

Annotatie voor 5.1.2e voor BO VWS-ZN op vrijdag 24 april 17.30-18.15 over kosten corona

Bij agendapunt 1a "Tafels besluitvorming corona kosten".

Beslispunt:

We zouden graag in het overleg van vrijdag 24 april stilstaan bij de vraag of een dergelijk overzicht in de eerder geuite behoefte voorziet. Mochten er aanvullende wensen zijn, dan kunnen we die in de volgende versie van het overzicht verwerken.

Advies:

1. bij ZN bevestiging vragen dat deze tabel inderdaad het gevraagde product is waar in het BO op 9 april van Minister Van Rijn en ZN om gevraagd was;
2. afspreken de tabel regelmatig te updaten;
3. afspreken deze tafels als bron te gebruiken voor het gezamenlijk verzamelen van informatie over al gemaakte en naar verwachting te maken kosten van corona.

Bij agendapunt 1b "Hulpmiddelen" (5.1.2e is aanwezig in de call).

1. Vragen van ZN aanhoren. ZN wil kennelijk dichter betrokken zijn bij LCH.
2. Je kan dit agendapunt gebruiken om ZN te informeren dat nagedacht wordt over hoe mantelzorgers die gelijkwaardig aan professionele zorgverleners zorg verlenen, en daar ook Persoonlijke beschermingsmiddelen voor nodig hebben.

Update t.a.v PBM voor mantelzorgers (ook de pgb-zorgverleners (niet in dienst van of in opdracht werkend van zorginstelling/aanbieder) worden meegenomen in dit traject):

1. Update van mijn mail aan 5.1.2e van donderdagavond:

Vanochtend verzocht jij om mee te denken over de financiering van PBM voor mantelzorgers. Het gaat om gevallen waarin de mantelzorger vergelijkbaar werk doet als een formele zorgverlener, en die formele zorgverlener in zo'n vergelijkbare situatie PBM's zou gebruiken en daar vanuit de zorgverlenende organisatie ook toegang toe zou hebben. Het gaat om mantelzorgers die zelf GEEN corona-klachten hebben (dan mogen ze niet mantelzorgen). Het gaat om patiënten die WEL corona-klachten hebben. Het gaat niet om mantelzorgers die hun partner/huisgenoot verzorgen. En het gaat niet om mantelzorgers die (zeg maar) helpen met de steunkousen, koken. Het gaat om mantelzorgers die feitelijk Zvw-verzekerde zorg leveren en waarbij de mantelzorger een besmettingsrisico loopt.

Je gaf aan dat het redelijk wordt geacht dat zulke mantelzorgers toegang krijgen tot PBM en dat zij daar persoonlijk niet voor hoeven te betalen (want zij voorkomen duurdere formele zorg).

Ik zie om dat doel te bereiken twee opties:

1. Gratis uitdelen via de apotheek. Mantelzorgers die aan de voorwaarden voldoen worden geïdentificeerd /geïndiceerd. Met deze indicatie kunnen zij een (door een professional, huisarts?) voorgeschreven hoeveelheid PBM's afhalen bij de apotheek. LCH levert deze PBM's aan apothekers tegen prijs nul. Behalve het verschil tussen de marktprijs en de normale prijs komt nu ook het verschil tussen de normale prijs en nul voor rekening van de VWS begroting. Voordeel: het lijkt gratis, zorgverzekeraars zijn niet betrokken, apothekers zeggen dat niet te kunnen declareren voor PBM in VECOZO en dat dit IT-technisch niet op te lossen is waardoor gratis-zijn de boel uitvoerbaar maakt. Nadeel: mantelzorgers moeten geïdentificeerd worden, een professional moet normeren

welke en hoeveel PBM er nodig zijn c.q. men recht heeft, omdat het gratis is is er risico op verspilling en fraude (doorverkoop).

2. Distribueren als medicijnen. Client krijgt Zvw-zorg. PBM horen in tijden van corona bij de zorg voor de cliënt. In plaats van een Zvw-financierde zorgverlener in Zvw-gefinancierde PBM, is er een mantelzorger. Huisarts/specialist schrijft PGM's aan client voor, net zoals huisarts/specialist medicijnen zou voorschrijven. PGM is onderdeel van verzekerde zorg (meerkosten corona prestatie die NZa nu maakt, verzekeraars hebben toegezegd meerkosten corona te vergoeden). LCH levert PBM aan apothekers tegen de normale prijs, gelijk aan de afspraak voor leveringen aan formele zorgaanbieders. Voordeel: sluit aan bij reguliere bekostingswijze (zoals medicijnen), rekening komt waar hij hoort (verzekeraar met zorgplicht voor client), rekening komt bij wie profijt heeft van goedkope mantelzorger (verzekeraar), PGM zijn niet gratis dus checks op verspilling en fraude.

Eigen risico zal niet aan de orde zijn omdat dit soort patiënten zeer waarschijnlijk al hun max eigenrisico op grond van andere zorg bereikt hebben.

In termen van administratieve lasten is mijn inschatting dat optie 1 eenvoudig lijkt, maar optie 2 wellicht eenvoudiger is, omdat die aansluit bij een bestaande systematiek.

Met de beperkte kennis die nu voorhanden is is mijn advies om voor optie 2 te kiezen. Daar hoort nog een check bij dat er geen regel is die in dit soort gevallen zegt dat PBM geen verzekerde zorg zijn (pakket). En dat het geen beletsel is dat mantelzorgers niet onder de WVG vallen. En dat LCH zo'n distributie via apothekers kan verzorgen. En dat het declaratiesysteem van apothekers die aankan (signaal is dat dat niet kan).

Bij agendapunt 1c "ROAZ besluiten over ELV, casus AHOY en MECC".

1. ZN heeft kennelijk het gevoel onvoldoende betrokken te zijn bij besluitvorming over het op- en afschalen van ELV capaciteit.
2. ZN was niet betrokken bij besluit om AHOY en MECC in te richten (die leeg staan) en wordt nu wel gevraagd de rekening op te pakken.
3. Het is ons niet gelukt hier input binnen VWS op te halen. Advies om een procesafpraak te maken door ZN in contact te brengen naar de VWS-verantwoordelijke voor ELV (en dat is PM??)

Bij agendapunt 1d "testen".

Er is een oplossing in zicht voor het probleem dat mensen eigen risico zouden moeten betalen als ze door hun huisarts op corona worden getest. GGD GHOR NL en de LHV werken een logistiek plan uit over het testen van patiënten, waarbij het uitgangspunt is dat de huisartsen hun testen via de GGD naar het lab in laten sturen. De partij die de test instuurt, is bepalend voor de financiering. Dus de financiering vindt plaats uit OGZ en niet Zvw. Op dit moment is overeenstemming bereikt met LHV en GGD GHOR NL over het testen van hoog risicopatiënten met klachten door de huisarts. Het kan zijn dat de huisartsen ook een rol gaan spelen in het testen van mantelzorgers. In dat geval zal het aantal testen door huisartsen nog toenemen. Mantelzorgers hoeven dan dus ook geen eigen risico te betalen.

Deze route zal leiden tot een flinke toename op het OGZ-budget. **PG heeft dit 23/4 voorgelegd aan de minister en hij is al akkoord.** Bespreking met verzekeraars is dus vooral bedoeld ter kennisname en om te toetsen of we niet iets belangrijks over het hoofd zien. (ZN, CZ, en ZK hebben al kort gereageerd op concept van dit memo en zijn hier niet op aangeslagen.)

Bij agendapunt 2 "Continuïteitsbijdrage"

1. Vragen naar stand van zaken Gupta, zowel inhoud als proces. ZN is voornemens om vrijdagochtend 24 april in het 4-kantsoverleg ZN/NZa/ZiNL/VWS een presentatie te geven van de stand van zaken.
2. Niet akkoord gaan met een vergoedingspercentage van 90% c.q. een afslag van 10%. Zie memo voor alle argumenten.
3. (T.a.v. samenloop met rijksregelingen:) vasthouden aan "behalve"-zin uit brief van 5 april en aan de wijze hoe de rijksregelingen nu eenmaal werken. Derhalve niet akkoord gaan met wens ZN om terug te komen op de "behalve"-zin uit de brief van 5 april. Zie memo voor alle argumenten.
4. ZN wil een procesafpraak maken hoe verder te gaan. ZN wil in **de bestuursvergadering van dinsdag 28 april** een besluit nemen, zodat de CB voor 1 mei bekend gemaakt kan worden. Wij en NZa kijken graag mee, wie weet kunnen wij bijdragen aan de kwaliteit van het werk, maar het is de verantwoordelijkheid van ZN om te bepalen bij welke percentages zij de zorgplicht / continuïteit van de zorg nu en straks gewaarborgd denken te hebben.

Update n.a.v. presentatie ZN van plannen CB in 4-hoeksoverleg VWS/NZa/ZiNL op vrijdagochtend 24 april:

1. Er gaat heel veel goed in deze CB-regeling. Oogt degelijk beredeneerd en cijfermatig onderbouwd. Verzekeraars pakken hun verantwoordelijkheid voor continuïteit zorg nu en straks.
2. Constatering 1. ZN kiest ervoor om het percentage CB ruimhartig vast te stellen. ZN rondt de % uit het Gupta onderzoek naar boven af op 5%-punten. Komt uit op 100% voor bijv wijkverpleging, 95% voor bijv mondzorg, 90% voor zbc's, 65% voor audiciens. Deze percentages worden toegepast om de omzetsdaling van de betreffende zorgaanbieder (dus specifiek, in de brief van 5 april was het nog een sectorgemiddelde).
3. Constatering 2. ZN doet een afslag van 10%.
4. Constatering 3. Omzet tijdens de crisis wordt verrekend met de CB (als je toch omzet hebt hoef je daarvoor geen CB).
5. Constatering 4. Inhaalomzet wordt verrekend met de CB. Je krijgt niet 2x je doorlopende kosten vergoed. Personeelskosten zijn ook doorlopende kosten; personeelskosten inhaalzorg worden dus ook niet vergoed; inhaalzorg moet via onbetaald overwerk worden geleverd ter compensatie van het niet-werken gedurende de crisis. Je krijgt wel de 10% afslag alsnog. Anders gezegd: voor een uur inhaalzorg heb je via de CB je doorlopende kosten (minus de 10%) vergoed gekregen en bij de declaratie van de inhaal zorg krijg je de variabele kosten vergoed (plus de 10%);
6. Appreciatie 0: Van een afstandje bekeken is dit een prima CBI Dichterbij bekeken hebben we toch zorgpunten:
7. Appreciatie 1: De toon van ZN is: hoe voorkomen we dat zorgaanbieders aan het eind van de rit voordeel van de crisis hebben, en hoe voorkomen we dat verzekeraars meer voor de zorg gaan betalen dan in het macrokader zit. De toon van VWS is: hoe voorkomen we dat zorgaanbieders in de crisis failliet gaan.
8. Appreciatie 2: De toon van ZN is: oei, er komt heel veel inhaalzorg en het lukt ons niet binnen het MPB te blijven. De toon van VWS is: wij zien niet zoveel risico dat inhaal zorg leidt tot overschrijding MPB, want de capaciteit van de zorg is beperkt, zorg zal deels uitgesteld blijven, en een ongewenst maar wellicht onvermijdelijk gevolg van de crisis kunnen wachlijsten zijn.
9. Discussiepoint 1 is afslag van 10%. ZN vindt belangrijk om praktijkhouder ook ondernemersrisico te laten nemen, en vindt belangrijk om prikkel tot leveren inhaalzorg. VWS maakt zich zorgen over het faillissementsrisico (want de CB compenseert niet alle doorlopende kosten maar 90% daarvan). VWS vindt dat politiek-bestuurlijk moeilijk uit te leggen is dat doel van CB is dat je doorlopende kosten kan blijven betalen, en dat je dat een 10% afslag doet. VWS vindt dat je wel kan uitleggen dat uit Gupta onderzoek blijkt dat doorlopende kosten een zeker % zijn, dus: een aanbieder kan zeker x% kosten reduceren. VWS vindt dat niet uit leggen is dat je eerst berekend wat een aanbieder nodig heeft en dat je vervolgens dat bedrag niet geeft. VWS is bang dat het piepsysteem van ZN (je kan je altijd melden) bestuurlijk onvoldoende is, en dat je beter aan de voorkant royaler kan zijn.

10. Discussiepunt 2 is inhaalzorg. ZN dreigde vanochtend het risico op teveel inhaalzorg en het risico op extra kosten om inhaalzorg te kunnen leveren (bijv. meerkosten personeel) (MPB wordt overschreden) bij het Rijk te willen leggen als VWS niet akkoord kan gaan met 10% afslag. In het geheel der dingen is de afspraak dat inhaalzorg verrekend wordt met CB ook voor VWS (en FIN) cruciaal: dit is het beheersingsinstrument dat prikkelt tot doelmatigheid en beheersbaarheid. VWS denkt (maar niet uitgesproken richting ZN) dat we dit slot moeten behouden en aan het eind van het jaar, daar waar nodig, ZN moeten wijzen op hun "redelijk en billijk" clause in de brief van 5 april. VWS vindt dat we voor nu kunnen en willen vasthouden aan de verrekening van inhaalzorg met de CB, maar VWS niet de ruimte houden om later in het jaar ZN op hun verantwoordelijkheid te wijzen, ook als dat meer kosten voor ZN betekent dan ZN aan het begin van dit jaar begroot had. Want de zorgplicht blijft bestaan, incl. de verplichting om een vergoeding voor zorg te betalen die redelijkerwijs kostendekkend is, en die verantwoordelijkheid moet VWS bij ZN houden.
11. Discussiepunt 3 is samenloop rijksregeling. In hun drive om te voorkomen dat aanbieders te goed af zijn, vindt ZN dat de huidige wijze van samenloop te ruimhartig is. (De IRF zit op dezelfde lijn als ZN.) VWS vindt a) dat de samenloop is cf. de "behalve" zin in de brief van 5 april en bovendien dat de rijksregelingen zijn zoals ze zijn (wellicht niet perfect, maar we kunnen de rijksregelingen niet veranderen omdat ZN vindt dat ze te ruim zijn).
12. Wij hebben dinsdagochtend 28 april opnieuw een gesprek met ZN. Op ons niveau gaan wij niet uit de discussiepunten komen.
13. ZN wil in **de bestuursvergadering van dinsdag 28 april** een besluit nemen, zodat de CB voor 1 mei bekend gemaakt kan worden.