

Corona-overpeinzingen vanuit Zorgverzekeraars Nederland

- Wat gaan zorgverzekeraars vergoeden?
 - Extra productie als gevolg van Corona?
 - Extra (ongebruikte) capaciteit ten bate van de behandeling van corona?
 - Compensatie voor gederfde inkomsten / Inkomenssteun in geval van achterblijvende productie?

- Als zorgverzekeraars terughoudend zijn met steun, dan blijven miljarden zorggeld bij zorgverzekeraars op de plank liggen. Is dat maatschappelijk verantwoord?

Nee, dat is onverantwoord. Anderzijds, niet uitgegeven middelen kunnen ook worden teruggestort in de vereveningskas (lees staatskas).

Het mogelijk lastig een balans te vinden tussen genereus bijspringen en financiële stabiliteit van zorgverzekeraars/beperkte premiestijgingen in de komende jaren.

- Als zorgverzekeraars bevoorschotten terwijl daar uiteindelijk geen productie tegenover staat, wat voor risico loopt een verzekeraar dan?
 - *De verzekeraar kan zijn uitgaven niet (goed) verantwoorden richting NZa enz.*
 - *DNB schijnt onrustig te worden, maar is daar reden voor? Alles is er immers op gericht om niet meer uit te geven dan we in vorige jaren hebben gedaan.*
 - *NZa kan zich schappelijk opstellen waar het gaat om rechtmatigheid van uitgaven; het is crisis. Nood breekt wet. NZa laat dat nu ook al zien. Dat neemt niet weg dat dergelijke flexibiliteit fraude in de hand werkt.*
 - *Voor het zorginstituut ontstaan problemen bij de risicoverevening; gedane uitgaven kunnen niet worden toegerekend aan patiënten. Dat is belangrijk om goed te kunnen verevenen. Maar ook daar lijkt een mouw aan te passen; nacalculatie, criteriumneutraliteit, of simpelweg bijschatten? De kwaliteit van de risicoverevening holt door dergelijke noodgrepen natuurlijk wel achteruit.*
 - *Als de bevoorschotting voor een bepaalde periode gelijk is aan de gebruikelijke omzet in zo'n periode, dan valt het risico toch wel mee?*
 - *Nu krijgt de aanbieder zijn geld zonder een poot uit te steken. Straks is de crisis voorbij, en dan verdient ie dubbel zoveel, omdat ie een enorme extra vraag moet bedienen. Is dat nu echt zo? Voor welke zorgaanbieders geldt dat?*
 - *Uitgestelde electieve zorg; dus een groot deel van de MSZ; heupen, knieën en wellicht de tandarts.*

Waar geldt dat een stuk minder?

 - *Acute zorg, paramedische zorg, ggz, wijkverpleging, hulp en geneesmiddelen, verlos- en kraamzorg, huisartsenzorg, revalidatiezorg, elv, zieken- en ambulancevervoer*

Het zorgaanbod ligt min of meer vast. Overproductie kan niet echt, daarvoor ontbreekt het aan capaciteit; artsen, operatiezalen.
 - *Bij de bevoorschotting geldt het risico "hit and run"; de aanbieder incasseert de bevoorschotting, sluit de praktijk en opent vrolijk weer een nieuwe (en vraagt in het ergste geval zelfs opnieuw bevoorschotting aan).*

- Wordt er een onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders die cruciale zorg leveren en de rest?

- Voor hoeveel maanden vindt de bevoorschotting plaats? Drie maanden?

- Moeten zorgaanbieders worden bevoorschot op basis van contracten/prestaties uit het verleden, of slechts een percentage daarvan?
Zorgaanbieders die geen productie draaien maken zelf ook minder kosten. Als voorbeeld, een wijkverpleger hoeft niet met zijn autootjes de straat op, hoeft geen stofdoeken te kopen of personeelskleding te wassen. Maar het kan nog veel erger, misschien zet ie z'n (tijdelijke) personeel ook wel gewoon op straat. Is het fair om hem dan het hele budget zonder tegenprestatie mee te geven? Bevoorschotten we een gedeelte? Bijvoorbeeld 80%? Stellen we aanvullende eisen om te voorkomen dat personeel wordt ontslagen?
 - Zorgverzekeraars moeten aan hun zorgplicht voldoen, ook op de langere termijn. Komt dat in gevaar als er nu aanbieders omvallen omdat ze nu geen omzet draaien?
 - Een failliet ziekenhuis is niet handig. De continuïteit van zorg is in gevaar.
 - Ook in gebieden waar de concentratiegraad laag is, speelt hetzelfde probleem.
 - Het is ongewenst dat zorgaanbieders die nu financieel aan de grond komen te zitten er straks voor kiezen werk in een andere sector aan te nemen, met name in deelsectoren waar nu al een krapte bestaat.
 - Anderszijds is het de vraag in hoeverre zorgaanbieders op de langere termijn uit de sector verdwijnen als ze het nu financieel lastig hebben. Een tandarts die failliet gaat, die gaat na de crisis toch weer gewoon opnieuw beginnen?
 - Maken we onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders?
 - Voor niet-gecontracteerde aanbieders is het lastig te bepalen hoeveel productie ze 'normaalgezien' zouden hebben gedraaid.
 - Kan dezelfde periode in het vorige jaar een goede indicator zijn?
 - Waarom zou een zorgverzekeraar genereuzer zijn dan de Minister van Financiën / SZW? Waarom zou het inkomen van een zorgverlener gegarandeerd moeten worden, terwijl een horeca-ondernemer met een veel slappere (?) regeling wordt afgescheept? Gelijke monniken, gelijke kappen; we gaan een wijkverpleger niet meer lopen spekken dan een opera-zangeres.
-
- hoe administreren we extra uitgaven? Kan dat met terugwerkende kracht?
 - voor extra, corona gerelateerde, productie hebben we mogelijk een betaaltitel nodig, is die er wel?
 - vooral voor art 33 relevante kosten is een registratie als 'art 33-relevant' noodzakelijk. Spoed lijkt gewenst.
 - Art 33 kosten blijven helemaal buiten de verevening, ook als ze ten laste van de verzekeraar komen?