

Samenvatting uitkomsten enquête corona-kosten Q3-2020

1. Van welk verloop van COVID-19 bent u uitgegaan bij de raming van de kosten voor de rest van 2020?
 - a. Heeft u rekening gehouden met de tweede golf? Zo ja, o.b.v. welke uitgangspunten, in welke mate kan de reguliere zorg bijvoorbeeld doorgaan?
 - b. Wat zijn de financiële consequenties hiervan op uw raming geweest?

Over het algemeen hebben zorgverzekeraars de raming van de zorgkosten 2020 opgesteld op basis van de schaderealisaties in de periode t/m juli-september, waarbij ervan is uitgegaan dat er geen opleving van COVID-19 meer zal optreden in de rest van 2020. Dit was op dat moment in lijn met het beeld dat het RIVM had afgegeven. Dit betekent dat zorgverzekeraars in de raming van de zorgkosten 2020 geen rekening hebben gehouden met een tweede golf. Twee kleinere verzekeraars geven aan dat ze in een beperkte mate rekening gehouden met een tweede golf.

2. Kunt u in de onderstaande tabel aangeven welke problemen of onzekerheden u bij het ramen ondervond? Wij vragen u om zowel algemeen geldende knelfactoren als specifiek per rubriek geldende knelfactoren aan te geven. Het gaat uitsluitend om de problemen of onzekerheden welke samenhangen met COVID-19 (kosten corona type 1, meerkosten type 2 t/m 5 en de continuïteitsbijdragen) en welke in een regulier beleidsarm jaar niet of in veel mindere mate optreden.

Kosten corona type 1: de zorgverzekeraars beschikken over onvoldoende gegevens om de kosten die op type 1 betrekking hebben in de declaraties te identificeren. Op dit moment is dit de grootste uitdaging die zorgverzekeraars ondervinden bij het ramen van de kosten type 1. Er is nog geen compleet beeld van indicatoren om de kosten die op type 1 betrekking hebben in de declaraties te herkennen. Om deze redenen is het lastig om een realistische raming van deze kosten te maken en hebben zorgverzekeraars nog nauwelijks kosten type 1 in de ZIN staten verantwoord. De verantwoorde kosten type 1 zullen dus een onderschatting zijn van de realiteit. Inmiddels is een traject gestart om een eenduidige lijst met COVID-prestaties op te stellen en onder welke voorwaarden/periode zo'n prestatie daadwerkelijk als COVID-gerelateerd wordt erkend, goedgekeurd door de NZa en ZIN.

Meerkosten (type 2 t/m 5): in zijn algemeenheid geldt dat er nog onvoldoende data beschikbaar is om een goede inschatting van de meerkosten te maken. Waar van toepassing hebben enkele verzekeraars geprobeerd een inschatting te maken aan de hand van externe informatie (bijv. Gupta) en interne informatie, maar deze is dus erg onzeker.

Continuïteitsbijdragen: inmiddels zijn continuïteitsbijdragen voor vrijwel alle sectoren vastgesteld. Het is lastig aan te geven in welke mate inhaalzorg in 2020 gaat plaatsvinden. Als gevolg daarvan is het lastig om het netto effect op de kosten te bepalen.

Hieronder volgt een overzicht van de bekende uitdagingen per zorgrubriek in het kader van het ramen van de corona-kosten.

1. Huisartsenzorg

Het afsplitsen van toeslagen ANW voor de meerkosten (type 2 t/m 5) en het identificeren van aanbieders anders dan huisartsen die passantenarieven declareren in het kader van extra daglocaties voor de meerkosten 2 t/m 5.

De grootse onzekerheid in de continuïteitsbijdragen is of het geheel/gedeeltelijk/niet wordt uitbetaald. Het is ook nog onduidelijk of de indirecte component van het Corona-tientje alleen geldt ter compensatie van omzetsderving in Q2 of voor het gehele jaar (i.c.m. een eventuele extra compensatie, indien noodzakelijk).

2. Farmaceutische zorg

Voor de continuïteitsbijdragen ervaren zorgverzekeraars minder issues dan over het algemeen, de CB is vrijwel geheel berekend en uitgestuurd.

4. Mondzorg

Een klein aantal verzekeraars geeft aan dat zij moeite hebben met het identificeren van de patiënten waarop de meerkosten van €4,26 van toepassing zijn. Ook de mondzorg is één van de rubrieken waarbij de CB nauwkeuriger kan worden bepaald dan over het algemeen.

6. Medisch specialistische zorg

Binnen de MSZ zijn de kosten met ICD10-code U07.1 (indicatie Corona) verantwoord als kosten corona type 1. Omdat bij het grootste deel van de MSZ-kosten de ICD10-code ontbreekt, is hierbij niet vast te stellen of het corona-patiënten betreft. De daadwerkelijke gerealiseerde kosten corona type 1 binnen de MSZ liggen dus veel hoger dan wat is verantwoord, echter is deze zorg nog niet als zodanig te identificeren.

Daarnaast spelen in de meerkosten (type 2 t/m 5) en CB nog grote onzekerheden.

7. Paramedische zorg

De raming voor de herstellzorg (nieuw geïntroduceerd in de Zvw) is lastig, omdat het nog onduidelijk is hoeveel patiënten hier aanspraak op gaan maken.

De CB voor de paramedische zorg kan nauwkeuriger worden bepaald dan over het algemeen.

8. Hulpmiddelen

De CB voor de hulpmiddelen kan nauwkeuriger worden bepaald dan over het algemeen.

10. GGZ

Verzekeraars hebben nog geen goed inzicht van de opstart van productie en verloop hiervan.

11. GRZ/ELV/GZSP

GRZ: de omzetsderving is nog niet goed te bepalen o.b.v. realisatie, de specifieke CB regelingen zijn nog niet helemaal definitief.

ELV: in het kader van de kosten corona type 1 is er een specifieke prestatie beschikbaar om deze kosten te identificeren.

Baten Zvw

Pas als er bekend is bij welke verzekerden op basis van de declaratiekenmerken sprake was van Covid type 1, is het mogelijk om te bepalen hoeveel eigen risico deze mensen hebben gehad.

3. Verwacht u dat zorginstellingen rekening hebben gehouden met een eventuele doorberekening van de door het ministerie van VWS ingekochte zaken zoals mondkapjes en beademingsapparatuur? Zijn deze kosten reeds in uw Q3-raming

inbegrepen of gaat dit nog (deels) plaatsvinden in de latere rapportages?

Er is nog onvoldoende zicht op de (omvang van de) eventuele doorbelasting, zorginstellingen hebben niet of in een beperkte mate signalen afgegeven dat deze kosten zijn doorberekend. Het merendeel van de verzekeraars heeft deze informatie dan ook niet meegenomen in de Q3-raming.

4. Hoe heeft u de kosten van prestaties voor directe zorg aan COVID-patiënten (kosten corona type 1), met name de DBC's binnen de MSZ, gerapporteerd in Q3?
Mogelijke antwoorden hierbij kunnen zijn:
- Wij hebben alleen de kosten van nieuwe prestaties voor specifieke coronazorg gerapporteerd (bijvoorbeeld COVID herstellzorg) maar nog niet de kosten van reguliere prestaties die niet specifiek op COVID-patiënten betrekking hebben;
 - Wij hebben deze gerapporteerd o.b.v. een inschatting, maar deze inschatting is zeer onzeker;
 - Wij hebben deze gerapporteerd o.b.v. een inschatting en verwachten deze met een zekerheid (+/-20%) in kaart te hebben.
 - Anders, namelijk:

Bij deze vraag hebben 5 verzekeraars antwoord B gekozen: een rapportage van kosten corona type 1 o.b.v. een inschatting maar deze inschatting is nog zeer onzeker. Het resterende gedeelte van de verzekeraars heeft met name gekozen voor antwoord D, de 'anders, namelijk' optie. Hier komt weer naar voren dat, net als bij vraag 2, lang niet alle ziekenhuizen gebruik maken van de ICD-10 markering in de declaraties.

5. Kunt u een inschatting geven van de te verwachten inhaalzorg in 2020 en in 2021?

In deze fase blijft het lastig voor verzekeraars om wat concreets aan te geven over de te verwachten inhaalzorg, met name doordat de declaraties over de maanden juli en verder nog niet allemaal binnen zijn.

Inhaalzorg 2020: vooralsnog blijft het al lastig voor de sectoren om weer op de reguliere capaciteit van 100% te functioneren. Dit hangt samen met de aanvullende voorschriften die voor alle sectoren gelden en het vrijhouden van capaciteit voor de tweede corona golf. Omdat de kosten van inhaalzorg voor een substantieel deel met de continuïteitsbijdragen worden verrekend, luidt de verwachting dat het kosteneffect beperkt zal zijn.

Inhaalzorg 2021: de verwachting luidt dat inhaalzorg beperkt zal plaatsvinden. Mogelijk dat bij enkele sectoren zoals ziekenhuiszorg wel inhaalzorg gaat plaatsvinden. De omvang is lastig te kwantificeren.