

Extra Technisch Overleg msz i.v.m. corona

Datum: 11 mei 2020

Tijd: 10.30 – 11.30

Via Teams

Aanwezig

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (ZN); (10)(2e) (NVZ); (10)(2e) (NVZ); (10)(2e) (FMS); (10)(2e) (FMS); (10)(2e) (NFU); (10)(2e) (NFU); (10)(2e) (NFU); (10)(2e) (RN).

Voorzitter

(10)(2e) (NZa)

Notulist:

(10)(2e) (NZa)

IC nazorg

NVZ: excuus, vergeten bijlage mee te sturen.

NZa: verzoek om wijzigingsverzoek in te dienen.

NFU: wel hierbij duidelijk maken of het een regulier-, dan wel een covid 19 gerelateerd wijzigingsverzoek betreft. **(actie NVZ en NFU om dit samen te bespreken).**

NZa: de kosten die gemaakt worden en die niet bekostigd kunnen worden via de reguliere dbc-zorgproducten, kunnen worden bekostigd via meerkostenregeling.

ODV van reguliere zorg corona

NZa: het is van belang of het tweede ziekenhuis een patiënt echt overneemt of alleen een hartkatheterisatie uitvoert. Alleen in het laatste geval gaat het om ODV.

NZa: stuurt uitgebreid antwoord (incl. verwijzing naar regelgeving) naar TO leden t.b.v. nadere bespreking **(actie NZa, zie hieronder in rood)**

NVZ: het gaat om bekostigingsprobleem, dus advies naar ziekenhuizen is declareren als ODV.

Reactie NZa:

Wat betreft ODV hebben wij in een CRM vraag eerder het onderstaande teruggekoppeld. In bovengenoemde casus is de eerste bullet belangrijk: neemt ziekenhuis B de patiënt echt over? Of voeren zij 'enkel' de hartkatheterisatie uit voor ziekenhuis A? In het geval van dit laatste, dan gaat het inderdaad om ODV en zijn de regels voor ODV van toepassing. In dat geval lijkt het voorstel van de NVZ juist (instelling B declareert kosten bij instelling A; instelling A declareert het dbc-zorgproduct. Indien dit dbc-zorgproduct uiteindelijk niet toereikend is, dan kan dit vergoed worden via meerkostenregeling. Echter zou je dan ook verwachten dat door het registreren van de zorgactiviteit voor hartkatheterisatie door instelling A, uiteindelijk wel hetzelfde dbc-zorgproduct gedeclareerd mag worden).

Eerder gegeven antwoord:

Wanneer de behandeling van **semi-spoedzorg**, of **planbare zorg**, wordt overgeheveld van instelling A naar instelling B, zijn de regels van ODV **niet** van toepassing, ervan uitgaande dat:

- Instelling B de behandeling in zijn geheel overneemt en bij overname geen intentie bestaat dat de patiënt terugkeert naar de initiële instelling (instelling A);
Het gaat om de intentie, want je weet immers nooit of een patiënt alsnog door omstandigheden moet terugkeren.
- ook het hoofdbehandelaarschap wordt overgedragen, d.w.z. dat de hoofdbehandelaar in instelling B een andere is dan de hoofdbehandelaar in instelling A.
Het gaat hierbij om de hoofdbehandelaar van de totale zorgvraag (bijvoorbeeld de oncoloog waarbij een patiënt onder behandeling is) en niet de persoon die in het kader van ODV verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de gevraagde verrichting (bijvoorbeeld de chirurg die een bepaalde ingreep uitvoert op aanvraag van hoofdbehandelaar).

In bovenstaande situatie mag dus door instelling B een nieuw dbc-zorgtraject worden geopend, naast het reeds geopende dbc-zorgtraject in instelling A. Het is ons ook niet duidelijk of de patiënten in deze situaties eerst gezien zijn door instelling A voor de doorverwijzing naar instelling B?

Bijvoorbeeld nieuwe patiënten die verwezen worden naar instelling A, daar getriageerd worden als semi-spoed en daarom behandeld worden in/door het ZBC. In dat geval heb je enkel een dbc-zorgtraject voor instelling B.

Als het gaat om de overdracht van acute zorg (spoedzorg) van instelling A naar instelling B, gelden de regels voor ODV sowieso niet. Dit is vastgelegd in artikel 32, lid 7, van de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2001a).

Wordt in bovenstaande situatie de zorg overgedragen van instelling A naar instelling B, maar blijft de hoofdbehandelaar (dus de verantwoordelijke arts) dezelfde, dan is op deze situatie in beginsel ODV van toepassing. Dit is slechts anders wanneer zich een van de uitzonderingssituaties voordoet, zoals beschreven in artikel 32, lid 6, onder a t/m d, van de Regeling msz.

In situaties waarin de regels met betrekking tot onderlinge dienstverlening (artikel 32 van de Regeling msz) van toepassing zijn, hoeven deze geen belemmering te vormen voor snelle overname van (een deel van) de behandeling van patiënten. Afspraken over de vergoeding tussen de uitvoerende zorgverlener (instelling B) en de initiële instelling (instelling A) kunnen in de huidige crisissituatie eventueel ook op een later moment, achteraf, worden gemaakt. De NZa ziet vooralsnog geen reden om de regels voor onderlinge dienstverlening als gevolg van de Corona-crisis tijdelijk buiten werking te stellen.

Ter illustratie enkele voorbeelden (achtergrond voor ICC; niet verspreiden)

- Patiënt is onder behandeling bij instelling A en moet met enige spoed een bepaalde ingreep (of andere behandeling) ondergaan. Vanwege de coronacrisis wordt deze ingreep uitgevoerd in instelling B (het ZBC). Hierna zal patiënt teruggaan naar instelling A voor de rest van de behandeling.
 - ☐ In dit geval levert instelling B zorg op verzoek van de hoofdbehandelaar (instelling A) en is er sprake van ODV. Enkel instelling A mag voor deze zorgvraag een dbc-zorgtraject openen. Instelling B declareert de kosten bij instelling A.
- Patiënt is onder behandeling bij instelling A en moet met enige spoed een bepaalde ingreep (of andere behandeling) ondergaan. Vanwege de coronacrisis wordt patiënt hiervoor door instelling A
 - ☐ doorverwezen naar instelling B (het ZBC) welke patiënt verder gaat behandelen.
 - ☐ In dit geval is er sprake van een definitieve doorverwijzing (geen ODV) en mogen instelling A en B beiden een dbc-zorgtraject openen.
- Patiënt wordt (door de huisarts) verwezen naar instelling A. Tijdens de triage (voordat patiënt gezien is) concludeert instelling A dat deze zorgvraag behandeld moet gaan worden in instelling B en verwijst patiënt voor deze zorgvraag door naar instelling B.
 - ☐ In dit geval is er sprake van een definitieve doorverwijzing (geen ODV) en opent instelling B een dbc-zorgtraject. Instelling A opent geen dbc-zorgtraject, omdat patiënt niet bij hen onder behandeling is gekomen.

Hartrevalidatie

NZa: Ja, dit is toegestaan. Eerder hebben wij de regelgeving voor hartrevalidatie niet versoepeld, omdat voor ons onvoldoende duidelijk was dat deze zorg op afstand geleverd kon worden. Naar aanleiding van het protocol hartrevalidatie op afstand vanuit de NVvC (en het akkoord vanuit ZN en ZINL) hebben wij de regelgeving voor de PEP en FIT module i.h.k.v. hartrevalidatie alsnog versoepeld.

Het staat bij de FAQ's op de website van de NZa. (de fout die hierbij stond, 183141 in plaats van 193414, wordt verbeterd).

Partijen akkoord en Knelpunt hierbij afgehandeld.

Cochleaire implantaten

FMS: ligt nog voor bij de KNO artsen. Tot op heden is er weinig onderbouwing van hen ontvangen. T.b.v. een uitgebreidere reactie willen ze (KNO artsen) eerst meer informatie.

Dit regelen de NFU, NVZ en FMS onderling (**actie NFU, NVZ en FMS**)

Consulten huisarts – medisch specialist

NZa: komt via DHD registratieve code – op die manier transparantie en bekostiging via meerkostenregeling en gaat het ook niet ten koste van eigen risico van de patiënt.

NFU en NVZ: samen bepalen welke code het gaat worden en communicatie richting DHD. (**actie NFU en NVZ**)

Registratie inzet artsen bij zorg corona patiënten

Betreft registratieadvies.

NZa: beroepsfuncties met poortfuncties: onderscheid maken tussen inzet bij ander poortspecialisme of binnen het eigen team.

NZa: stuurt reactie per mail zodat partijen dit mee kunnen nemen voor onderling overleg. **(actie NZa, zie in rood hieronder)**

NVZ en FMS: onderling overleg en inzichtelijk maken waarover het gaat. **(actie NVZ en FMS)**

FMS: pragmatisme niet uit het oog verliezen.

NVZ: eens, maar er behoefte aan een richtlijn t.b.v. vragen vanuit achterban.

NFU: geen behoefte aan nadere duiding: je moet uitgaan van de NZa wet- en regelgeving. Eens met strekking antwoord NZa.

Reactie NZa:

Belangrijk om verder uit te werken hoe instellingen de extra inzet inzichtelijk gaan maken.

Onderstaande zin uit registratie advies is belangrijk:

De beroepsoefenaar met de poortfunctie moet zich dan heel goed realiseren of hij/zij wordt ingezet ter ondersteuning van een ander poortspecialisme of dat hij/zij werkt in een team vanuit zijn/haar eigen poortspecialisme."

Reden:

1. Wordt een patiënt behandeld door een multidisciplinair team, omdat vanwege corona/capaciteit medewerkers voor andere specialismen worden ingezet?
2. Of wordt een patiënt behandeld door een multidisciplinair team, omdat deze multidisciplinaire behandeling nodig is? ☐ één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaar optreden en verantwoordelijk zijn voor het uit te voeren beleid met betrekking tot de zorgvraag. In dat geval geldt namelijk ook artikel 5.2, plus de regelgeving voor medebehandeling.

Gezien het feit dat medewerkers vanwege capaciteit ook voor andere specialismen werken, is 1 dbc-zorgtraject een goed uitgangspunt. Maar indien iemand opgenomen is voor longgeneeskunde, en de internist gaat patiënt ook voor Corona behandelen (vanuit internisten bril met separaat beleid vanuit internistenperspectief – en niet omdat iemand in het team 'toevallig' internist is), dan valt dit ook onder artikel 5.2 & regels voor medebehandeling. Dit hoeft niet per se een totaal andere zorgvraag te zijn, zoals diabetes.

Telefonisch herhaalconsult met vertegenwoordiger van de patiënt.

NZa: ziet niet in waarom er een andere code gebruikt moet worden dan de al bestaande code voor kinderen tot 12 jaar.

De code die ziekenhuizen willen gebruiken is namelijk voor een geheel andere doelgroep gemaakt.

NVZ: 1 ziekenhuis is al gestart met registrering ervan, vanwege administratieve lasten. Zij dachten daarmee in lijn te handelen met de versoepeling die de NZa heeft toegestaan.

NZa: niet passend bij de uitleg van de regelgeving bij deze za.

NVZ: samen met ZN naar een oplossing zoeken. Gaat nog maar om 1 ziekenhuis wsl. **(actie NVZ en ZN)**

Corona testen

NZa: kosten die gemaakt worden i.v.m. coronatesten (patiënten, medewerkers eigen ziekenhuis, medewerkers ander ziekenhuis/zorginstelling, familieleden van patiënten etc.) worden bekostigd via de meerkostenregeling.

FMS: het blijft ingewikkeld.

Voorbeeld: kosten labtest in ziekenhuis loopt via GGD naar RIVM. (openbaar gezondheidszorg budget). Op welke titel moet gedeclareerd worden?

NFU: maakt overzicht van knelpunten/wat er speelt rond de testen. **(actie NFU)** t.b.v. verdere bespreking.

ZN: eigenlijk is het een politiek probleem en zou de overheid moeten beslissen.

Verslag TO 1 mei

Wordt zonder opmerkingen vastgesteld.

N.a.v.:

Uitstaande actie NFU: notitie over “paralleliteit ter bespreking rond COVID bij hetzelfde specialisme” wordt gemaild.

Overig

- NFU: er zijn vier corona wijzigingsverzoeken in de maak. Willen deze voorleggen in nieuw Corona TO.
- FMS: zijn partijen al akkoord over het coulancebeleid (meerkosten en continuïteitsbijdragen)? Ziekenhuizen willen graag weten wat en hoe zij kunnen registreren.
ZN: zie website ZN over continuïteitsbijdragen voor de regeling.
NFU: over meerkosten is men nog volop in gesprek.
- NZa: mededeling: vraag over registreren van wachttijden:
aanpassing FAQ op website NZa: *Het is voor veel patiënten onverminderd relevant om te weten wat de wachttijden zijn. Daarnaast is deze informatie onmisbaar om het opstarten van de reguliere zorg naast de coronazorg te kunnen coördineren. We verwachten dat u doet wat u kunt. Daarbij hebben we uiteraard oog voor de uitzonderlijkheid van de huidige situatie. We begrijpen dat het berekenen van de wachttijden een uitdaging kan zijn. Het gaat ons om een zo goed mogelijke benadering van de wachttijden.*
- NZa: vraag aan partijen: zijn er nog zaken die vanwege corona zijn uitgesteld en nog in de B release meegenomen moeten worden? Graag tijdig laten weten (**actie partijen**).
- FMS: wordt de discussie over eventuele verlengingen van de versoepeling van de regels apart gevoerd?
NFU: eens. Uitvraag gedaan bij achterban. De NZa heeft van wege haar coördinatie en opstart van de reguliere zorg partijen verzocht om op korte termijn een lijstje aan te leveren met regelgeving die de NZa nu in de Corona tijd heeft versoepeld/ aangepast en die ook voor de toekomst behouden moet blijven. De NFU geeft aan dat het niet lukt om dat deze week op te leveren en vraagt de NZa om wat geduld. Het is erg druk en de partijen zullen proberen om volgende week hiernaar te kijken. De NZa zal dit intern terugkoppelen. (**Actie NZa**).

Volgend Technisch overleg i.v.m. corona: maandag 18 mei van 10 tot 11 uur.