

Aan: DGLZ

Onderwerp: vormgeving continuïteitsbijdrage

Wanneer: T.b.v. overleg vrijdag 24-4 tussen DGLZ, directie ZN en bestuur ZN. Dat gaat in eerste instantie over de kosten van de beschermingsmiddelen. Daarnaast zal de uitwerking van de continuïteitsbijdrage besproken worden.

Aanleiding

Er is discussie met ZN over de uitwerking van de vormgeving van de continuïteitsbijdrage. Discussie gaat over de volgende twee punten:

1. Hoogte van het vergoedingspercentage voor de doorlopende kosten.
Berekeningen Gupta blijven uit. Onrust in de sectoren neemt toe, en de lobby voor 100% continuïteitsbijdrage, dus omzetgarantie. Risico dat karigheid en nauwkeurigheid als een boemerang terugkomt bij zorgverzekeraars, en dat de aandacht nog meer gaat naar de vergoeding van omzetverlies in plaats van het voorkomen van omzetverlies en helpen van zorgvragers. Daarnaast is een belangrijk zorgpunt is dat het erop lijkt dat zorgverzekeraars een 10% afslag willen doen, met het argument "dat doet de overheid ook in de NOW-regeling". Dat argument overtuigt niet echt, want zorgverzekeraars hebben zorgplicht dus ze moeten aannemelijk maken dat zorgaanbieders voldoende overeind blijven. Bovendien hebben de zorgverzekeraars al premie-inkomsten ter dekking van doorlopende kosten, dus dat legitimeert een afslag ook niet. Nog afgezien van het bestuurlijke argument dat dit tot veel onrust zal leiden.
2. Besluitvorming over de uitwerking van de voorwaarden van de continuïteitsbijdrage in relatie tot de Rijksregelingen, met name over de vraag of en onder welke voorwaarden zorgaanbieders die gebruik maken van de continuïteitsbijdrage ook gebruik mogen maken van de Rijksregelingen.

Bespreekpunten:

1. Vergoeding doorlopende kosten in de continuïteitsbijdrage: het aandeel van de doorlopende kosten dat wordt vergoed en of daar al dan niet een afslag op wordt toegepast.
2. De verhouding tussen de Rijksregelingen en de regeling van de zorgverzekeraars
 - a. Onderstaande passage uit de brief van ZN van 5 april en in het bijzonder de behalve bepaling daarin.
"Een belangrijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor deze regeling is dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante Rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve voor het deel omzetsdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars."
 - b. Geldende afspraken over de volgordelijkheid waarin zorgaanbieders steun dienen aan te vragen.

Toelichting

Brief 5 april

In hun brief van 5 april jl. hebben zorgverzekeraars de zorgaanbieders geïnformeerd over de

continuïteitsbijdrage-regeling die zij hebben ingesteld. Zorgverzekeraars hebben in deze brief aangegeven

dat deze regeling open staat voor alle zorgaanbieders (met of zonder zorgcontract) die zorg verlenen die valt onder de basisverzekering of de aanvullende zorgverzekering en die voldoen aan de nog uit te werken voorwaarden. In deze brief staat ook vermeld: "Een belangrijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor deze regeling is dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante Rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve voor het deel omzetsdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars."

Rijksregelingen

In bijlage 2 staan de voorwaarden voor de relevante Rijksregelingen (NOW, TOZO en TOGS). Zorgaanbieders kunnen net als andere ondernemers gebruik maken van deze regelingen, als zij aan de voorwaarden voldoen. Echter: de financiële afspraken met zorginkopers zijn voorliggend aan de Rijksregelingen. Hiervoor zijn bij alle regelingen waarborgen ingebouwd, maar die zijn niet waterdicht in die zin dat de Rijksregelingen niet als harde voorwaarde stellen dat de zorgaanbieder ook daadwerkelijk eerst naar de zorginkoper is gegaan voor steun. De zorgaanbieder moet voor een beroep op de Rijksregelingen wel een goede inschatting kunnen geven van het verwachte omzetverlies (dus inclusief de verwachte steun van de zorginkoper die een deel van het omzetverlies compenseert). Daarom is het van belang om zoveel als mogelijk aan de volgordelijkheid vast te houden (dus eerst naar de zorgverzekeraar). Echter, voor zorgaanbieders in acute problemen (of zorgaanbieders die al op voorhand

weten dat ze voor een flink deel van hun omzet geen continuïteitsbijdrage zullen ontvangen omdat dat eigen betalingen zijn) is het van belang dat er duidelijkheid is over de vraag of zorgaanbieders zich reeds direct bij de Rijksregelingen kunnen melden omdat de steun van de zorginkoper voor hen te lang op zich laat wachten, zonder hun recht op een continuïteitsbijdrage (gedeeltelijk) te verspelen.

Standpunten ZN (ambtelijk):

- ZN overweegt de 'behalve-bepaling' uit hun brief van 5 april jl. te laten vervallen bij de continuïteitsbijdrage, zodat omzet uit verzekerde zorg in het geheel is uitgezonderd van toegang tot de Rijksregeling (en dus niet enkel voor het door verzekeraars vergoede deel).
- Daarnaast overweegt ZN om zorgaanbieders de toegang tot hun regeling te onthouden op het moment dat zij zich reeds vooruitlopend daarop hebben gemeld bij de Rijksregelingen.
- Argument hiervoor is dat de Rijksregelingen mogelijk te ruimhartig zijn. Dit omdat de Rijksregelingen kijken naar de omzetsderving die onder aan de streep resteert en daarbij geen onderscheid maken naar welke activiteiten ten grondslag lagen aan deze omzetsderving. Dit betekent dus dat als een zorginkoper besluit om omzetsderving niet volledig te vergoeden (maar bijvoorbeeld alleen de vaste kosten) de zorgaanbieder met de volledige resterende omzetsderving naar de Rijksregelingen kan stappen.
- Daarnaast noemt ZN dat als de Rijksregeling te ruimhartig zijn, er geen prikkel meer zou zijn om nog inhaalproductie te leveren (en zo je vaste lasten terug te verdienen). Alternatief dat ZN aan het verkennen is, is of zij – bijv. met bestandsuitwisseling – zelf op een later moment hun bijdrage nog neerwaarts kunnen bijstellen of eventueel zelfs intrekken als een zorgaanbieder meer steun heeft gehad uit de Rijksregelingen dan ZN wenst.

Standpunten VWS:

- VWS heeft bezwaren tegen het laten vervallen van deze 'behalve-bepaling'. Terugkomen op toezeggingen in de brief van 5 april is gevoelig en onwenselijk.
- Hoe lager de bijdrage vanuit de combi ZN/rijk, hoe meer zorgaanbieders zich zullen melden dat ze dit niet gaan overleven en hoe groter het risico dat zij ook daadwerkelijk zullen omvallen. Dat zal tot kritiek leiden; zie bijvoorbeeld de brieven van GGZNL en Actiz.
- De (ruimhartigheid van) de rijksregeling zou niet van invloed moeten zijn op de regeling van zorgverzekeraars. Gebruik maken van de rijksregelingen is geen misbruik of dubbel gebruik.
- Vraagtekens bij het argument dat er geen prikkel meer zou zijn voor zorgaanbieders om nog inhaalproductie te leveren. We gaan ervanuit dat zorgaanbieders graag zorg verlenen. Natuurlijk is het waar dat naarmate je een hogere vergoeding biedt bij omzetverlies, de prikkel om toch zorg te verlenen zwakker is. Dat geldt ook voor de continuïteitsbijdrage zelf. Dat is inherent aan steun om niet failliet te gaan. Tijdelijkheid is daarom belangrijk. Plus appèl op verantwoordelijkheid en intrinsieke motivatie.
- Bovendien: Binnenkort wordt de beleidsregel 'prestaties meerkosten en continuïteitsbijdrage' door de NZa gepubliceerd. In alle teksten van deze beleidsregel wordt er vanuit wordt gegaan dat 'de behalve-bepaling' gehandhaafd blijft. Mocht dit dus anders worden, dan moet de beleidsregel nog worden aangepast.
- Ten aanzien van de volgorde erkent VWS dat de koninklijke weg is om eerst bij de zorgverzekeraar te bezien of er via die weg steun is te verkrijgen, maar wil VWS evenwel de omgekeerde volgorde (eerst naar het Rijk en dan naar de verzekeraar) niet uitsluiten. Dit enerzijds omdat de Rijksregelingen nu al open zijn en er dus waarschijnlijk al een hoop zorgaanbieders zich daar gemeld hebben, niet wetende dat hiermee de steun van de verzekeraar mogelijk vervalt (zoals ZN nu wenst). Anderzijds zijn er zorgaanbieders die nu in acute problemen kunnen verkeren en slechts een beperkt deel van hun omzet vergaren uit verzekerde zorg. Zij moeten dan ook wachten tot dit beperkte deel van hun omzet vanuit de verzekeraar is gecompenseerd voordat zij naar de Rijksregelingen mogen stappen, hetgeen te lang kan duren, omdat de regeling van de zorgverzekeraars pas in mei volledig open is.

In bijlage 1 wordt een aantal indicatieve voorbeelden gepresenteerd om het verschil tussen wat ZN nu feitelijk zou willen bewerkstelligen door de "behalve" bepaling te schrappen versus wat er bij de Rijksregelingen daadwerkelijk zou gebeuren. Beeld van VWS is dat er situaties kunnen ontstaan dat een zorgaanbieder meer compensatie ontvangt dan hij/zij aan vaste lasten heeft, maar nooit meer dan totale omzetverlies¹. Daar staat een flinke groep tegenover die met de combinatie niet eens hun vaste kosten eruit haalt.

¹ Als je dat wilt voorkomen dan vergt dit een aanpassing in de Rijksregelingen en specifiek op het punt dat de Rijksregelingen dan omzetsdelen moeten uitsluiten van de regeling. Dat is best lastig, aangezien de regelingen al openstaan en waarschijnlijk al door zorgaanbieders gebruikt zijn op basis van de daar geïntroduceerde spelregels. Naar ons idee werkt het niet als je bij de spelregels rond de continuïteitsbijdrage een aanvullende voorwaarde opneemt, zoals ZN wilt, omdat het niet te organiseren is dat de Rijksregelingen bij het beoordelen van de steun ook zullen toezien op deze voorwaarde.

Bijlage 1: Rekenvoorbeelden Zvw: continuïteitsbijdrage en Rijksregelingen
Drie gestileerde situaties

	Cosmetisch arts	Tandartspraktijk	Fysiotherapeut	Kindertandarts
Omzet	€ 100.000	€ 100.000	€ 100.000	€ 100.000
Aandeel eigen betalingen	90%	45%	20%	0%
Aandeel (basis- of aanvullende) verzekering	10%	55%	80%	100%
Kosten	€ 95.000	€ 95.000	€ 95.000	€ 95.000
Aandeel doorlopende loonkosten	40%	40%	40%	40%
Aandeel doorlopende overige kosten (o.a. huisvesting)	25%	25%	25%	25%
Aandeel variabele kosten	30%	30%	30%	30%
Winst	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000
Aandeel winst	5%	5%	5%	5%

Aannames

- De praktijken zijn in het geheel gesloten en de omzet is daarmee € 0.
- Zorgverzekeraar vergoedt 100% van de doorlopende lasten op de omzet uit de basis- of aanvullende verzekering.
- De zorgaanbieder voldoet aan alle overige voorwaarden van de Rijksregelingen.
- Om vooral inzichtelijk te maken wat verschil is tussen zorgaanbieders die relatief veel en zorgaanbieders die relatief weinig omzet uit eigen betalingen halen hebben we de kosten en de winst voor iedere zorgaanbieder in dit voorbeeld als gelijk verondersteld.

Twee berekeningswijzen

- Berekeningswijze 1 (aangeduid als (1)) gaat ervanuit dat de gehele resterende omzetderiving in aanmerking komt voor de NOW. In onderstaande berekeningswijze betekent dit de omzet minus de steun van zorgverzekeraar en uit de TOGS-regeling.
NB: Dit is de vigerende praktijk, op basis van hetgeen gecommuniceerd in de brief van ZN op 5 april en de werkwijze van de Rijksregelingen.
- Berekeningswijze 2 (aangeduid als (2)) gaat ervanuit dat alleen het deel van de omzet dat uit eigen betalingen wordt verkregen in aanmerking komt voor de Rijksregelingen. Dit deel kun je opmaken uit bovenstaande situatieschets.

	Zorgverzekeraar	TOGS	NOW	Totaal
Berekeningswijze 1				
Cosmetisch arts	65% * 10.000 = 6.500	N.v.t.*	90% * 40% * 93.000 = 33.660	40.160 (=40,2%)
Tandartspraktijk	65% * 55.000 = 35.750	4.000	90% * 40% * 57.500 = 21.690	61.440 (=61,4%)
Fysiotherapeut	65% * 80.000 = 52.000	4.000	90% * 40% * 40.000 = 15.840	71.840 (=71,8%)
Kindertandarts	65% * 100.000 = 65.000	N.v.t.**	90% * 40% * 35.000 = 12.600	77.600 (=77,6%)
Berekeningswijze 2				
Cosmetisch arts	65% * 10.000 = 6.500	N.v.t.*	90% * 40% * 90.000 = 32.400	38.900 (=38,9%)
Tandartspraktijk	65% * 55.000 = 35.750	4.000	90% * 40% * 45.000 = 16.200	55.950 (=56,0%)
Fysiotherapeut	65% * 80.000 = 52.000	4.000	90% * 40% * 20.000 = 7.200	63.200 (=63,2%)
Kindertandarts	65% * 100.000 = 65.000	N.v.t.***	N.v.t.***	65.000 (=65,0%)

*De cosmetisch arts behoort niet tot de doelgroep van de TOGS-regeling.

**Een van de voorwaarden voor de TOGS is dat er na aftrek van andere steun nog minstens € 4.000 doorlopende lasten resteren. Alle doorlopende lasten zijn hier gecompenseerd door de zorgverzekeraar.

***Er is geen omzet uit eigen betalingen dus ook geen omzetverlies dat in aanmerking komt voor de Rijksregelingen.

Conclusies

- Logischerwijs is de totale steun in berekeningswijze 2 lager dan in berekeningswijze 1.
- Bij berekeningswijze 1 kan de situatie ontstaan dat door de stapeling van regelingen een zorgaanbieder meer steun ontvangt dan zij aan doorlopende lasten heeft. Zoals je in de voorbeelden ziet lijkt deze situatie enkel reëel

als een zorgaanbieder een aanzienlijk deel omzet vergaard uit activiteiten die vallen onder de basis- of aanvullende verzekering.

- Het is niet mogelijk dat een zorgaanbieder meer steun ontvangt dan zij aan omzet heeft.

Bijlage 2: voorwaarden relevante rijksregelingen

NOW (verantwoordelijk ministerie: SZW; uitvoerende instantie: UWV; looptijd: tot 1 juli)

- De regeling is bedoeld voor werkgevers die als gevolg van de Coronacrisis kampen met een substantieel omzetverlies (tenminste 20%) voor een aaneengesloten periode van 3 maanden (de aanvrager kiest de startdatum voor deze periode (bijv. 1 maart of 1 april)).
- Deze werkgevers kunnen bij het UWV een aanvraag indienen voor een tegemoetkoming in de loonkosten, en hiervoor een voorschot aanvragen.
- Als een werkgever voldoet aan de voorwaarden² dan krijgt zij een subsidie die 90% van de loonsom op het omzetverlies bedraagt (dus bij een omzetverlies van 50% is er sprake van een tegemoetkoming van 45% van de loonsom). De werkgever is vervolgens verplicht om de verkregen subsidie enkel te gebruiken voor doorbetaling van de loonkosten.
- Bij de subsidievaststelling vindt een correctie van de tegemoetkoming plaats op basis van het daadwerkelijk geleden omzetverlies. Bij deze vaststelling wordt de tegemoetkoming tevens neerwaarts bijgesteld als de loonsom over de betreffende periode is gedaald.

Tozo (verantwoordelijk ministerie: SZW; uitvoerende instantie: woongemeente; looptijd: tot 1 juni)

- De regeling is bedoeld voor de zelfstandig ondernemer die als gevolg van de Coronacrisis een inkomen onder het sociaal minimum heeft en/of een liquiditeitsprobleem heeft waarvoor zij een bedrijfskrediet nodig heeft.
- Als een ondernemer voldoet aan de voorwaarden³ dan vult de regeling het inkomen vervolgens aan tot het sociaal minimum (maximaal € 1500 euro per maand).
- Ondernemers die een beroep doen op deze regeling zijn gehouden aan de inlichtingenplicht en dienen vanuit die plicht elke informatie aan de woongemeente door te geven die van invloed is op de hoogte van de uitkering.

TOGS (verantwoordelijk ministerie: EZK; uitvoerende instantie: RVO; looptijd: tot 15 juni)

- De regeling is bedoeld voor MKB-ondernemers die het meest zijn geraakt door de overheidsmaatregelen rond het Coronavirus. Op basis van SBI-codes is bepaald welke ondernemers in aanmerking komen voor deze regeling.
- Als een ondernemer voldoet aan de voorwaarden⁴ (voornamelijk: is sprake van meer dan € 4000 euro omzetverlies en vaste lasten tussen 16 maart en 15 juni) dan komt de ondernemer in aanmerking voor een eenmalige gift van € 4.000 euro.

² Voorwaarden voor de NOW tref je op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-financiele-regelingen/overzicht-financiele-regelingen/nou/nou-wat-en-voor-wie>

³ Voorwaarden voor de Tozo tref je op: <https://rijktzo.nl/>

⁴ Voorwaarden voor de TOGS tref je op: <https://www.rvo.nl/subsidie-en-financieringswijzer/tegemoetkoming-schade-covid-19/voorwaarden>