Signalen knelpunten regelgeving NZa ten tijde van Corona – dd. 6 april 2020
FMS, NVZ, NFU

Wie en wat	Oplossingsvoorstel	Akkoord
Klinische geriatrie: Voor opname vanuit thuis in het verpleeghuis voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is een verplichting dat een geriater of internist ouderen een CGA heeft verricht. In de huidige capaciteitstekorten is de NVKG van mening dat deze beoordeling ook telefonisch kan. Wij krijgen signalen dat dat niet geaccepteerd wordt door de zorgverzekeraars. (NB: CGA = comprehensive geriatric assessment)	Is het mogelijk om een tijdelijke maatregel te nemen dat de toegang tot GRZ tijdelijk ook kan na telefonisch overleg met de geriater/internist ouderen? Oftewel: mag een CGA op afstand uitgevoerd gaan worden? Advies vanuit NFU: Alle vormen van "op afstand" (bellen, screen-to-screen en schriftelijk) toe te kennen indien toepasbaar in de praktijk en medisch inhoudelijk verantwoord.	FMS NFU NVZ
Gespecialiseerde verpleegkundigen Algemeen: Gespecialiseerde verpleegkundigen werken altijd onder supervisie van de supervisor binnen het desbetreffende (poort)specialisme. Een zorginstelling is zelf verantwoordelijk voor het bieden van medisch inhoudelijk kwalitatieve zorg. Dit is geborgd in o.a. het kwaliteitsstatuut binnen Patiëntenzorg. *Interne geneeskunde:* Mijn diabetesverpleegkundigen doen nu consulten, halen info op bij patiënt, doen een easy task/easy basket naar mij, ik 's avonds/weekends task/basket weer terug en maak EVS recept etc.. Het is echt niet minder aandacht voor de patiënt, maar zo kan ik ook mijn werk combineren met COVID zorg. *Longgeneeskunde:* Longartsen namen tot voor kort telefonisch contact op met vooral ASTMA - COPD -, of OSAS patiënten. Het betreft hier herhaalconsulten. Gezien de huidige situatie waarbij longartsen geen tijd hebben om deze	Mogen gespecialiseerde verpleegkundigen (bv. diabetesverpleegkundigen en longverpleegkundigen) consulten (op afstand) gaan uitvoeren? *T.a.v. Longgeneeskunde:* Kunnen gespecialiseerde longverpleegkundigen tijdelijk telefonisch contact opnemen met ASTMA - COPD -, of OSAS patiënten waarbij deze gelijk gesteld worden aan een herhaalconsult? Is ontheffing van de noodzaak dat een dokter/VS/PA het (poli)consult met de patiënt doet voor het valideren van een DOT-traject tijdens Coronacrisis mogelijk? Indien zij tijdelijk worden toegelaten als beroepsgroep met de poortfunctie, dan mogen zij dus o.a. polikliniekbezoeken en alle vormen van consulten op afstand doen mits dit medisch inhoudelijk verantwoord is.	FMS NFU NVZ

telefonische gesprekken te voeren ondervangen longverpleegkundigen diverse belconsulten voor de longartsen. Gezien de huidige regelgeving zijn dit niet-declarabele belconsulten. Echter, normaal gesproken werden deze telefonische gesprekken wel door de longartsen gedaan waarna deze wel declarabel waren. In plaats van een fysiek contact (herhaalbezoek) met de longarts wordt de patiënt nu gebeld door de gespecialiseerd verpleegkundige. Alle gebelde patiënten worden vermeld op een dagelijks overzicht die door de longarts aan het einde van de dag wordt doorgenomen. Indien de longarts dit wenst worden er aanvullende afspraken gemaakt.		
<u>Plastische chirurgie</u> Voor erg veel plastische chirurgische ingrepen moet vooraf een machtiging worden aangevraagd bij de zorgverzekeraars. Deze machtigingen hebben een geldigheidstermijn waarbinnen de behandeling moet worden uitgevoerd.	Kunnen deze machtigingen verlengd kunnen worden nu de Ok's stagneren door de corona crisis, zonder ze opnieuw aan te moeten vragen? ⇨ **Verzoek aan ZN** Het moet gelden voor alle machtigingen die zijn afgegeven aan de desbetreffende poortspecialismen. Het zou dus moeten gelden voor meer poortspecialismen zoals bijvoorbeeld kaakchirurgie, dermatologie enz.	FMS NFU NVZ
<u>Interne geneeskunde:</u> Keuringen (voor CBR voor bijvoorbeeld diabetes) liggen helemaal stil. Voorwaarde voor declaratie is een face to face contact. Ook screen to screen contact is niet toegestaan. Dus die gebeuren niet meer. Terwijl internist endocrinologen daar best tijd voor zouden hebben bij afgeschaalde electieve zorg. Als straks de Corona crisis over is, zijn we het eerste half jaar bezig met inhalen electieve zorg en hebben we ook geen tijd voor keuringen.	Kan de regel tijdelijk worden aangepast zodat deze keuringen ook via screen-to-screen contact kunnen plaatsvinden? Aanpassing ervan kan zorgen voor snel wegwerken nu van alle mensen die gekeurd moeten worden. Deze zorg belast namelijk het ziekenhuis dan niet. Het advies is om alle vormen van "op afstand" (bellen, screen-to-screen en schriftelijk) toe te kennen indien toepasbaar in de praktijk en medisch inhoudelijk verantwoord.	FMS NFU
<u>NICU:</u> Normaal worden vrouwen die met < 32 weken bevallen opgenomen in	Kan in deze gevallen de eis van opname op de NICU tijdelijk vervallen, zodat de toeslag 'Post IC high care' wel	X

een academisch centrum met een NICU. Als het kindje van de NICU mag, worden moeder en kind vaak overgeplaatst naar een algemeen ziekenhuis. De baby wordt opgenomen, maar heeft nog wel extra zorg nodig. Hiervoor mag de toeslag 'Post IC high care' geregistreerd mag worden naast de reguliere verpleegdagen. Een van de voorwaarden voor het registreren van deze toeslag is dat het kindje voorafgaand op de NICU heeft gelegen (mogelijk in een ander ziekenhuis). Ivm met de corona crisis wordt algemene ziekenhuizen nu gevraagd om vrouwen met een termijn van 30/31 weken, waarbij moeder en kind het klinisch goed doen, niet over te plaatsen naar een centrum met een NICU. De bevalling en opname vindt dan in zijn geheel in het algemene ziekenhuis plaats, en er dus geen sprake van opname op de NICU. Gevolg is dat volgens de regelgeving de toeslag 'Post IC high care' niet geregistreerd zou mogen worden, terwijl inhoudelijke dezelfde (mogelijk zelfs meer) zorg wordt geleverd.	gedeclareerd kan worden? Reactie NVOG: **Niet akkoord.** Hoor vanuit NICU geen problemen, verzoek vanuit 1 ziekenhuis. Gaat pas spelen als alles vol ligt en bijvoorbeeld transport een probleem is. Denk dat dit regionaal vanuit een centrum gecoördineerd moet worden. Alleen op die afdelingen die nu ook post IC HC hebben. Die hebben immers de ervaring. Mochten academische centra inderdaad de zorg vóór de 32 weken willen verplaatsen naar niet-academische centra dan zou een aanpassing van de NZa regelgeving inderdaad van toepassing kunnen zijn. Kijkend naar onze eigen praktijk dan zitten wij daar echter niet op te wachten om de volgende redenen: - onze capaciteit is al beperkt en instroom van <32 weken zal ten koste kunnen gaan van aantal bevallingen of andere capaciteit; - <32 weken is destijds weloverwogen geconcentreerd omdat bleek dat hier extra expertise nodig was die de algemene (niet-NICU) ziekenhuizen maar mondjesmaat in huis hebben. Kwaliteit moet leidend zijn. Reactie NVK: **volgt nog**. NFU: laten beoordelen door de UMC's via de leden van de expertgroep DOT-productstructuur en werkgroep W&R Radboud UMC; eens met standpunt NVOG. Eerst maar eens afwachten of er meerdere zorgbieders (> 1) zijn, die dit knelpunt melden.	
<u>Klinisch verloskundige:</u>	Mogen klinisch verloskundige ook consulten registreren,	NFU

Vanwege de Corona-crisis worden arts-assistenten van niet-beschouwende afdelingen ingezet op zogenaamde Corona-afdelingen, om daar de medische zorg te leveren onder directe supervisie van collega-arts-assistenten van beschouwende afdelingen (interne geneeskunde, longziekten) en de stafleden van deze afdelingen. Dit maakt dat op de niet-Covid afdelingen, zoals de verloskunde, een capaciteitsprobleem ontstaat, dat wordt opgelost door meer inzet van medisch specialisten en de klinisch verloskundigen. Klinisch verloskundigen werken zelfstandig met supervisie van de gynaecoloog. Het zou een enorme verlichting van de werkdruk zijn als een klinisch verloskundige op afstand gesuperviseerd mag worden. Dus zelf een consult mag registreren in deze Corona tijd, zonder dat de gynaecoloog face-to-face met de patiënt het beleid komt accorderen. Bovendien zou dit het aantal contactmomenten met patiënten verminderen. Hoe minder contacten hoe kleiner de kans op besmetting. Bij het opschalen van de acute unit en VK bestaat er een scenario waarbij we eigenlijk heel veel arts-assistenten naar de corona unit sturen en de VK/AU dus gedraaid worden door de klinisch verloskundige (onder supervisie van de gynaecoloog). <u>Werkwijze:</u> De klinisch verloskundige (2e lijns verloskundigen) maken al vele jaren (20 jaar) deel uit van ons team, naast gynaecologen en arts-assistenten zijn de klinisch verloskundigen een vast onderdeel van dit team. De klinisch verloskundige doet zelfstandig spreekuur op de polikliniek, met supervisie van een gynaecoloog. Zij zien zwangeren die een medische indicatie hebben, en begeleiden de zwangerschap conform protocol en afgesproken beleid (uit zwangerenbespreking). Bij het 1e consult brengen zij de zwangeren in kaart (intake), doen lichamelijk onderzoek (echo, harttonen, bloeddruk etc.); en maken afspraken over het te voeren beleid. Dit beleid wordt besproken met de gynaecoloog, en deze heeft tijdens de bespreking face-to-face contact met de patiënt. De	zonder dat dit elke keer aan de superviserend gynaecoloog moet worden gevraagd? Een CNC (eerste nieuw polibezoek tijdens corona) bij de klinisch verloskundige, waarbij het beleid in het dossier wordt geaccordeerd door de gynaecoloog (ter vervanging van het face-to-face contact) zou gewenst zijn. - Kan er tijdens deze crisis coulance verleend worden, zodat klinisch verloskundigen ingezet kunnen worden als een beroepsgroep met de poortfunctie? Zij zijn BIG geregistreerd. - Uiteraard moet dit uitsluitend gelden voor patiënten van de verloskunde. - Als afbakening van de werkzaamheden die zij tijdelijk mogen verrichten, is het voorstel om het mogelijk te maken dat zij de volgende zorgactiviteiten kunnen registreren: o Polikliniekbezoek, eerste polikliniekbezoek en herhaal polikliniekbezoek o Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek o Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek o Screen-to-screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek o Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling o Spoedeisende hulp contact buiten de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis o Klinisch Intercollegiaal Consult o Medebehandeling NFU; separate memo.	NVZ

verloskundige legt alles vast in het medisch dossier en noteert dat er een face-to-face contact is geweest met de gynaecoloog. Bij de vervolgcontroles is er contact met de gynaecoloog indien er veranderingen zijn opgetreden in de gezondheidstoestand van de zwangere; de vervolgcontroles worden conform afspraken uitgevoerd (echo; SEO etc) Daarnaast heeft de zwangere bij 16 en 32 weken een afspraak met de gynaecoloog. Het 1e contact van de klinisch verloskundige wordt geregistreerd als een NEV met consulttype V (genereert geen consultverrichting) het face-to-face contact met een SUPN, consulttype E.(genereert consultverrichting eerste polibezoek). Graag zouden we in deze tijd onze huidige werkwijze ook zo willen voortzetten, waarbij onnodig bezoek aan het ziekenhuis zoveel mogelijk vermeden moet worden.		
<u>Paramedische Zorg</u> Hiervoor is door ZN en verschillende branchepartijen/koepels een document opgesteld (zie bijlage paramedische zorg tijdens corona-crisis). De bijlage was bij de NFU niet bekend. Er zijn vragen vanuit de UMC's. <u>*Toelichting UMCU*</u>*:* In verband met de coronacrisis heeft de NZa o.a. voor polikliniekbezoeken de regelgeving versoepeld. Het is nu mogelijk om meer zorg op afstand te leveren. Echter zijn polikliniekbezoek niet de enige consulten die in ziekenhuizen op afstand worden uitgevoerd. Binnen de MSZ wordt ook paramedische zorg (o.a. fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medische psychologie) verleend op afstand. Telefonische consulten door paramedici kunnen al worden vastgelegd, echter zijn er (nog) geen codes om beeldconsulten te registreren. Vanuit paramedici is aangegeven dat hier wel behoefte aan is tijdens deze coronacrisis. ZN heeft met verschillende beroepsverenigingen uit de paramedische sector afgestemd dat zij reguliere zittingen mogen registreren en declareren (zie bijlage) als er sprake is geweest van een video consult.	Geldt de afspraak om tijdelijk consulten op afstand uit te voeren ook voor paramedische videoconsulten die binnen ziekenhuizen (MSZ) worden uitgevoerd? NFU: mogelijk knelpunt UMCG. We leveren zowel intramuraal als extramuraal deze zorg.	

Semiarts als "beroepsgroep met de poortfunctie"	Verzoek vanuit NFU/FMS (memo dd. 30-03-2020) om dit tijdelijk toe te staan. VWS moet nog met besluit komen; mag een niet BIG-geregistreerd beroep tijdelijk de poortfunctie uitvoeren en mag een niet BIG-geregistreerd beroep tijdelijk medicatie voorschrijven, vanzelfsprekend staan de semi-artsen onder supervisie.	
UMCG t.b.v. lid WAAZ Indien het gaat om overplaatsingen van Corona-patiënten tussen ziekenhuizen binnen Nederland i.v.m. acute en semi-acute zorg dan is mijn advies dat de zorgaanbieder in Nederland die deze zorg levert, zelf deze zorg kan registreren en declareren, ook als de verwijzende zorgaanbieder vergeet een verwijsbrief te schrijven. Hier is meestal geen tijd voor of het wordt door de drukte, stress en bijbehorende emoties vergeten (wat heel begrijpelijk is). De acute en semi-acute zorg prevaleert tijdens de corona-crisis (anders wordt de levensverwachting van patiënten mogelijk korter) en niet de administratieve organisatie. Hoogste prioriteit is dat er kwalitatieve zorg wordt geleverd zodat wij als Nederlanders zo goed mogelijk uit deze heftige periode komen. **Erasmus MC met reactie UMCG (rode tekst en toevoeging regelgeving)** Om even de discussie over wel of niet ODV te voorkomen bij overplaatsingen van Corona-patiënten in Nederland tussen zorgaanbieders onderling. De acute en semi-acute zorg die wordt verplaatst naar het buitenland staat morgen op de agenda van de WAAZ. Voor ODV is de regelgeving NZa van toepassing, zijnde de NR/REG-2001a. ODV is als een er sprake is van een hoofdaannemer en een onderaannemer. De hoofaannemer blijft hierbij de verantwoordelijkheid (medisch inhoudelijke regie over de patiënt) houden voor de patiënt. Bij ODV worden er afspraken gemaakt (o.a. P x Q en hoe te verrekenen onderling) en bij voorkeur vastgelegd in overeenkomsten tussen beide partijen.	Hoe moet er omgegaan worden (o.a. wat betreft registratie- en facturatie van zorg) met acute en semi-acute (IC)patiënten die overgeplaatst worden tussen zorgaanbieders in **Nederland onderling**?	NVZ

Zie mijn reactie op onderliggende mail. Als UMCG ondersteunen wij het standpunt van het Erasmus MC in deze. Ook als er in de acute situatie niet altijd sprake is van een formele verwijsbrief. De acute zorg prevaleert in dit geval, niet de administratieve organisatie. **W&R/ NR-2001A** *Hoofdbehandelaar* *Zorgaanbieder die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, bij een patiënt de diagnose stelt en/of verantwoordelijk is voor het te voeren beleid ten aanzien van die zorgvraag. Bij medische overdracht van een patiënt wordt ook het hoofdbehandelaarschap overgedragen.* *Eigen patiënt* *Een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders* **Onderlinge dienstverlening** 3.Alleen de zorgaanbieder die optreedt als 'eigen zorgverlener' voor de patiënt is gerechtigd om de geleverde zorg als prestatie bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen. (...) 7. Indien een acute zorgvraag behandeld wordt in een andere instelling dan de instelling waar de patiënt initieel onder behandeling is, mag de uitvoerende zorgverlener een dbc-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels. De zorg hoeft dan niet middels onderlinge dienstverlening te worden verrekend.		
Zorgverzekeraars vergoeden kosten coronabehandeling in Duitsland Sinds kort worden sommige patiënten voor de behandeling van COVID-19 overgeplaatst naar Duitsland. Zorgverzekeraars hebben de vraag gekregen of zij de kosten vergoeden voor naar Duitsland overgeplaatste coronapatiënten. Het antwoord hierop is 'ja'. Zorgverzekeraars vergoeden bovendien voor die patiënten ook de kosten van het vervoer naar Duitsland en weer terug. Zorgverzekeraars onderhouden hierover contact met het Landelijk	Hoe moet er omgegaan worden (o.a. wat betreft registratie- en facturatie van zorg) met acute en semi-acute (IC)patiënten die overgeplaatst worden naar het **buitenland?** NFU: is het duidelijk voor elk buitenlands ziekenhuis hoe zij deze verleende zorg moeten declareren of anderszins gefinancierd/bekostigd krijgen? Inmiddels is er een brief van VWS binnen op vraagstelling	

Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS). Het LCPS heeft als opdracht het coördineren van de spreiding van patiënten over alle Nederlandse ziekenhuizen om tot optimale uitkomsten van de patiëntenzorg te komen. Het gaat daarbij niet alleen om spreiding van COVID-19 patiënten, maar om alle patiënten die acuut of semi-acuut zorg nodig hebben.	(2/4) vanuit het UMCG/ voorzitter RvB in relatie tot patiënten die vanuit het UCMG worden verplaatst naar Nedersaksen. VWS heeft gereageerd op 2/4. Intern moeten we afstemmen hoe de relatie over de desbetreffende patiënten vanuit het UMCG naar de heer (10)(2e) (10)(2e) moet worden geborgd. In het UMCG is er één collega die deze contacten onderhoudt met de zorgaanbieder(s) in Nedersaksen. Dear colleague, Referring to the agreement between Prime Minister Weil and Prime Minister Rutte on March 29th I ask you for assistance regarding the treatment of Dutch Covid-19-patients in intensive care-units in hospitals in Niedersachsen. I assure you that the costs related to the treatment will be covered. As agreed upon the names of the relevant patients will be transmitted in each case. As contact person - also to solve organisational questions - I name (10)(2e) (10)(2e), Head Current Operations of the LCPS (email: (10)(2e)@lcps.nu telephone: (10)(2e)) With the highest appreciation for your help. Yours sincerely, Martin van Rijn Minister for Medical Care and Sport	
De wachttijden in de ziekenhuizen zijn waarschijnlijk niet meer representatief of realistisch weer te geven i.v.m. de Corona-crisis.	Input hiervoor volgt vanuit NFU.	
<u>ICD-10 codes Corona</u> DHD levert regelmatig nieuwe releases uit in relatie tot het corona-virus. Eind april volgt er wederom een nieuwe release waarin ook de nieuwe ICD-10 code welke de WHO heeft geïntroduceerd.	Er is onduidelijkheid bij de zorgaanbieders over de verschillende diagnose-codes in relatie tot **<u>verdenking op</u>** COVID-19 en daadwerkelijk COVID-vast gesteld en nog iets wat daartussen zit. Er is aan DHD gevraagd om een verduidelijking. NFU: gesprek gisteren geweest met DHD. Hopelijk volgt er een verduidelijking op de verschillende definities/diagnosen gerelateerd aan COVID-19 en de werkwijze daarvan (in de DBC-systematiek).	
<u>Cochleaire implantaten</u>	Kunnen de genoemde zorgactiviteiten voor nazorg voor CI-	NVZ

Voor CI bestaan er twee zorgactiviteiten voor het leveren van nazorg voor CI-dragers binnen de DBC van de KNO (diagnose 16). Het betreft: 031904 – Cochleaire implantaten nazorg volwassenen 031906 – Cochleaire implantaten nazorg kinderen	dragers op afstand uitgevoerd worden?	
Vanwege de Corona crisis ligt de hartrevalidatie momenteel vrijwel helemaal plat. Ook omdat het in deze tijd niet mogelijk is om normaal fysieke training te doen en de hartrevalidatie zalen en fitness/sportscholen zijn dicht. Tele (hart)revalidatie zou daarin een uitkomst zijn, maar wordt qua registratie en m.n. declaratie nu belemmert door de eis, die we zelf bewust ingebouwd hebben om (minimaal) 1 verplicht fysiek contact aan de start en 1 fysiek contact aan het einde van het tele-fit hartrevalidatie traject te moeten doen. Het is juist nu een uitkomst voor de patiënten die dat nodig hebben om de hartrevalidatie nu in tele-hartrevalidatie en m.n. in de Tele-FIT vorm te kunnen doen, maar dat gaat alleen lukken en vorm krijgen in deze Corona tijd als dan tijdelijk de eisen van fysiek contact aan begin en eind van het hartrevalidatie traject voor deze Corona periode tijdelijk weg zijn genomen. De mensen van de NVVC Werkgroep Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie (WG CPVH) en het Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie (LMDOH) hebben gezamenlijk een programma gemaakt voor Tele-FIT, waarin het gemis van deze fysieke contacten aan begin en eind van de Tele-FIT ruimschoots is gecompenseerd door dit via contact op afstand te kunnen doen.	Kunnen de contacten aan het begin en het eind van de tele-hartrevalidatie tijdelijk op afstand worden gedaan? FMS: zie ook bijgevoegde memo.	FMS NVZ
<u>Consulten huisarts – medisch specialist</u> Een specialist in ons ziekenhuis stelt voor, i.v.m. de huidige corona situatie, om te gaan beeldbellen met huisartsen om mee te kunnen kijken bij kinderen met luchtwegklachten. Nu vragen de specialisten zich af of er een mogelijkheid bestaat om voor deze vorm van beeldbellen (niet met patiënt maar met huisarts) een	Kunnen de mogelijkheden voor consulten tussen de 1e en 2e lijn ten tijde van de crisis tijdelijk verruimd worden? Zie ook toelichting zoals besproken tijdens het vorige TO (TO msz 20200330 - Bijlage A - Urgentie tele-casus consult zorgprestatie_MRL)	NVZ FMS

verrichting te registreren. Normaliter zou ik stellen dat een screen-to-screen consult tussen huisarts en medisch specialist niet is toegestaan, maar in deze tijden van corona vroeg ik mij af of er wellicht uitzonderingen worden gemaakt.		
<u>Registratie inzet artsen bij zorg corona patiënten</u> Ziekenhuizen stellen vragen over het registreren van de extra/andere inzet van zorgpersoneel, bijv. van de arts assistenten die nu voor meerde specialismen werken en van medisch specialisten die nu als ondersteuners worden ingezet op de corona afdelingen. We horen verschillende voorbeelden uit de praktijk: - Het openen van één traject door de hoofdbehandelaar (meestal LONG). Hierbij speelt dan wel de vraag hoe de inzet van de andere specialismen inzichtelijk kan worden gemaakt. - Naast de hoofdbehandelaar openen de andere betrokken specialismen een DBC medebehandeling: "*Bij ons worden de Corona en Corona verdachte patiënten die opgenomen zijn gezien door een specialist uit een pool van longartsen, internisten en geriaters. We nemen de patiënten op voor longgeneeskunde en voor de andere 2 specialismen registreren een medebehandelings DBC*". De vraag is of er daadwerkelijke sprake is van een aparte zorgvraag, diagnose en beleid. Er wordt gevraagd of hier op landelijk niveau een advies over gegeven kan worden. Momenteel worden er door allerlei medisch specialisten ingezet op en bij zaal- en SEH zorg bij COVID (of niet-COVID) patiënten om longartsen, intensivisten en anesthesisten te ontlasten in deze COVID crisis. Uniforme registratie van de inzet van deze helpende specialisten kan dit inzicht bieden.	Voorstel: het opstellen van een registratie advies rondom corona patiënten: - In beginsel wordt één DBC geopend door de hoofdbehandelaar van het specialisme waarvoor de patiënt wordt opgenomen - In lijn met de reguliere registratie regels mag alleen een medebehandeling geopend worden als er sprake is van een aparte zorgvraag, diagnose en beleid. - De extra inzet van artsen en ander zorgpersoneel bij de behandeling van corona patiënten wordt besproken in het kader van de financiële impact/afhandeling van de crisis. - ... Kan de inzet van deze artsen inzichtelijk gemaakt worden door het registreren van een medebehandeling met een voor hen specialisme specifieke COVID DBC-diagnose en als die er voor dat specialisme (nog) niet is, met een algemene COVID diagnose code?	NVZ
<u>ICC/medebehandeling</u> Specifiek gaat het hier om ICC/medebehandeling tussen Klinisch Geriater	Kan een ICC/medebehandeling tussen klinisch geriater of specialistisch verpleegkundige en de hoofdbehandelaar	

of specialistisch verpleegkundige en hoofdbehandelaar zonder aanwezigheid van de patiënt. De klinische geriaters binnen onze instelling hebben aangegeven dat ze de klinische contacten met de hoofdbehandelaar voeren vanwege de corona crisis (meermalen per dag, vaak ook telefonisch). Om zo het risico op besmetting zo veel als mogelijk te beperken. Specialistisch verpleegkundigen nemen een (deels) CGA af, alles wordt netjes vastgelegd in het EPD. Kunnen wij de hoofdbehandelaar als 'vertegenwoordiger' van de patiënt zien? Een telefonisch contact met de patiënt zelf is veelal niet haalbaar (kwetsbare ouderen). De productie/het werk van de klinisch Geriaters is grotendeels bij de klinische patiënt.	mogelijk gemaakt worden zonder aanwezigheid van de patiënt? Past dit binnen de NZa regelgeving dat 'geen eisen gesteld worden aan de vorm van dit contact'?	
<u>Deadline indienen wijzigingsverzoeken</u>	Is het mogelijk de deadline van 1 juni as. te verlengen?	