

Bekostiging Corona – nav overleg 12 maart 2020

Wat kan er al

Catastrofebijdrage aan zorgverzekeraars

Het Zorginstituut kent in het geval van een pandemie de zorgverzekeraar in aanvulling op de vereveningsbijdrage een extra bijdrage toe voor extra kosten van Zvw-zorg als gevolg van die pandemie. De WHO heeft het Coronavirus als pandemie aangemerkt. Het bedrag van de extra kosten moet wel meer bedragen dan 4% van de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar. Deze drempel ligt vast in de Zvw (artikel 33). Het maximum van de extra bijdrage bedraagt 20% van de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar. De gemiddelde vereveningsbijdrage is het totaalbedrag van de aan de zorgverzekeraars toegekende vereveningsbijdragen over 2020 catastrofejaar gedeeld door het verwachte aantal Zvw-verzekerden in 2020. Dat maximum ligt vast in de Regeling zorgverzekering. Een eventuele verhoging van het maximum kan bij ministeriële regeling gerealiseerd worden. De Europese Commissie heeft in 2005 het Nederlandse risicovereveningssysteem met inbegrip van extra bijdragen in het geval van rampen goedgekeurd. De Europese Commissie zou dan in het kader van de staatssteun niet moeilijk moeten doen over de extra bijdrage.

Bekostiging binnen de vrije & gereguleerde tarieven binnen de Zorgverzekeringswet

5.1.2e

Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken over de extra kosten die zorgaanbieders maken. Dit kunnen extra kosten zijn vanwege de pandemie, of extra kosten als gevolg van een lagere omzet doordat bijvoorbeeld operaties worden uitgesteld. Deze aanvullende financiële afspraken kunnen zij verwerken in hun *omzetplafonds*, waardoor er meer ruimte ontstaat voor de zorgaanbieder om door te leveren op het moment dat de kosten hoger zijn dan de afspraken onderliggend aan het omzetplafond. Dit zorgt ervoor dat zorgaanbieders op een gegeven moment in het jaar, als zij het omzetplafond zouden bereiken, de comfort hebben wel nog voor hun zorg een vergoeding te krijgen.

Deze extra kosten kunnen gedeclareerd worden door de tarieven die daar onder liggen op te hogen. De verzekeraar en aanbieder hebben maximale ruimte hiervoor bij vrije tarieven. Bij gereguleerde tarieven (maximumtarieven) ligt dit anders. Daar is nog een optie dat zorgverzekeraars gebruik maken van het maximumtarief, waarmee er een opslag van 10% bovenop het tarief kan worden afgesproken met een zorgaanbieder. Bij sectoren waar zorg deels gereguleerd is, en we deels vrije tarieven kennen, zoals de ziekenhuiszorg, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders via de vrije tarieven hier ruimte zoeken, zonder dat dit gevolgen hoeft te hebben voor bijvoorbeeld de VWS of NZa-regelgeving.

Voor de meeste sectoren waar alleen sprake is van maximumtarieven, en waar die maximumtarieven gaan knellen, zijn er ook maximum-tarieven, waarbij verzekeraars en aanbieders wederom afspraken kunnen maken om 10% extra in rekening te kunnen brengen.

Mochten deze maximumtarieven niet zijn ingevoerd in een sector, of deze extra "max" niet voldoende zijn, moeten er aanvullende maatregelen worden genomen. Dit kan via subsidies (zie langere termijn-oplossingen) of eventueel speciale toeslagen die in rekening kunnen worden gebracht. Nadeel van dit laatste is echter dat de NZa geen motivering heeft voor de hoogte van het tarief dat vastgesteld moet worden. Dit is daarom ook niet het meest voor de hand liggende middel.

De verzekerde moet geen nadeel ondervinden van het wijzigen van de tarieven. Dit betekent dat de wijziging geen invloed moet hebben op het verplicht en het vrijwillig eigen risico van de verzekerde. Een wijziging van het tarief moet niet tot nadeel leiden voor de verzekerde voor wat zijn verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico. Een wijziging van het Besluit zorgverzekering kan de aanwijzing van zorg betreffen waarvan de zorgverzekeraars de kosten slecht gedeeltelijk ten laste van het verplicht eigen risico kan brengen respectievelijk gedeeltelijk ten laste van het vrijwillige eigen risico moet brengen (artikel 21, derde en vierde lid, Zvw).

Daar waar er gebudgetteerd wordt (huisartsenposten) worden extra kosten meegenomen bij de nacalculatie, na afloop van het jaar. De (telefonische) consulten worden afgerekend met verzekeraars op basis van maximumtarieven, maar deze worden onderdeel van de totale aanvaardbare kosten. Er bestaat de mogelijkheid deze aanvaardbare kosten op te hogen met een post voor Corona, gelijk aan de situatie voor de Wlz-instellingen. Deze beleidsregel dient echter nog wel opgesteld te worden. 5.1.2e

Inkomstenderving zorgaanbieders? De inkomstenderving is het gevolg van een pandemie en niet van een besluit van een bewindspersoon van VWS, van overheidshandelen. Dit sluit daarom nadeelcompensatie uit. Een compensatie voor de inkomstenderving als gevolg van een pandemie heeft dan de vorm van een subsidie. Een inkomstenderving voor wat betreft zorg waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage heeft verleend leidt tot een stijging van die bijdrage. Dit zal zich in de praktijk voordoen bij de beschikbaarheidsbijdrage voor de "gevoelige" SEH's. De compensatie van de inkomstenderving noopt tot de verlening van een VWS-subsidie. Indien het een incidenteel geval betreft kan de bewindspersoon van VWS voor ten hoogste vier jaren verlenen (artikel 4:23, derde lid, onderdeel d, van de Awb). Indien het geen incidenteel geval betreft moet de bewindspersoon een subsidieregeling op grond van de Kaderwet VWS-subsidies vaststellen, zie maatregelen voor de lange termijn. 5.1.2e

Bekostiging voor Wlz-instellingen

Er bestaat op dit moment een beleidsregel voor MRSA/BRMO. Hiermee worden kosten die samenhangen met deze uitbraken opgevangen. De reikwijdte van deze regeling kan worden uitgebreid naar COVID-19. Er kunnen, gelijk aan de huidige situatie, voorwaarden gesteld worden aan het ophogen van het budget via de aanvaardbare kosten bij de nacalculatie. De NZa heeft aangekondigd een regeling te zullen maken die vergelijkbaar is met de al bestaande BRMO-regel. Met de nieuwe regeling kunnen deze extra kosten in de langdurige zorg worden vergoed. In verband met de ernst van de coronasituatie kunnen zorgaanbieders hier ook achteraf een beroep op doen. Wij streven ernaar om deze regeling uiterlijk 1 juli te publiceren.

Wlz-cliënten -> verpleging en verzorging in een verpleeghuis. Wel duidelijke voorwaarden aan stellen. **PM LZ**

Wet publieke gezondheid:

Bekostiging van GGD

De reguliere bekostiging van de GGD vindt plaats via de algemene uitkering uit het gemeentefonds. De Wet publieke gezondheid (Wpg) regelt de mogelijkheid van een VWS- bijdrage aan een GGD voor de extra kosten in verband met opgedragen VWS-crisismaatregelen. De VWS-bewindspersonen kunnen op grond van de Wpg de voorzitter van de veiligheidsregio dan wel de burgemeester opdragen bepaalde crisismaatregelen op het gebied van infectieziekten te treffen.

Vleugel verpleeghuis wordt ingericht als quarantainevleugel voor ziekenhuis:

Als een verpleeghuis een ruimte verhuurt aan bijvoorbeeld een ziekenhuis, dan is dat ziekenhuis degene die verantwoordelijk is voor de geleverde zorg, het maakt niet uit dat de vestiging in een ander pand is, van een andere zorgaanbieder. De huurder, het ziekenhuis, is ook degene die de kosten declareert die samenhangen met het aanbieden van deze zorg.

Mochten er vanuit het verpleeghuis zorg of diensten worden aangeboden aan het ziekenhuis, als bijvoorbeeld de verpleging van het verpleeghuis meehelpt bij de verpleging van de ziekenhuispatiënt in de "ziekenhuisvleugel", dan kunnen er onderling afspraken worden gemaakt over welke vergoeding daar tegenover komt te staan. Dit valt onder onderlinge dienstverlening. De invulling van deze afspraken tussen in dit voorbeeld het verpleeghuis en het ziekenhuis zijn vrij. Er geldt ook een vrij tarief bij onderlinge dienstverlening. 5.1.2e

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector biedt zekerheden voor noodzakelijke investeringen:

Het WFZ borgt als zelfstandig garantiefonds bancaire leningen van zorgaanbieders voor investeringen in materiële vaste activa, zoals gebouwen en inventaris. Het WFZ verstrekt dus zelf geen financiering aan zorgaanbieders, maar staat garant voor leningen van anderen. Het WFZ staat als zelfstandige stichting los van de overheid. Het Rijk kan als achterborg wel invloed uitoefenen op de langetermijnstrategie van het WFZ, maar heeft geen betrokkenheid bij de uitvoerende taken die direct betrekking hebben op individuele zorgaanbieders. Wij zien daarom geen duidelijke meerwaarde voor het WFZ binnen de context van het coronavirus.

Banken

Banken zijn een belangrijke financier van zorgaanbieders. Naast de leningen voor investeringen bieden banken in regel ook een rekeningcourantfaciliteit voor het opvangen van tijdelijke liquiditeitstekorten. Daarmee zouden banken een rol kunnen spelen bij het verschaffen van noodzakelijk werkkapitaal om maatregelen als gevolg van het coronavirus op de korte termijn te bekostigen. In hoeverre een bank bereid zal zijn om een rekeningcourantfaciliteit voor dit doel aan te bieden of te verruimen zal afhangen van:

- a) Het belang wat een bank heeft in de continuïteit van een zorgaanbieder (omvang ongeborgde leningenportefeuille);
- b) De mate waarin de overheid en/of zorgverzekeraars bereid zijn om de bank zekerheden te bieden.

Om een antwoord te krijgen op de vraag of banken daadwerkelijk bereid zijn om een rol te vervullen, moet in overleg worden gegaan met de Nederlandse Vereniging van Banken. Daarvoor moet allereerst de concrete vraag/behoefte vanuit zorgaanbieders in beeld moeten worden gebracht.

Garantieregelingen voor kapitaal (2008/2009)

In 2009 jaar is door VWS een garantieregeling opengesteld voor ziekenhuizen tbv kapitaalinvesteringen (GO regeling Cure). VWS stond in die regeling, als aan bepaalde voorwaarden werd voldaan, garant voor een deel van de lening (50%). Deze maatregel is ten tijde van de financiële crisis ingevoerd om het voor ziekenhuizen makkelijk te maken een lening bij de bank te krijgen (minder risico voor de bank). Dit was feitelijk een alternatief voor waarborg onder het Waarborgfonds.

Het is in theorie mogelijk om ivm Corona een garantieregeling op te stellen zodat ziekenhuizen, (bijvoorbeeld voor het tijdelijk verlies van inkomsten of omdat ze op andere terreinen nu minder makkelijk akkoord krijgen van banken op leningen) hun werkkapitaal/lening bij de bank kunnen verhogen en dat VWS onder bepaalde voorwaarden garant voor staat. Deze variant, garantieregelingen, sluit aan op optie b onder kopje banken.

Een subsidie en/of oplossing via contractering zorgverzekeraar lijkt eenvoudiger. Het probleem zit immers waarschijnlijk niet zo snel in de financierbaarheid van investeringen/kapitaal, maar meer in een tekort aan liquiditeit door een piek in de uitgaven. Een oplossing aan de 'voorkant' door een bijdrage van zorgverzekeraars en/of VWS is dan een stuk eenvoudiger.

Beleid rond dreigende faillissementen van zorgaanbieders

In uitzonderlijke situaties heeft VWS in het verleden financieel bijgedragen aan de uitvoering van een plan om de continuïteit van de patiëntenzorg in geval van een dreigend faillissement van een zorgaanbieder te borgen. Van zo'n uitzonderlijke situatie kan sprake zijn als:

- de continuïteit van cruciale zorg in het geding is of als er acute risico's dreigen voor de kwaliteit en veiligheid voor de patiëntenzorg, én
- de betrokken partijen de problemen niet redelijkerwijs zelf kunnen oplossen, én
- ook andere ondersteuning vanuit VWS onvoldoende uitkomst biedt.

Aan financiële steun van VWS zijn in een voorkomend geval strikte voorwaarden verbonden:

- De betrokken partijen hebben aangetoond dat zij de bestaande problemen niet redelijkerwijs zonder onze steun kunnen oplossen.
- Een externe deskundige heeft het plan gevalideerd en bevestigd dat het effectief, doelmatig en toekomstbestendig is.

- Alle betrokken partijen committeren zich aan het plan en dragen er maximaal aan bij. Dat kan financieel, bijvoorbeeld in de tariefstelling, maar ook op een andere manier, bijvoorbeeld door het verleggen van patiëntenstromen. Dit om zeker te stellen dat het belang van de continuïteit van een organisatie door de omgeving niet alleen met de mond wordt beleden, maar ook daadwerkelijk terug te zien is in een serieuze bijdrage van die partijen als bewijs van hun commitment.
- De uitvoering van het plan en de besteding van de middelen worden gemonitord door een onafhankelijke partij.
- Personeel en cliënten(raden) moeten worden betrokken bij de uitvoering van het herstructureringsplan.
- Wanneer het plan gericht is op het in stand houden van de instelling, dan is het van belang dat de oorzaken van de financiële problemen, zowel financieel als organisatorisch, daadwerkelijk worden aangepakt. Dit betekent dat ook gekeken wordt naar de rol en eventuele aansprakelijkheid van (voormalige) bestuurders en interne toezichthouders.

Beschikbaarheidsbijdrage als de continuïteit van zorg in gevaar komt:

Als een zorginstelling financiële problemen heeft, kan de overheid als ultimum remedium (bij overmacht van de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder) een vangnetstichting oprichten die de zorg doorlevert tot er een partij is gevonden die de zorg wil overnemen. Hierbij geldt als randvoorwaarde dat het moet gaan om cruciale zorg: zorg waarvoor geldt dat wanneer deze tijdelijk niet voldoende dichtbij beschikbaar is, cliënten ernstige (gezondheids)schade kunnen oplopen of voor langdurige zorg ernstig worden belemmerd in hun dagelijks leven.

Deze afbakening van cruciale zorg stamt uit 2011 (brief "Waarborgen voor continuïteit van zorg") en is sinds 2013 expliciet benoemd in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Het betreft hier:

- ambulancezorg;
- 24-uurs spoedeisende hulp (SEH) en acute verloskunde (AV) die onderdeel zijn van een ziekenhuis dat gevoelig is voor de 45-minutennorm;
- crisisopvang GGZ en
- Wlz-zorg.

Groot nadeel hierbij is echter, dat deze beschikbaarheidsbijdrage pas kan worden ingeroepen op het moment dat een zorgaanbieder failliet is gegaan. Bovendien moet er dan tevens een vangnetstichting worden opgericht door de overheid. Deze is op dat moment dan ook zorgaanbieder. Dit leidt tot zeer ingewikkelde complexe situaties, en is niet te prefereren. Deze optie is in het verleden bij verschillende situaties van (bijna) faillissementen daarom ook *niet* ingezet.

5.1.2e

Langere termijn-oplossingen:

- A. Kaderwet VWS-Subsidies
 VWS Subsidies-> moet naar staatssteuncollega's. De Europese Commissie heeft tot en met vandaag (12-03-2020) nog geen nieuwe maatregelen voor staatssteun inzake Corona vastgesteld. Dit werd wel deze week verwacht. De vaststelling van de nieuwe maatregelen zal naar verwachting uiterlijk in het begin van week 12 plaatsvinden. De nieuwe maatregelen kunnen bestaan uit verruiming van de goedkeuringscriteria voor notificatieplichtige steunmaatregelen en/of uitbreiding van de niet-notificatieplichtige steunmaatregelen. De regelgeving van de Europese Commissie voor niet-notificatieplichtige steunmaatregelen vereisen in een aantal gevallen een kennisgeving achteraf van verleende steun. de
 De bewindspersoon van VWS kan in incidentele gevallen subsidies aan zorgaanbieders verlenen of in andere gevallen op grond van een subsidieregeling die hij op grond van de Kaderwet VWS-subsidies heeft vastgesteld. De bewindspersoon moet de subsidieregeling

vooraf ter goedkeuring voorleggen aan de Europese Commissie indien die regeling een notificatieplichtige steunmaatregel is.

Aanpassen beschikbaarheidsbijdrage:

De NZa kan een zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage toekennen voor het beschikbaar houden of hebben van specifieke vormen van zorg. Deze zijn omschreven in de Bijlage A en B bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg.

Bijlage B betreft de 'reguliere' beschikbaarheidsbijdragen die voor meerdere zorgaanbieders open staan en die zonder tussenkomst van VWS jaarlijks op aanvraag kunnen worden toegekend door de NZa (bijvoorbeeld compensatie voor academische zorg, (medische) vervolgoopleidingen).

In Bijlage A zijn de vormen van zorg opgenomen waarvoor de NZa voor het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage een voorafgaande verklaring van geen bezwaar van de minister van VWS nodig heeft. Deze categorie betreft de gevallen waarin zwaardere beleidsmatige en juridische afwegingen worden gemaakt, waaronder

- de beschikbaarheidsbijdrage voor een (mede) door VWS opgerichte vangnetaanbieder voor cruciale zorg in geval sprake is van een gefailleerde zorgaanbieder en de zorgverzekeraar door overmacht niet meer aan zijn zorgplicht kan voldoen; en
- de beschikbaarheidsbijdrage voor notificatieplichtige zorg waarvoor de notificatieprocedure bij de EC is vereist.

Op basis van de huidige regelgeving (Besluit beschikbaarheidsbijdrage, onderdeel A&B) kan er echter geen beschikbaarheidsbijdrage worden verstrekt in het geval van een Corona-uitbraak. Er zijn maar beperkte mogelijkheden, zoals dat een ziekenhuis in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV als het o.a. gevoelig is voor de 45 minuten norm. Dat geldt echter niet voor alle ziekenhuizen of andere zorgaanbieders in de Wlz of Zvw.

Nieuwe vorm van beschikbaarheidsbijdrage

Een beschikbaarheidsbijdrage is een bijdrage die bekostiging van zorgaanbieders mogelijk maakt voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstrend zou werken, en
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.

In het geval van een crisissituatie als Corona kan hier sprake van zijn.

Het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG kan worden aangepast, zodat ook andere ziekenhuizen en zorgaanbieders die Wlz – of Zvw-zorg leveren in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Dit betekent concreet dat er een beschikbaarheidsbijdrage aan de AMvB wordt toegevoegd voor crisissituaties, met daarbij aanvullende criteria. Deze criteria moeten zo worden opgesteld dat dit soelaas biedt in de huidige situatie. Tegelijkertijd moeten de criteria uitvoerbaar zijn voor de NZa (dus toetsbare norm) en niet te ruim zijn om onnodige precedentwerking te voorkomen.

Proces

Voor het aanpassen van de beschikbaarheidsbijdrage dient het volgende proces te worden doorlopen:

- Aanpassen Besluit Beschikbaarheidsbijdrage WMG via Afdeling advisering van de Raad van State (doorlooptijd in gunstigste scenario: circa 4 maanden)
- Versturen voorhangbrief aan EK en TK (na advies Raad van State)
- Aanwijzing VWS aan NZa (na voorhangperiode van 30 dagen)

De NZa kan de bevoorschotting al starten vooruitlopend op en onder voorwaarde van wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage en aanwijzing aan NZa. De aanpassing van de regelgeving zal met terugwerkende kracht moeten worden ingevoerd.

5.1.2e