

Reikwijdte van de corona kosten. Wat scharen we precies onder de extra kosten?

Wat betreft de corona kosten zijn er veel verschillende kosten soorten te benoemen.

1. Kosten van directe zorg aan corona patiënten, voor verzekerde zorg.
2. Extra kosten ivm corona die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten
3. Kosten van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor corona patiënten
4. Kosten voor het creëren van extra zorg capaciteit voor corona zorg
5. Kosten die gemaakt worden voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona
6. Omzetting door bestaan van corona die niet het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor corona patiënten.

1. Kosten van directe zorg aan corona patiënten, gebruikelijk voor verzekerde zorg

Hieronder vallen alle kosten die direct gelinkt zijn aan de zorg voor corona patiënten, zoals de IC verpleegdagen en verpleegdagen ziekenhuis algemeen of in de wijkverpleging en huisartsenzorg als deze corona patiënten behandelen of verplegen. Dit zijn kosten die normaliter gemaakt worden voor zorg aan patiënten, zonder Corona. De 0-lijn. Deze kunnen zowel integraal bekostigd worden (kosten IC dagen en verpleegdagen ziekenhuis op basis van DBCs) of op een andere wijze (nader uit te werken).

Deze kosten zullen vanaf begin maart al op deze integrale wijze bekostigd zijn (via dbc's/consulten/uren wijkverpleging etc). De NZa moet deze kosten meenemen in haar tariefstelling op het moment dat zij (maximum)tarieven vaststelt. Deze kosten zijn, omdat het om de gebruikelijke kosten gaat, ook al opgenomen in het tarief. Dit valt onder verzekerde zorg.

In de Wlz blijven deze kosten (ook bij Corona) bekostigd worden via de reguliere prestaties en tarieven (zfp's).

NB: 1 en 2 kunnen worden samengevoegd als er niet voldoende onderscheid is tussen deze kostensoorten.

2. Extra kosten ivm corona die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten

Hieronder vallen de meerkosten die gemaakt worden ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Dit zijn kosten voor het werken met extra (en duurder) beschermingsmateriaal en bijvoorbeeld extra IC-kosten als er meer personeel nodig is dan in de integrale afgesproken prijs met verzekeraars zit. Hierbij kan ook gedacht worden aan de extra kosten die gemaakt worden op de SEHs, omdat daar de triage van de patiënten gebeurt, daarbij valt te denken aan extra inzet van personeel op deze afdelingen.

Deze kosten zullen vanaf begin maart al gemaakt zijn (en via de reguliere dbc's/consulten/uren wijkverpleging etc gedeclareerd zijn, maar mogelijk dus niet kostendekkend). De NZa moet deze kosten meenemen in haar tariefstelling op het moment dat zij (maximum)tarieven vaststelt. Het kan voorkomen, dat hier niet voldoende ruimte zit in de reeds vastgestelde tarieven. Dan moet de NZa hiertoe de tarieven ophogen (al dan niet via een apart in rekening te brengen opslag). Deze kosten vallen onder de verzekerde zorg, omdat zij onderdeel uitmaken van de directe patiëntenzorg.

Een zorgverzekeraar kan alleen rechtmatige kosten voor het basispakket in de catastrofereregeling inbrengen. Het gaat hier om kosten die toegerekend kunnen aan zorg onder punt 1 die behoort tot het basispakket voor de zorgverzekering.

In de Wlz worden deze kosten bekostigd via de COVID-beleidsregel.

NB: 1 en 2 kunnen worden samengevoegd als er niet voldoende onderscheid is tussen deze kostensoorten.

3. Kosten van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor corona patiënten

Hieronder vallen de kosten waarvan in ROAZ verband word besloten welke capaciteit, zowel in bedden als het stopzetten van niet acute operaties, wordt vrijgehouden om de zorg aan corona patiënten te kunnen leveren.

Het betreft hier dus "verplichte" leegstand, waar geen patiëntenzorg tegenover staat. Deze kosten zijn een vorm van inkomstenderving. Deze kosten zijn "los", als beschikbaarheid, geen zorg die behoort tot het verzekerd pakket. Ook kan er daarom geen prestatiebeschrijving door de NZa voor worden vastgesteld, dat kan alleen voor zorg. Deze kosten kunnen als onderdeel van het geheel aan prijsafspraken over de gerealiseerde productie wel worden meegenomen, en tellen dan ook mee in de kosten die gemaakt zijn voor verzekerde zorg. Het kan voorkomen, dat hier niet voldoende ruimte zit in de reeds vastgestelde tarieven. Dan moet de NZa hiertoe de tarieven ophogen.

De kosten onder punt 3 worden via de gewijzigde tariefregulering kosten als bedoeld in onderdeel 1. Dit is nodig om die in de catastrofereregeling te kunnen inbrengen. Een zorgverzekeraar kan alleen rechtmatige kosten voor het basispakket in de catastrofereregeling inbrengen. Het actief leeg en beschikbaar houden van zorgcapaciteit voor coronapatiënten vormt geen zorg van het basispakket en kan dat ook niet worden.

Het is van belang te kijken of deze kosten niet dubbel vergoed worden als er bijvoorbeeld met het ziekenhuis afspraken worden gemaakt over het vergoeden van een continuïteitsbijdrage, in dat geval moet bekeken worden hoe berekend kan worden wat de extra kosten voor corona zijn op dit terrein.

In de Wlz worden deze kosten bekostigd via de COVID-beleidsregel, in samenhang met de geleverde zorg in de aanvaardbare kosten.

4. Kosten voor het creëren van extra zorgcapaciteit voor coronapatiënten

Hieronder valt het gereed maken van extra capaciteit van IC bedden/IC units, tenten plaatsen met scanners voor het ziekenhuis om tot snelle triage te komen en het inrichten van hotels/verpleeghuizen als dependance van het ziekenhuizen ten behoeve van coronazorg. Hieronder vallen ook de kosten die gemaakt worden voor het inrichten van andere afdelingen van het ziekenhuis elders (bijv. bevalhotels) om zo ruimte te houden voor coronazorg in het ziekenhuis. De gebruikelijke kosten die gemaakt worden voor de zorg aan niet-corona patiënten (ook al is dat op een andere locatie), valt NIET onder deze kosten, zoals de gebruikelijke kosten rond de bevalling in het voorbeeld van het bevalhotel. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met de kosten voor het weer 'afbreken' van de extra capaciteit.

Deze kosten zullen vanaf begin maart al gemaakt zijn (en via de reguliere dbc's/consulten/uren wijkverpleging etc gedeclareerd zijn, maar mogelijk dus niet kostendekkend). Deze kosten vallen in twee verschillende smaken uiteen: kosten die gemaakt zijn voor middelen en ruimten die daadwerkelijk ook gebruikt zijn in de zorg, en kosten aan middelen en ruimten die niet gebruikt zijn voor de zorg.

Ten aanzien van het eerste moet de NZa deze kosten meenemen in haar tariefstelling op het moment dat zij (maximum)tarieven vaststelt. Het kan voorkomen, dat hier niet voldoende ruimte zit in de reeds vastgestelde tarieven. Dan moet de NZa hiertoe de tarieven ophogen (al dan niet via een apart in rekening te brengen opslag). Deze kosten vallen onder de verzekerde zorg, omdat zij onderdeel uitmaken van de directe patiëntenzorg.

Ten aanzien van het tweede, zijn deze kosten "los", als beschikbaar, geen zorg die behoort tot het verzekerd pakket. Ook kan er daarom geen prestatiebeschrijving door de NZa voor worden vastgesteld, dat kan alleen voor zorg. Deze kosten kunnen als onderdeel van het geheel aan prijsafspraken over de gerealiseerde productie wel worden meegenomen, en tellen dan ook mee in de kosten die gemaakt zijn voor verzekerde zorg. Het kan voorkomen, dat hier niet voldoende ruimte zit in de reeds vastgestelde tarieven. Dan moet de NZa hiertoe de tarieven ophogen.

Extra capaciteit is geen zorg die behoort tot het basispakket van de zorgverzekering. De kosten onder punt 4 worden via de gewijzigde tariefregulering kosten als bedoeld in onderdeel 1. Dit is nodig om die in de catastrofereregeling te kunnen inbrengen. Een zorgverzekeraar kan immers alleen rechtmatige kosten voor het basispakket in de catastrofereregeling inbrengen.

In de Wlz worden deze kosten bekostigd via de COVID-beleidsregel, in samenhang met de geleverde zorg in de aanvaardbare kosten.

5. Kosten die gemaakt worden voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona

Hieronder vallen de kosten die gemaakt worden extra voorzorgsmaatregelen, zoals beschermingsmiddelen en aparte ruimten inrichten en inzet van extra personeel voor het gescheiden houden van corona en niet-corona patiënten. Deze kosten kunnen in alle verschillende sectoren voorkomen.

Deze kosten zullen vanaf begin maart al gemaakt zijn (en via de reguliere dbc's/consulten/uren wijkverpleging etc gedeclareerd zijn, maar mogelijk dus niet kostendekkend). Het kan voorkomen, dat hier niet voldoende ruimte zit in de reeds vastgestelde tarieven. Dan moet de NZa hiertoe de tarieven ophogen (al dan niet via een apart in rekening te brengen opslag). Deze kosten vallen onder de verzekerde zorg, omdat zij onderdeel uitmaken van de directe patiëntenzorg.

Het gaat om kosten van zorg die behoort tot het basispakket van de zorgverzekering. Een zorgverzekeraar kan immers alleen rechtmatige kosten voor het basispakket in de catastrofereregeling inbrengen.

In de Wlz worden deze kosten bekostigd via de COVID-beleidsregel.

6. Omzetzerving door bestaan van corona die niet het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor corona patiënten

Hieronder valt de omzetzerving, die niet gevolg is van het beschikbaar houden van capaciteit voor coronazorg maar wel het gevolg is van de gevolgen van corona. Hier valt dus expliciet niet onder de normale leegstand of niet volle benutting van de capaciteit die er ook in normale omstandigheden is. Omzetzerving veroorzaakt door de gevolgen van corona (bijv. tandartsen alleen open voor spoedgevallen) en minder vraag vanuit de patiënten voor zorg (uitstellen van zorg en/of het minder voorkomen van ongevallen door minder verkeer) en capaciteitsuitval doordat personeel ziek is of elders wordt ingezet vallen onder deze kosten soort.

Deze kosten zijn een vorm van inkomstzerving. Deze kosten zijn "los", als beschikbaarheid, geen zorg die behoort tot het verzekerd pakket. Ook kan er daarom geen prestatiebeschrijving door de NZa voor worden vastgesteld, dat kan alleen voor zorg. Deze kosten kunnen als onderdeel van het geheel aan prijsafspraken over de gerealiseerde productie wel worden meegenomen, en tellen dan ook mee in de kosten die gemaakt zijn voor verzekerde zorg. Het kan voorkomen, dat hier niet voldoende ruimte zit in de reeds vastgestelde tarieven. Dan moet de NZa hiertoe de tarieven ophogen.

Omzetzerving vormt geen zorg die behoort tot het basispakket van de zorgverzekering. De kosten onder punt 6 worden via de gewijzigde tariefregulering kosten als bedoeld in onderdeel 1. Dit is nodig om die in de risicovereeniging te kunnen inbrengen. Een zorgverzekeraar kan immers alleen rechtmatige kosten voor het basispakket in de risicovereeniging inbrengen.

In de Wlz worden zorgaanbieders met omzetzerving gecompenseerd, in ieder geval tot 1 juni conform contract.

NB: Onderscheid tussen 3 en 6 is in de praktijk lastig te maken. Vereist dat punt 3 heel nauw wordt omschreven. Ook noodzakelijk om onderscheid te maken tussen wat zorginstellingen bij verzekeraars in rekening kunnen brengen en wat verzekeraars bij het fonds in kunnen brengen.

Besluitvorming.

Welke kostensoorten als catastrofeschadelast kunnen worden aangemerkt die daarmee onder de catastrofe regeling vallen?

Voorstel: is een ruime definitie van kosten corona onder de catastrofe regeling

De volgende kostensoorten vallen WEL onder de catastrofeschadelast: 1 t/m 5

De volgende kostensoort valt NIET onder de catastrofeschadelast: 6

Belangrijke openstaande punten:

- Is deze opdeling werkbaar voor ZIN en NZa?

- Missen we nog kostensoorten?
- Hebben we al inzicht in om hoeveel kosten het gaat? NZa wellicht?
 - En over welke sectoren hebben we dat overzicht? Ook voor ziekenhuiszorg (=grootste kostenpost).
- Wat kan er via de tarieven/prestatiekant geregeld worden? En welke aanpassingen zijn daarvoor nodig?
- Wat kan er via de vrije tarieven lopen?
- Kunnen ziekenhuizen/andere zorgaanbieders nog registreren en met terugwerkende kracht alsnog registreren of het gaat om zorg voor corona patiënten (vinkje bij een bij een DBC voor een IC/verpleegdag)?