

Regeling MSZ 2021

Definitieve versie 1.0

17 december 2020

Goedgekeurd door Bestuur en leden NVZ, Bestuur NFU en Bestuur ZN



Inhoudsopgave

Regeling MSZ 2021 - introductie

Reikwijdte en scope

Overview inhoud regeling

Technische uitwerking regeling

Deel 1

1.1 | Reguliere zorg

1.2 | COVID-19 zorg

1.3 | Inhaalzorg

Deel 2

2.1 | Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding

2.2 | Vangnet

2.3 | Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opschaling

Deel 3

3.1 | Hardheidsclausule

Technische samenvatting

Bijlagen

Regeling MSZ 2021 - introductie | Aanleiding: oplossen van onzekerheden die 2021 met zich meebrengt

Terwijl de ziekenhuizen aan de vooravond stonden van de tweede COVID-19-golf brak het seizoen aan om de afspraken voor 2021 te maken. Wij kunnen er niet omheen dat 2021 geen normaal jaar gaat worden. COVID-19 zal ook in 2021 een rol spelen. We weten met elkaar niet hoe groot de impact zal zijn. Deze uitdaging wordt versterkt omdat de budgettaire kaders voor Medisch Specialistische Zorg pre-COVID-19 scherp zijn vastgesteld op basis van een ambitieuze transformatie-agenda. Daarbij staat de OVA door de economische situatie onder druk in een omgeving met hoge looneisen en stijging van pensioenkosten voor de ziekenhuissector.

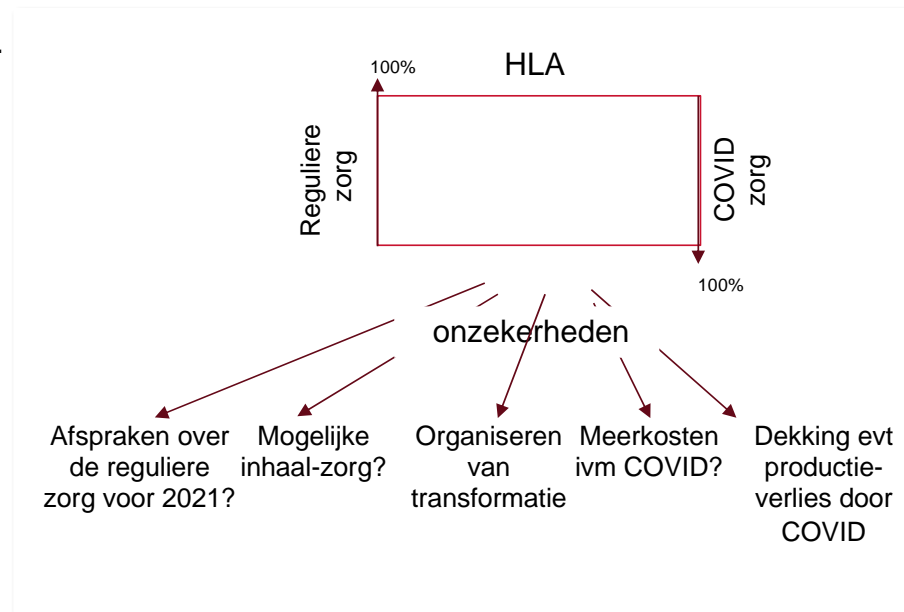
2021 is een transitiejaar

2020 was voor de zorg een crisisjaar. De 1^e golf in het voorjaar heeft ons overvallen en alleen met een enorme krachttoer van de zorgprofessionals is die bedwongen. Inmiddels lijkt de piek van de 2^e golf bereikt. Er is ook een aantal grote elementen anders dan in de 1^e golf. Zo gaat de reguliere zorg op dit moment zoveel mogelijk door, wat extra belasting en balanceerwerk vraagt, worden zorgprofessionals zelf ook flink getroffen door het virus en ontstaat er COVID-19-moeheid onder de bevolking waardoor maatregelen op een andere manier worden opgevolgd.

Wij zien 2021 als een transitiejaar: van de crisis in 2020 naar een 2022 waarin we streven naar een 'genormaliseerd jaar' waarin COVID-19 is gemitigeerd door vaccins of 'normaal onderdeel is van de zorg'.

In dit transitiejaar willen we de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang geven en goede COVID-19-zorg leveren. Dit tegen de achtergrond dat we niet weten over hoeveel COVID-19-golven we het hebben noch inzicht hebben in de verspreiding.

Dit introduceert een aantal forse onzekerheden voor zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars. Door de aard van COVID-19 is de impact onvoorzienbaar maar zou het - zonder maatregelen - kunnen leiden tot grote financiële problemen bij ziekenhuizen of tot ongewenste wachlijsten voor zorg waarvoor uitstel maatschappelijk en medisch niet aanvaardbaar is. In deze regeling trachten we recht te doen aan deze onzekerheden.



Regeling MSZ 2021 - introductie | Uitgangspunten

- '2021 is het transitiejaar tussen de 'crisis van 2020' en 'genormaliseerde situatie in 2022'
- In 2020 hebben ziekenhuizen en verzekeraars de effecten van COVID-19 opgevangen door de CB MSZ regeling. In dit transitiejaar, met vele denkbare scenario's, zullen we meer elementen van reguliere zorgcontractering moeten inbouwen en tegelijkertijd voldoende comfort voor beide partijen moeten geven.
- De afspraken uit het HLA-akkoord zijn de basis voor de afspraken tussen de ziekenhuizen en de verzekeraars, ondanks dat we ons realiseren dat dat de optelsom van reguliere zorg, meerkosten COVID-19 en inhaalzorg mogelijk boven het HLA uit kan komen. Gezien de uitdagende financiële vooruitzichten voor Nederland willen partijen ondanks de onzekerheid vanwege COVID-19 zich zoveel mogelijk inspannen om de afspraken in het HLA zoveel als mogelijk te respecteren. De onzekerheid dat de CAO-stijging 2021 hoger kan uitvallen dan de OVA-vergoeding is geen onderdeel van dit akkoord omdat de financiële kaders primair door de overheid worden vastgesteld.
- In 2021 maken we afspraken over de reguliere zorg, de COVID-19-zorg, mogelijke inhaalzorg 2020 en de voortzetting van de transformatie:
 - Voor de reguliere productie geldt dat ziekenhuizen, zoveel mogelijk, op basis van afgesproken kwaliteitskaders en met maximale inzet van *best practices* en innovaties de zorg leveren. Ziekenhuizen trachten afschaling van reguliere zorg zoveel mogelijk te beperken.
 - De regeling gaat er vanuit dat ziekenhuizen de zorg gezamenlijk zodanig vorm geven dat de reguliere zorg én COVID-19 zorg optimaal (gegeven de (lokale) COVID-19 impact) doorgang kan vinden.
 - Zowel voor de af- en opschaling als voor de spreiding geldt dat dit in (regionaal en landelijk) overleg met de ROAZ, in aanwezigheid van de zorgverzekeraar gaat, omdat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de zorgplicht voor hun verzekerden
 - Voor de inhaalzorg 2020 geldt dat deze waar mogelijk binnen het HLA geleverd worden, maar de financiële ruimte van het HLA zal hier niet beperkend zijn. We stellen in representatie een inhaalzorgplan vast. Hiervoor geldt een apart tarief. Hierbij kijken we naar drie lenzen: zie technische uitwerking 1.3
- Op een aantal elementen van de regeling is het nodig om zekerheid te creëren (in de vorm van bijvoorbeeld een controleprotocol) in lijn met de vooraf gemaakte afspraken en de gezamenlijke intentie. Het uitgangspunt daarbij is om te kiezen voor het lichtste controle-middel dat voldoet voor de benodigde zekerheid.
- MinVWS heeft een subsidie verstrekt voor de opschaling van IC en klinische COVID-19 bedden, in de zogenaamde fases 2 en 3. In deze regeling is rekening gehouden met afspraken nodig voor opschalingsfase 1 en met deze MinVWS subsidie.
- Het uitgangspunt is dat er geen dubbele vergoedingen plaatsvinden.
- Partijen trekken gezamenlijk op richting VWS met als doel bevestiging van comfort door VWS op overige opbrengsten die buiten de scope van deze regeling vallen
- Om de transformatie-agenda, zeker gezien de bijzondere omstandigheden uit te voeren worden lokaal afspraken gemaakt hoe in 2021 invulling wordt gegeven aan deze agenda en hoe hiervoor indien nodig de transformatiegelden kunnen worden ingezet. Partijen zetten zich maximaal in om, juist nu, de transformatie te borgen, zowel inhoudelijk als via de stimulering van de transformatiegelden.

Regeling MSZ 2021 - introductie | Comfort: “Dekkende exploitatie op Zvw en AV zorg door passende regeling 2021”

Zorgverzekeraars beogen met de *Regeling MSZ 2021* comfort te bieden aan algemene ziekenhuizen en umc's voor 2021:

- Zoals in de ZN brief van 6 oktober jl. aangegeven was, is en blijft de intentie van zorgverzekeraars om een passende vergoeding te bieden voor uitval van zorg en de meerkosten die de COVID-19 pandemie met zich meebrengt
- Zorgverzekeraars beogen met de Regeling MSZ 2021 uitval van deze reguliere zorg zodanig te vergoeden dat ziekenhuizen in staat worden gesteld de doorlopende kosten (medewerkers in dienst, vaste kosten e.d.) en marge van deze zorg te dekken. Ziekenhuizen sturen daarbij op de variabele kosten van deze zorg en inzet van (een deel van) deze medewerkers voor COVID-19 zorg.
- De som van deze de geleverde zorg en de (eventuele) compensatie moet het ziekenhuis in staat stellen een dekkende exploitatie te realiseren voor de Zvw en AV zorg waar het de impact van COVID-19 betreft.
- Daar waar een niet dekkende exploitatie andere oorzaken kent dan COVID-19 dan wel geen samenhang heeft met ZVW of AV zorg voorziet deze regeling niet in een compensatie,
- Daar waar sprake is van een negatief resultaat bij de algemene ziekenhuizen en umc's wat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-19-effecten op ZVW en AV opbrengsten kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule.

Inhoudsopgave

Regeling MSZ 2021 - introductie

Reikwijdte en scope

Overview inhoud regeling

Technische uitwerking regeling

Deel 1

1.1 | Reguliere zorg

1.2 | COVID-19 zorg

1.3 | Inhaalzorg

Deel 2

2.1 | Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding

2.2 | Vangnet

2.3 | Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opschaling

Deel 3

3.1 | Hardheidsclausule

Technische samenvatting

Bijlagen

Reikwijdte | ZVW-zorg door ziekenhuizen en umc's

De reikwijdte van de betrokken kosten is de Basisverzekering (BV) en Aanvullende verzekering (AV)

- Bij de ziekenhuizen/umc's¹ is de zorg (vergoed vanuit de BV en AV) het grootste deel van de omzet. De zorgverzekeraars kunnen vanuit hun positie alleen de BV en AV vergoede zorg in deze regeling meenemen.
- De overige gedeerde inkomsten, waaronder parkeren en horeca vallen buiten de scope van deze regeling. Ook nu zullen de zorgverzekeraars steun verlenen aan het agenderen van deze gedeerde inkomsten bij de primair verantwoordelijken voor deze inkomsten.
- De zorgverzekeraars vergoeden vanuit de regeling de hoofdaannemer. In de afspraken wordt vastgelegd dat de hoofdaannemer daarmee een verantwoordelijkheid draagt voor de onderaannemer(s) en die ook moet invullen. Dit op gelijke wijze als de hierna uitgewerkte regeling.

1) Inclusief PAAZ, PUK en CBT

Scope | Onderbouwing scope Regeling MSZ 2021 (1)

Achtergrond

- Zorgverzekeraars hebben vanaf de zomer kenbaar gemaakt dat het uitgangspunt voor 2021 reguliere contractering is.
- In meerdere BO's in het kader van het HLA MSZ is dit door alle partijen in het HLA uitgesproken.
- In 2020 zijn alle zorgaanbieders overvallen door de COVID-19 pandemie. In de crisis die daardoor ontstond zijn vele zorgaanbieders een tijd gesloten geweest of geconfronteerd met grote uitval van zorglevering. In deze periode hebben de zorgaanbieders hun bedrijfsvoering aangepast aan het bestaan van COVID-19 in de samenleving.
- Voor de meeste zorgaanbieders is de productie bijna volledig terug naar het niveau van voor de eerste golf. Met enige algemene voorzorgsmaatregelen zijn zij in staat om de zorg te leveren. Ook in de tweede golf blijkt dit het geval. Dat wil niet zeggen dat alles gaat zoals gebruikelijk voor de eerste golf maar voor al deze zorgaanbieders kan door reguliere contractering adequate afspraken worden gemaakt.
- Uitzondering hierop zijn de zorgaanbieders die zorg aan COVID-19 patiënten leveren¹. Zoals ook in de tweede golf is gebleken wordt bij een opvlamming van de pandemie de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders die COVID-19 patiënten behandelen grondig verstoord. Voor zorgverzekeraars was dit in de zomer al aanleiding om na te denken over te nemen gezamenlijke maatregelen aanvullend aan de individuele contractering.
- Voor zorgaanbieders die COVID-19 patiënten behandelen komen een aantal onzekerheden en risico's bij elkaar in dusdanige omvang dat dit niet kan worden opgevangen binnen de individuele contractering. Een COVID-19 golf kan/zal leiden tot onvermijdbare substantiële afschaling van de andere zorg. Of zich dit zal voordoen en in welke mate is zeer onzeker.

Afbakening regeling

- Zorgverzekeraars constateren dat er een zeer groot verschil is in de impact van COVID-19 op zorgaanbieders nu de eerste crisis fase voorbij is:
 - Voor **alle zorgaanbieders die COVID-19 patiënten behandelen** zijn gezien de onzekere (grote) impact van COVID-19 vooralsnog voldoende gronden om collectieve afspraak te maken. Deze collectiviteit zal zo beperkt mogelijk moeten zijn om aan de mededingingswet te voldoen.
 - Voor **de zorgaanbieders die geen COVID-19 patiënten behandelen én te maken krijgen met productie-uitval of veranderende behandelmix** en dit het aantoonbare gevolg is van minder doorverwijzingen vanuit de ziekenhuizen, zijn er gronden om een collectieve afspraak te maken. Deze collectiviteit zal zo beperkt mogelijk moeten zijn om aan de mededingingswet te voldoen.
- Deze afbakening (zie ook de volgende pagina voor het overzicht) wordt door de zorgverzekeraars over alle sectoren heen gehanteerd. De afbakening is op basis van inhoudelijke criteria. Afwijken hiervan heeft een groot risico op precedentwerking. Lidmaatschap van een branche organisatie is geen grond voor afwijking. (Dit is conform de lijn bij de continuïteitsregeling 2020).
- Indien een zorginstelling van mening is dat er sprake is van onredelijkheid of onvoldoende compensatie, dan kan zij conform de processtappen van de Hardheidsclausule, naar de Hardheidsclausule Commissie.

1) Met zorg aan COVID-19 patiënten wordt hier bedoeld de behandeling van de patiënt voor COVID-19.

Scope | Onderbouwing scope Regeling MSZ 2021 (2)

	- IN SCOPE - Regeling MSZ 2021	- IN SCOPE - Continuïteitsregeling	- BUITEN SCOPE - Continuïteitsintentie
Uitgangspunt	<i>Behandeling COVID-19 patiënten¹</i>	<i>Geen behandeling COVID-19 patiënten, wel productie-uitval a.g.v. aantoonbaar minder tertiaire doorverwijzingen vanwege COVID-19</i>	<i>Geen behandeling COVID-19 patiënten en geen productie-uitval vanwege minder tertiaire doorverwijzingen</i>
Toelichting op organisatie die op deze scope van toepassing zijn	<ul style="list-style-type: none"> Dit geldt voor alle algemene ziekenhuizen en umc's (inclusief alle Klinisch Genetische Centra) – zie bijlage A Voor de CBT's en de PAAZ/PUK geldt dat deze, ondanks de separate contractering, voor het ziekenhuis als afdeling van het totale bedrijf worden gezien². Om die reden zal hiervoor voor 2021 een op de regeling voor de ziekenhuizen gebaseerde regeling worden opgesteld. 	<p>Dit geldt voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oogziekenhuis Sint Maartenskliniek* NKI/AvL* Audiologische Centra Epilepsie centra Radiotherapeutische centra Protonencentra³ <p>Zie bijlage B</p> <p><small>* Nog niet definitief: op basis van data definitief vaststellen</small></p>	<p>Dit geldt voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zelfstandige dialysecentra ZG-instellingen Prinses Máxima Centrum OCON
Toepassingsgebied	Totale Regeling MSZ 2021 van toepassing Voor toepassing PAAZ, PUK en CBT: zie bijlage E	Regeling gericht op continuïteit van de zorginstelling en omvat daarmee in ieder geval vangnet en hardheidsclausule – zie bijlage F	Geen toepassing Regeling MSZ 2021 ⁴ : individueel contracteren inclusief continuïteitsintentie

1) Voor revalidatie-instellingen wordt een eigen regeling gemaakt, die dezelfde elementen bevat als de Regeling MSZ 2021, contracten, COVID-19 zorg, meerkosten, inhaalzorg en vangnet. Hieronder vallen ook de organisaties Ciro en Capri

2) Ondanks dat op deze afdelingen geen COVID-19 patiënten worden behandeld worden ook deze bedrijfsonderdelen geraakt bij COVID-19 golven.

3) Voor protonentherapie geldt nacalculatie en een nadere afspraak over de raming van de vraaguitval (ook als dit onderdeel van het contract van het ziekenhuis is)

4) Indien er bij een instelling sprake is van significante uitval door COVID-19 en deze effecten zijn niet op te vangen vanuit bestaande bedrijfsvoering dan treden partijen (zorginstelling met 2 grootste verzekeraars) in overleg om de situatie op te lossen. Hierbij gelden de uitgangspunten dat de uitval door COVID-19 zal worden gecompenseerd obv doorlopende kosten.

Inhoudsopgave

Regeling MSZ 2021 - introductie

Reikwijdte en scope

Overview inhoud regeling

Technische uitwerking regeling

Deel 1

1.1 | Reguliere zorg

1.2 | COVID-19 zorg

1.3 | Inhaalzorg

Deel 2

2.1 | Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding

2.2 | Vangnet

2.3 | Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opschaling

Deel 3

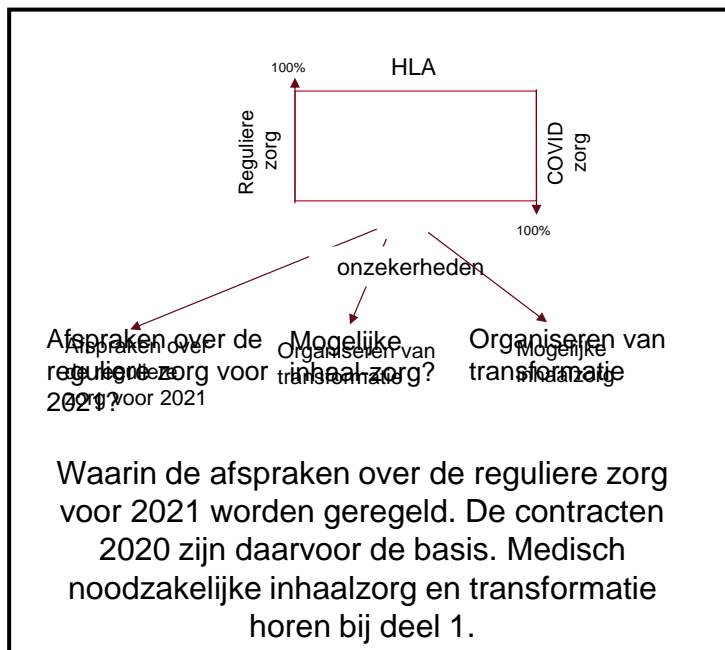
3.1 | Hardheidsclausule

Technische samenvatting

Bijlagen

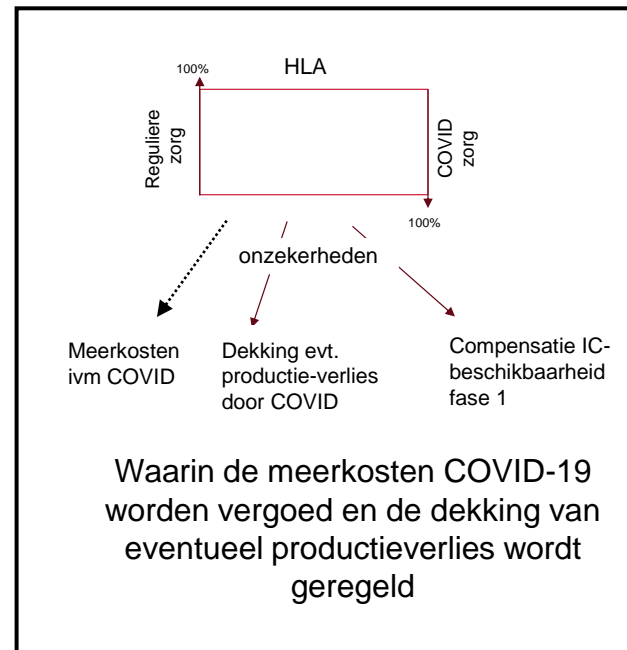
Overview model regeling | Intentie: “Dekkende exploitatie op ZVW en AV zorg door passende regeling 2021”

Deel 1: reguliere zorg en eventueel inhaalzorg 2021 & transformatie



- 1.1 | Reguliere zorg
- 1.2 | COVID-19 zorg
- 1.3 | Inhaalzorg

Deel 2: meerkosten COVID-19 en vergoeding eventueel productieverlies



- 2.1 | Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding
- 2.2 | Vangnet
- 2.3 | Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opscaling

Deel 3: hardheidsclausule

Bedoeld als de intentie van de Regeling MSZ 2021 onvoldoende tot zijn recht komt

- In representatie in gesprek
- Sprake van een negatief resultaat wat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-19-effecten op ZVW en AV opbrengsten.
- Scope: geheel van Deel 1 en Deel 2 in samenhang bezien.

- 3.1 | Hardheidsclausule

1) VWS subsidie is geen onderdeel van de regeling maar wordt getoond om integraal beeld te geven

Opbouw van de regeling op hoofdlijnen

Deel 3: Hardheidsclausule

Als een negatief resultaat het direct gevolg is van achterblijvende compensatie van COVID-19-effecten op ZVW en AV opbrengsten. Scope is Deel 1 en Deel 2 in samenhang bezien.

Deel 2: Aanvullende COVID-19 vergoedingen

VWS subsidie COVID opschaling¹

2.3 Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opscaling

Een beschikbaarheidsvergoeding van 70% van de normatieve personeelskosten (grondslag subsidie VWS) voor fase 1 bedden. Ex-post toets middels controleprotocol.

2.2 Vergoeding productie-uitval

88% vergoeding van productie-uitval als gevolg van COVID-19, uitgaande van 12% variabele kosten

2.1 Generieke meerkosten

Generieke vergoeding van 0.6% vast te stellen voor 2021 (als % van de 100% CB-vangnetwaarde 2021) en herijking in juni 2021



Deel 1: Vergoeding zorg

1.3 Inhaalzorg

Inhaalzorgplan vaststellen in Q1 2021 met 1^{ste} en 2^e marktleider → vertaling naar contracten volgens vaste rekenregels

1.2 COVID-19 zorg

Vergoeding COVID-19 zorg door aanpassing DBC- en IC-tarieven

1.1 Reguliere zorg

Reguliere zorg wordt betaald conform contract, o.b.v. doortrekken contract 2020 naar 2021 (met index P en Q)

1) VWS subsidie is geen onderdeel van de regeling maar wordt getoond om integraal beeld te geven

Inhoudsopgave

Regeling MSZ 2021 - introductie

Reikwijdte en scope

Overview inhoud regeling

Technische uitwerking regeling

Deel 1

1.1 | Reguliere zorg

1.2 | COVID-19 zorg

1.3 | Inhaalzorg

Deel 2

2.1 | Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding

2.2 | Vangnet

2.3 | Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opstapeling

Deel 3

3.1 | Hardheidsclausule

Technische samenvatting

Bijlagen

1.1 Reguliere zorg | Afspraken voor contractering en basis vangnet

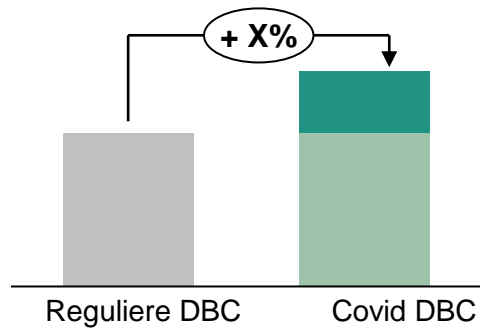
Aspect	Afspraak	Landelijke afspraak of Lokale vertaling
Basis voor contract 2021	Contract 2020 (inclusief alle voorwaarden waaronder nacalculatieafspraken en doorleverplicht) + Verzekerdenmutaties 2020 en 2021 cf Vektismodel, reeds gemaakte meerjarenafspraken (ook die ingaan in 2021) worden gecontinueerd. Daar waar in de meerjarenovereenkomst geen afspraken zijn gemaakt op onderdelen van de regeling dan gelden de elementen uit de Regeling MSZ 2021	Landelijke afspraak
DGM in Regeling MSZ 2021 ¹	Contracten 2020 doorrollen naar 2021 met behoud van type afspraak. In afrekening 2021 wordt gewaarborgd dat marge ziekenhuis 2021 gelijk is aan 2020.	
Prijnsindexering	2021: 1,63% (cf HLA), Nacalculatie 2020: +0,34% (cf HLA) toepassen op zowel contractwaarde als prijzen (indexering van de bestaande prijslijst 2020)	Landelijke afspraak
Overige mutaties BKZ 2021 (buiten groei %) ²	Lokale afspraken over verwerking in het contract	Lokale vertaling in onderhandeling
Transformatiegelden	Lokale afspraken 2021, reeds gemaakte meerjarenafspraken worden gecontinueerd	Lokale vertaling in onderhandeling
Verschuivingen	Gelijk aan afspraak CB 2020. Eventueel verwachte volumegroei en – daling in 2021 valt alleen binnen de regeling bij zorgverschuivingen door fusie, faillissement, overdracht van activiteiten tussen ziekenhuizen en gevolgen van het niet halen van de minimum behandelnormen	Landelijke afspraak
Volumemutatie	0,3% inclusief DGM en nieuwe zorg. Deze is uitgesplitst in -0,3% doorrollen zorgdeel contract, inschatting groei DGM en nieuwe zorg 0,6%	Landelijke afspraak
Afspraak NVZ-ZN 'Veiligstellen en versnellen transformatie'	Voor de algemene ziekenhuizen wordt 1,62% van DBC omzet toegevoegd aan het plafond/aanneemsom. Ter financiering hiervan worden de prijzen van alle DBC-zorgproducten met 1,62% verhoogd.	Landelijke afspraak
Afspraak NFU-ZN 'Veiligstellen en versnellen transformatie'	Voor de umc's wordt in 2021 € 40 mln transformatiegeld ingezet dat structureel inverdiend wordt vanaf 2022 via een gezamenlijk besparingsprogramma ZN/NFU op dure geneesmiddelen.	Landelijke afspraak
Onderlinge dienstverlening	Onderlinge dienstverlening wordt tussen partijen geneutraliseerd op dezelfde basis als zorguitval wordt afgerekend. Voor zover partijen (individuele ziekenhuizen, of umc's) in 2019 bedragen voor onderlinge dienstverlening in rekening hebben gebracht zullen deze bedragen, met een afslag van 12% voor variabele kosten, ook in 2021 in rekening kunnen worden gebracht. Vergoeding van deze bedragen is niet verschuldigd indien het bedrag in jaar 2021, niet meer bedraagt dan €1000 per instelling.	Landelijke afspraak

1) Zie bijlage C
2) Zie bijlage D

1.2 COVID-19 zorg | Reguliere tarieven (dbc's en IC-dagen) voor COVID-19 moeten kostendekkend zijn en automatisch meelopen in afspraken

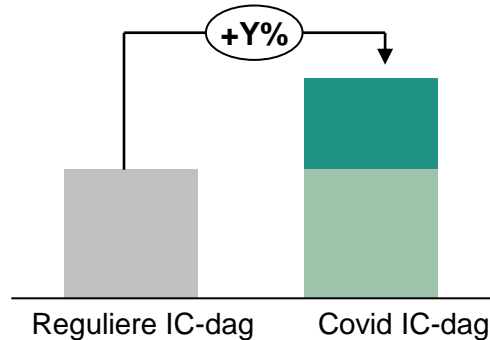
Tarieven declaraties COVID-19 patiënten moeten omhoog, zodat ze verschil in personeelsinzet met de zorg voor reguliere patiënten reflecteren...

Kliniek



Ziekenhuizen zetten meer verpleegkundigen in per bed op COVID-19 afdelingen

IC



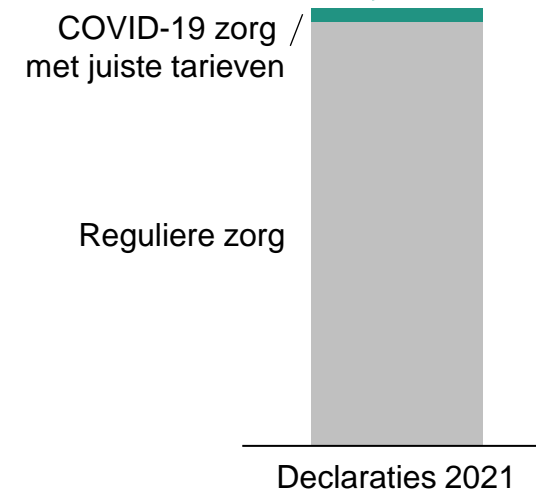
Ook op de IC lijkt er voor de zorg aan een COVID-19 patiënt gemiddeld meer inzet per bed nodig dan voor een reguliere patiënt (nadere analyse nodig)

Nazorg

Rond Covid-19 Nazorg is verdere verkenning nodig, alvorens we kunnen vaststellen of er aanpassing van de tarieven nodig of een aparte dbc moet komen.

...en meelopen in reguliere declaraties, met zekerheid van vergoeding, ook boven plafond

Als declaraties 2021 vanwege COVID-19 zorg boven plafond uitkomen, dan is er zekerheid nodig dat ziekenhuizen een volledige vergoeding krijgen voor de COVID-19 zorg. Dit geeft ziekenhuizen de zekerheid dat inzet personeel wordt vergoed, ook als dat is gerealiseerd door middel van extra personeel / PNIL / flexibele schil



1.2 COVID-19 zorg | Procesafspraken rond herijking reguliere tarieven (dbc's en IC-add-ons)

Voor het herijken van de reguliere tarieven van de verpleeg- en IC-dag zijn de volgende procesafspraken gemaakt:

- NVZ en NFU doen begin januari een voorstel voor een shortlist van partijen die kunnen helpen bij het vaststellen van tarieven van de COVID-19 IC-add ons en COVID-19 dbc (kliniek). Samen met ZN wordt uiterlijk half januari een keuze gemaakt voor de partij¹.
- In periode tot half februari 2021 wordt door de gekozen partij een voorstel uitgewerkt voor de initiële herijking van de tarieven.
- NVZ, NFU en ZN nemen een gezamenlijk besluit over de initiële tarieven in februari. Op basis van deze tarieven kunnen de declaraties plaatsvinden.
- Uiterlijk 1 september 2021 wordt de aanpak vastgesteld voor de definitieve herijking van de tarieven 2021. De opzet en aanpak wordt afgestemd met de NZa.
- Uiterlijk eind oktober 2021 worden de definitieve tarieven 2021 in gezamenlijkheid vastgesteld. In de definitieve afrekening worden eventuele tariefsverschillen gecorrigeerd.
- Dossier en onderbouwing van de herijkte tarieven worden overgedragen aan NZa ten behoeve van de maximum tarieven IC (dbc en add-ons) 2022.

1) Mogelijk is er één partij aan te wijzen voor zowel generieke meerkosten als voor het herijken van de tarieven IC-dagen en verpleegdagen

1.3 Inhaalzorg | Passende en zinnige zorg in transitiejaar 2021

Door COVID-19 is veel zorg uitgesteld. Dit met mogelijk nadelige gevolgen voor de patiënt. Ziekenhuizen geven bij het opschalen van reguliere zorg prioriteit aan medisch noodzakelijke zorg. Partijen hebben de intentie deze zorg zoveel mogelijk op te vangen binnen de beschikbare kaders. **We kunnen de impact hiervan vooraf lastig inschatten** en we verwachten dat hier ook **lokale verschillen** zijn als gevolg van o.a. COVID-19 situatie en contractvorm en portefeuille per verzekeraar. We streven hierbij, in het optimistisch scenario waarbij een vaccin snel voor handen is en de volgende COVID-19 golven beperkt zijn, dat we ook capaciteit hebben om noodzakelijke zorg van 2020 in te halen. Deze zal waar mogelijk binnen het HLA geleverd worden maar de financiële ruimte van het HLA zal hier niet beperkend zijn.

5 werkprincipes reguliere zorg

- 1 We willen zo veel als mogelijk uitval van reguliere zorg voorkomen tijdens COVID-19 golven
- 2 We passen de principes van de Juiste Zorg op de Juiste Plek toe in lijn met de doelen uit het HLA.
- 3 We hebben de gezamenlijke maatschappelijke plicht om gezondheidsschade te voorkomen
- 4 We benutten de schaarse ziekenhuiscapaciteit zo effectief en efficiënt mogelijk.
- 5 We stellen een landelijke, transparante werkwijze op vanuit het streven te werken binnen HLA. Het financieel kader in het HLA mag geen belemmering zijn om noodzakelijke zorg te leveren

Uitgangspunten passende & zinnige zorg tijdens en na COVID-19

- We zetten in op het leveren van zorg met een medische indicatie, als onderdeel van de Zorgverzekeringswet, mede in relatie tot de zorgplicht die voor alle partijen geldt.
- Ziekenhuizen zetten daarbij in lijn met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord in op JZOJP en gepaste en zinnige zorg en benutten de kansen die COVID-19 biedt om hier versnelling in te brengen.
- We sluiten hierbij aan bij de bestaande transformatie-agenda. Lokale afspraken blijven gehandhaafd.
- In het lokale overleg worden bestaande (transformatie) afspraken gecontinueerd en uitgebreid om hier invulling aan te geven.
- Hierbij sturen we met elkaar, zoals we gewend zijn in het zorginkoopproces. Hiermee doelen we ook op situaties waarin er belemmeringen zijn in de capaciteit van ziekenhuizen, wat leidt tot regionale afspraken of inzet van zorgbemiddeling. Met als doel om zo veel mogelijk zorg te leveren met de beschikbare capaciteit, waarbij we streven naar zo min mogelijk afschalen van reguliere zorg tijdens COVID-19.
- We passen best practices die breed beschikbaar zijn en ervaringen uit eerdere COVID-19 golven toe.
- Dit betekent ook dat we transparant zijn over de bereikte resultaten gedurende het jaar en dat we met elkaar over dit onderwerp in gesprek blijven

Definitie inhaalzorg

- Inhaalzorg betreft alle zorg die in 2020 is uitgesteld én ook daadwerkelijk in 2021 (*incidenteel*) wordt ingehaald. Ziekenhuizen maken onderscheid tussen de totale verwachting aan inhaalzorg en de inschatting van de inhaalzorg die niet binnen de contractwaarde opgevangen kan worden (technische definitie).
- De mate van de inhaalzorg is lastig vast te stellen door verschillende onzekerheden, bijvoorbeeld de ontwikkeling van COVID-19 in 2021 (landelijk en regionaal), omvang van niet geleverde zorg (zorg kan nl. ook elders geleverd zijn), zorgmijding, verdamping en mogelijke verzwarende van zorg, (structurele) vraaguitval door gewijzigd keuzegedrag van consumenten, (structureel) gewijzigd verwijsgedrag van huisartsen en andere verwijzers, beschikbare capaciteit (o.a. personeel) per ziekenhuis.
- Ten behoeve van de afspraken 2021 wordt uitgegaan van de technische definitie en is sprake van inhaalzorg als deze er toe leidt dat het bestaande contracten deze zorg niet accommodeert. Voor de inhaalzorg die boven het contract geaccommodeerd wordt, geldt de overeengekomen marginale meerkostenvergoeding. Historische overproductie wordt niet toegerekend aan inhaalzorg. Hierbij is de aanname dat de reguliere zorg in 2021 binnen de bestaande kaders geleverd kan worden.

1.3 Inhaalzorg | Inhoudelijk: met 3 lenzen beeld van omvang en prioritering van inhaalzorg

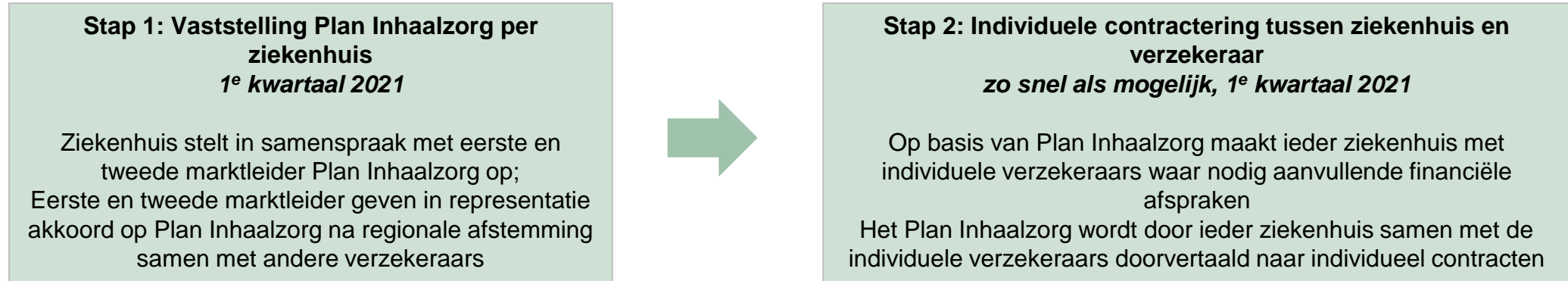
- Vertrekpunt voor de inhaalzorg is de omvang van de afgeschaalde zorg en het type zorg dat is afgeschaald.
- Langs 3 lenzen wordt de omvang en prioritering van inhaalzorg geraamd (zie figuur onderaan):
 - **Doelmatigheid, gekoppeld aan de landelijke (transformatie) agenda:** JZOJP, ZE&GG, digitale zorg, capaciteitsmanagement en best practices COVID-19.
 - **Op- en afschaling van reguliere zorg.** Het FMS-raamwerk (urgentie gestuurd) wordt meegenomen en is leidend voor de prioritering van op- en afschaling van reguliere zorg binnen beschikbare capaciteit.
 - **Lokale omstandigheden.** W.o. de lokale transformatieagenda, uitwerken van tarieven, wachttijden en het zorgprofiel van het ziekenhuis (TRF, 3^{de}, 2^e lijn, expertise centra VWS en WBMV zorg) i.r.t. de mate van verdamping van afgeschaalde zorg. Hierbij wordt het uitgangspunt gehanteerd dat complexe zorg minder snel zal verdampen dan relatief eenvoudige zorg.
- Dit leidt tot de totale verwachting aan inhaalzorg en dit is input voor het Plan Inhaalzorg dat wordt opgesteld door het ziekenhuis.
- Het individuele contract van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar geeft zicht op de financiële vertaling van de verwachte inhaalzorg. De vergoeding voor de inhaalzorg is gebaseerd op de individuele contractvoorwaarden, de afgesproken verkooptarieven en het vooraf collectief afgesproken vergoedingspercentage ter dekking van de variabele personele en materiële kosten van het zorgproduct. Zie bijlage G.
- Een gedetailleerde uitwerking van de onderdelen van het Plan Inhaalzorg volgt (uitvoeringsregeling): zie bijlage H voor de elementen.



1) Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID-19 zorg in relatie tot de pandemische druk, FMS, 30 oktober 2020. Het document vormt een aanvulling op de Handreiking keuzes voor het op- en afschalen van poliklinische non-COVID-19 zorg van de Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke Huisartsenvereniging LHV, het Nederlands Huisartsen Genootschap NHG en Patiëntenfederatie Nederland. In deze Handreiking staan de principes voor op- en afschaling van de poliklinische non-COVID-19 zorg beschreven

2) Deze lijst is een hulpmiddel bij de op- en afschaling; uiteindelijk is het een medische afweging, waar bijvoorbeeld ook rekening wordt gehouden met de lijdenslast van de patiënt.

1.3. Inhaalzorg | Proces contractering: via twee processtappen aanvullende financiële afspraken voor inhaalzorg in het eerste kwartaal 2021



- In het eerste kwartaal 2021 zal het Plan Inhaalzorg (stap 1) in representatie worden getoetst en vastgesteld door de zorgverzekeraars (1^e en 2^e marktleider van het desbetreffende ziekenhuis. Deze toetsing zal uitgevoerd worden vanuit de context dat de zorgaanbieder zich inzet op:
 - Maximaal overeind houden van de reguliere non-COVID-19 zorg tijdens COVID-19 periode via capaciteitsmanagement;
 - Creëren van ruimte via JZOJP / Gepaste en Zinnige Zorg / ZEGG agenda
 - Creëren van ruimte via digitalisering
 Dit sluit aan op lens I en III zoals dit op de vorige pagina is weergegeven.
- Onderdeel van de toetsing door de 1^e en 2^e marktleider zal een regionale afstemming over de patiëntspreiding en de dekking van de inhaalzorg in de regio zijn, zodat de samenhang binnen en tussen aangrenzende regio's geborgd wordt en er vanuit werkprincipes wordt gehandeld. Hiervoor zullen de verzekeraars een proces inrichten waar ook de andere verzekeraars bij worden betrokken. Dit is een voor de ziekenhuizen transparant en navolgbaar proces.
- De uitkomst van deze toetsing wordt gedeeld met de zorgaanbieder en alle betrokken zorgverzekeraars.
- De uitkomst van deze toetsing kan betekenen dat er een resultaatsafspraken wordt toegevoegd. Het gaat hier over resultaten die in dialoog tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar als haalbaar, uitvoerbaar en meetbaar wordt gestempeld en waarbij de partijen elkaar suggesties doen en elkaar uitdagen. Daarmee ontstaan er drie mogelijke afspraken rond inhaalzorg:
 - Inhaalzorgvergoeding bij realisatie (koplopers)
 - Inhaalzorgvergoeding bij realisatie én meetbare resultaatsafspraken i.r.t. genoemde drie lenzen
 - Geen inhaalzorg (wanneer de zorgaanbieder geen Plan Inhaalzorg indient of een negatieve resultaat heeft uit de toetsing van het plan)
- De uitkomsten voor de inhoudelijke toetsing zijn bindend voor alle zorgverzekeraars: er mag geen heronderhandeling over het plan inhaalzorg plaatsvinden in de lokale gesprekken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De aanvullende financiële afspraken worden met individuele verzekeraars gemaakt (stap 2).
- Stap 1 betreft een eenmalige afspraak in representatie: de overige afspraken (stap 2 en de daarop volgende afspraken die vanuit de monitoring kunnen ontstaan) zijn bilateraal en op lokaal niveau. Hiermee werken we gedurende 2021 toe naar een reguliere in- en verkooprelatie tussen ziekenhuis en individuele verzekeraar.
- Voor de vertaling naar contracten wordt uitgegaan van de technische definitie van inhaalzorg. Van belang is dat vooraf voor ziekenhuizen en verzekeraars duidelijk is hoe de technische vertaling binnen de verschillende contractvormen plaatsvindt, zodat lokaal geen discussie gaat ontstaan. Op p.28 zijn de rekenregels per type contract opgenomen.
- In de uitvoeringsregeling zullen we verder in gaan op de procedure wanneer dit proces vastloopt.

1.3 Inhaalzorg | Proces monitoring: na individuele contractering met duidelijke tijdslijnen en de juiste dialoog volgt monitoring

- Verzekeraars zullen samen met instellingen het Plan Inhaalzorg en de realisatie ervan bespreken en monitoren: je volgt periodiek met elkaar de prognoses en je stelt bij indien nodig. En als het opportuun is ga je in gesprek. Er is geen sprake van heronderhandeling. Het sluit aan op de reguliere monitorcyclus rond de zorginkoop of wel in de lokale individuele setting tussen verzekeraar en ziekenhuis; er is een extra gespreksonderwerp, namelijk inhaalzorg. Hierbij is ook leidend dat de zorgverzekeraar kan voldoen aan de zorgplicht.
- Onderdeel hiervan is het gedurende 2021 afzetten van de prognose van productieontwikkeling per verzekeraar tegen de verwachting uit het inhaalzorgplan. Dit is ook belangrijk omdat partijen halverwege 2021 al weer zullen starten met de voorbereidingen voor 2022. Dit betekent dat we vooraf collectieve afspraken maken over de informatiebehoefte en de wijze van monitoring. Zie voor een verdere toelichting op de monitoring bijlage H.
- We houden er rekening met dat de uiteindelijke financiering van de inhaalzorg (opwaarts en neerwaarts) kan afwijken van de initiële verwachting begin van het jaar. Hierbij moet gedacht worden aan het voorbeeld dat de daadwerkelijk vraagontwikkeling per verzekeraar af kan wijken van de verwachte inhaalzorgvraag aan het begin van 2021 of dat de beschikbare capaciteit voor inhaalzorg af kan wijken door o.a. ontwikkeling COVID-19 of beschikbaarheid personeel. Een ander voorbeeld kan ook zijn dat door af te wijken er meer recht gedaan kan worden aan de individuele situatie van een ziekenhuis.

Dit betekent ook:

- Verzekeraars zullen in 2021 niet overgaan tot structurele verlegging van patiëntenstromen in het geval dat een ziekenhuis tijdelijk en aantoonbaar geen zorg heeft kunnen leveren i.v.m. COVID-19 zorg
- De doorleverplicht geldt niet voor inhaalzorg
- Verzekeraars zullen corrigeren voor de zorgproductie die ingehaald is in een ander ziekenhuis dan initieel gepland, waarbij de uitvoering door specialisten / personeel uit het initiële ziekenhuis wordt gedaan en er in dat ziekenhuis sprake is van productie-uitval. Dit omdat deze productie al vergoed wordt vanuit de Regeling MSZ 2021 (vangnet bij productie-uitval). Dit kan bijvoorbeeld bij regiomaatschappen aan de orde zijn. Bij intransparante verplaatsing geldt een *high trust, high penalty* benadering.
- Daar waar er geen sprake is van inhaalzorg conform het Plan Inhaalzorg en er wel productieoverschrijding wordt geconstateerd die niet contractueel is vastgelegd, wordt deze niet als inhaalzorg vergoed.
- Ziekenhuizen kunnen in afstemming met de zorgverzekeraar afspraken maken over het swappen van inhaalzorg tussen ziekenhuizen.
- Resultaatsafspraken omvatten concrete doelstellingen voor structurele transformatie (3 lenzen) om de inhaalzorg te realiseren. Verzekeraars verwachten dat hiermee ook het reële gesprek gevoerd kan worden over het creëren van structurele volumeruimte voor 2022 en verder. Ziekenhuizen bespreken de voortgang op resultaatsafspraken met individuele verzekeraars gedurende 2021 en nemen dit met de individuele verzekeraars mee in de contractering 2022. Het niet halen van de resultaatsafspraken mag geen consequenties hebben voor het betalen van de inhaalzorg in 2021.



1.3 Inhaalzorg | Omvang inhaalstaffels en hoogte vergoeding per staffel

- Het volume inhaalzorg wordt in het Plan Inhaalzorg per ziekenhuis opgenomen en geaccordeerd in representatie door de twee grootste verzekeraars.
- De hoogte van de vergoeding is landelijk vastgesteld en betreft een procentuele vergoeding van de met de zorgverzekeraar individueel geïndexeerde afgesproken verkoopprijs 2019 van de inhaalzorg.
- De vergoeding is als volgt:

	1 ^e staffel: tussen 0 – 1% volume	2 ^e staffel: 1% en meer volume
UMC's en Hartcentra ¹	65%	55%
Overige ziekenhuizen	60%	50%

1) Dit betreffen: Amphia Ziekenhuis, Catharina Ziekenhuis, Hagaziekenhuis, Isalaklinieken, Medisch Centrum Leeuwarden, Medisch Spectrum Twente, OLVG, St. Antonius Ziekenhuis

2.1 Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding | Vergoeding voor extra COVID-19 kosten die niet herleidbaar zijn op de patiënt

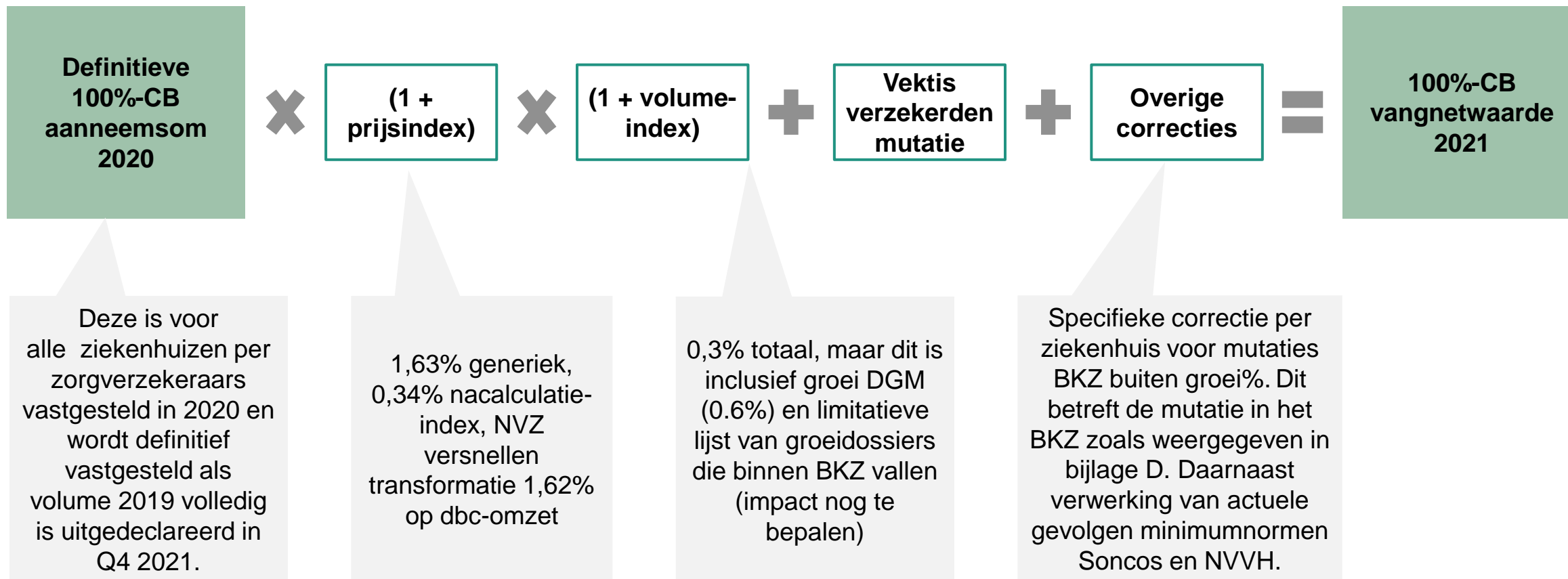
- Ziekenhuizen maken ten gevolge van COVID-19 extra kosten. Een deel van deze kosten is niet herleidbaar op de patiënt en wordt daarmee niet vergoed vanuit het tarief voor de geleverde zorg aan COVID-19 patiënten. Voor deze kosten biedt de Regeling een generieke meerkostenvergoeding.
- De activiteiten die leiden tot deze meerkosten betreffen (scope):
 1. Kosten voor triage, wachtkamerbegeleiding, beveiliging, facilitair/logistiek personeel
 2. Kosten voor persoonlijke bescherming zoals mondkapjes voor personeel, patiënten en bezoekers, desinfectiemiddelen/dispensers, beschermingsmiddelen (schorten, handschoenen, maskers, brillen, e.d.) en waskosten kleding en linnen voorzover niet opgenomen in de (nieuwe) tarieven voor de COVID-19 IC-dag en COVID dbc-zorgproduct
 3. Kosten van testen van personeel
 4. Kosten van schoonmaak
 5. Extra kosten van hogere incidentie van COVID-19 – betreft groter gebruik van PBM in een grote golf
- Partijen beogen deze vergoeding ex ante te verstrekken. Ziekenhuizen wisselen daarbij hun werkwijzen actief uit om zo een efficiënte organisatie van deze activiteiten te stimuleren en de Meerkosten van COVID-19 voor hen te beperken.
- Partijen beogen deze vergoeding feitelijk vast te stellen en deze zo te onderbouwen dat aan de toetsingscriteria van de NZa wordt voldaan.
- Partijen concluderen dat de huidige inzichten een te beperkte onderbouwing bieden voor een nauwkeurige vaststelling van de Meerkostenvergoeding voor 2021. Ook vormt de onzekerheid over het verloop van nieuwe COVID-19 golven in combinatie met de uitrol van vaccinaties een belemmering voor een nauwkeurige inschatting van één %.

2.1 Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding | op basis van feitelijke kosten bepalen we de meerkosten voor geheel 2021

- Partijen komen overeen om in juni 2021 met behulp van een TTP de feitelijke kosten te inventariseren bij alle ziekenhuizen van de activiteiten in scope¹. Dit op basis van de kosten in de periode januari – april en een raming voor mei – december rekening houdend met de trend. De uitkomst van deze uitvraag bepaalt de omvang van de Meerkostenvergoeding voor geheel 2021 en vormt tevens de onderbouwing voor de NZA.
- Partijen maken nadere afspraken over de berekening van dit % zodanig dat rekening wordt gehouden met een efficiënt gebruik van deze middelen. Partijen bepalen het % op basis van de mediaan van de data van de TTP. Hierbij duidt de TTP eventuele uitbijters in deze data zodat deze uit de berekening van het % kunnen worden gehouden.
- Partijen bepalen voor het eerste halfjaar 2021 een voorlopig percentage van 0,6%. Dit percentage wordt verrekend met het in juni 2021 hiervoor afgesproken percentage naar aanleiding van de data van de TTP. De TTP uitkomst kan niet tot een negatieve verrekening met dit percentage leiden.
- Zorgverzekeraars vragen aandacht voor het omvang van de geraamde eigen COVID-19 testen. Zij verwachten dat de regionale GGD de komende maanden deze capaciteit verder vergroot en het proces (m.b.v. sneltesten) verkort en daarmee dat ziekhuispersoneel hier een groter beroep op kan doen. Zorgverzekeraars verwachten dat ziekenhuizen hier actief op sturen.

1) De TTP hanteert de scope en inventariseert of materiele andere posten hadden moeten worden geïncludeerd

2.2 Vangnet | 100%-CB-aanneemsom 2020 met index P en index Q is het uitgangspunt voor vaststelling van de 100%-CB-vangnetwaarde 2021



2.2 Vangnet | Bij productie onder de 100% gaat vergoeding uit van 12% variabele kosten



Methodiek voor bepalen productieniveau 2021 voor bepaling van een eventuele CB-vergoeding

$$\text{Productieniveau 2021} = \frac{\text{Volumes 2021 (Q21)} \times \text{Prijzen 2021 (P21)}}{\text{Geïndexeerde volumes 2019 (Q19)} \times \text{Prijzen 2021 (P21)}}$$

Het productieniveau 2021 wordt per ziekenhuis – over alle verzekeraars heen – bepaald → er is sprake van productie-uitval als productieniveau 2021 < 100%

In de praktijk ontvangt het ziekenhuis (1) van iedere verzekeraar de betaalde declaraties die binnen definitie CB-vangnetwaarde vallen (let op: inclusief alle betaalde productie¹) en (2) een op ziekenhuisniveau bepaalde extra CB-vergoeding daarbovenop, waardoor de optelling van (1) en (2) gelijk is aan de vergoeding zoals hierboven beschreven

1) Bij de bepaling van het vangnet is het uitgangspunt alsof er één contract per ziekenhuis is. Ter voorkoming van dubbele betalingen kan er een correctie nodig zijn. Zie bijlage I.

2.3 Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opstapeling | Compensatie voor benodigde beschikbaarheid fase 1 opstapeling IC

Beschikbaarheidsvergoeding

- Maximaal 70% vergoeding van de normatieve personeelskosten (= 249.940 euro per IC fase 1 bed) onder de voorwaarde dat opstapeling daadwerkelijk gerealiseerd is.
- Verrekening van de declaratieopbrengsten die voor deze IC bedden worden ontvangen met de beschikbaarheidsvergoeding om dubbele financiering te voorkomen. Zie bijlage J.
- Indien na het jaar blijkt dat er voor fase 2 sprake is van overfinanciering vanuit de VWS subsidie (bijvoorbeeld omdat deze toch kan worden aangewend voor de beschikbaarheid in fase 1) dan wordt dit eveneens verrekend

Basis / uitgangspunten

- Vergoeding voor de opstapeling van 109 IC bedden in fase 1
- Personeelskosten die conform de normen van het LNAZ voor de bezetting per IC bed zijn vastgesteld op 357.056 per IC bed zoals ook gebruikt als basis voor de IC subsidie voor fase 2 van VWS.
- Nadat de discussie van de ziekenhuizen met VWS over de aantallen IC bedden in de verschillende fasen is beslecht gaan NVZ/NFU en zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek over de consequenties.

Voorwaarden

- Voorwaarde voor daadwerkelijke vergoeding is:
 - Aanwezigheid extra personeel,
 - Passend opleidingsniveau van het extra personeel
 - Vereisten NZa ten aanzien van de verantwoordingsvereisten t.b.v. artikel 33 (Catastrofe regeling)
- Naleving van de voorwaarden zal middels een controleprotocol worden vastgesteld.
- Het betreft hier een eenmalige, gemaximeerde bijdrage over 2021.
- We maken de afspraak om gezamenlijk richting VWS op te trekken om de beschikbaarheidsvergoeding van de IC per 2022 ev. te organiseren.

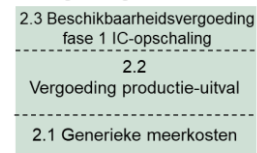
3.1 Hardheidsclausule | Bedoeld als de intentie van de Regeling MSZ 2021 onvoldoende tot zijn recht komt

- Partijen gaan in representatie in gesprek wanneer een instelling van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-19 effecten op ZVW en AV opbrengsten. De scope hierbij is het geheel van Deel 1 en Deel 2 en dit wordt in samenhang gezien.
- Wanneer zorgverzekeraars van mening zijn dat een bovenmatig positief resultaat het directe gevolg is van een sterke overcompensatie van COVID-19 effecten op ZVW en AV opbrengsten gaan partijen ook in representatie in gesprek. De scope hierbij is het geheel van Deel 1 en Deel 2 en dit wordt in samenhang gezien.
- De commissie hardheidsclausule toetst in het geval partijen in representatie niet tot een vergelijk komen aan redelijkheid, mede door beoordeling van specifieke omstandigheden die kunnen maken dat COVID-19 effecten hoger uitvallen dan verwacht

3.1 Hardheidsclausule | Proces van hardheidsclausule

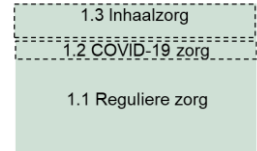
Ziekenhuis en 2 grootste ZV proberen het op te lossen

Deel 2: Aanvullende COVID-19 vergoedingen

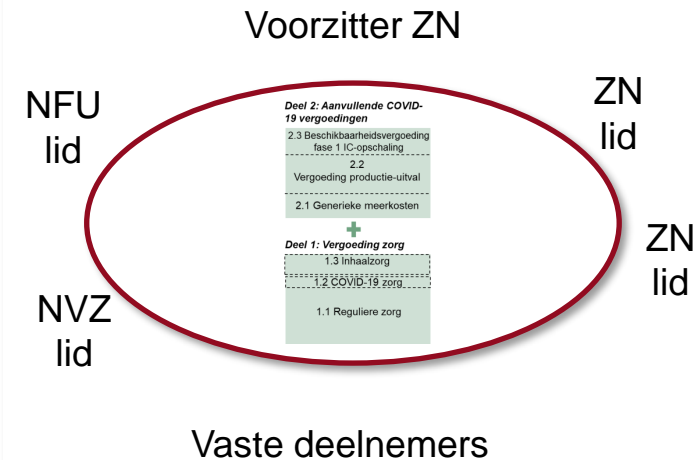


Ziekenhuis
+
2 grootste
betrokken
zorgverzekeraars

Deel 1: Vergoeding zorg



Cie HardheidsClausule¹ Ziekenhuizen/umc's besluit over toekenning



Vereist een overzicht van de begroting en realisaties behorende bij Deel 1 en Deel 2 waaronder productie COVID-19 en non-COVID-19, IC opschalingskosten (na aftrek Rijksbijdragen), meerkosten en geaccordeerde inhaalzorgplan en gerelateerde resultaten. Op basis van de analyses gaan ziekenhuis en 2 grootste betrokken verzekeraars in gesprek.

Als gesprek geen oplossing biedt wordt de casus voorgelegd aan Cie HardheidsClausule. De Cie treedt in overleg met ziekenhuis en betrokken verzekeraars. Indien nodig vindt er een analyse plaats van onafhankelijke partij. Cie HardheidsClausule beslist over de mate van toekenning o.b.v. redelijkheid i.r.t. bedoeling

1) De CB20 Cie is hernoemd en zal over Regeling CB 2020 en Regeling MSZ 2021 gaan

Technische samenvatting | Werking regeling per contractvorm

NB. aan deze slide kunnen geen rechten ontleend worden – de werking van de regeling is in de voorgaande slides toegevoegd

Type productie [LET OP: volgorde 1 → 5]	Open P*Q	Plafond zonder open staffel (overproductie)	Plafond zonder open staffel (onderproductie)	Plafond met open staffel (overproductie)	Plafond met open staffel (onderproductie)	Aanneemsom
5. Overige meerproductie	Conform contract (en afhankelijk daarvan bilaterale onderhandeling; contractvoorwaarden 2020 blijven bestaan).					
4. Inhaalzorg (Q = inhaalzorgplan per ziekenhuis)	Om in aanmerking te komen voor inhaalzorg maakt het ziekenhuis in Q1 2021 een inhaalzorgplan en spreekt daarin een (maximale) inhaal-Q af met de twee grootste verzekeraars. Deze inhaal-Q is het <u>maximum</u> aan inhaalzorg in 2021 en geldt voor alle verzekeraars van het betreffende ziekenhuis. De wijze van vergoeding van deze inhaalzorg hangt vervolgens af van de contractvorm. Eerst wordt er binnen contract vergoed voor zover daar nog ruimte is voor vergoeding; daarboven gelden de afgesproken staffelvergoedingen voor inhaalzorg.					
	Tellen Q inhaalzorg vanaf Q2019 * P2021*(1 + index Q) + Vektis verzekerdemutatie → dit is ook de Q die als basis wordt gebruikt voor de vaststelling van de 100% CB-2021. Vanaf dit productieniveau gaat eventuele inhaalzorg in; dit geldt voor <u>alle</u> contractvormen. Vanaf dat productieniveau is de afspraak over vergoeding inhaalzorg zoals hieronder per contract beschreven:					
	<ul style="list-style-type: none"> Tot 1,5%: conform contract Eerste 1% daarboven: 65% (umc's en hartcentra) of 60% (overige ziekenhuizen) Daarboven tot Q inhaalzorg: 55% (umc's en hartcentra) of 50% (ovrg zh) (daarboven: conform contract) 	<ul style="list-style-type: none"> Tot 1%: 65% (umc's en hartcentra) of 60% (ovrg zh) Van 1% tot Q inhaalzorg: 55% (umc's en hartcentra) of 50% (ovrg zh) 	<ul style="list-style-type: none"> Eerst: leveren inhaalzorg binnen contract tegen tarieven contract (stel nog Y% ruimte) Van Y% tot Y+1%: 65% (umc's en hartcentra) of 60% (ovrg zh) Van Y+1% tot Q inhaalzorg: 55% (umc's en hartcentra) of 50% (ovrg zh) 	<ul style="list-style-type: none"> Eerste 1,5%: staffel% conform contract Van 1,5% tot 2,5%: 65% (umc's en hartcentra) of 60% (ovrg zh) Daarboven tot Q inhaalzorg: 55% (umc's en hartcentra) of 50% (ovrg zh) (daarboven: conform contract) 	<ul style="list-style-type: none"> Eerst: leveren inhaalzorg binnen contract tegen tarieven contract (stel nog Y% ruimte) Y% tot Y+1%: 65% (umc's en hartcentra) of 60% (ovrg zh) Daarboven tot Q inhaalzorg: 55% (umc's en hartcentra) of 50% (ovrg zh) (daarboven: conform contract) 	<ul style="list-style-type: none"> Tot 1%: 65% (umc's en hartcentra) of 60% (ovrg zh) Van 1% tot Q inhaalzorg: 55% (umc's en hartcentra) of 50% (ovrg zh)
3. COVID-19 productie	Vergoeding: <ul style="list-style-type: none"> Als productie ziekenhuis (inclusief COVID-19-declaraties) < geïndexeerde productiewaarde 2019 → vergoeding vangnet, maar geen extra vergoeding COVID-19 productie <i>bovenop</i> vergoeding vangnet Als productie ziekenhuis > geïndexeerde productiewaarde 2019 → volledige vergoeding COVID-19 zorg 					
2. Historische overproductie	nvt	Geen vergoeding, behalve als daar contractafspraken over zijn gemaakt in 2020	nvt	Geen vergoeding, behalve als daar contractafspraken over zijn gemaakt in 2020	nvt	nvt
1. Reguliere productie tot aan Q in CB-vangnetwaarde 2021	Betaling conform contract, waarbij als 2021 is uitgedeclareerd wordt bepaald of ziekenhuis in aanmerking komt voor extra vergoeding vangnet (zie onder)					
	<ul style="list-style-type: none"> Grens vangnet: bedrag CB-aanneemsom 2020 indexeren naar 2021 o.b.v. afspraken indexatie → grens volume = 100% CB aanneemsom 2020 * (1 + index P) * (1 + index Q) + Vektis verzekerdemutatie = 100%-CB vangnetwaarde 2021 Voorwaarde vergoeding: productiedaling moet komen door COVID-19; het is geen vangnet voor productieverlies om andere redenen Vergoeding 88%, met correctie voor eventuele omzet inhaalzorg / COVID-19 zorg / reguliere zorg boven vangnet bij individuele verzekeraar 					

Inhoudsopgave

Regeling MSZ 2021 - introductie

Reikwijdte en scope

Overview inhoud regeling

Technische uitwerking regeling

Deel 1

1.1 | Reguliere zorg

1.2 | COVID-19 zorg

1.3 | Inhaalzorg

Deel 2

2.1 | Generieke COVID-19 meerkostenvergoeding

2.2 | Vangnet

2.3 | Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opschaling

Deel 3

3.1 | Hardheidsclausule

Technische samenvatting

Bijlagen

Bijlage A Scope | Overzicht van organisatie in scope van Regeling MSZ 2021 (1)

Onderstaande ziekenhuizen en umc's komen in aanmerking voor de Regeling MSZ 2021:

Agb-code	Naam ziekenhuis	Type ziekenhuis	Agb-code	Naam ziekenhuis	Type ziekenhuis	Agb-code	Naam ziekenhuis	Type ziekenhuis
6010107	Martini Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis	6010754	Spaarne Gasthuis	Topklinisch ziekenhuis	6020101	Universitair Medisch Centrum Groningen	UMC
6010110	Ommelander Ziekenhuis Groningen	Algemeen ziekenhuis	6010755	Rode Kruis Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6020502	Radboudumc	UMC
6010202	Ziekenhuis Nij Smellinghe	Algemeen ziekenhuis	6010758	Tergooi	Algemeen ziekenhuis	6020602	Universitair Medisch Centrum Utrecht	UMC
6010205	Ziekenhuis Tjongerschans	Algemeen ziekenhuis	6010805	Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6020701	VUMC	UMC
6010209	Antonius Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6010831	Ikazia Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6020702	Academisch Medisch Centrum	UMC
6010210	Medisch Centrum Leeuwarden	Topklinisch ziekenhuis	6010848	Rivas Zorggroep- Beatrixziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6020801	Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)	UMC
6010301	Wilhelmina Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6010850	Langeland Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6021101	Maastricht UMC+	UMC
6010304	Treant Ziekenhuiszorg	Algemeen ziekenhuis	6010852	IJsselland Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	51000976	Stichting Klinisch-genetisch centrum Nijmegen eo	Klinisch genetisch centrum
6010417	Deventer Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis	6010855	Groene Hart Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
6010418	Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6010857	Reinier De Graaf Groep	Topklinisch ziekenhuis			
6010419	Medisch Spectrum Twente	Topklinisch ziekenhuis	6010859	Albert Schweitzer Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010420	Isalaklinieken	Topklinisch ziekenhuis	6010861	Maasstad Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010421	Ziekenhuisgroep Twente	Algemeen ziekenhuis	6010862	Hagaziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010509	Slingelandziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6010863	Spijkenisse Medisch Centrum	Algemeen ziekenhuis			
6010518	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis	6010865	Alrijne Zorggroep	Algemeen ziekenhuis			
6010520	Ziekenhuis Rivierenland	Algemeen ziekenhuis	6010866	Haaglanden Medisch Centrum	Topklinisch ziekenhuis			
6010530	Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Algemeen ziekenhuis	6010867	Franciscus Gasthuis (Vlietland Groep)	Topklinisch ziekenhuis			
6010533	Ziekenhuis St Jansdal	Algemeen ziekenhuis	6010901	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
6010534	Ziekenhuis Gelderse Vallei	Algemeen ziekenhuis	6010916	Zorgzaam Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
6010535	Ziekenhuis Rijnstate/Velp	Topklinisch ziekenhuis	6011002	Maasziekenhuis Pantein	Algemeen ziekenhuis			
6010536	Gelre Ziekenhuizen	Topklinisch ziekenhuis	6011009	Catharina Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010618	Diakonessenhuis	Algemeen ziekenhuis	6011011	St. Anna Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
6010619	Meander Medisch Centrum	Topklinisch ziekenhuis	6011026	Elkerliek Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
6010620	St. Antonius Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis	6011032	Bernhoven	Algemeen ziekenhuis			
6010702	Noordwest Ziekenhuisgroep	Topklinisch ziekenhuis	6011033	Amphia Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010704	Ziekenhuis Amstelland	Algemeen ziekenhuis	6011034	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010713	OLVG	Topklinisch ziekenhuis	6011035	Maxima Medisch Centrum	Topklinisch ziekenhuis			
6010742	Zaans Medisch Centrum	Algemeen ziekenhuis	6011036	Bravis Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
6010752	Dijklander Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6011037	Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis	Topklinisch ziekenhuis			
6010753	Bovenij Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis	6011108	Laurentius Ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			
			6011113	Sint Jans Gasthuis	Algemeen ziekenhuis			
			6011115	VieCuri, Medisch Centrum Voor Noord-Limburg	Topklinisch ziekenhuis			
			6011118	Zuyderland Medisch Centrum	Topklinisch ziekenhuis			
			6011202	Flevoziekenhuis	Algemeen ziekenhuis			

Bijlage A | Overzicht van organisatie in scope van Regeling MSZ 2021 (2)

Onderstaande instellingen zijn onderdeel van de ziekenhuizen op voorgaande pagina, zij worden echter met deze agb-codes apart gecontracteerd.

Agb-code	Naam instelling	Categorie
38000106	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Zwolle	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000306	Universitair Medisch Centrum	Centra voor bijz. tandheelkunde
38380085	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Etz	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000078	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Friesland Mcl	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000101	Sint Anna Ziekenhuis (Cbt)	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000076	Amphia Ziekenhuis Cbt & Mfp	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000071	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Azr	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000080	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Almere	Centra voor bijz. tandheelkunde
38380074	Cbt Maastricht Umc+	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000100	Stichting Jeroen Bosch Ziekenhuis (Cbt)	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000086	Bijzondere Tandheelkunde St. Antonius Ziekenhuis	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000077	Academisch Ziekenhuis Groningen C.B.T.	Centra voor bijz. tandheelkunde
38002386	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Alrijne	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000309	Centrum Bijzondere Tandheelkunde, Medisch Spectrum Twente	Centra voor bijz. tandheelkunde
38002093	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Mca	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000089	Ziekenhuis Rijnstate (CBT)	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000083	CBT Haga	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000092	Leids Universitair Medisch Centrum	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000065	Centrum Voor Bijzondere Tandheelkunde	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000099	Verwijspraktijk Tandheelkunde Martini Ziekenhuis	Centra voor bijz. tandheelkunde
38000464	Centrum Bijzondere Tandheelkunde Martini Ziekenhuis	Centra voor bijz. tandheelkunde

Agb-code	Naam instelling	Categorie
54540039	Sint Anna Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540010	Antonius Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540034	Stichting Bravis Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540028	Stichting Dijklander Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540056	Stichting Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540042	Sint Laurentius Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540011	Medisch Centrum Leeuwarden (Paaz)	PAAZ/PUK
54540049	Rode Kruis Ziekenhuis (Pp)	PAAZ/PUK
54540003	Universitaire Medisch Centrum Utrecht (Puk)	PAAZ/PUK
54540035	Amphia Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540007	Academisch Ziekenhuis Maastricht (Puk)	PAAZ/PUK
54540001	Universitaire Medisch Centrum Groningen (Puk)	PAAZ/PUK
54540031	Albert Schweitzer Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540017	Medisch Spectrum Twente (Paaz)	PAAZ/PUK
54540027	Stichting Spaarne Gasthuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540024	Stichting Sint Antonius Ziekenhuis	PAAZ/PUK
54540019	Stichting Ziekenhuis Rijnstate/Velp (Paaz)	PAAZ/PUK
54540004	Academisch Medisch Centrum Amsterdam (Puk)	PAAZ/PUK
54540050	Bovenij Ziekenhuis (Pp)	PAAZ/PUK
54540020	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540014	Isala Klinieken (Paaz)	PAAZ/PUK
54540029	Zaans Medisch Centrum (Paaz)	PAAZ/PUK
54540038	Catharina Ziekenhuis (Paaz)	PAAZ/PUK
54540018	Gelre Ziekenhuizen (Paaz)	PAAZ/PUK
54540005	Leids Universitaire Medisch Centrum (Puk)	PAAZ/PUK
54540053	PAAZ Martini	PAAZ/PUK
54540041	Máxima Medisch Centrum (Paaz)	PAAZ/PUK
54540030	Stichting Olvg (Paaz)	PAAZ/PUK
54540002	Radboud (Puk)	PAAZ/PUK
54540025	Stichting Tergooi (Paaz)	PAAZ/PUK
54540054	Wilhelmina Ziekenhuis Assen (Poli Psychiatrie En Mpu)	PAAZ/PUK
54540016	Ziekenhuisgroep Twente (Paaz)	PAAZ/PUK
54540008	Ziekenhuis Nij Smellingen (Paaz)	PAAZ/PUK
54540009	Algemeen ziekenhuis de Tjongerschans (Paaz)	PAAZ/PUK

Bijlage B | Overzicht van organisatie in scope van continuïteitsregeling

Onderstaande instellingen komen, via de betreffende agb-codes, indien zij aan de voorwaarden voldoen in aanmerking voor de Continuïteitsregeling 2021. NB: sommige instellingen leveren verschillende zorgvormen onder verschillende agb-codes. Alleen de agb-codes opgenomen in deze lijst komen in aanmerking voor de Continuïteitsregeling 2021.

Agb-code	Naam instelling	Categorie
6130802	Het Oogziekenhuis	Categoriaal
6280501	Sint Maartens Kliniek (SMK)	Categoriaal
06080701	NKI/ AvL	Categoriaal
19009335	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie (Eindhoven)	Audiologische centra
19009349	Kentalis	Audiologische centra
19009331	Kentalis Zorg (AC Amsterdam)	Audiologische centra
19009334	Kentalis Zorg (AC Den Haag)	Audiologische centra
19009353	Kentalis Zorg (AC Arnhem)	Audiologische centra
19009356	Stichting Pento	Audiologische centra
19009326	Pento Audiologisch Centrum Friesland	Audiologische centra
19009327	Pento Audiologisch Centrum Twente	Audiologische centra
19009328	Pento Audiologisch Centrum Zwolle	Audiologische centra
19009329	Pento Audiologisch Centrum Amersfoort	Audiologische centra
19009352	Pento Audiologisch Centrum Drente	Audiologische centra
19190000	Pento Audiologisch Centrum Utrecht	Audiologische centra
19009332	Audiologisch Centrum Holland Noord / NSDSK	Audiologische centra
19009337	Stichting Libra Revalidatie & Audiologie (Tilburg)	Audiologische centra
19009338	Stichting Adelante Zorg (Ac Hoensbroek)	Audiologische centra
19009354	Stichting Adelante Zorg (Ac Venlo)	Audiologische centra
19009351	Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep	Audiologische centra
19009355	Ac Hilversum	Audiologische centra
06061002	Epilepsiecentrum Kempenhaeghe	Epilepsiecentra
06060702	Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN)	Epilepsiecentra
20000991	Radiotherapie Groep	Centra voor radiotherapie
20000985	Radiotherapeutisch Instituut Friesland	Centra voor radiotherapie
20000990	MAASTRO clinic	Centra voor radiotherapie
20000989	Instituut Verbeeten	Centra voor radiotherapie
20000988	Zuidwest Radio-Therapeutisch Centrum	Centra voor radiotherapie
06080802	Holland PTC	Centra voor protontherapie
20200000	Maastr Protontherapie B.V.	Centra voor protontherapie

Bijlage C | Voor DGM blijft afspraakvorm behouden maar worden tarieven naar 2021 aangepast; in de afrekening worden deze herijkt zodat marge 2020 = marge 2021

- Doorrollen van (meest recente) afspraken en contractvorm van 2020 naar 2021: open P*Q blijft open P*Q, plafond blijft plafond, etc. (zie volgende pagina voor overzicht per contract)
- Met aanvullende afspraak dat in de afrekening conform afspraaktype correcties plaatsvinden om te waarborgen dat marge per verzekeraar 2021 = marge 2020
- Definitie van marge-afpraak is als volgt:
 - Marge = verschil tussen inkoopprijs door ziekenhuis en verkoopprijs van ziekenhuis aan zorgverzekeraar
 - Definitie in 2020 moet controleerbaar dezelfde zijn als in 2021
 - Afrekening vindt op basis van nominale marge, zowel bij over- als onderschrijdingen
 - Verzekerdenmutaties worden voor alle type afspraken (nacalculatie en plafonds) doorgevoerd; nominale marge wordt na verzekerdenmutatie bepaald teneinde concurrentieposities tussen verzekeraars gelijk te houden¹
 - Ook nieuwe geneesmiddelen 2021 en uitbreidingen 2021 van indicaties tellen mee in berekening margebedrag 2020 = margebedrag 2021
 - Nieuwe middelen worden conform contractvoorwaarden 2020 meegenomen. Indien nacalculatie in 2020, dan ook nacalculatie in 2021. Ook geldt de bilaterale afspraak 2020 bij aanpassing van jaartallen. Bijvoorbeeld contract 2020: nieuwe middelen = 2019 & 2020, dan wordt contract 2021: nieuwe middelen = 2020 & 2021
- In de praktijk werkt het als volgt
 - Iedere verzekeraar stelt, indien van toepassing conform contract, een prijslijst vast
 - Deze prijslijst wordt vervolgens gehanteerd bij de afwikkeling van declaraties gedurende 2021
 - In de afrekening zal op basis van een bestuurs- dan wel een accountantsverklaring (in onderling overleg tussen ziekenhuis en verzekeraar) bijstelling van tarieven plaatsvinden (naar boven of beneden) om margebehoud te waarborgen
 - Hiertoe wordt door partijen een landelijk toetsingsprotocol uitgewerkt op basis van de overeengekomen uitgangspunten en voorwaarden
- Bij complexe contractvormen (onder plafond, shared savings, etc.) gaan ziekenhuizen en verzekeraars z.s.m. in gesprek over details doorrollen contracten, op basis van de bilateraal overeengekomen contractvoorwaarden 2020

1) Uitgangspunt is één consistente methode die alle verzekeraars op dezelfde manier toepassen. Alle verzekeraars moeten meedoen.

Bijlage C | Overzicht contractvormen en werking doorrollen van 2020 naar 2021

Afspraakvorm DGM 2020	Uitwerking in CB-regeling 2020	Uitwerking Regeling MSZ 2021 ² [Geen basis voor contractering 2022]
1 Afrekening op basis van netto inkooprijzen of integrale kosten die het ziekenhuis betaalt voor DGM	<ul style="list-style-type: none"> Afrekenen op basis van netto inkooprijzen 2020 blijft in stand 	<ul style="list-style-type: none"> Nacalculatie o.b.v. netto inkooprijzen 2021 Prijzen in declaratielijst zijn daarbij wel opnieuw vast te stellen Marge 2020 = marge 2021 = 0 (of afgesproken % bij integrale kosten)
2 Open PxQ o.b.v. overeengekomen prijslijst	<ul style="list-style-type: none"> Afrekenen op basis van overeengekomen prijslijst 2020 	<ul style="list-style-type: none"> PxQ op basis van prijslijst 2021 die nog door verzekeraar en ziekenhuis overeen te komen is Marge 2020 = marge 2021
3 Open PxQ met door verzekeraar vastgelegde prijslijst	<ul style="list-style-type: none"> Afrekenen op basis van prijslijst verzekeraar 2020 	<ul style="list-style-type: none"> PxQ op basis van prijslijst verzekeraar 2021 Marge 2020 = marge 2021
4 DGM vallen onder één plafond met de (bulk van de) reguliere zorg ¹	<ul style="list-style-type: none"> Schonen DGM uit plafond o.b.v. volumes 2019 en prijzen 2020, reguliere contractvormen blijven van toepassing 	<ul style="list-style-type: none"> Plafond DGM 2021 = Plafond DGM 2020 + 0,6%³ mutatie macrokader MSZ conform HLA + verzekerdenuitmutatie Als realisatie 2021 < nieuw plafond, dan behoud % marge. Als eroverheen, dan eerst marge opeten net zoals in regulier jaar. Daar overheen, dan op individuele voorwaarde volledige nacalculatie. Geen substitutie met reguliere MSZ-zorg vanwege vangnet, tenzij er nog ruimte zit in MSZ-deel contract. Dan eerst marge tot nul, dan opvullen contractwaarde MSZ-zorg tegen netto inkooprijzen, daarboven op basis van nacalculatie tegen netto inkooprijzen
5 DGM vallen onder een deelplafond ¹	<ul style="list-style-type: none"> Nacalculatie op basis van volumes 2020 (PxQ) en overeengekomen prijslijst 2020 	
6 Nacalculatie op basis van afgesproken afslag op NZa-max-tarief	<ul style="list-style-type: none"> Nacalculatie op basis van afgesproken afslag op NZa-max-tarief 	<ul style="list-style-type: none"> Herijking toegepast afslagpercentage bilateraal overeenkomen met ziekenhuizen

Voor alle afspraakvormen wordt een eindafrekening opgesteld, zodat marge 2020 = marge 2021, met bestuurs- of accountantsverklaring ter toetsing

1) Exclusief een vaste lijst met codes waarvan landelijk is vastgesteld dat deze altijd op nacalculatie worden verrekend

2) Alle landelijke kortingen vanuit VWS en ZN dienen vertaald te worden naar bilaterale contracten en prijzen. Eindafrekening en beginsel marge 2020 = marge 2021 geldt daarna

3) Eerst berekening eurobedrag van 0,6% groei op basis van macrokader MSZ 2020 (0,6% * macrokader MSZ 2020). Dit bedrag vervolgens delen door totale landelijke schadelast add-ons DGM 2020. Het resulterende percentage als groei hanteren op plafond 2020 per ziekenhuis.

Bijlage C | Plafonds voor DGM blijven bestaan, net zoals in contract 2020

In de CB-regeling 2020 valt DGM altijd buiten de CB-aanneemsom. Verder is de afspraak als volgt (zie technisch document), paragraaf dure geneesmiddelen: *“Alle DGM vallen buiten de 100% CB-aanneemsom. In de regel geldt dat een ziekenhuis alleen kosten maakt voor DGM als deze worden voorgeschreven. Een garantie op basis van een aanneemsom is daarom niet aan de orde. DGM wordt afgerekend tegen de contact afspraken 2020 van de betreffende zorgverzekeraar. Voor DGM gelden dus de contractafspraken 2020 voor de prijs en het volume, tenzij hier geen afspraak over gemaakt is dan geldt de afspraak uit het Hoofdlijnakoord van 2018 (paragraaf 3). Dit betekent dat daar waar sprake was in de contracten van geheel of gedeeltelijke open nacalculatie voor (bepaalde groepen) DGM, zonder of met beperkte marge, tegen referentieprijzen of andere prijsafspraken die afrekening wordt gevolgd. Als er bijvoorbeeld sprake is van deelkavels met plafonds wordt afgerekend conform de voorwaarden van die contracten en daarvoor geschoond.”*

De afspraak voor 2021 is consistent met deze lijn:

- Bij DGM onder plafond (afpraakvorm 4 en 5 op vorige pagina) geldt het volgende:
 - Plafond DGM 2021 = Plafond DGM 2020 + 0,6% mutatie macrokader MSZ conform HLA +/- verzekerdenmutatie
 - Als realisatie 2021 < nieuw plafond, dan behoud marge. Als eroverheen, dan eerst marge tot nul, net zoals in regulier jaar. Daar overheen dan op individuele volledige nacalculatie.
 - Bij overschrijding van plafond 2021 gaan de bilaterale nacalculatievoorwaarden voor het overschrijdingsbedrag in werking
- Nieuwe middelen en middelen uit patent: conform contractafspraken. Als afspraak = onder plafond, dan onder plafond, anders nacalculatie.
- Inhaalzorg kan van invloed zijn op het volume van DGM, en als DGM onder plafondafspraken valt dus ook op de vraag of het plafond passend is; in dat geval gaan ziekenhuizen en verzekeraar bilateraal in gesprek aan de hand van het opgestelde plan inhaalzorg, op basis van direct aanwijsbare effecten van inhaalzorg op het volume DGM

Bijlage D | Mutaties buiten HLA groeipercentage en ‘nieuwe zorg’ – landelijke afspraak

- **Mutaties buiten HLA groeipercentage individueel te verwerken in contractering 2021**

Deze mutaties betreffen specifieke toevoegingen aan het kader die niet bij alle zorgaanbieders gelijk neerslaan, daarom worden deze daar waar passend via individuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan het contract 2021 toegevoegd.

- **BKZ mutaties (bedragen conform BKZ)**

Mutaties	Bedragen conform BKZ	Opmerkingen
Overheveling bloedglucosemeters	-/-€ 18 miljoen	
Voorwaardelijke toelating geneeskundige zorg hierin valt SMA	€ 20 miljoen	Dit is in totaal geen mutatie ten opzichte van 2020 maar de samenstelling wijzigt
Vervolgzorg 13 weken echo	€ 5 miljoen	
Overheveling Gaucher	€ 12,8 miljoen	
Overheveling TPV	€ 22,1 miljoen	Nadat de besprekingen met VWS zijn afgerond gaan ZN, NVZ en NFU in gesprek over de verwerking van de uitkomsten

- **Mutaties binnen HLA kader MSZ (vanwege verandering bekostiging NTS)**

Met ingang van 2021 verloopt de bekostiging van de NTS op een andere wijze, hierdoor moeten kosten die voorheen rechtstreeks aan de NTS werden betaald vanaf 2021 via de ziekenhuizen worden betaald. Dit moet op individuele basis in de contracten met de umc's worden verwerkt:

- Zorg rondom orgaantransplantaties die voorheen in rekening werd gebracht bij de NTS, nu via de DBC en OZP's | Raming € 6,4 miljoen.

- **‘Nieuwe zorg’ die binnen het kader geaccommodeerd moet worden:**

- Car-t | deze zorg wordt op nacalculatiebasis aan het contract toegevoegd
- Nierteam aan huis | verwachte omvang onbekend

Bijlage E | Afspraken voor verwerking PAAZ/PUK en CBT

Aspect	Afspraak	Landelijke afspraak of Lokale vertaling
Basis voor contract 2021	Contract 2020 (inclusief alle voorwaarden waaronder doorleverplicht) + Verzekerdenmutaties 2020 en 2021 cf Vektismodel, reeds gemaakte meerjarenafspraken worden gecontinueerd. Daar waar in de meerjarenovereenkomst geen afspraken zijn gemaakt op onderdelen van de regeling dan gelden de elementen uit de Regeling MSZ 2021	Landelijke afspraak
Prijnsindexering	2021: 1,63% (cf HLA), Nacalculatie 2020: +0,34% (cf HLA) toepassen op zowel contractwaarde als prijzen (1 op 1 indexering)	Landelijke afspraak
Overige mutaties BKZ 2021 (buiten groei %) ¹	Niet van toepassing gezien de aard van deze mutaties	Landelijke afspraak
Transformatiegelden	Niet van toepassing	Landelijke afspraak
Verschuivingen	Niet van toepassing	Landelijke afspraak
Volumemutatie	CBT: -0,3% conform zorgdeel contract ziekenhuizen/umc's PAAZ/PUK: een voor de GGZ aangepast en passend percentage volgt	Landelijke afspraak
Meerkosten	Via het ziekenhuis (alle kosten voor het totale ziekenhuis/umc worden in de berekening bij het ziekenhuis meegenomen)	Landelijke afspraak
Vangnet	Conform ziekenhuismethode	Landelijke afspraak
Inhaalzorg	Niet van toepassing	Landelijke afspraak
Afspraak NVZ-ZN 'Veiligstellen en versnellen transformatie'	Niet van toepassing	Landelijke afspraak
Afspraak NFU-ZN	Niet van toepassing	Landelijke afspraak
Onderlinge dienstverlening	Onderlinge dienstverlening wordt tussen partijen geneutraliseerd op dezelfde basis als zorguitval wordt afgerekend. Voor zover partijen (individuele ziekenhuizen, of umc's) in 2019 bedragen voor onderlinge dienstverlening in rekening hebben gebracht zullen deze bedragen, met een afslag van 12% voor variabele kosten, ook in 2021 in rekening kunnen worden gebracht. Vergoeding van deze bedragen is niet verschuldigd indien het bedrag in jaar 2021, niet meer bedraagt dan €1000 per instelling.	Landelijke afspraak

1) Zie bijlage C

Bijlage F | Afspraken voor verwerking continuïteitsregeling

Aspect	Afspraak
Vangnet	<p>Conform ziekenhuismethode (zie 2.2) met eigen % variabele kosten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SMK 12% - Oogziekenhuis 12% - Audiologische centra 3,6% - Epilepsiecentra 5,4% - Centra voor radiotherapie en protonetherapie 9%
Hardheidsclausule	Conform ziekenhuizen zie 3.1
Contractering	<p>Voor deze instellingen is sprake van individuele contractering met uitzondering van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oogziekenhuis - Sint Maartenskliniek <p>Voor deze instellingen gelden de afspraken over het doorrollen van de contracten zoals opgenomen bij 1.1 met uitzondering van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overige mutaties BKZ 2021, - Transformatiegelden en - verschuivingen <p>deze zijn niet van toepassing voor deze aanbieders.</p>
COVID-19-meerkosten	<p>Onderdeel van de lokale onderhandelingen</p> <p>Bij de partijen waarbij sprake zal zijn van doorrollen contracten, zal er sprake zijn van non concurrentiële inkoop van de COVID-19 meerkosten. Dit wordt gedaan door de twee grootste representerende zorgverzekeraars en zal gevolgd worden door de andere zorgverzekeraars.</p>

NB. Voor NKI/AVL geldt de procesafspraken dat de afspraken rond bovengenoemde aspecten nader uitgewerkt worden

1) Zie bijlage B

Bijlage G Inhaalzorg | Aanvullende afspraken bij niet doorlopende plafondafpraak met overproductie en aanneemsom

Plafond met overproductie (aflopend in 2020)

- In de technische vertaling van het percentage inhaalzorg naar de individuele contracten geldt dat pas sprake is van een vergoeding van inhaalzorg wanneer de realisatie 2019 gerealiseerd is. Op die manier wordt invulling gegeven aan het uitgangspunt dat een vergoeding van historische overproductie geen onderdeel is van de Regeling MSZ '21.
- Deze technische vertaling kan mogelijk tot een situatie leiden waar een ziekenhuis inhaalzorg levert, daar substantieel extra kosten voor moet maken en tegelijkertijd een onredelijk hoog productieniveau moet maken om in aanmerking te komen voor een vergoeding van de inhaalzorg. Deze situatie kan ontstaan wanneer er significant minder overproductie is dan in 2019 en de daarmee samenhangende capaciteit niet afgeschaald kan worden dan wel ingezet kan worden voor het verrichten van de inhaalzorg (niet substitueerbaar).
- Indien deze situatie zich voordoet zullen ziekenhuis en verzekeraar bilateraal in gesprek gaan om in redelijkheid te zoeken naar een oplossing.
- Wanneer partijen bilateraal niet tot een redelijke en passende oplossing komen is de terugvaloptie de wijze van vergoeding zoals opgenomen in de Regeling MSZ '21.

Aanneemsom (aflopend in 2020)

- In de technische vertaling van het percentage inhaalzorg naar de individuele contracten geldt dat in het geval van een aanneemsom de vergoeding van inhaalzorg start nadat de realisatie 2019 bereikt is. Consequentie hiervan is dat er een bovenop de 100% aanneemsom sprake kan zijn van de vergoeding van inhaalzorg. Op deze manier wordt recht gedaan aan het bijzondere karakter van aanneemsommen gericht op volumereductie.
- Deze technische vertaling kan mogelijk tot een situatie leiden waar een verzekeraar een inhaalzorgvergoeding bovenop de aanneemsom vergoedt, terwijl het verschil tussen de realisatie 2019 en de hoogte van de aanneemsom dusdanig substantieel is dat in redelijkheid verwacht kan worden dat een deel van die ruimte gebruikt wordt voor het absorberen van (een deel van) de inhaalzorg.
- Indien deze situatie zich voordoet zullen verzekeraar en ziekenhuis bilateraal in gesprek gaan om in redelijkheid te zoeken naar een oplossing.
- Wanneer partijen bilateraal niet tot een redelijke en passende oplossing komen is de terugvaloptie de wijze van vergoeding zoals opgenomen in de Regeling MSZ '21.

Bijlage H Inhaalzorg | Elementen Plan Inhaalzorg en monitoring

<p>Plan Inhaalzorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het Plan Inhaalzorg omvat drie onderdelen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Volume inhaalzorg; 2. Toelichting op 3 lenzen en impact op volumeruimte in huidige contract en daarboven; en 3. Proces- en waar van toepassing resultaatsafspraken. • De resultante van het Plan Inhaalzorg is een specificatie van het percentage aan inhaalzorg met waar nodig een resultaatsafpraak • Aandachtspunten m.b.t. het bepalen van het volume inhaalzorg betreft de inschatting zorgverdamping en gewijzigd verwijsgedrag • Gezien de complexiteit rond het vaststellen van het volume inhaalzorg is het voorstel om externe deskundigheid in te schakelen; we streven naar één landelijke methodiek die je toepast op de specifieke situatie van het ziekenhuis. • In de bespreking van het Plan Inhaalzorg met de twee marktleiders van de zorgverzekeraars komt ook de zorgverschuiving aan de orde • In de bilaterale bespreking zal de niet betaalde overproductie inzichtelijk moeten worden gemaakt.
<p>Periodieke monitoring realisatie Plan Inhaalzorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uitgangspunt is monitoring per kwartaal, bilateraal. Alleen de productie wordt per maand gemonitord¹. • Streven naar aansluiting op bestaande monitoring zorgverzekeraars (en daarmee ook op bestaande overlegstructuren) • Onderscheid tussen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kwantitatieve monitoring van ontwikkeling totale productie (regulier en inhaalzorg) per verzekeraar (voor alle inhaalzorgplannen gelijk) 2. Kwantitatieve en kwalitatieve monitoring toepassing van de drie lenzen en op behalen van resultaatsafspraken (specifiek gemaakt per inhaalzorgplan) • Voor verzekeraars is het met name belangrijk om tijdig in te kunnen schatten of ziekenhuizen aan inhaalzorg toekomen of dat vanwege de zorgplicht elders afspraken gemaakt moeten worden. Daarnaast zijn de prognoses van belang om de volume- en kostenontwikkelingen over 2021 in te kunnen schatten voor de inkoopvoorbereiding en de premiestelling 2022. • Waar mogelijk wordt aangesloten op bestaande monitoringsafspraken en landelijk verplichte informatie-aanleveringen. • We verdiepen op ziekenhuisniveau op onder andere de volgende elementen: <ul style="list-style-type: none"> • Inzicht ontwikkeling COVID-19 zorg, inzicht in mate van af- en opschaling reguliere zorg inclusief medewerking aan patiëntverplaatsingen • Voortgang van verwijzingen, productie (geopende en gefactureerde DBC's), onderhanden werk en wachttijden poli, diagnostiek en behandeling op ziekenhuis totaalniveau (o.b.v. actuele cijfers) • Ontwikkeling van de beschikbare OK en IC capaciteit • % digitale consulten en telemonitoring

Procesvoorstel: NVZ, NFU en ZN komen eind eerste week van januari tot een gezamenlijk format Plan Inhaalzorg, informatievereisten en technische uitwerking

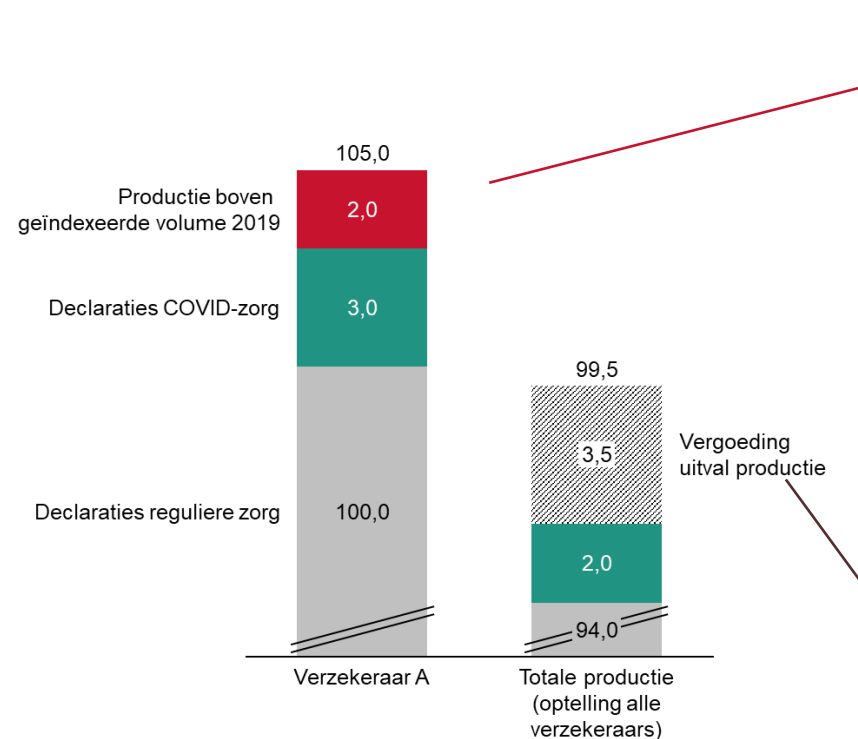
1) Productie wordt één keer per kwartaal gevalideerd

Bijlage I | Technische uitwerking bepaling vangnet

Als sommige verzekeraars boven 100% uitkomen, terwijl totale productie onder 100% blijft, dan wordt CB-vergoeding gecorrigeerd

Bij de vergoeding in het vangnet houden verzekeraars uiteraard rekening met alle betaalde productie (behalve nacalculatieposten zoals DGM en DNPZ). Van de eventuele vergoeding in het vangnet worden dan ook alle betalingen afgetrokken boven de 100%-CB-vangnetwaarde die ziekenhuizen van één of meerdere zorgverzekeraars hebben ontvangen, inclusief (vergoeding voor) geleverde zorg boven volume 2019 waar verzekeraars voor hebben betaald, hetzij via contract, hetzij via afspraken inhaalzorg, hetzij voor COVID-19 zorg boven contract bij individuele verzekeraar. Dit is nodig, omdat de CB-vergoeding anders leidt tot dubbele betaling – via betaalde declaraties én via de CB-vergoeding. Zie rekenvoorbeeld rechts.

Rekenvoorbeeld: ziekenhuis produceert in 2021 *in totaal* minder volume 2019, maar bij sommige verzekeraars meer (na volume-indexatie) [100 = productie 2019¹]



De afrekening van productie boven het volume in 2019 gaat als volgt:

- Als declaraties COVID-19 zorg: dan vergoeding boven grens CB-vergoeding (in dit voorbeeld: 3)
- Als voor overige zorg nog ruimte is binnen contract, dan binnen contract afrekenen
- Alle overige zorg boven contract en voor zover geen COVID-19 zorg: bilateraal in gesprek conform kader inhaalzorg
- Derhalve geen vergoeding van historische overproductie (natuurlijk wel als afspraken hiervoor zijn aangepast in contract 2020, denk aan verhoging van plafond)

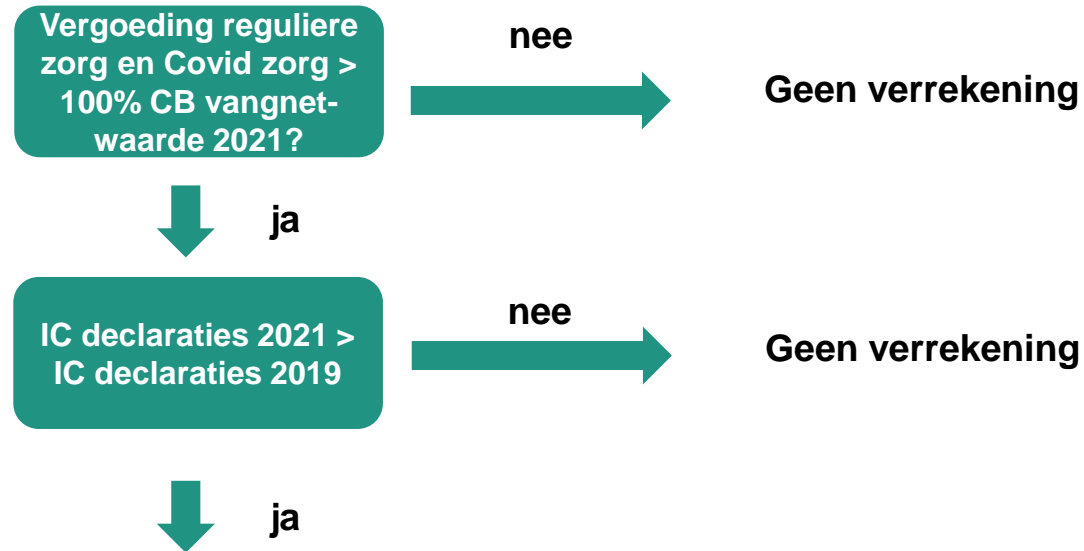
Als de *totale* productie van het ziekenhuis onder de 100% blijft, dan krijgt het ziekenhuis een vergoeding voor omzetsuival

- Deze vergoeding wordt vastgesteld op basis van het totale productieniveau, inclusief (vergoeding voor) geleverde zorg boven volume 2019 waar verzekeraars voor hebben betaald, hetzij via contract, hetzij via afspraken inhaalzorg, hetzij voor COVID-19 zorg boven contract bij individuele verzekeraar. In dit voorbeeld wordt dus ook rekening gehouden met de betaalde vergoeding van het rode blokje (verzekeraar A)
- Vergoeding in dit voorbeeld is 4% uitval * 88% = ~3,5

1) De productie in 2019 vormt de basis voor berekening van de hoogte van de vangnetwaarde, waarbij het gerealiseerde volume in 2019 is doorgerekend op basis van de contractvoorwaarden 2020

Bijlage J IC | Verrekening ontvangen declaratieopbrengsten IC bedden ter voorkoming van dubbele financiering: technische uitwerking

Beslisboom:



- Extra aantal IC dagen ten opzichte van 2019 x COVID IC tarief verrekenen met beschikbaarheidsvergoeding tot maximaal de beschikbaarheidsvergoeding voor zover de declaratiewaarde 2021 boven het 100% CB-vangnetwaarde uitkomt.
- Ter informatie: daarboven vergoeding COVID IC dagen conform afspraak dat Covid-zorg ongeacht contractvorm op declaratiewaarde wordt vergoed (zie p. 14, onderdeel 1.2)

Bijlage K | Lijst van nog uit te werken punten

Noodzakelijke acties voor Regeling MSZ 2021

- Juridisch addendum

Technische uitwerking

- Uitvoeringsregeling Inhaalzorg
- Format Plan Inhaalzorg
- Format / informatiebehoefte monitor inhaalzorg
- Herijken COVID DBC / IC tarieven
- Meerkosteninventarisatie
- Opstellen controleprotocol fase 1 IC
- Nadere uitwerking DGM (limitatieve onderhandellijst etc.)
- limitatieve lijst groeidossiers
- Bevoorschotting: Ziekenhuizen die ten gevolge van productie uitval een issue probleem voorzien in de financiering van de doorlopende kosten kunnen bij de zorgverzekeraars een voorschot op de uitkering op basis van het vangnet aanvragen. De afschaling die deze productie uitval veroorzaakt is daarbij besproken in de ROAZ voordat de financieringsaanvraag wordt ingediend.
- Uitwerken percentage indexatie plafond DGM

Overig

- Regeling revalidatiezorg

Bijlage L Juridische vastlegging

Individueel

- Zorgovereenkomst 2021 (of verlenging overeenkomst 2020): individuele vastlegging door iedere zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Doorrollen individueel contract conform landelijke afspraken plus individuele componenten 'Regeling MSZ 2021' (bijvoorbeeld afspraken inhaalzorg, DGM, transformatiegelden).

Er kan worden volstaan met vastlegging verlenging 2020 en punten waarop nadere individuele afspraken worden gemaakt, interactie met addendum moet hier in ieder geval in worden meegenomen (rangorde zorgovereenkomst/addendum)

Collectief

- Opstellen van uniform addendum bij bilateraal overeen te komen zorgovereenkomst 2021 (of verlenging van de overeenkomst 2020).

Individuele afspraken zijn opgenomen in reguliere zorgovereenkomst (ook coronagerelateerde afspraken).

Uniforme coronagerelateerde afspraken kunnen in addendum worden opgenomen. Waaronder:

- Reikwijdte en inhoud coronaregeling;
- Voorwaarden;
- Vangnet 2021;
- Beschikbaarheidsvergoeding opschaling IC fase 1 (onderdeel vangnetregeling);
- Meerkosten
- Verrekening, duur en einde, interactie zorgovereenkomst.