



Wijzigingsbesluit houdende wijziging van de Regeling medisch-specialistische zorg, kenmerk NR/REG-2103a

WB/REG-2021-01

Vastgesteld op 3 november 2020

De Nederlandse Zorgautoriteit,

Gelet op:

- de artikelen 35, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg, kenmerk BR/REG-21106a;
- De prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg, kenmerk TB/REG-21608-02;
- de Subsidieregeling 'Opschaling curatieve zorg COVID-19' van de Minister voor Medische Zorg (Stcrt. 2020, nr. 56337).

Besluit:

ARTIKEL I

Artikel 26, tweede lid, onderdeel c, wordt gewijzigd als volgt:

A

De tweede bol, inclusief bijbehorende tekst, vervalt.

B

Na de eerste bol, inclusief bijbehorende tekst, worden drie nieuwe bollen toegevoegd met de volgende tekst:

- *ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2 (190159)*
Zie de omschrijving bij ic-dag type 1 of 2, met dien verstande dat zorgactiviteit 190159 wordt geregistreerd in plaats van zorgactiviteit 190157 of 190158, wanneer het totaal aantal – per instelling – beschikbare reguliere IC-bedden¹ op een kalenderdag wordt overschreden. Als peilmoment om dit totaal aantal vast te stellen, geldt het tijdstip van 0:00 uur.
- *ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3 (190160)*
Zie de omschrijving bij ic-dag type 1 of 2, met dien verstande dat zorgactiviteit 190160 wordt geregistreerd in plaats van zorgactiviteit 190159, wanneer de som van het totaal aantal – per instelling – beschikbare reguliere IC-bedden¹ (za-codes 190157 of 190158) en het totaal aantal opgeschaalde ic-bedden, fase 2² (za-code 190159) op een kalenderdag wordt overschreden. Als peilmoment om het in de vorige zin bedoelde aantal ic-bedden vast te stellen, geldt het tijdstip van 0:00 uur.
- *Dialysetoeslag (190156)*
Deze toeslag geldt per dialyседag. Een dialyседag is de kalenderdag waarop op enig moment sprake is geweest van nierfunctievervangende therapie bij een patiënt onder eindverantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De dialysetoeslag mag alleen naast de ic-dag type 1 of type 2 (190157 en 190158), dan wel naast de ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2 (190159) of fase 3 (190160), worden gedeclareerd. De dialysetoeslag mag niet gedeclareerd worden als de uitvoering plaatsvindt vanuit de dialyseafdeling door een nefroloog. In dat geval is sprake van een dialyse dbc-zorgproduct.

¹ Voor dit aantal wordt uitgegaan van het aantal bedden in de uitgangssituatie plus het aantal bedden in fase 1 zoals opgenomen in de Opschalingslijst, die als bijlage I is opgenomen bij de Subsidieregeling 'Opschaling curatieve zorg COVID-19' van de Minister voor Medische Zorg.

² Voor dit aantal wordt uitgegaan van het aantal bedden in fase 2 zoals opgenomen in de Opschalingslijst, die als bijlage I is opgenomen bij de Subsidieregeling 'Opschaling curatieve zorg COVID-19' van de Minister voor Medische Zorg.



ARTIKEL II

In artikel 19, lid 15, aanhef, worden de woorden '*Complex chronische longfalen*' vervangen door: '*Complex chronische longaandoeningen*'.

ARTIKEL III

In artikel 24, lid 60, aanhef, worden de woorden '*complex chronisch longaandoeningen*' vervangen door: '*complex chronische longaandoeningen*'.

ARTIKEL IV

In artikel 24, lid 62, vervallen de onderdelen a en b, welke worden vervangen door twee nieuwe onderdelen a en b, luidend:

- a. patiënten met een diagnose astma die aan minimaal één van de volgende kenmerken voldoen:
 - Zieke overname icm module 'opstart zeer laag belastbaar';
 - BMI >35 kg/m²;
 - Fysieke zwakte (SPPB totale score ≤9 of lage perifere spierkracht (<70% pred.);
 - Verlaagde spiermassa (VVMi <17 kg/m² (m) of <15 kg/m² (v));
 - Immunodeficiëntie.
- b. patiënten met een diagnose COPD en overige longaandoeningen die aan minimaal één van de volgende kenmerken voldoen:
 - Zieke overname i.c.m. module 'opstart zeer laag belastbaar';
 - Pulmonale cachexie (BMI <18.5 kg/m² i.c.m. VVMi <17 (m) of <15 (v));
 - Hartfalen NYHA klasse III of IV.

ARTIKEL V

In artikel 24, lid 63, vervallen de onderdelen a en b, welke worden vervangen door twee nieuwe onderdelen a en b, luidend:

- a. patiënten met een diagnose astma die aan minimaal één van de volgende kenmerken voldoen:
 - HADS Angst ≥14;
 - HADS Depressie ≥14;
 - Persoonlijkheidsproblematiek (DSM-5 diagnose).
- b. patiënten met een diagnose COPD en overige longaandoeningen die aan minimaal één van de volgende kenmerken voldoen:
 - NCSI: ziektelast hoog en adaptatie 'not adapted';
 - HADS Angst ≥14;
 - HADS Depressie ≥14.

ARTIKEL VI

In artikel 24, lid 64, worden na 'geregistreerd' de volgende woorden toegevoegd: 'op de eerste dag van het subtraject'.

ARTIKEL VII

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2021.

Dit besluit zal op grond van artikel 20, tweede lid, aanhef en onder a, van de Wmg, met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Nederlandse Zorgautoriteit,
M. Kaljouw,
Voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Algemeen

Dit wijzigingsbesluit wijzigt de voor het kalenderjaar 2021 geldende versie van de Regeling medisch-specialistische zorg, kenmerk NR/REG-2103a, die op 8 september 2020 door de NZa werd vastgesteld en op 1 januari 2021 in werking treedt. De wijziging is noodzakelijk in verband met een door de Minister voor Medische Zorg met ingang van november 2020 beschikbaar gestelde mogelijkheid voor ziekenhuizen om subsidie aan te vragen in verband met de opschaling van het landelijke aantal intensive care bedden (ic-bedden). De voorwaarden waaronder ziekenhuizen in aanmerking kunnen komen voor deze subsidie, evenals de verdere regels over de uitvoering, is vastgelegd in de Subsidie-regeling 'Opschaling curatieve zorg COVID-19' die begin november 2020 door de Minister voor Medische Zorg is vastgesteld.

In het kielzog van bovengenoemde noodzakelijke wijziging van de Regeling medisch-specialistische zorg, kenmerk NR/REG-2103a, zijn ook nog enkele correcties aangebracht die betrekking hebben op complex chronische longaandoeningen (CCL). De NZa benadrukt dat deze wijzigingen louter van tekstuele aard zijn. Het (bekostigings)beleid m.b.t. CCL wijzigt niet. Ook worden geen nieuwe of andere voorschriften op het gebied van CCL gesteld.

Artikelsgewijs

Artikel I

Met de subsidieregeling wordt beoogd de bestaande ic-capaciteit in 3 fasen uit te breiden.

Fase 1: uitbreiden van de huidige capaciteit (circa 1000 ic-bedden³) naar wat de gewenste, c.q. beoogde basiscapaciteit (1150 ic-bedden) in Nederland moet zijn. Dit betekent een eerste opschaling van ongeveer 150 ic-bedden.

Fase 2: opschaling naar 1350 landelijke ic-bedden (dus 200 extra bedden), afhankelijk van de toegenomen vraag, vanaf 1 oktober 2020.

Fase 3: opschaling naar 1700 landelijke ic-bedden (nog eens 350 extra bedden).

Omdat de subsidie wordt gekoppeld aan de registratie van IC-prestaties moeten voor de verschillende fasen nieuwe prestaties worden geïntroduceerd. Voor de goede orde: het gaat bij de uitbreiding niet per se om Covid IC-zorg. Als de reguliere capaciteit 'vol' is (bijvoorbeeld door Covid), vallen ook 'reguliere' IC-patiënten onder de subsidieregeling.

Voor fase 2 en fase 3 geldt, dat hiermee andere kosten en een andere wijze van vergoeden zijn gemoeid: ten opzichte van elkaar, maar ook ten opzichte van de reguliere ic-vergoeding. Daarom zijn voor fase 2 en fase 3 nieuwe prestaties nodig, in aanvulling op de reeds bestaande prestaties voor de registratie en declaratie van ic-dagen. In de Regeling medisch-specialistische zorg zijn deze twee nieuwe prestaties als volgt omschreven: *ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2 (za-code: 190159)* en *ic-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3 (za-code: 190160)*. Omdat de vergoeding van de kosten voor geregistreerde ic-bedden fase 2, respectievelijk fase 3, verloopt via de subsidieregeling van VWS, kennen beide prestaties een gereduceerd (maximum) Wmg-tarief van € 0,01.

Gelijktijdig met de publicatie van dit wijzigingsbesluit heeft de NZa ook de ict-tabellen, die door deze wijziging worden geraakt, opnieuw uitgeleverd.

Uitgangspunt bekostiging

Voor de behandeling van patiënten worden de gewone dbc's in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Ook als deze patiënten op een gesubsidieerd bed liggen.

Om dubbele bekostiging en verrekenen achteraf te voorkomen wordt voor bezette extra IC-bedden de gewone IC add-on vervangen door een 'subsidie add-on'. Hiervoor zijn de twee extra add-on codes aangemaakt (190159 en 190160).

³ Werkelijke aantallen kunnen iets afwijken. Voor de werkelijke aantallen wordt verwezen naar de Opschalingslijst ic-bedden, die als Bijlage I, deel uitmaakt van de Subsidieregeling 'Opschaling curatieve zorg COVID-19', dan wel naar een geactualiseerde versie van deze lijst, indien deze na de vaststelling van dit wijzigingsbesluit door de Minister beschikbaar wordt gesteld.



De twee extra add-on codes voor verblijf op de IC gelden vanaf 1 oktober 2020 en hebben, zoals reeds opgemerkt, een gereduceerd (maximum)tarief van € 0,01. Er zijn vanaf dan vier add-on codes beschikbaar voor verblijf op de IC.

Code	Add-on omschrijving	Bestaand/nieuw	Tarief
190157	IC-dag, type 1	Bestaand	Regulier
190158	IC-dag, type 2	Bestaand	Regulier
190159	IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2	Nieuw	€ 0,01
190160	IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3	Nieuw	€ 0,01

Werkwijze

De werkwijze is als volgt:

- Het ziekenhuis legt voor elke verblijfsdag op de IC (= warm bed) de bestaande zorgactiviteitcode vast (190157 of 190158).
- Het declaratiesysteem van het ziekenhuis telt elke kalenderdag om 0:00 uur het aantal geregistreerde IC-dagen en zet dit af tegen het aantal reguliere bedden volgens de opschalingslijst in de VWS-subsidieregeling. Onder reguliere IC-bedden wordt verstaan het aantal IC-bedden in de uitgangssituatie + het aantal opgeschaalde IC-bedden in fase 1.
Is het aantal geregistreerde IC-dagen op een kalenderdag lager dan of gelijk aan de reguliere capaciteit? Dan declareert het ziekenhuis de bestaande add-ons (190157 of 190158). Is dit aantal hoger? Dan wordt elke geregistreerde IC-dag boven de reguliere capaciteit voor het declareren omgezet naar één van de twee nieuwe 'IC-dagen, VWS-subsidie opschaling'.
- De IC-dagen boven de reguliere capaciteit worden voor declaratie omgezet naar een 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2' (190159) of 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3' (190160), al naar gelang de fase waarin zij vallen. Omdat de twee extra add-ons dezelfde eigenschappen hebben als de reeds bestaande add-ons, zal de afleiding van het DBC-zorgproduct in de grouper normaal verlopen en kan het bijbehorende DBC-zorgproduct op het gebruikelijke moment wordt afgesloten.
- Het omzetten van reguliere IC-dagen (190157 of 190158) naar 'IC-dagen VWS-subsidie (190159 en 190160) gaat via een verplicht voorgeschreven formule, waarbij de langst op de IC verblijvende patiënt als eerste aan een fase wordt toegekend, totdat die fase vol is, enzovoorts. Dit betekent dat voor de laatst opgenomen patiënt de kans op een hogere fase groter is.
- De NZa-regels schrijven voor dat alle add-ons (190157 t/m 190160) verplicht in rekening moeten worden gebracht bij de zorgverzekeraar, zodat ook deze verblijfsdagen gemonitord kunnen worden en een opname op de IC volledig zichtbaar blijft.
- De 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 2' (190159) leidt niet tot een extra declaratie aan het Ministerie van VWS. De 'IC-dag, VWS-subsidie opschaling fase 3' (190160) wordt gebruikt voor het in rekening brengen van de dagvergoeding subsidie deel 3b bij het Ministerie van VWS.

Artikel II t/m VI

In deze artikelen worden enkele taalkundige en redactionele fouten met betrekking tot complex chronische longaandoeningen (CCL) hersteld. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat deze wijzigingen géén inhoudelijk karakter hebben.