voor de patiëntgebonden meerkosten die ziekenhuizen maken voor COVID-19 verdachte of positieve patiënten ten opzichte van non-COVID-19 patiënten. Alleen de patiëntgebonden meerkosten worden via de facultatieve prestaties vergoed. Declaratie van deze facultatieve prestaties geschiedt in combinatie met een dbc-zorgproduct (zorg-/subtraject met zorgtype 11 of 21) en/of met een IC-product (zorg-/subtraject 52), waarvan ten minste één verpleegdag en/of één add-on IC-dag deel uitmaakt.

Tariefsoort

Voor de hierboven genoemde prestaties (za-code 198511 en 198512) geldt een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onderdeel a, Wmg. Het betreffen prestaties in de vorm van een overig zorgproduct (ozp), in de hoofdcategorie 'Facultatieve prestaties'.

Voorwaarden, voorschriften en beperkingen

- De facultatieve prestaties met za-code 198511 en 198512 worden slechts in rekening gebracht, indien:
 - de reguliere, bestaande prestaties (dbc-zorgproduct en/of add-on IC-dag) niet kostendekkend zijn voor de behandeling van een Covid-19 verdachte of positieve patiënt;
 - hieraan een schriftelijke overeenkomst (een contract) tussen een ziektekostenverzekeraar en een zorgaanbieder ten grondslag ligt.
- De onder 1, sub b, genoemde contractvoorwaarde betreft uitsluitend de twee in deze beschikking vastgestelde facultatieve prestaties en heeft dus geen betrekking op dbc-zorgproducten of overige zorgproducten die in combinatie met een van deze twee facultatieve prestaties in rekening worden gebracht.
- Ter voorkoming van dubbele bekostiging is het niet toegestaan om directe, patiëntgebonden meerkosten, die in rekening zijn gebracht met gebruikmaking van de facultatieve prestaties uit deze beschikking nogmaals in rekening te brengen op basis van de prestatiebeschrijvingsbeschikking 'Continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus' (TB/REG-20656-01). Ook het omgekeerde is niet toegestaan: patiëntgebonden meerkosten die reeds in rekening zijn gebracht met gebruikmaking van de generieke prestatie meerkosten als bedoeld in de

prestatiebeschrijvingsbeschikking 'Continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus' (TB/REG-20656-01), worden niet nogmaals in rekening gebracht via de facultatieve prestaties uit deze beschikking.

Macrobeheersinstrument

Het macrobeheersinstrument (MBI) en de hiermee verband houdende regelgeving van de NZa zijn niet van toepassing op in rekening gebrachte meerkosten in verband met COVID-zorg waarbij gebruik wordt gemaakt van de facultatieve prestaties (za-codes 198511 en 198512) uit deze beschikking.

Inwerkingtreding

Deze beschikking treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2021.

Bezwaar

Indien u het niet eens bent met dit besluit, dan kunt u binnen zes weken na verzending van dit besluit een bezwaarschrift indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt uw bezwaar indienen: via de website (www.nza.nl/bezwaar), 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

J. J. Kram
unitmanager Tweedelijns Somatische Zorg

Toelichting

Algemeen

Uitgangspunt van de NVZ, NFU en ZN voor de contractafspraken 2021 (anders dan in 2020) is dat COVID-zorg reguliere zorg is die naast of in de plaats komt van andere zorg die het ziekenhuis levert. Met de gebruikelijke capaciteit van het ziekenhuis wordt aan een andere dan de gebruikelijke patiëntengroep zorg geleverd, maar het is nog steeds reguliere medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat COVID-zorg op de gebruikelijke wijze vergoed moet worden en dat de vergoeding ook ter vulling van het gesloten contract komt.

De NVZ, NFU en ZN hebben als gezamenlijke opdrachtgever een onafhankelijk onderzoek laten uitvoeren naar de vraag of de reguliere tarieven voor klinische dbc-zorgproducten en IC-dagen kostendekkend zijn voor COVID-patiënten. Het bedrijf Performance Healthcare Intelligence BV (hierna: Performance) heeft dit onderzoek uitgevoerd. Zowel het prijsverschil (meer/minder kosten per zorgactiviteit) als het profielverschil (meer/minder zorgactiviteiten per dbc-zorgproduct of IC-dag) is door Performance onderzocht. De uitkomst van het onderzoek geeft aan dat de kosten voor klinische COVID-patiënten hoger zijn dan die voor reguliere, non-Covid-patiënten. Deze meerkosten worden niet gedekt door de reguliere declaraties voor deze patiënten. De meerkosten van klinische COVID-patiënten uiteten zich onder andere in meer personele inzet van verpleegkundigen en artsen per verpleegdag, meer kosten voor persoonlijke beschermingsmiddelen, meer overige materiële meerkosten per verpleegdag en hogere kosten voor laboratorium en fysiotherapie.

Om deze meerkosten toch als 'reguliere' prestaties, ter dekking van de contractafspraken declarabel en inzichtelijk te maken, worden er twee facultatieve prestaties vastgesteld. Deze prestaties zijn in deze beschikking nader uitgewerkt.

Relatie met de generieke meerkostenprestatie

De twee facultatieve prestaties in deze beschikking hebben betrekking op directe, patiëntgebonden meerkosten. Daarmee vallen zij ook onder de reikwijdte van de generieke prestatie 'meerkosten' als bedoeld in de beschikking 'Continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus' (TB/REG-20656-01), die door de NZa werd vastgesteld op 30 april 2020. In die zin vormen de facultatieve prestaties in de voorliggende beschikking een nadere uitwerking, c.q. verbijzondering, van de reeds bestaande generieke prestatie 'meerkosten'. Een belangrijke consequentie daarvan is, dat op grond van artikel 5 van de aanwijzing² d.d. 23 april 2020 van de minister voor Medische Zorg, de NZa-regelgeving die betrekking heeft op de inzet van het macrobeheersinstrument (MBI) niet van toepassing is op meerkosten die met gebruikmaking van één van de twee facultatieve prestaties uit de voorliggende beschikking worden gedeclareerd bij een zorgverzekeraar.

De voorliggende beschikking met de twee facultatieve prestaties voor COVID-zorg heeft een afgebakende geldigheidsduur van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021. De einddatum van 31 december 2021 vloeit voort uit de einddatum van de beschikking waarin de generieke meerkostenprestatie is opgenomen (TB/REG-20656-01), welke is bepaald op 31 december 2021.

2 Aanwijzing van de Minister voor Medische Zorg van 23 april 2020, kenmerk 1677978-204496-PZO, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake de meerkosten en continuïteitsbijdrage vanwege het coronavirus in curatieve en forensische zorg (Stcrt. 2020, 23915).

Tariefsoort

Beide facultatieve prestaties in deze beschikking kennen een vrij tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid aanhef, en onderdeel a, van de Wmg. Dit betekent dat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij staat om in onderling overleg een vergoeding (tarief) af te spreken voor beide prestaties. In de praktijk kan het voorkomen, dat dat overleg als uitkomst heeft, dat partijen overeenkomen een vast bedrag voor de in rekening gebrachte prestatie te vergoeden. Materieel heeft het vrije tarief dan de uitwerking gekregen van een vast tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid aanhef, en onderdeel b, van de Wmg. Noch de Wmg, noch de regelgeving van de NZa, verzet zich tegen een dergelijke handelwijze, c.q. materiële uitwerking.

Contractvereiste

Uit artikel 34, lid 4, van de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2103a) vloeit voort, dat voor het rechtsgeldig in rekening brengen van een facultatieve prestatie een contractvereiste geldt. Met andere woorden: de zorgaanbieder en zorgverzekeraar die de facultatieve prestatie willen gebruiken, moeten daarover een contract, een schriftelijke overeenkomst, met elkaar sluiten. De totstandkoming (en de aanvraag bij de NZa) van deze twee facultatieve prestaties ter dekking van de meerkosten van patiëntgebonden COVID-zorg is van meet af aan een breed gedragen initiatief geweest van zowel zorgaanbieders (NVZ en NFU) als zorgverzekeraars (ZN). De intentie van deze initiatiefnemers is dat alle betrokken partijen, dus ziekenhuizen en zorgverzekeraars, op landelijk niveau van deze twee facultatieve prestaties gebruik maken als het gaat om declaratie en vergoeding van patiëntgebonden meerkosten in verband met COVID-zorg met betrekking tot het jaar 2021. Aan het contractvereiste hebben partijen invulling gegeven door middel van het document “*Addendum 2021 bij de Zorgovereenkomst medisch-specialistische zorg 2021*” en meer in het bijzonder artikel 2.4.2 van dit Addendum. Iedere individuele zorgaanbieder en zorgverzekeraar die patiëntgebonden meerkosten voor COVID-zorg m.b.t. 2021 in rekening wenst te brengen, respectievelijk wenst te vergoeden, met gebruikmaking van de facultatieve prestaties uit deze beschikking moet het Addendum, onder vermelding van naam, functie en datum, ondertekenen. Met het aldus tweezijdig ondertekende Addendum wordt voldaan aan het contractvereiste bij de facultatieve prestaties zoals genoemd in deze beschikking.

Geldigheidsduur en inwerkingtreding

Zoals hierboven in de toelichting reeds werd opgemerkt, kent de voorliggende beschikking een afgebakende geldigheidsduur. Deze loopt van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021. Dit heeft enkele juridische implicaties, te weten:

- deze beschikking vervalt van rechtswege (dus zonder dat een intrekingsbesluit is vereist) met ingang van 1 januari 2022;
- voor een geldigheid vanaf 1 januari 2021 is inwerkingtreding met terugwerkende kracht noodzakelijk; daarom treedt deze beschikking in werking de dag na bekendmaking in de Staatscourant en werkt deze terug tot en met 1 januari 2021.

Definitie COVID-19-positieve en COVID-19-verdachte patiënten

(1) Zo veel als mogelijk: identificeren patiënten op basis van ICD-10-codering U07.1 en U07.2 (afkomstig uit de LBZ registratie als hoofd- of nevendiagnose).

(2) In het geval (1) niet mogelijk is: identificeren patiënten op basis van verpleging op de isolatie/cohortafdeling. Dit kan op de volgende manieren:

- in het EPD is een order geregistreerd van de arts om een patiënt in isolatie te behandelen, of:
- in het EPD is een positieve PCR-test vastgelegd, of:
- in het EPD is de opname-indicatie isolatie/cohort verpleging geregistreerd, of:
- in het EPD is vastgelegd dat de patiënt COVID-19(-verdacht) was.

(3) In het geval (1) en (2) niet mogelijk zijn: identificeren patiënten op basis van ICD-10-codering Z03.8 (afkomstig uit de LBZ registratie)

Definitie COVID-19-positieve ligdagen en COVID-19-verdachte ligdagen

COVID-19-positieve ligdagen : ligdagen voor bewezen COVID-19-patiënten zijn ligdagen (IC en verpleeg) voor patiënten bij wie COVID-19 is aangetoond door middel van een corona-PCR-test, een CT-scan of een eventuele toekomstige betrouwbare, algemeen aanvaarde testmethode (hierna gezamenlijk te noemen: “test”), en die op een (cohort)afdeling zijn verpleegd. Ook ligdagen voorafgaand aan de positieve testuitslag (dus de periode waarin iemand verdacht was) tellen mee als ‘bewezen’, mits de patiënt werd behandeld conform de eisen die in beginsel aan patiënten in isolatie worden gesteld vanwege de verdenking op COVID-19.

Indien een patiënt tijdens de opname niet meer wordt behandeld conform de eisen die in beginsel aan patiënten in isolatie worden gesteld, geldt het volgende:

- op de IC mogen deze dagen *wel* geregistreerd worden als COVID-positieve dag, en mag er dus *wel* toeslag code (facultatieve prestatie) geregistreerd worden;
- op de verpleegafdeling mogen deze dagen *niet* geregistreerd worden als COVID-positieve dag, en mag er dus *geen* toeslag code (facultatieve prestatie) geregistreerd worden.

De reden om de meerkosten van de post-isolatie dagen op de IC wel te vergoeden is dat uit het meerkostenonderzoek van Performation is gebleken dat de meerkosten in post-isolatie maar beperkt lager zijn, en de administratieve meerkosten van een aparte prestatie onevenredig hoog zijn. Het meerkostenverschil dient in de tariefafpraak voor de facultatieve prestatie te worden verrekend.

De reden om de meerkosten van de post-isolatie dagen op de verpleegafdelingen niet te vergoeden is dat uit het meerkostenonderzoek blijkt dat de meerkosten in post-isolatie beperkt hoger zijn. Het meerkostenverschil dient in de tariefafpraak voor de facultatieve prestatie te worden verrekend.

COVID-19-verdachte ligdagen : ligdagen van COVID-19-verdachte patiënten zijn ligdagen (IC en verpleeg) van patiënten die worden behandeld conform de eisen die in beginsel aan patiënten in isolatie worden gesteld vanwege de verdenking op COVID-19, in afwachting van testuitslag. Ligdagen tellen mee tot en met de kalenderdag waarop de testuitslag negatief is# vanaf de daaropvolgende dag tellen ligdagen niet mee, ongeacht of de patiënt op een cohortafdeling of in isolatie ligt. Als in uitzonderlijke gevallen de medische inschatting is dat ondanks een negatieve testuitslag een patiënt wel degelijk COVID-19-verdacht

blijft, tellen ook die ligdagen mee, mits de patiënt werd behandeld conform de eisen die in beginsel aan patiënten in isolatie worden gesteld vanwege de verdenking op COVID-19.