

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team E

Ontworpen door

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

T 5.1.2e

M 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

Datum

26 maart 2021

Kenmerk**Zaaknummer****Bijlage(n)**

nota

(ter beslissing)

Vervolg COVID in de bekostiging - 2022

 Paraaf directeur

1 Aanleiding voor deze nota

Op dit moment gelden er prestatiebeschrijvingen voor meerkosten en de continuïteitsbijdragen in de Zvw en aanvullende zorg, en voor de Wlz is in een regeling voorzien voor beide posten via het sluittarief. Per 2022 zullen deze regelingen echter ophouden te bestaan. Aan de ene kant hopen we natuurlijk dat er per 2022 géén aanvullende maatregelen nodig zijn, doordat de vaccinatiestrategie zijn werk heeft gedaan. Aan de andere kant willen we voorbereid zijn, mocht dit niet het geval zijn en er nog regelingen in 2022 moeten bestaan. Daarom zijn -nog puur vanuit Wmg-perspectief- de verschillende sectoren en opties doorgenomen. Met als doel goed beslagen ten ijs te komen indien nodig, zodat alsdan de eventuele benodigde stappen in regelgeving (in gang) zijn gezet. In deze notitie wordt dit gedaan voor de regelingen die op grond van de Wmg kunnen bestaan, en wordt een voorschot genomen op besluitvorming rond de bekostiging van eventuele structurele overcapaciteit. De catastrofereregeling blijft buiten beschouwing, al loopt deze ook af per 1/1/2022.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Wij stellen voor 2022 als een "uitloopjaar" te beschouwen voor de huidige regelingen in de Wlz en Zvw. Dit voorstel moet nog worden besproken in de werkgroepen. Als het nodig is, kunnen deze regelingen in het najaar 2021 worden verlengd.
- Voor structurele extra capaciteit zullen wij inzetten op aanpassing van het Besluit beschikbaarheidbijdrage.
- Beide punten zullen in hun eigen tempo met werkgroepen, stuurgroep en veldpartijen (NZa, ZN, ZINL) worden besproken.

3 Samenvatting en conclusies

Achtereenvolgens wordt hieronder stilgestaan bij de Wlz, de Zvw en het aanvullend pakket, en de structurele bekostiging van de uitbreiding van (over)capaciteit die kan worden ingezet tijdens een crisis.

Kenmerk

Wet langdurige zorg:

In de Wlz gelden er op dit moment regelingen voor:

1. **Extra personele en materiële kosten**
2. **Compensatie doorlopende kosten (maatwerkregeling)**

Ad 1:

Wlz-zorgaanbieders maken extra kosten in verband met COVID, zoals voor persoonlijke beschermingsmiddelen en vaccinaties. Deze kunnen voor vergoeding in aanmerking komen indien dit in verband met het COVID-virus noodzakelijk is om de zorg veilig en verantwoord te kunnen leveren. Hoewel zorgaanbieders dit ook al konden opnemen bij de herschikking, wordt de omvang van de extra kosten pas duidelijk bij de nacalculatie 2020 (juli 2021). In 2020 was er sprake van een "vrije lijst", waardoor onduidelijk is welke kosten hiervoor op zullen worden gevoerd. De extra personele en materiële kosten in 2021 kennen een meer limitatieve lijst.¹ Deze kosten zullen echter pas in 2022 definitief bekend worden bij de nacalculatie 2021 (en eerder mogelijk al een eerste indruk in het kader van de herschikking 2021). Of deze extra kosten in 2022 nog gemaakt zullen worden (bijv voor PBM) en in welke mate, is onduidelijk. Hiervoor zijn dan de volgende opties:

- Opname in de reguliere tarieven: lijkt vanuit Wmg-perspectief de voorkeur te verdienen vanuit de systematiek van de wet, als er sprake is van reguliere, blijvende kosten. Vraag is of dat haalbaar is per 2022, vanwege de onzekerheid over de aard en omvang. Indien de extra kosten onderdeel worden van het integrale tarief –al dan niet op basis van een beperkt kostenonderzoek-, is het de vraag of deze ooit weer "uit de tarieven" zullen worden gehaald. Begin oktober 2020 heeft de werkgroep corona Wlz over de structurele bekostiging pandemie al een eerste verkennend gesprek gehad met de NZa.
- Alternatief zou een opslag of toeslag bovenop het zvp/vpt/mpt zijn. Nadeel is dat dit administratief een extra code is, inclusief aanpassing van administratieve processen. Daarnaast is ook hier de vraag of een tarief voldoende kan worden onderbouwd vanwege onzekerheid over de aard en omvang.
- Het traject om te komen tot opname in de reguliere bekostiging van de structurele extra kosten zou dan kort zijn. Gebruikelijk is namelijk dat de tarieven per medio juli 2021 gepubliceerd worden. Hierover zal overleg met de NZa moeten plaatsvinden.
- Onze voorkeursoptie is om met de kennis van nu 2022 als "uitloopjaar" te beschouwen, waarbij zorgaanbieders nogmaals gebruik kunnen maken van de bestaande regeling voor extra kosten corona. Vast moet dan wel staan dat het (nog steeds) noodzakelijk is om extra kosten te maken teneinde de zorg

¹ Personele (zorgpersoneel als niet-zorgpersoneel) en materiële meerkosten (kosten van voeding, hotelmatige kosten, cliënt- en bewonersgebonden kosten, vervoerskosten, algemene kosten, terrein- en gebouwgebonden kosten, en afschrijvingen/huur). Zaken die niet op de limitatieve lijst staan en wel noodzakelijk zijn om veilig en verantwoorde zorg te leveren, kunnen voor vergoeding in aanmerking komen als er overeenstemming is met het zorgkantoor. In de beleidsregel is ten slotte ook een lijst opgenomen met extra kosten die worden uitgesloten.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team E

veilig en verantwoord te kunnen leveren. Deze beslissing kan ook later genomen worden (najaar 2021), uiteraard in samenspraak met de andere betrokken directies. Hiervoor dient een nieuwe brief aan de NZa te worden verstuurd met het verzoek om dergelijke regelgeving vast te stellen.

Kenmerk

Ad 2:

Deze regeling is nodig om zorg die wel geleverd wordt veilig te kunnen blijven leveren. De beleidsregel gaat uit van een compensatie voor doorlopende kosten (van de wel geleverde zorg) in geval er geen of minder zorg kan worden geleverd vanwege één of meer van vier beschreven in de beleidsregel opgenomen omstandigheden. Bijvoorbeeld omdat verpleeghuizen door het coronavirus tijdelijk minder zorg kunnen declareren omdat zij bijvoorbeeld minder bewoners opnemen. Ook kan vanwege een uitzonderlijke situatie een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule, en oordeelt het zorgkantoor hierover bij substantieel financieel nadeel). Ten slotte kunnen zij afzonderlijke dagbesteding of dagbehandelingsprestaties (per dagdeel) declareren als deze vanwege de coronacrisis op een vernieuwende wijze op de woongroep worden geboden of de dagbesteding moet sluiten vanwege een maatregel van de DPG...

- Indien de pandemie in 2022 nog voortduurt, en Wlz-zorgaanbieders met vraagtuitval worden geconfronteerd (bijvoorbeeld door een besmetting of bij een uitzonderlijke situatie), terwijl er sprake is van doorlopende kosten, dan kan deze maatwerkregeling verlengd worden, dit heeft vanuit Wmg-perspectief onze voorkeur. Als hier geen sprake meer van is, is er geen rechtvaardiging meer voor deze regeling. Indien er dan zorgaanbieders in de financiële problemen komen, geldt het reguliere continuïteitsbeleid (in uiterste geval BB cruciale zorg via een na faillissement door VWS opgerichte vangnetstichting die de zorg tijdelijk doorlevert (onwaarschijnlijk) /subsidie door VWS (eerder bij Arduin waar herstructurering als een DAEB is aangemerkt)).
- Alternatief is het continuïteitsbeleid aan te passen, via de AMvB beschikbaarheidsbijdrage Wmg, zoals ook overwogen is in de situatie van Arduin. Dit zou een (notificatieplichtige) beschikbaarheidsbijdrage betreffen die kan worden toegekend op het moment dat een daadwerkelijk faillissement van een (cruciale) zorgaanbieder in acute financiële moeilijkheden moet worden voorkomen. Hiervoor moet eerst nog een aanwijzing worden voorbereid. Onderzocht moet worden of er dan een dergelijke notificatieplichtige beschikbaarheidsbijdrage mogelijk zou zijn voor bijvoorbeeld de continuïteit van zorg wegens een pandemie zodat faillissementen moeten worden voorkomen. Dit is contrair aan eerdere communicatie op het gebied van continuïteitsbeleid (kamerbrief van 11 oktober 2019), en heeft, gezien de mogelijkheid via het sluittarief in de Wlz, niet onze voorkeur. Een andere optie zou zijn om, kijkend naar de bedoeling van de beschikbaarheidsbijdrage als hét instrument voor het beschikbaar houden van zorg, nog nader te onderzoeken of een eventuele beschikbaarheidsbijdrage voor de continuïteit van zorg ivm (de nasleep van een) pandemie (zie hierna onder 2) ook voor de Wlz zou kunnen gelden.

Zorgverzekeringswet en aanvullend pakket:

In de Zvw en het aanvullend pakket gelden er op dit moment regelingen voor:

1. Meerkosten

2. Continuïteitsbijdragen

Het grote verschil met de regelingen in de Zvw en het aanvullend pakket ten opzichte van de Wlz is dat de zorgverzekeraars het initiatief moeten nemen om een (uniforme) regeling te maken voor meerkosten en/of continuïteitsbijdragen voor zorgaanbieders, of maatwerkafspraken. In de Wlz is er meer een kader neergelegd in de beleidsregels van de NZa, waaruit duidelijk wordt of een zorgaanbieder voor een bijdrage in aanmerking komt. Op dit moment zijn er regelingen in de Zvw voor de MSZ, ELV en wijkverpleging. Voor de ambulancezorg geldt voor het rijdend IC-vervoer een aparte budgetparameter voor covid-zorg. Voor het vliegend vervoer wordt de reserve waddenhelikopter ingezet en wordt de inzet van het extra MMT-team (bemanning en vliegers) via de prestatie meerkosten vergoed. Daarnaast bestaat er voor de IC-opstapeling een (begrotings)subsidieregeling voor het opschalen van het aantal beschikbare IC-bedden. In andere sectoren is op dit moment géén regeling voor meerkosten of een continuïteitsbijdrage, deze hebben alleen in het voorjaar van 2020 gelopen.

Kenmerk

Ad 1: gelden de gelijke argumenten en alternatieven als in de Wlz:

- Opname in de reguliere tarieven zou wel de voorkeur verdienen vanuit de systematiek van de wet, als er sprake is van reguliere, blijvende kosten. Vraag is of dat haalbaar is, vanwege de onzekerheid over de omvang. Indien de extra kosten onderdeel worden van het integrale tarief, is het de vraag of deze ooit weer "uit de tarieven" zullen worden gehaald.
- Alternatief zou een opslag of toeslag zijn. Nadeel is dat dit administratief een extra code is, inclusief aanpassing van administratieve processen. Daarnaast is ook hier de vraag of een tarief voldoende kan worden onderbouwd vanwege onzekerheid over de omvang,
- Het traject hiervoor zou dan kort zijn. Deze tarieven zullen namelijk per 1/7/21 gepubliceerd moeten worden. Hierover zal overleg met de NZa moeten plaatsvinden.
- Onze voorkeursoptie is 2022 als "uitloopjaar" te beschouwen, waarbij zorgaanbieders nogmaals gebruik kunnen maken van de bestaande regeling voor meerkosten. Deze beslissing kan ook later genomen worden (september/oktober 2021). Hiervoor dient een nieuwe aanwijzing aan de NZa te worden verstuurd, met voorhang van de zakelijke inhoud bij de EK en TK.
- Verzekeraars zullen voor deze kosten gecompenseerd willen worden. Dat kan dan in 2022 plaatsvinden via de reguliere schadelastopgave en verevening.

Ad 2:

Voor de continuïteitsbijdrage is het de vraag in hoeverre zorgaanbieders in de Zvw te maken zullen krijgen met vraaguitval.

Voor 2022 zijn er de volgende opties:

- Verlenging regeling door verzekeraars. Achtergrond voor het ontwerp van de continuïteitsbijdrage ten opzichte van de beschikbaarheidsbijdrage, is dat zorgverzekeraars al wel de middelen hebben ontvangen voor het leveren van de zorg, die door COVID niet door kan gaan. Hierdoor lopen de reserves van de zorgverzekeraars niet op. Ook voor 2022 zullen verzekeraars vanuit het Zorgverzekeringsfonds de bijdrage ontvangen voor reguliere zorg. Vraaguitval zou daarom door verzekeraars kunnen worden opgevangen vanuit hun eigen middelen. Juridisch 'probleem' hierbij is, dat de continuïteitsbijdrage geen "zorg" in de zin van de Zvw is,

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team E

- maar wel als zodanig wordt geboekt voor de schadelast. Dit risico bestaat echter ook over 2020 en 2021. Deze optie heeft daarom onze voorkeur
- Een beschikbaarheidsbijdrage voor de continuïteit van zorg ivm een pandemie. Dit is, kijkend naar de bedoeling van de beschikbaarheidsbijdrage ook hét instrument voor het beschikbaar houden van zorg. Echter, verzekeraars zijn beter in staat om in de inkoop de communicerende vaten van extra kosten en vraaguitval te betrekken. Ook zorgt een beschikbaarheidsbijdrage ervoor, dat de uitgaven uit het fonds toenemen, terwijl verzekeraars mogelijk met een grotere reserve achterblijven, omdat zij de ontvangen premiemiddelen niet uit kunnen geven.

Kenmerk

Uitbreiding capaciteit (structureel)

Voor de opschaling van de IC, of een andere unit (als ELV), is nu gekozen voor de weg van een subsidie of via "meerkosten". Er wordt regelmatig aangegeven dat er structureel meer "overcapaciteit" moet worden gecreëerd voor zorg in crisissituaties, die in een normale situatie niet gebruikt worden. Mocht hiertoe worden overgegaan, dan is deze overcapaciteit niet toerekenbaar naar individuele patiënten en verzekeraars zolang deze bedden niet gebruikt worden. Bovendien zal dit marktverstrend werken voor zorgaanbieders waar deze overcapaciteit is, omdat zij hogere tarieven moeten vragen voor de reguliere zorg om deze extra bedden te vergoeden. **Daarom is ons voorstel voor de langere termijn, gelijk het calamiteitenhospitaal, hier een beschikbaarheidsbijdrage voor te ontwerpen.** Hiertoe dient wel het Besluit beschikbaarheidsbijdrage te worden aangepast. Mochten de bedden onverhoopt bezet raken, kan de zorg worden gedeclareerd via reguliere prestaties en tarieven, wat in mindering wordt gebracht op de beschikbaarheidsbijdrage.