

# Hoofdpijnakkoord tussen NFU, NVZ en ZN inzake de opvolging van de impact van COVID-19

## *Definitief*

1 juli 2020



- Dit document bevat de regeling voor de leden van de NVZ en NFU inzake de opvolging van de impact van COVID-19
- Dit document bestaat uit de volgende hoofdstukken
  - Algemene uitgangspunten en samenvatting regeling
  - Technische uitwerking Ziekenhuizen en UMCs
  - Technische uitwerking overige leden NVZ en NFU

## Algemene uitgangspunten en samenvatting

Technische uitwerking Ziekenhuizen en UMCs

Technische uitwerking overige leden NVZ en overige AGB-codes

# Aanleiding – productieverlies en meerkosten door COVID voor ziekenhuizen

Ziekenhuizen hebben bij de bestrijding van COVID een enorme prestatie geleverd. In korte tijd werden het aantal IC-bedden opgeschaald, mensen getraind, teams anders ingericht en reguliere zorg zoveel mogelijk met eHealth behandeld. Een prestatie van formaat!

De COVID-zorg had ook grote impact op de 'huishouding' van het ziekenhuis. De reguliere zorg was sterk afgeschaald en er moesten forse COVID-meerkosten gemaakt worden voor o.a. PBM, uren en inzet van IT. Nu de ziekenhuizen weer gaan opschalen zien we dat dit per regio nog sterk verschilt, maar ook dat veel ziekenhuizen niet terug kunnen naar 100% van hun reguliere productieniveau.



De combinatie van productieverlies, meerkosten COVID en beperkte opschaling zouden, zonder extra regeling, leiden tot een ongekend financieel probleem van landelijk ca € 4 mrd (inschatting op basis van beschikbare cijfers juni 2020)

Verzekeraars hebben op 17 maart jl. aangegeven het effect van corona voor de ziekenhuizen te gaan neutraliseren.

# Uitgangspunten – uniforme neutralisatie voor zorgomzet en netto COVID-meerkosten (inclusief marge)

- Het idee achter deze neutralisatie is dat '2020 gaat alsof corona niet is geweest'
- In een normaal jaar leveren de ziekenhuizen zorg en wordt aan de hand van de contracten met de verschillende zorgverzekeraars afgerekend. Aan het einde van het jaar ontstaat er een marge voor het ziekenhuis. Verzekeraars hebben geen inzicht in de begroting en ook niet in de verwachte marge van het ziekenhuis
- Voor het jaar 2020 hadden ziekenhuizen en zorgverzekeraars contracten met elkaar afgesloten. De optelsom van deze contracten is de omzet Zorg van het ziekenhuis. In de begroting van het ziekenhuis is rekening gehouden met een marge. Uitgangspunt is dat met de afgesproken tarieven de kosten en de marge gedekt zouden zijn in 2020
- In 2020 zijn er een aantal zaken anders die geadresseerd moeten worden:
  - Productieverlies
  - Meerkosten corona
  - Minderkosten (variabel) van niet geleverde zorg
- De bedoeling van de regeling is dat de ziekenhuizen, naast de gerealiseerde productie binnen de gemaakte afspraken, de netto meerkosten corona (saldo meer- en minderkosten) en de doorlopende kosten van de vraaguitval Zorgverzekeringswet (ZVW) en Aanvullende Verzekering (AV) kosten vergoed krijgen. Hiermee worden de effecten van corona geneutraliseerd en wordt de continuïteit van de ziekenhuiszorg gegarandeerd
- De verzekeraars beloven: ieder individueel ziekenhuis krijgt zekerheid over de ZVW-omzet en de netto meerkosten vanuit het collectief van verzekeraars (1 regeling voor het hele ziekenhuis), hierbij is marge inbegrepen
- Hiermee vullen de zorgverzekeraars hun toezegging van neutralisatie in de (aanvullende) verzekerde zorg
- Zorgverzekeraars gaan er van uit dat ziekenhuizen op basis van medische urgentie de goede zorg blijft leveren, conform de geest van deze regeling

# Scope – Zvw-zorg door ziekenhuizen (inclusief umc's) geleverd, exclusief dure geneesmiddelen

## Reikwijdte van de regeling

Deze regeling is bedoeld voor de leden van NVZ en NFU. De technische uitwerking maakt een onderscheid naar de ziekenhuizen (NVZ en NFU) en de overige leden van de NVZ

## Scope van de betrokken kosten: Basisverzekering (BV) en Aanvullende verzekering (AV)

Bij de ziekenhuizen 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.

Gederfde inkomsten uit parkeren en restaurant zijn onderdeel van de regeling indien ze: en patiënt gebonden zijn, en samenhang met de DOT prijs die aan zorgverzekeraars in rekening wordt gebracht en daarmee onderdeel van de jaarrekening zijn, en leiden tot een financieel nadeel

De overige gederfde inkomsten vallen buiten de scope van deze regeling. Wel zullen de zorgverzekeraars steunt verlenen aan het agenderen van deze gederfde inkomsten bij de primair verantwoordelijke voor deze inkomsten.

De regeling is gericht op de bijzondere effecten van COVID in 2020. De consequenties van COVID op de afspraken 2021 worden separaat besproken. De financiële impact van de opschaling van IC capaciteit in 2020 en verder wordt eveneens separaat besproken (samen met VWS).

Dure en weesgeneesmiddelen en nieuwe zorgvormen per 2020 zoals SMA vallen buiten deze regeling. Deze worden bijna volledig na gecalculeerd. Dit geldt ook voor een deel van de lijst DNPZ zoals overeengekomen tussen de NFU en ZN, voor zover het de zorg betreft waarvan de kosten voornamelijk variabel zijn.

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.

## 2<sup>e</sup> COVID golf

Bij een 2e COVID golf hervatten partijen het bestuurlijk overleg

# Uitgangspunten neutralisatie

**De verzekeraars beloven: ieder individueel ziekenhuis krijgt zekerheid over de ZVW-omzet en de netto meerkosten, hierbij is marge inbegrepen**

### Blok 1: reguliere zorg - productieverlies voor 2020

1) Afschalen in week 11    3) Opschaling  
2) Productie verlies    4) Nieuwe normaal ivm 1,5m

Waarin de omzet van het jaar 2020 goed wordt vergoed op basis van een reële aanneemsom met een aanvulling als productie toch hoger is dan nu geraamd (80%) tot het contract 2020



### Blok 2: meerkosten COVID

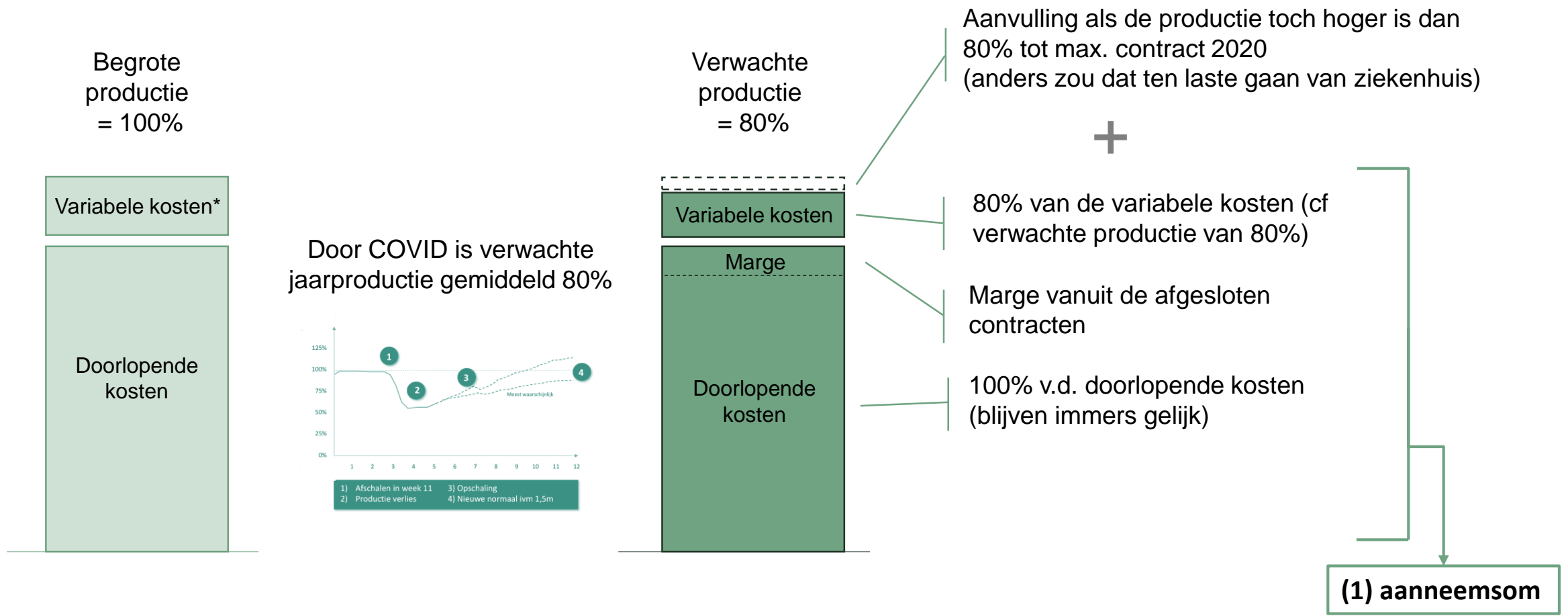
Waarin de meerkosten COVID worden vergoed. Waarbij we ex ante criteria hanteren met zo min mogelijk administratieve ballast



### Blok 3: Hardheidsclausule

In gesprek als de condities optreden

# Blok 1 is de vergoeding van de productie en compensatie productieverlies door aanneemsom



\* Variabele kosten = de niet doorlopende patiënt gebonden kosten



# Blok 2 is de vergoeding van de COVID-meerkosten per ziekenhuis o.b.v. generieke regeling en ex post mogelijkheid

## *Meerkosten COVID vergoed o.b.v. drie stappen*

Als ex ante inschatting geen recht doet aan ex post realisatie dan geldt ex post proces

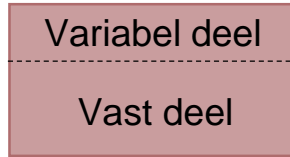
Ziekenhuizen krijgen daarbovenop een extra vergoeding voor geleverde COVID zorg, aan de hand van IC-dagen en verpleegdagen COVID-patiënten

Ieder ziekenhuis krijgt 1,3% van de contractwaarde omdat er minstens voor dat percentage aan COVID meerkosten zijn

Blok waarin de meerkosten COVID worden vergoed. Waarbij we ex ante criteria hanteren met zo min mogelijke administratieve ballast

# Samenvattend: ziekenhuis krijgt zekerheid over de ZVW omzet en de COVID meerkosten, hierbij is marge inbegrepen

## Blok 2 Meerkosten COVID

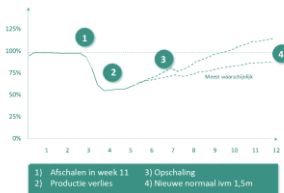


Compensatie van de meerkosten COVID

- Voor ieder ziekenhuis vast deel van 1,3%
- + Ex ante compensatie met vast bedrag per COVID IC-dag en verpleegdagen
- + Ex post proces bij aantoonbare meerkosten



## Blok 1 Reguliere zorg



Extra aanvulling variabele kosten als productie > 80% (o.b.v. 14% variabele kosten)

Geraamde **winstmarge** vanuit de afgesloten contracten zit in de aanneemsom

Aanneemsom op basis van contractwaarde 2020 en 12% variabele kosten (97,6%)

- Contractwaarde: gerealiseerde productie 2019 cf. contractafspraken (P en Q) 2020
- Afslag van 2,4% uitgaande van 80% productie

Hardheidsclausule

### Vangnet

- Partijen zullen in representatie in gesprek gaan wanneer een ziekenhuis van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten. Wanneer zorgverzekeraars van mening zijn dat een bovenmatig positief resultaat het directe gevolg is van een sterke overcompensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten gaan partijen eveneens in gesprek

Algemene uitgangspunten en samenvatting

## **Technische uitwerking Ziekenhuizen en UMCs**

Technische uitwerking overige leden NVZ en overige AGB-codes

# Blok 1 dekt met aanneemsom kosten voor reguliere zorg, blok 2 is voor COVID-meerkosten en blok 3 is vangnet bij continuïteitsproblemen

## Drie bouwblokken

## Toelichting

1

### Reguliere zorg

Aanneemsom op 97,6%;  
extra vergoeding als  
productie 2020 > 80%

- Volledige vergoeding van doorlopende kosten en variabele kosten voor de reguliere zorg
  - Basis voor de aanneemsom is het volume 2019 vertaald naar 2020 op basis van het contract 2020 – dus inclusief het effect van plafondaafspraken 2020 en prijsindexatie, exclusief dure geneesmiddelen (die worden op basis van P\*Q vergoed)
  - Vervolgens aftrek van minderkosten van 80% productie (20% daling): 2,4% (uitgaande van 12% variabele kosten)
  - Resulteert in aanneemsom voor de reguliere zorg van 97,6%
  - Als volume 2020 voor een ziekenhuis toch hoger is dan 80%, dan is er voor al het volume boven de 80% een extra vergoeding bovenop de aanneemsom uitgaande van 14% variabele kosten.

2

### COVID-zorg

Vaste vergoeding  
(1,3%), aanvullende  
vergoeding o.b.v. ex  
ante model, mogelijk  
extra vergoeding o.b.v.  
realisatie ex post

- Elk ziekenhuis krijgt een vaste vergoeding voor COVID-meerkosten van 1,3% in blok 2
- Daar bovenop krijgt een ziekenhuis extra vergoeding gebaseerd op het # ligdagen in de kliniek (EUR 300) en het # ligdagen op de IC (EUR 1.600)
  - Op deze manier worden ook de kosten gecompenseerd bij een eventuele 2<sup>e</sup> COVID-golf meegenomen
  - Produceert een ziekenhuis minder dan 75% (vooral waarschijnlijk bij een grote tweede COVID-golf), dan wordt voordeel lagere variabele kosten afgetrokken van de extra variabele compensatie boven de 1,3% vergoeding
- Tenslotte krijgt ziekenhuis mogelijk extra vergoeding als realisatie COVID meerkosten hoger is dan ontvangen ex ante vergoeding
  - Landelijk team zal realisatie COVID meerkosten toetsen aan redelijkheid, mede door beoordeling specifieke omstandigheden die kunnen maken dat kosten hoger uitvallen dan verwacht op basis van uitkomsten ex ante model

3

### Hardheidsclausule

- Partijen zullen in representatie in gesprek gaan wanneer een instelling van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten. Wanneer zorgverzekeraars van mening zijn dat een bovenmatig positief resultaat het directe gevolg is van een sterke overcompensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten gaan partijen ook in representatie in gesprek.
  - Landelijk team toetst in het geval partijen in representatie niet tot een vergelijk komen aan redelijkheid, mede door beoordeling specifieke omstandigheden die kunnen maken dat COVID-effecten hoger uitvallen dan verwacht op basis van uitkomsten ex ante model

# Blok 1 reguliere zorg bestaat uit aanneemsom per ziekenhuis plus een extra vergoeding als het productieniveau 2020 hoger is dan 80%

1

De vergoeding voor de reguliere zorg in Blok 1 wordt in drie stappen bepaald → zie nadere toelichting op de volgende pagina's

**A** Berekening van de **100%-CB-aanneemsom** op basis van volumes 2019 en contracten 2020 - dus inclusief het effect van plafondafspraken 2020 en prijsindexatie, exclusief dure geneesmiddelen e.a. zoals vermeld op sheet 14 (die worden op basis van P\*Q vergoed)

**B** **Vaste afslag van 2,4%**, uitgaande van verwachte productieniveau 2020 van **80%** en **12%** variabele kosten<sup>1</sup> → **aanneemsom van 97,6%**<sup>2</sup>

**C** **Extra vergoeding** bovenop aanneemsom als **productieniveau 2020 hoger is dan 80%** uitgaande van **14%** variabele kosten

1) Ofwel:  $(100\% - 80\%) * 12\% = 2,4\%$  afslag

2) Vast wil zeggen dat de aanneemsom van 97,6% ook geldt als het daadwerkelijke productieniveau onder de 80% blijft over het jaar 2020

# Berekening van de 100%-CB-aanneemsom vindt plaats op basis van volumes 2019 en contractvoorwaarden 2020

## A Uitgangspunten en methodiek voor bepalen CB-aanneemsom (100%)

- De CB-aanneemsom biedt een garantie voor ziekenhuizen waarbij omzet vanuit de BV en AV (ZVW) in 2020 wegvalt, maar kosten doorlopen
- De CB-aanneemsom gaat uit van volumes 2019 en contracten 2020
- Technisch betekent dit: het afzetten van de gerealiseerde volumes van zorgproducten in 2019 tegen de contracten van 2020
  - Als het contract 2020 de vorm van een aanneemsom had, dan blijft deze in stand als CB-aanneemsom (100%)
  - Als het contract 2020 de vorm van een plafond had, begint de methodiek met het berekenen van de geïndexeerde productie van 2019<sup>1</sup>. Deze geïndexeerde productie wordt vergeleken met het plafond 2020 (inclusief staffel) en volgens contractafspraken afgerekend om tot de CB-aanneemsom te komen
  - Als het contract 2020 de vorm van nacalculatie (P\*Q) had, dan geeft de geïndexeerde productie van 2019<sup>1</sup> het bedrag van de CB-aanneemsom
- De CB-aanneemsom gaat uit van werkelijk gerealiseerd productie 2019. Dit betekent dat, net zoals in een regulier jaar, doorlooptijd nodig is om tot een definitieve afrekening te komen<sup>2</sup>. Eventuele COVID-effecten op schadelast 2019 worden gecorrigeerd t.b.v. het vaststellen van de aanneemsom 2020 en dus meegenomen in de definitieve basis. De correcties worden niet verwerkt in de schadelast 2019 afrekening.
- Eventueel verwachte volumegroei en -daling in 2020 valt alleen binnen de regeling bij zorgverschuivingen door fusie, faillissement of overdracht van activiteit tussen ziekenhuizen. Deze zijn contractueel vastgelegd of het resultaat van collectief beleid van de zorgverzekeraars dat expliciet geacommodeerd is.
- De CB-aanneemsom betreft enkel het MSZ-contract. PAAZ/Puk, CBT, etc. zijn gespecificeerd bij de regeling overige leden NVZ en overige AGB-codes. AV valt hierbinnen indien binnen contract. Ook transformatiegelden vallen in principe buiten deze technische uitwerking, omdat dit specifieke afspraken zijn die per ziekenhuizen zijn gemaakt en apart worden afgerekend in lijn met deze regeling.

1) Dit betreft de zorgproducten van 2019 met de tarieven van 2020. Hierbij wordt voor vervallen producten in 2020 ofwel met een vervangend zorgproduct gerekend ofwel (indien die er niet is) met het geïndexeerde tarief 2019 (indexatie op basis van gewogen gemiddelde van alle beschikbare tarieven).

2) Doorgaans volgt er gedurende het jaar en daarna nog een significante omvang aan declaraties van afgelopen jaar. Ook correctie voor macro-zelfonderzoek 2019 dient nog plaats te vinden.

# Berekening van de 100%-CB-aanneemsom vindt plaats op basis van volumes 2019 en contractvoorwaarden 2020

## A Uitgangspunten en methodiek voor bepalen CB-aanneemsom (100%)

- De volgende posten blijven op nacalculatie en vallen daarmee buiten de CB-aanneemsom en zullen afgerekend worden op basis van PxQ:
  - DGM en weesgeneesmiddelen voor zover DGM/weesgeneesmiddelen niet reeds afzonderlijk gecontracteerd is wordt deze afgerekend op PxQ tegen de voor open nacalculatie geldende voorwaarden van desbetreffende verzekeraar
  - DNPZ (limitatieve lijst zoals jaarlijks overeengekomen tussen ZN en NFU) voor zover het dominant variabele kosten kent. Concreet zijn dit de producten met betrekking tot de allogene stamceltransplantaties en de LVAD. Overige zorg op de lijst DNPZ valt onder de aanneemsom.
  - Nieuwe (voorwaardelijke) behandelingen per 2020
  - Protonen therapie die onderdeel van het contract van het ziekenhuis is, wordt geschoond uit de aanneemsom en apart op nacalculatie vergoed. De komende periode zal bekeken worden wat een reëel vergoeding is voor de eventuele vraaguitval.
- Andere overige nacalculatieposten binnen de CB-aanneemsom op basis van volumes 2019 en prijsafspraken 2020

# CB-Regeling hanteert afslag van 2,4% op aanneemsom, maar bij hogere productie wordt ook dit deel naar rato vergoed uitgaande van 14% variabele kosten

## Afslag op aanneemsom en extra vergoeding bij productie boven de 80%

- B**
- De CB-regeling gaat uit van een gemiddeld productieniveau van 80% bij ziekenhuizen in 2020
  - Doordat een deel van de productie (20%) dan niet is geleverd, valt ook een deel van de kosten weg: de variabele kosten
  - Deze variabele kosten bedragen gemiddeld 14% bij ziekenhuizen, de CB-regeling hanteert echter 12% in de berekening om zo de meerderheid van de ziekenhuizen tegemoet te komen (er is enige spreiding tussen ziekenhuizen in de hoogte van de variabele kosten)
  - Dit resulteert in een afslag op aanneemsom van  $20\% * 12\% = 2,4\%$
  - De aanneemsom per ziekenhuis is derhalve 97,6% ( $100\% - 2,4\%$ ) van de vastgestelde 100%-CB-aanneemsom
- 
- C**
- Bij ziekenhuizen die in 2020 op een hoger productieniveau<sup>1</sup> dan 80% uitkomen vallen minder variabele kosten weg
  - Voor deze ziekenhuizen biedt de regeling een extra vergoeding op basis van de extra productie, hierbij gaat de regeling wel uit van 14% variabele kosten (dus niet de 12% die is gehanteerd voor de bepaling van de aanneemsom)
  - Bijvoorbeeld: als een ziekenhuis uiteindelijk een productieniveau van 90% realiseert, dan is er sprake van 10% extra productie. Deze 10% wordt verrekend tegen 14% variabele kosten. De uiteindelijk aanneemsom is dan:  $97,6\% + 10\% * 14\% = 99,0\%$  van de 100%-CB-aanneemsom

1) Productieniveau vastgesteld door zorgproducten 2020\*tarieven 2020 te vergelijken met zorgproducten 2019\*tarieven 2020 (onafhankelijk van type contract). Voor vervallen zorgproducten o.b.v. tarieven 2019 met gewogen gemiddelde indexatie



# Blok 2 is de vergoeding van de COVID-meerkosten per ziekenhuis o.b.v. generieke regeling en ex post mogelijkheid

## *Meerkosten COVID vergoed o.b.v. 3 stappen*

Als ex ante inschatting geen recht doet aan ex post realisatie dan geldt ex post proces

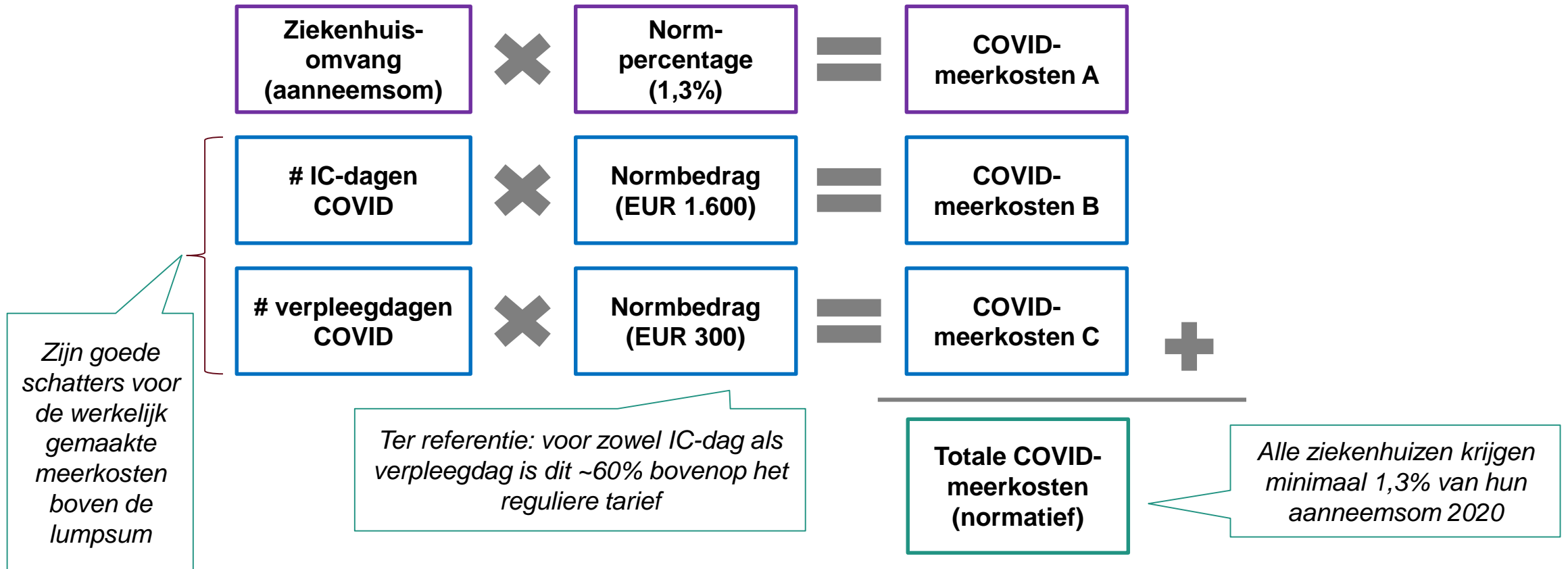
Ziekenhuizen krijgen daarbovenop een extra vergoeding voor geleverde COVID zorg, aan de hand van IC-dagen en verpleegdagen COVID-patiënten

Ieder ziekenhuis krijgt 1,3% van de contractwaarde omdat er minstens voor dat percentage aan COVID meerkosten zijn

Blok waarin de meerkosten COVID worden vergoed. Waarbij we ex ante criteria willen hanteren met zo min mogelijke administratieve ballast

# Blok 2 meerkosten COVID: berekeningswijze van de ex ante vergoeding

Berekeningswijze COVID meerkosten: vaste component + EUR 1.600 per IC-dag COVID + EUR 300 per verpleegdag COVID

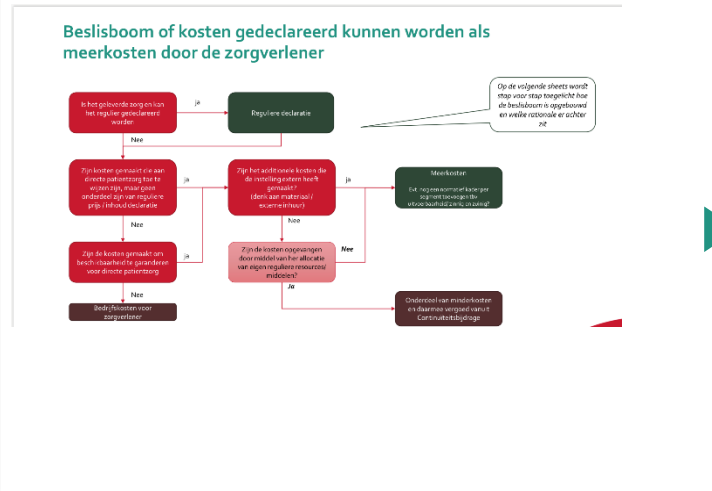


Scope betreft COVID patiënten en COVID verdachte patiënten die op een (cohort) afdeling zijn verpleegd

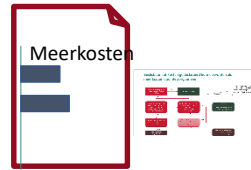
# Ex post proces COVID meerkosten (stap 3 in blok 2) en hardheidsclausule

## Escalatieregeling

### Toets ex post realisatie aan covid-regeling

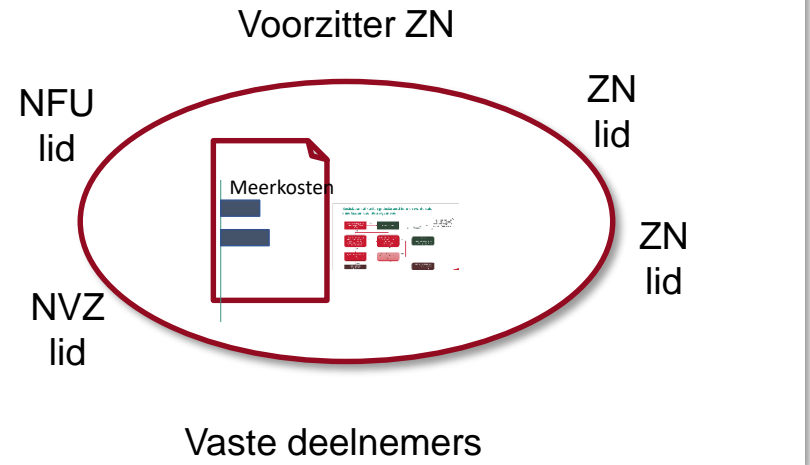


### Ziekenhuis en 2 grootste ZV proberen het op te lossen



Ziekenhuis + 2 grootste betrokken zorgverzekeraars

### Cie CB Ziekenhuizen/UMCs besluit over toekenning



Wanneer de ex post realisatie van meerkosten binnen de beslisboom declarabele COVIDmeerkosten onvoldoende gedekt worden door de ex ante vergoeding, is escalatie proces ingericht **of** (dus expliciete keuze) **Conditie hardheidsclausule**

Vereist een overzicht van de meerkosten, analyse t.o.v. compensatie en analyse t.o.v. afgesproken beslisboom declarabele COVID-meerkosten. 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 CB. Cie treedt in overleg met ziekenhuis en betrokken verzekeraars. Indien nodig vindt er een analyse plaats van onafhankelijke partij. Cie CB beslist over de mate van toekenning o.b.v. redelijkheid i.r.t. bedoeling

# Blok 2 meerkosten COVID: ex post regeling UMCs + versnelde toegang hardheidsclausule blok 3

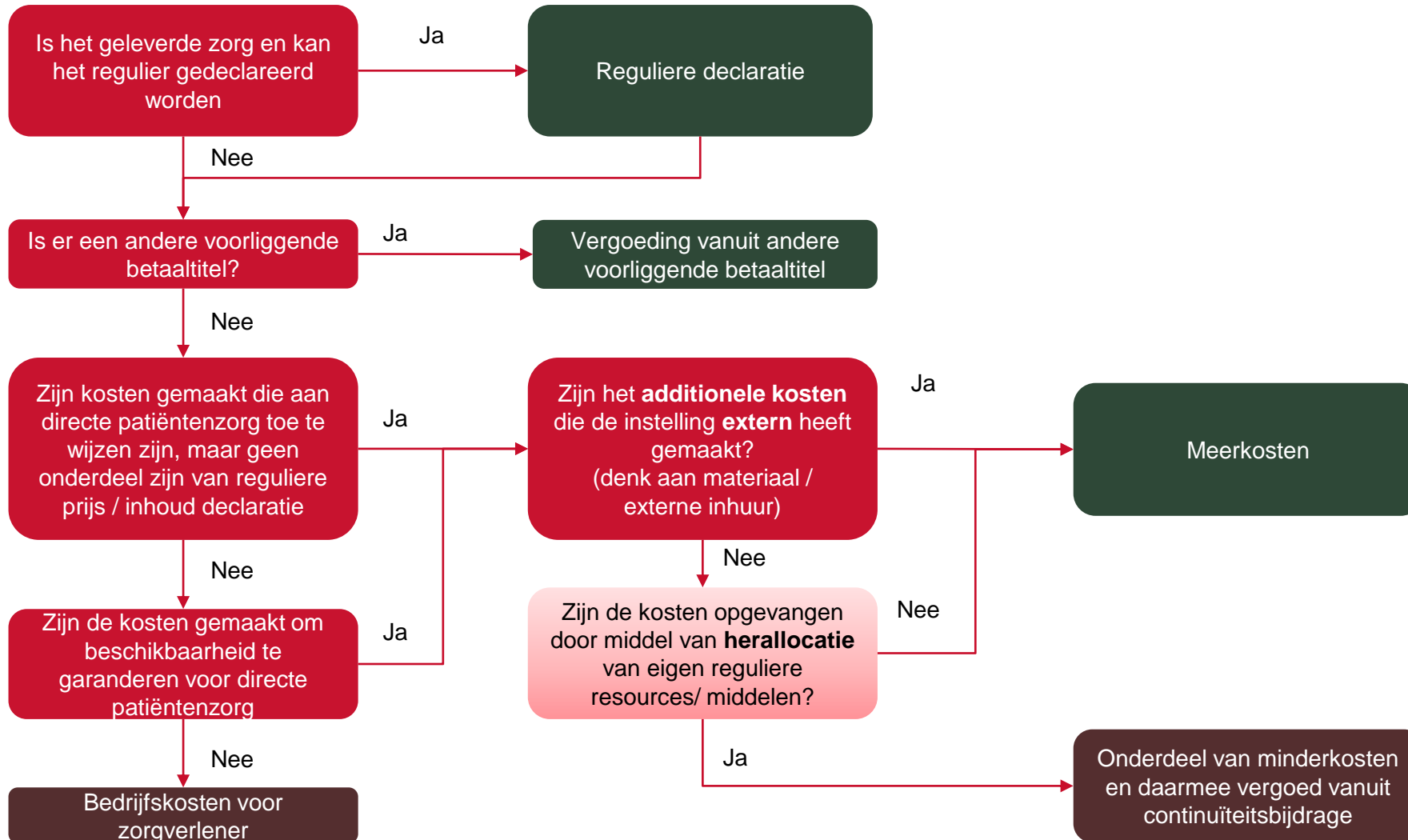
## Blok 2 meerkosten COVID: ex post regeling UMCs:

- UMC's ontvangen voorcalculatorisch 0,4% in de ex post gezien opgave meerkosten in eerste maanden 2020 en extrapolatie hiervan door ZN. Dit komt naar het zich nu laat aanzien vooral door een hoger aantal opgeschaalde IC bedden
- Deze 0,4% en alle het meerdere volgt het beschreven proces op de sheet *Ex post proces COVID Meerkosten*

## Versnelde toegang hardheidsclausule

- Een ziekenhuis/UMC kan er voor kiezen op basis van de cijfers t/m augustus 2020 om vanaf september voorcalculatorisch een beroep te doen op de hardheidsclausule in het geval blijkt dat het ziekenhuis/UMC een tekort heeft in blok 2 en een significant tekort (> 0,8% van de aanneemsom) in blok 1. Daarmee hoeft dus niet te worden gewacht tot na het opmaken van de jaarrekening 2020. De uitkomst van de jaarrekening zal wel worden betrokken in het eindoordeel van de commissie.

# De algemene beslisboom coronameerkosten van ZN vormt ook voor ziekenhuizen het fundament



# Voor COVID-meerkosten ziekenhuiszorg zijn de aspecten 'patiëntenzorg', 'additionele kosten' en 'geen herallocatie' cruciaal



Beslisboom dient als fundament voor zowel ex ante als (indien aan de orde) ex post.

1) Zoals kinderopvangregeling of stimuleringsregeling eHealth (speciale noodregeling SET Covid-19)  
2) Met uitzondering van inhuur/uitleen van zorginstellingen voor wie de kosten al onder een (andere) CB-regeling vallen

# De volgende kosten zien verzekeraars als onderdeel van de meerkosten Corona

- Extra inhuur PNIL voor COVID-Zorg
- Overuren of tijdelijke contractuitbreiding zorgpersoneel, schoonmaak en bewaking COVID-zorg (inclusief ORT)
- Opleiding zorgpersoneel COVID-zorg
- Extra schoonmaakkosten
- Extra afvalverwerking (disposables)
- PBM (COVID-zorg en reguliere zorg)
- Uitvoeren/uitbesteden coronatesten maart - mei
- Huur/aanschaf medische technologie COVID-zorg
- Tijdelijke inrichting 1,5m-ziekenhuis (plexiglas, bewegwijzering)
- Triagetent
- Verlofdagen van personeel betrokken bij de COVID zorg qua zorg, schoonmaak en bewaking gedurende de COVID periode. Dit bezien over het hele jaar 2020 voor deze medewerkers. Ziekenhuizen spannen zich in op dit verlof op te laten nemen. Zorgverzekeraars onderzoeken dit steekproefsgewijs uitgaande van high trust / high penalty
- Meerkosten van inhuur PNIL op reguliere afdelingen ter vervanging vaste medewerkers die aantoonbaar ingezet zijn voor Covid Zorg. Zorgverzekeraars onderzoeken dit steekproefsgewijs uitgaande van high trust/high penalty
- Ondersteuning ROAZ (inhuur extra ondersteuning), inrichting cohort-afdeling COVID, extra kosten medische gassen tbv COVID patiënten

# De volgende kosten zien verzekeraars niet als onderdeel van de meerkosten Corona, onderdeel van de CB regel

- Kosten die samenhangen met het leveren van reguliere non-COVID zorg
- Kosten van personeel in (loon)dienst ZVW/AV die ingezet zijn voor het leveren van COVID Zorg
- Extra capaciteit buiten het ziekenhuis, tenzij het triage faciliteiten betreffen
- Kosten van verzuim die niet samenhangen met uitval van medewerkers met corona
- Uitgaven die samenhangen met blijvende investeringen in digitalisering tenzij exclusief gebruikt voor COVID zorg
- Uitgaven die samenhangen met structurele aanpassingen van gebouwen die in normale omstandigheden ook hadden plaatsgevonden of die verder gaan dan (tijdelijke) maatregelen ihkv COVID
- Kosten die samenhangen met niet gerealiseerde kostenbesparingsprogramma's
- Kosten die samenhangen met niet-vergoede overige opbrengsten die buiten deze regeling vallen



- Gederfde inkomsten uit parkeren en restaurant zijn onderdeel van de regeling indien ze:
  - En patiënt gebonden zijn,
  - En samenhang met de DOT prijs die aan zorgverzekeraars in rekening wordt gebracht en daarmee onderdeel van de jaarrekening zijn
  - En leiden tot een financieel nadeel (minder inkomsten dan regulier)
- De overige gederfde inkomsten vallen buiten de scope van deze regeling. Wel zullen de zorgverzekeraars steunt verlenen aan het agenderen van deze gederfde inkomsten bij de primair verantwoordelijke voor deze inkomsten.

# Benodigde afspraken over identificatie van COVID-patiënten i.h.k.v. onder andere de catastrofereregeling

- Zorgverzekeraars zijn bereid zich maximaal in te spannen om ziekenhuizen door de crisis heen te helpen. De financiële gevolgen van de verschillende COVID-regelingen kunnen voor zorgverzekeraars echter uiteindelijk aanzienlijk blijken te zijn. In de zorgverzekeringswet is daarom een regeling opgenomen die bepaalt hoe met kosten als gevolg van een catastrofe moet worden omgegaan. Het is in dat kader en voor een goede bedrijfsvoering van zorgverzekeraars van belang dat kosten die ontstaan door de COVID-crisis duidelijk worden geïdentificeerd.
- Daarom spreken zorgverzekeraars met NVZ en NFU af dat ziekenhuizen binnen de grenzen van de AVG informatie verstrekken aan ZN over welke zorggebruikers COVID-19 patiënten waren zodat zorgprestaties die aan deze verzekerden zijn geleverd als COVID-zorg kunnen worden herkend. Ziekenhuizen die zich verbinden aan deze CB-regelingen verplichten zich er dus toe de benodigde gegevens (op verzekerden niveau) aan te leveren. Over de exacte uitwerking van deze gegevensaanlevering vindt nader overleg plaats tussen ZN, NVZ en NFU. Daarbij wordt gestreefd naar een goede balans in de administratieve lasten.

- Zorgverzekeraars verrichten de reguliere onderzoeken naar rechtmatigheid, gepast gebruik, etc. Partijen overleggen met de NZA over de consequenties van deze regeling voor deze wettelijke controles. Af te stemmen lijn met de NZA is dat controle uitkomsten bij < 80% productie niet worden gekort op de aanneemsom. Bij controle uitkomsten > 80% gelden de reguliere verrekeningen.
- De hoofdaannemer die een CB-bijdrage ontvangt is verantwoordelijk voor compensatie van de onderaannemer die in 'normale tijden' in opdracht van de hoofdaannemer ZVW/AV zorgactiviteiten verleend. NFU en NVZ spreken, in het verlengde daarvan, met elkaar af dat de effecten van COVID-19 ook bij de onderaannemer, waaronder bij onderlinge dienstverlening, worden geneutraliseerd. Concreet betekent dit dat de kosten op basis van de omzet 2019, conform de garantie van ZN, voor 97,6% worden vergoed door de ziekenhuizen en UMC's, aan de instelling die de diensten zou hebben verleend. De compensatie voor meerkosten blijft hierbij buiten beschouwing.

Algemene uitgangspunten en samenvatting

Technische uitwerking Ziekenhuizen en UMCs

**Technische uitwerking overige leden NVZ en overige AGB-codes**

# MSZ-accent: Blok 1 dekt met aanneemsom kosten voor reguliere zorg, blok 2 is voor COVID-meerkosten en blok 3 is vangnet bij continuïteitsproblemen

## Drie bouwblokken

1

### Reguliere zorg

Anneemsom per type;  
extra vergoeding als  
productie >80%

2

### COVID-zorg

Lumpsum + vergoeding  
o.b.v. ex ante model +  
mogelijk extra  
vergoeding o.b.v.  
realisatie ex post

3

### Hardheidsclausule

## Blok 1 reguliere zorg aanneemsom per type, blok 2 COVID % vaste vergoeding + extra vergoeding o.b.v. ex ante model + toets werkelijke COVID meerkosten, blok 3 hardheidsclausule

- Volledige vergoeding van doorlopende kosten en variabele kosten voor de reguliere zorg
  - Basis voor de aanneemsom is het volume 2019 vertaald naar 2020 op basis van de contractafspraken 2020 – dus inclusief het effect van plafonddafspraken 2020 en prijsindexatie
  - Vervolgens aftrek van minderkosten % per zorgsoort: % variabele kosten o.b.v. onderzoek maal het op basis van onderzoek vooraf vastgestelde verwachte % productiedaling. % wijken dus af van MSZ
- Elk zorgaanbieder krijgt een vaste vergoeding voor COVID-meerkosten in blok 2. Het percentage wordt op basis van onderzoek per zorgsoort vastgesteld. % wijkt dus af van MSZ
- Vervolgens krijgt een revalidatie instelling een extra variabele vergoeding, gebaseerd op uitkomst van ex ante model voor COVID meerkosten met eenvoudige en meetbare criteria
  - Ligdagen kliniek voor COVID patiënten.
  - Financiële gewichten per criterium zijn vooraf vastgesteld (derhalve is effect eventuele 2<sup>e</sup> COVID-golf meegenomen)
- Een zorgaanbieder krijgt mogelijk extra vergoeding als realisatie COVID meerkosten hoger is dan ontvangen ex ante vergoeding
  - Landelijk team zal realisatie COVID meerkosten toetsen aan redelijkheid, mede door beoordeling specifieke omstandigheden die kunnen maken dat kosten hoger uitvallen dan verwacht op basis van uitkomsten ex ante model
- Partijen zullen in representatie in gesprek gaan wanneer een instelling van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten. Wanneer zorgverzekeraars van mening zijn dat een bovenmatig positief resultaat het directe gevolg is van een sterke overcompensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten gaan partijen ook in representatie in gesprek.
  - Landelijk team toetst in het geval partijen in representatie niet tot een vergelijk komen aan redelijkheid, mede door beoordeling specifieke omstandigheden die kunnen maken dat COVID-effecten hoger uitvallen dan verwacht op basis van uitkomsten ex ante model

# Indeling van de overige leden NVZ en overige AGB-codes

De regeling voor de overige leden NVZ en overige AGB-codes is als volgt:

## Overige leden NVZ

- Zelfstandige dialyse centra : MSZ accent
- Categorale ziekenhuizen : MSZ met eigen parameters
- Centra voor radiotherapie (incl. protonen) : MSZ-accent 1)
- Epilepsiecentra : MSZ-accent
- Centra voor Longrevalidatie : MSZ-accent
- Revalidatie-instellingen : MSZ-accent (ook in geval van aparte AGB van ziekenhuis)
- Audiologische centra : MSZ-accent (ook in geval van aparte AGB van ziekenhuis)

## Overige AGB-codes (van de ziekenhuizen en revalidatie-instellingen)

- PAAZ/PUK : MSZ-accent
- Mondzorg : CB-regeling generiek voor mondzorg
- Apotheek : CB-regeling generiek voor farmacie (nadere analyse loopt)
- Klinisch genetisch centrum : MSZ
- Bijzondere tandheelkunde : MSZ-accent
- Hulpmiddelen : CB regeling generiek hulpmiddelen
- Alle overige zorg met eigen contract : CB regeling generiek van de zorgsoort.

De parameters worden na 1 juli a.s. bepaald in een Bestuurlijk overleg. De betreffen de parameters: de vraag uitval (80% bij MSZ), de variabele kosten minder (12% bij MSZ), de vergoeding voor inhaalzorg (14% bij MSZ), de lumpsum (1,3% bij MSZ) en de ex ante criteria en vergoeding voor COVID-meerkosten. Daarbij is het doel identiek aan de MSZ regeling. Voor de variabele kosten is het uitgangspunt voor 70% passend. Doel is dit de komende twee week af te ronden. Voor de overige agb's loopt de vergoeding van de meerkosten volledig via de regeling voor het ziekenhuis (de kosten zijn ook meegenomen in de kostenbasis voor de ziekenhuisregeling).

1) Voor protonen therapie geldt nacalculatie en een nadere afspraak over de raming van de vraaguitval