



Besluit van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 14 december 2021 (kenmerk 2021043075), tot wijziging van de Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

Gelet op artikel 33, vijfde lid, in samenhang met artikel 32, vijfde lid, en artikel 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

ARTIKEL I

De Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 worden als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 2b worden twee zinnen toegevoegd, luidende:

De NZa geeft achteraf een bestuurlijk oordeel over de opgave van de gerealiseerde indirecte meerkosten, waaronder de kosten in verband met de hardheidsclausule. Dat bestuurlijk oordeel kan leiden tot een correctie door de NZa op de opgave van de zorgverzekeraar.

B

Bijlage 1 behorende bij de Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 wordt vervangen door bijlage 1 die is opgenomen in Bijlage I bij dit besluit.

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2020.

Dit besluit zal met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma*

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 17 december 2021, kenmerk 3299744-1022171-Z.



BIJLAGE I. REGULIERE DIRECTE KOSTEN VOOR COVID-ZORG VOOR COVID-PATIËNTEN

Bijlage 1, behorend bij artikel 2, eerste lid, onder a, van de Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021

Onderstaande tabel bevat de kosten in 2020 en 2021 die kunnen worden ingebracht met de declaratiecodes, voorwaarden en periode aan de hand van rekenregels.

| kostenrubriek | code | declaratiecode | type declaratiecode | voorwaarden | rekenregel |
|---|------|--|---------------------|--|--|
| Voor gehele bijlage 1 geldt dat alleen basisverzekering zorg mag worden opgenomen en dat declaraties betrekking moeten hebben op de jaren 2020 of 2021 | | | | | |
| 01 HUISARTSENZORG en MDZ | | | | | |
| Bijzondere betalingen | 503 | – | | | |
| Avond-, nacht- en weekenddiensten | 504 | 12201, 12202, 12203, 12300, 12301, 12302, 12207, 12208, 12304 | verrichtingcode | Binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, óf binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Inschrijftarieven | 505 | – | | | |
| Consulttarieven | 506 | 12001, 12002, 12003, 12010, 12011, 13034, 13036 | verrichtingcode | Binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, óf binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| | | 12111, 12112, 12113, 12117, 12118 | verrichtingcode | Binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, óf binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. De verrichtingcode mag niet worden ingebracht als deze in de 90 dagen voorafgaand aan de COVID-periode bij dezelfde patiënt is gedeclareerd. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Overige tarieven | 507 | 12401, 12402, 12403, 12410, 12411 | verrichtingcode | Binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, óf binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Multidisciplinaire zorg | 510 | – | | | |



| kostenrubriek | code | declaratiecode | type declaratiecode | voorwaarden | rekenregel |
|--|-------|--|---------------------|--|---|
| Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen | 515 | 31280, 31281, 31282 | verrichtingcode | Binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, of binnen een periode van 7 dagen voor opname tot en met 7 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. De verrichtingcode mag niet worden ingebracht als deze in de 90 dagen voorafgaand aan de COVID-periode bij dezelfde patiënt is gedeclareerd. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ | 516 | – | | | |
| 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG | | | | | |
| Kosten specialisten mondziekten en kaakchirurgie | 545 | – | | | |
| Overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg | 610 | – | | | |
| Overige zorgproducten | 611 | – | | | |
| Kosten addons – Dure geneesmiddelen | 612.1 | – | | | |
| Kosten add-ons – IC | 612.2 | 190129, 190130, 190131, 190132, 190133, 190156, 190157, 190158 | verrichtingcode | Geopend binnen een periode van 1 dag voor opname tot en met ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is. | Selecteren als opening van de 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereuleerde segment | 613.1 | 14E006, 14E074, 14E083, 14E084, 14E094, 14E248, 14E256 | declaratiecode | Geopend binnen een periode van 1 dag voor opname tot en met ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is. | Selecteren als opening van de 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| | | 14D729, 14D730, 14D731, 14D761, 14D762, 14D763, 14D764, 14D765, 14D766, 14D767, 14D768, 14D769, 14D770, 14D771, 14D772, 14D773, 14D774, 14D821, 14D822, 14D823, 14D824, 14D825, 14D827, 14D828, 14D829, 14E489, 14E490 | declaratiecode | Geopend binnen een periode van opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is. | Selecteren als opening van de 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment | 615.1 | 15E758, 15E759, 15E760, 15E762, 15E867, 15E868, 15E869 | declaratiecode | Geopend binnen een periode van 1 dag voor opname tot en met ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is. Alleen bij declaratiecodes 15E758, 15E759, 15E760 voor het leveren van COVID-zorg in (long)revalidatiecentra geldt: geopend binnen een periode van opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is. | Selecteren als opening van de 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |



| kostenrubriek | code | declaratiecode | type declaratiecode | voorwaarden | rekenregel |
|---|-------|---|---------------------|---|--|
| Integrale kosten extramuraal werkende specialisten | 619 | – | | | |
| 07 PARAMEDISCHE ZORG | | | | | |
| Kosten fysiotherapie | 620 | 9363 | DCSPH-code | Geen aanvullende voorwaarden. | 'Declaratiecode' opnemen. |
| Kosten oefentherapie Mensendieck/ Cesar | 621 | 9363 | DCSPH-code | Geen aanvullende voorwaarden. | 'Declaratiecode' opnemen. |
| Kosten logopedie | 623 | 9500 | ICIDH-code | Geen aanvullende voorwaarden. | 'Declaratiecode' opnemen. |
| Kosten ergotherapie | 624 | 5020, 5021, 5022, 5023, 5024, 5025, 5026, 5027, 5028, 5029, 5030, 5031, 5032, 5033, 5034, 5035, 5036, 5037, 5038, 5039, 5040, 5041, 5042, 5043, 5044, 5045, 5046, 5047, 65079, 65080, 65081, 65082, 65083, 65084, 65085, 65086, 65087, 65088, 65089, 65090, 65091, 65092, 65101, 65102, 65103, 65104, 65105, 65106, 65107, 65108, 65109, 65110, 65111, 65112, 65113, 65114 | verrichtingcode | Geen aanvullende voorwaarden. | 'Declaratiecode' opnemen. |
| Kosten dieetadvisering | 625 | 6107, 6108, 6109, 6110, 6111, 6112, 6113, 6114, 6115, 6116, 6117, 6118, 6119, 6120, 6121, 6122, 6123, 6124, 6125, 6126, 6127, 6128, 65093, 65094, 65095, 65096, 65097, 65098, 65099, 65100, 65115, 65116, 65117, 65118, 65119, 65120, 65121, 65122 | verrichtingcode | Geen aanvullende voorwaarden. | 'Declaratiecode' opnemen. |
| Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) | 626 | – | | | |
| 09 ZIEKENVERVOER | | | | | |
| Kosten vervoer per ambulance/ helikopter | 650 | 196001, 196002, 196006, 196010 | verrichtingcode | Binnen een periode van 1 dag voor opname tot en met 1 dag na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, óf binnen een periode van 1 dag voor opname tot en met 1 dag na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Opbrengstenverrekeningen regionale ambulancevoorzieningen | 650.1 | – | | | |
| Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto | 651 | – | | | |



| kostenrubriek | code | declaratiecode | type declaratiecode | voorwaarden | rekenregel |
|---|------|---|---------------------|---|--|
| 11 GRZ, ELV EN GZSP | | | | | |
| Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) | 670 | 14E390, 14E394, 14E397, 14E479, 14E480, 14E481, 14E482, 14E483, 14E484, 14E485, 14E486, 14E487, 14E488, 14E520, 14E521, 14E525, 14E526, 14E527 | declaratiecode | Geopend binnen een periode van opname tot en met 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is, óf binnen een periode van opname tot en met 7 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Eerstelijnsverblijf (ELV) | 671 | A0012 | verrichtingcode | Geen aanvullende voorwaarden. | 'Declaratiecode' opnemen. |
| | | A0001, A0002, A0003 | verrichtingcode | Binnen een periode van ontslag tot en met 2 dagen na ontslag uit instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. Alleen als het ELV-verblijf is gestart op de dag van ontslag of de daaropvolgende 2 dagen, dan moeten alle aaneensluitende ELV-verblijfsdagen worden ingebracht. De verrichtingcode mag niet worden ingebracht als deze in de 90 dagen voorafgaand aan de coronacohortverpleging bij dezelfde patiënt is gedeclareerd. | Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet. |
| Geneeskundige Zorg Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) | 672 | – | | | |

Kostenrubriek: rubrieken zoals beschreven in kostenverzamelstaat en handboek

Code: code bijbehorend bij kostenrubriek

Declaratiecode: op te nemen codes

Type declaratiecode: geeft aan om welk type code het gaat (bijv.: DCSPH code / verrichtingcode / ICDH-code)

Voorwaarden: voorwaarden die zijn gesteld bij de inbreng van de declaratiecode

COVID-periode: periode waarbinnen declaratiecode mag worden toegepast

Rekenregel: toepassen van declaratiecode in combinatie met eventuele voorwaarden

Gebruikte afkortingen:

ICD-10 = Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verbandhoudende problemen – Tiende Revisie

U07.1 = COVID-19, virus geïdentificeerd

U07.2 = COVID-19, virus niet geïdentificeerd

| Leesvoorbeeld |
|---|
| <p>Een patiënt is in het ziekenhuis opgenomen geweest van 21 december tot en met 4 januari met hoofddiagnose ICD-10 U07.2. Deze patiënt krijgt op 8 januari een POH-GGZ consult van langer dan 20 minuten bij de huisarts. Dit is de eerste keer dat de patiënt een POH-GGZ consult ontvangt.</p> <p>Bij declaratiegegevens van deze patiënt behoren de volgende details: Verrichtingcode: 12111 Hoofddiagnose: ICD-10 U07.2 Periode opname t/m ontslag: 21 december t/m 4 januari COVID-periode: 14 december t/m 11 januari Is de verrichtingcode in de afgelopen 90 dagen voorafgaand aan de COVID-periode bij dezelfde patiënt is gedeclareerd?: nee</p> <p>Verrichtingcode 12111 betreft COVID-zorg en moet worden geselecteerd, aangezien de patiënt als hoofddiagnose ICD-10 U07.2 had, het consult heeft plaatsgevonden binnen de gestelde COVID-periode, de verrichtingcode in de bijlage 1 is opgenomen én in de afgelopen 90 dagen voorafgaand aan de COVID-periode niet eerder is gedeclareerd.</p> |



TOELICHTING

Algemeen

Zorginstituut Nederland heeft op 17 december 2020 beleidsregels vastgesteld in verband met de coronapandemie. Met deze wijziging van die beleidsregels wordt de controle die de NZa uitvoert op de indirecte meerkosten, waaronder de kosten die onder de hardheidsclausule vallen, aangescherpt. Ook wordt bijlage 1 aangevuld met enkele declaratiecodes en bijbehorende rekenregels voor de reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten.

Deze bijlage zal voor 1 oktober 2022 nog eenmaal worden aangevuld met declaratiecodes en bijbehorende rekenregels indien uit de declaraties van de verleende zorg blijkt dat daar aanleiding toe is.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Met deze wijziging wordt expliciet geformuleerd dat de NZa een bestuurlijk oordeel geeft over de hoogte van de indirecte meerkosten, waaronder de kosten in verband met de hardheidsclausule. Mocht daar aanleiding toe bestaan, dan kan de NZa hierop correcties toepassen.

Deze wijziging is nodig omdat de controle op de indirecte meerkosten niet is opgenomen in het accountantsprotocol van de accountant die de zorgverzekeraar controleert.

Onderdeel B

Met deze wijziging wordt Bijlage 1 vervangen. In Bijlage 1 (nieuw) is een aantal declaratiecodes met bijbehorende rekenregels toegevoegd, is een aantal declaratiecodes en bijbehorende rekenregels vervallen en zijn de rekenregels van een aantal declaratiecodes aangepast. Hieronder volgt een overzicht van de wijzigingen in Bijlage 1.

Onder kostenrubriek 01 HUISARTSENZORG en MDZ zijn de volgende verrichtingen toegevoegd:

- Avond-, nacht- en weekenddiensten (504): 12201, 12202, 12203, 12207, 12208 en 12304;
- Consulttarieven (506): 13036;
- Overige tarieven (507): 12402, 12403, 12410 en 12411.

Onder kostenrubriek 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment (613.1) zijn de volgende aanpassingen gedaan:

- Toegevoegde declaratiecodes: 14D821, 14D822, 14D823, 14D824, 14D825, 14D827, 14D828, 14D829;
- Verwijderde declaratiecodes: 14D803, 14D838.

Onder kostenrubriek 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG is daarnaast de voorwaarde van opname in het ziekenhuis met hoofddiagnose COVID-19 uitgebreid naar 1 dag voor opname (dit geldt niet voor revalidatiezorg). Daarnaast is verduidelijkt dat het om een opening van de declaratiecode gaat.

Onder kostenrubriek 08 HULPMIDDELENZORG zijn de volgende verrichtingen verwijderd:

- Hulpmiddelenzorg (640): 2021, 2956, 24000, 031812, 031813, 04023700, 04023705, 15327612, 16231422.

Onder kostenrubriek 09 ZIEKENVERVOER en MDZ zijn de volgende verrichtingen toegevoegd:

- Kosten vervoer per ambulance/helikopter (650): 196001, 196002, 196006, 196010.

Onder kostenrubriek 11 GRZ, ELV EN GZSP, Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) (670) is toegevoegd dat geriatrische revalidatiezorg die binnen 7 dagen na een verblijf op een coronacohortverpleging start ook moet worden ingebracht.

Daarnaast zijn onder kostenrubriek 11 GRZ, ELV EN GZSP de volgende verrichtingen toegevoegd:

- Eerstelijnsverblijf (ELV) (671): A0001, A0002, A0003. Deze verrichtingen moeten worden ingebracht als dit verblijf binnen een periode van ontslag tot en met 2 dagen na ontslag uit instelling met coronacohortverpleging gestart is, behalve als deze al in de 90 dagen voorafgaand aan de COVID-periode bij dezelfde patiënt waren gedeclareerd. Alle aaneensluitende ELV-verblijfsdagen moeten worden ingebracht.



Technische en tekstuele wijzigingen:

- Kolom 'voorwaarden' en 'periode' zijn samengevoegd
- Definitie COVID-periode is toegevoegd
- Coronacohortverpleging is expliciet in voorwaarden opgenomen
- Drie maanden is vervangen door 90 dagen

Artikel II

De wijziging krijgt terugwerkende kracht omdat de beleidsregels zien op twee kalenderjaren, te weten, 2020 en 2021.

Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma