



## **Besluit van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 27 september 2022 (kenmerk 2022028870), 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

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.

B

Bijlage 2 behorende bij de Beleidsregels catastrofebijdrage coronapandemie 2020 en 2021 wordt vervangen door bijlage 2 die is opgenomen in Bijlage II 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 5 oktober 2022 met kenmerk 3446243-1037179-Z



## BIJLAGE I. REGULIERE DIRECTE KOSTEN VOOR COVID-19-ZORG VOOR COVID-19-PATIËNTEN

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

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

kostenrubriek	code	declaratiecode	type declaratiecode	voorwaarden	rekenregel
<b>Voor gehele bijlage 1 geldt dat alleen basisverzekering zorg mag worden opgenomen en dat declaraties betrekking moeten hebben op de jaren 2020 of 2021</b>					
<b>01 HUISARTSENZORG en MDZ</b>					
Bijzondere betalingen	503	–			
Avond-, nacht- en weekenddiensten	504	<b>12201, 12202, 12203, 12300, 12301, 12302, 12207, 12208, 12304</b>	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	<b>12001, 12002, 12003, 12010, 12011</b>	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.
		<b>12111, 12112, 12113, 12117, 12118</b>	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.



kostenrubriek	code	declaratiecode	type declaratiecode	voorwaarden	rekenregel
		<b>13034, 13036</b>	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, óf indien de verzekerde jonger dan 60 jaar is ten tijde van de verrichting, óf binnen een periode van 8 maanden voorafgaand aan een verrichting paramedische herstellzorg zoals opgenomen onder rubriek 07 van deze tabel.	Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet.
Overige tarieven	507	<b>12401, 12402, 12403, 12410, 12411</b>	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	–			
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing huisartsen	515	<b>31280, 31281, 31282</b>	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.
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing MDZ	516	–			



kostenrubriek	code	declaratiecode	type declaratiecode	voorwaarden	rekenregel
<b>03 VERPLEGING en VERZORGING</b>					
Kosten van verpleging en verzorging	530	<b>1000, 1002, 1004, 1027, 1028, 1031, 1032, 1033, 1034, 1042, 1043, 1044, 1050, 1051, 1052, 1055, 1056, 1057, 1058</b>	verrichtingcode	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 een instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. In bovenstaande gevallen moeten de verrichtingcodes worden ingebracht in de periode van opname tot en met 28 dagen na ontslag. De verrichtingcode mag niet worden ingebracht als voor deze patiënt minimaal één verrichting wijkverpleging in de 90 dagen voorafgaand aan bovenstaande periodes is gedeclareerd.	Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet.
<b>06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG</b>					
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	<b>190129, 190130, 190131, 190132, 190133, 190150, 190151, 190156, 190157, 190158</b>	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 gereguleerde segment	613.1	<b>14E006, 14E074, 14E083, 14E084, 14E094, 14E248, 14E256</b>	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.
		<b>14D729, 14D730, 14D731, 14D761, 14D762, 14D763, 14D764, 14D765, 14D766, 14D767, 14D768, 14D769, 14D770, 14D771, 14D772, 14D773,</b>	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.
		<b>14D774, 14D821, 14D822, 14D823, 14D824, 14D825, 14D827, 14D828, 14D829, 14E489, 14E490</b>	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. Daarnaast moeten ook de vervolgproducten met een maximum van 3 vervolgproducten per patiënt ingebracht worden. Het vervolgproduct moet starten binnen maximaal 7 dagen na sluiting van het voorgaande product.	Selecteren als opening van de 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet.



kostenrubriek	code	declaratiecode	type declaratiecode	voorwaarden	rekenregel
Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment	615.1	<b>15C493, 15C496, 15C497, 15D238, 15D241, 15D242, 15E758, 15E759, 15E760, 15E762, 15E761, 15E764, 15E765, 15E867, 15E868, 15E869, 15E871, 15E873, 15E875</b>	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-19-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.
Integrale kosten extramuraal werkende specialisten	619	–			
<b>07 PARAMEDISCHE ZORG</b>					
Kosten fysiotherapie	620	<b>9363</b>	DCSPH-code	Geen aanvullende voorwaarden.	'Declaratiecode' opnemen.
Kosten oefentherapie Mensendieck/ Cesar	621	<b>9363</b>	DCSPH-code	Geen aanvullende voorwaarden.	'Declaratiecode' opnemen.
Kosten logopedie	623	<b>9500</b>	ICIDH-code	Geen aanvullende voorwaarden.	'Declaratiecode' opnemen.
Kosten ergotherapie	624	<b>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</b>	verrichtingcode	Geen aanvullende voorwaarden.	'Declaratiecode' opnemen.
Kosten dieetadvisering	625	<b>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</b>	verrichtingcode	Geen aanvullende voorwaarden.	'Declaratiecode' opnemen.
Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	626	–			



kostenrubriek	code	declaratiecode	type declaratiecode	voorwaarden	rekenregel
<b>09 ZIEKENVERVOER</b>					
Kosten vervoer per ambulance/ helikopter	650	<b>196001, 196002, 196006, 196010</b>	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 ambulance- voorzieningen	650.1	–			
Kosten vervoer per openbaar vervoer, taxi en eigen auto	651	–			
<b>11 GRZ, ELV EN GZSP</b>					
Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)	670	<b>14E390, 14E394, 14E397, 14E479, 14E480, 14E481, 14E482, 14E483, 14E484, 14E485, 14E486, 14E487, 14E488, 14E520, 14E521, 14E525, 14E526, 14E527</b>	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. Daarnaast moeten ook de vervolgproducten met een maximum van 3 vervolgproducten per patiënt ingebracht worden. Het vervolgproduct moet starten binnen maximaal 7 dagen na sluiting van het voorgaande product.	Selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' voldoet.
Eerstelijnsverblijf (ELV)	671	<b>A0012</b>	verrichtingcode	Alleen coronacohortverpleging ten laste van de Zvw.	'Declaratiecode' opnemen.
		<b>A0001, A0002, A0003</b>	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-19-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

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.

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-19-periode: 14 december t/m 11 januari

Is de verrichtingcode in de afgelopen 90 dagen voorafgaand aan de COVID-19-periode bij dezelfde patiënt is gedeclareerd?: nee

Verrichtingcode 12111 betreft COVID-19-zorg en moet worden geselecteerd, aangezien de patiënt als hoofddiagnose ICD-10 U07.2 had, het consult heeft plaatsgevonden binnen de gestelde COVID-19-periode, de verrichtingcode in de bijlage 1 is opgenomen én in de afgelopen 90 dagen voorafgaand aan de COVID-19-periode niet eerder is gedeclareerd.



## BIJLAGE II. OVERZICHT VAN DECLARATIECODES DIE GELDEN ALS TOESLAGEN OP REGULIERE TARIEVEN IN VERBAND MET VERHOOGDE KOSTEN ALS GEVOLG VAN DE CORONAPANDEMIE

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

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

kostenrubriek	code	Declaratiecode (=verrichtingcode)	type declaratiecode	TB Nza	voorwaarden	rekenregel
<b>Voor gehele bijlage 2 geldt dat alleen basisverzekering zorg mag worden opgenomen en dat declaraties betrekking moeten hebben op de jaren 2020 of 2021</b>						
<b>01 HUISARTSENZORG en MDZ</b>						
	801.2	11701	Moduletaarif Incidentele compensatie meerkosten en omzetting als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus	TB/REG-20622-04	eenmalig tarief per ingeschreven verzekerde in de periode van 1-4-2020 t/m 30-06-2020, waarvan een fractie van 0,225 ten laste van de catastrofeschadelast komt.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet, vermenigvuldigd met 0,225.
	801.2	31180	Meerkosten coronalocatie overdag	TB/REG-20622-04 TB/REG-21627-02	eenmalig tarief per ingeschreven verzekerde.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.
<b>04 MONDZORG</b>						
	804.2	C88	Toeslag extra kosten SARS-CoV-2	TB/REG-20600-03	uitsluitend declaraties ten laste van de basisverzekering in de periode van 1-8-2020 t/m 31-10-2020.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.
	804.2	F902A	Toeslag extra kosten SARS-CoV-2, voor patiënten, niet vallend onder F902B en/of F902C	TB/REG-20601-02	uitsluitend declaraties ten laste van de basisverzekering in de periode van 1-8-2020 t/m 31-10-2020.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.
	804.2	F902B	Toeslag extra kosten SARS-CoV-2, voor patiënten met een in ernst met schisis vergelijkbare afwijking(en)	TB/REG-20601-02	uitsluitend declaraties ten laste van de basisverzekering in de periode van 1-8-2020 t/m 31-10-2020.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.
	804.2	F902C	Toeslag extra kosten SARS-CoV-2, voor patiënten met een cheilo-/gnatho-/palatoschisis	TB/REG-20601-02	uitsluitend declaraties ten laste van de basisverzekering in de periode van 1-8-2020 t/m 31-10-2020.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.
<b>06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG</b>						
	806.2	198511	Toeslag IC-dag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten	TB/REG-21680-01	uitsluitend declaraties ten laste van de basisverzekering in de periode van 1-1-2021 t/m 31-12-2021.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.





kostenrubriek	code	Declaratiecode (=verrichtingcode)	type declaratiecode	TB Nza	voorwaarden	rekenregel
	806.2	198512	Toeslag verpleegdag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten	TB/REG-21680-01	uitsluitend declaraties ten laste van de basisverzekering in de periode van 1-1-2021 t/m 31-12-2021.	selecteren als 'declaratiecode' aan 'voorwaarden' van TB Nza voldoet.

Kostenrubriek: rubrieken zoals beschreven in kostenverzamelstaat en handboek van Zorginstituut Nederland

Code: code voor meerkosten COVID-19 van een toeslag behorend bij kostenrubriek

Declaratiecode: op te nemen verrichtingcodes

Type declaratie: toelichting op declaratiecode

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

TB Nza: Prestatie- en tariefbeschikking van de NZa

COVID-19-Periode: periode waarbinnen declaratiecode mag worden toegepast

Rekenregel: toepassen van declaratiecode in combinatie met eventuele voorwaarden

Gebruikte afkortingen:

NZa = Nederlandse Zorgautoriteit



## TOELICHTING

### Algemeen

Zorginstituut Nederland heeft op 17 december 2020 beleidsregels vastgesteld in verband met de coronapandemie. Daarin is opgenomen dat het Zorginstituut nog tweemaal zal bezien of de bijlagen 1 en 2 aangevuld moeten worden met declaratiecodes of rekenregels. Het Zorginstituut hanteert voor deze tweede en laatste wijziging een werkwijze die vergelijkbaar is met de beschreven werkwijze opgenomen in de toelichting van artikel 2 van de beleidsregels vastgesteld op 17 december 2020.

Op 14 december 2021 heeft een eerste wijziging van de beleidsregels plaatsgevonden waarbij:

1. De controles die de NZa uitvoert op de indirecte meerkosten, waaronder de kosten die onder de hardheidsclausule vallen, zijn aangescherpt.
2. Bijlage 1 is aangevuld met enkele declaratiecodes en bijbehorende rekenregels voor de reguliere directe kosten voor COVID-19-zorg voor COVID-19-patiënten. Daarnaast is een aantal declaratiecodes en bijbehorende rekenregels vervallen en zijn de rekenregels van een aantal declaratiecodes aangepast.

Met de tweede en laatste wijziging van de beleidsregels wordt bijlage 1 aangevuld met enkele declaratiecodes en bijbehorende rekenregels voor de reguliere directe kosten voor COVID-19-zorg voor COVID-19-patiënten. Bijlage 2 is aangevuld met twee declaratiecodes met bijbehorende rekenregels voor de toeslagen op reguliere tarieven in verband met verhoogde kosten als gevolg van de coronapandemie.

### Artikelsgewijs

#### *Artikel I*

##### *Onderdeel A*

Met deze wijziging wordt Bijlage 1 vervangen. Ter onderbouwing van de afbakening van patiëntgebonden COVID-19-kosten heeft het Zorginstituut een onafhankelijke werkgroep samengesteld. Deze werkgroep (die adviseert en functioneert als toetsingscommissie) voert een inhoudelijke toets uit op de voorstellen van zorgverzekeraars voor de afbakening van de COVID-19-kosten. Het Zorginstituut heeft de adviezen van de werkgroep één op één overgenomen. Dit heeft als gevolg dat in Bijlage 1 (nieuw) een aantal declaratiecodes met bijbehorende rekenregels is toegevoegd en de rekenregels of voorwaarden van een aantal declaratiecodes zijn verduidelijkt. Hieronder volgt een overzicht van de wijzigingen in Bijlage 1.

Onder kostenrubriek 01 HUISARTSENZORG en MDZ, Consulttarieven (506) is bij de verrichtingcodes 13034 en 13036 de zorg die ingebracht moet worden uitgebreid. Het gaat om de volgende uitbreidingen:

- De verrichtingcodes intensieve huisartsenzorg voor alle verzekerden jonger dan 60 jaar aanwijzen als COVID-19-gerelateerd, ongeacht of deze personen een opname met hoofddiagnose COVID-19 of coronacohortverpleging hebben gehad.
- Intensieve huisartsenzorg die voorafgaat aan paramedische herstellzorg aanwijzen als COVID-19-gerelateerd. Hierbij geldt een COVID-19-periode van 8 maanden voorafgaand aan de paramedische herstellzorg die is opgenomen onder rubriek 07 PARAMEDISCHE ZORG in bijlage 1.

Onder kostenrubriek 03 VERPLEGING en VERZORGING, Kosten van verpleging en verzorging (530) zijn de volgende verrichtingcodes toegevoegd:

- 1000, 1002, 1004, 1027, 1028, 1031, 1032, 1033, 1034, 1042, 1043, 1044, 1050, 1051, 1052, 1055, 1056, 1057, 1058.

Deze verrichtingen moeten worden ingebracht als zij starten 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 een instelling waarbij coronacohortverpleging A0012 geregistreerd is. Alleen als de verzekerde wijkverpleging ontving tijdens de opname of in de daaropvolgende 7 dagen, moeten de bovengenoemde declaraties worden ingebracht in de periode van opname tot en met 28 dagen na ontslag.

De declaraties mogen niet worden ingebracht als voor deze patiënt wijkverpleging in de 90 dagen voorafgaand aan bovenstaande periodes is gedeclareerd. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar type wijkverpleging.



Onder kostenrubriek 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG zijn de volgende declaratiecodes toegevoegd:

- Kosten add-ons – IC (612.2): 190150 en 190151.

Onder kostenrubriek 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, Integrale kosten van DBC-zorgproduct gereguleerde segment (613.1) is toegevoegd dat vervolgproducten binnen de revalidatiezorg als herstellzorg voor COVID-19 moeten worden geselecteerd, met een maximum van drie vervolgproducten per patiënt. Het vervolgproduct moet starten binnen maximaal 7 dagen na sluiting van één van de volgende voorgaande declaratiecodes: 14D774, 14D821, 14D822, 14D823, 14D824, 14D825, 14D827, 14D828, 14D829, 14E489, 14E490. Het traject moet altijd starten met een opname waarbij hoofddiagnose ICD-10 U07.1 of U07.2 geregistreerd is of een opname met coronacohortverpleging A0012.

Onder kostenrubriek 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG zijn de volgende declaratiecodes toegevoegd:

- Integrale kosten DBC-zorgproduct vrije segment (615.1): 15C493, 15C496, 15C497, 15D238, 15D241, 15D242, 15E761, 15E764, 15E765, 15E871, 15E873, 15E875.

Onder kostenrubriek 11 GRZ, ELV EN GZSP, Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) (670) is toegevoegd dat vervolgproducten binnen de revalidatiezorg als herstellzorg voor COVID-19 moeten worden geselecteerd, met een maximum van drie vervolgproducten per patiënt. Het gaat hierbij alleen om de vervolgproducten die binnen kostenrubriek 11 en code 670 vallen. Het vervolgproduct moet starten binnen maximaal 7 dagen na sluiting van het voorgaande zorgproduct.

Onder kostenrubriek 11 GRZ, ELV EN GZSP, Eerstelijnsverblijf (ELV) (671) is een voorwaarde opgenomen om te benadrukken dat uitsluitend Zvw-zorg ten laste van de catastrofereregeling gebracht mag worden. Coronacohortverpleging voor patiënten met een Wlz-indicatie is door zorgaanbieders gedeclareerd op de Zvw in plaats van op de Wlz. De coronacohortverpleging die is gedeclareerd voor patiënten met een Wlz-indicatie moet door zorgverzekeraars uit de Zvw gehaald worden en mag niet ten laste komen van de Catastrofereregeling.

Technische en tekstuele wijzigingen:

- De subtitel is aangepast van 'Onderstaande tabel bevat de kosten in 2020 en 2021 die kunnen worden ingebracht met de declaratiecodes, voorwaarden en periode aan de hand van rekenregels.' naar 'Onderstaande tabel bevat de declaratiecodes voor kosten die in 2020 en 2021 kunnen worden ingebracht aan de hand van voorwaarden en rekenregels.'
- 'COVID-periode' is vervangen door 'COVID-19-periode'
- 'COVID-patiënten' is vervangen door 'COVID-19-patiënten'

Het Zorginstituut wijst erop dat zorgverzekeraars voor de opname- en ontslagdatum de DHD-gegevens moeten gebruiken, vanwege de koppeling van die specifieke opname aan de hoofddiagnose COVID-19.

### *Onderdeel B*

Met deze wijziging wordt Bijlage 2 vervangen. In Bijlage 2 (nieuw) zijn twee declaratiecodes met bijbehorende rekenregels toegevoegd en zijn de codes uitgebreid met '.2' om aan te duiden dat het hier een toeslag op een regulier tarief betreft. Hieronder volgt een overzicht van de wijzigingen in Bijlage 2.

Onder kostenrubriek 06 MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG, Meerkosten COVID-19, toeslagen (806.2) zijn de volgende verrichtingen toegevoegd:

- Toeslag IC-dag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten: 198511
- Toeslag verpleegdag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten: 198512

In november 2021 heeft de NZa een prestatiebeschrijvingbeschikking afgegeven voor facultatieve prestaties van patiëntgebonden meerkosten. Het gaat hier om een toeslag op het reguliere tarief. 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 en/of met een IC-product. Voor de toeslag IC-dag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten en voor de toeslag verpleegdag voor de behandeling van COVID-19 verdachte en positieve patiënten gelden de tarieven zoals opgenomen in het Plausibiliteitsoordeel ex-ante vergoeding medisch-specialistische zorg 2021 van de NZa.

Onder kostenrubriek 01 HUISARTSENZORG en MDZ is prestatie- en tariefbeschikking TB/REG-21627-02 toegevoegd, omdat deze prestatie- en tariefbeschikking geldt voor 2021. De Prestatie- en



---

tariefbeschikking TB/REG-20622-04 geldt alleen voor 2020.

Technische en tekstuele wijzigingen:

- Codes zijn uitgebreid met '.2'
- Kolom 'voorwaarden' en 'periode' zijn samengevoegd
- De afkorting CR is vervangen door catastrofeschadelast
- 'Code: code voor meerkosten corona behorend bij kostenrubriek' is vervangen' door 'Code: code voor meerkosten COVID-19 van een toeslag behorend bij kostenrubriek'

### **Artikel II**

De wijziging krijgt terugwerkende kracht omdat de beleidsregels zien op twee kalenderjaren, te weten, 2020 en 2021. Er komen meer zorgkosten voor een catastrofebijdrage in aanmerking, zodat deze wijziging niet belastend voor zorgverzekeraars is. Bij de inwerkingtreding van de beleidsregels was nog niet bekend welke declaratiecodes als COVID-19-kosten konden worden beschouwd.

*Voorzitter Raad van Bestuur*  
*S. Wijma*