



Aan
VWS

Onderwerp
Verkenning bekostiging coronakosten 2023

6 april 2022

1. Inleiding

N.a.v. van onderstaande mail over de corona kosten geven wij een antwoord op de gestelde vragen. Hieronder de toelichtingen per sector (kern sectoren Zvw en Wlz). Voor de beantwoording van een aantal sectoren is meer tijd nodig. Dit wordt ook vermeld in het document.

Mail VWS (d.d. 15 maart 2022):

"Voor de curatieve en forensische zorg geldt dat de prestatiebeschrijving meerkosten op houdt te bestaan per 1-1-2023, daarnaast is er de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19, waarmee de beschikbaarheid van IC-bedden wordt bekostigd en gefinancierd.

Voor de langdurige zorg geldt dat de beleidsregel voor een aantal extra kosten corona stopt per 2023.

Dit betekent dat er mogelijk problemen in de bekostiging ontstaan, doordat zorgaanbieders de meerkosten of –in de Zvw- beschikbaarheid van bedden die zij afspreken in verband met corona niet kunnen declareren. Dit kan komen omdat bijvoorbeeld een (max)tarief niet voldoende is, of omdat prestatiebeschrijvingen hiervoor geen ruimte laat. Aan de andere kant kunnen er sectoren zijn waar de huidige bekostiging in beginsel wel genoeg ruimte biedt, bijvoorbeeld omdat er vrije tarieven zijn. Wij proberen het vraagstuk een beetje af te pellen door in kaart te brengen waar echt problemen ontstaan wanneer de prestatiebeschrijving meerkosten, de subsidieregeling en de Wlz-beleidsregel extra kosten ophouden te bestaan. Zouden jullie deze vraag voor ons kunnen verkennen door in te gaan op de volgende vragen?

- *Waar voorzien we dat knelpunten ontstaan in de bekostiging bij het vergoeden van corona gerelateerde kosten?*
- *En waarom ontstaat hier een probleem? zit het bijvoorbeeld in het maximumtarief omdat er weinig onderhandelingsruimte is?*
- *Waar is wel ruimte in de bekostiging om corona gerelateerde kosten op te kunnen vangen?*
- *En tot waar reikt deze ruimte dus bijvoorbeeld: er is wel ruimte om meerkosten (PBM etc) op te vangen, maar niet voor beschikbaarheid van bedden*
- *Zijn de antwoorden op deze vragen nog afhankelijk van in hoe zeer de pandemie opblaait? Zouden jullie deze vragen kunnen uitsplitsen per sector?"*

2. Verkenning per sector

Zvw-sectoren

De regelingen zijn decentraal per sector. Voor informatie over inhoud van de Zvw-regelingen en declaraties binnen die regelingen zijn wij afhankelijk van informatie die behoorlijk vertraagd bij ons binnenkomt via ons toezicht. Zie ook bijlage eerder overzicht verstuurd aan VWS.

Mondzorg

- Voor de mondzorg zien we op voorhand mogelijk knelpunten ontstaan in de bekostiging, omdat de brancheverenigingen voor mondzorg zullen aangeven dat in het huidige tarief voor tandheelkundige / orthodontische zorg geen 'vergoeding' is opgenomen voor de corona-gerelateerde meerkosten. Het tarief is namelijk gebaseerd op basis van kostenonderzoek data 2011/2012, toen corona nog geen rol speelde.
- De NZa heeft in 2020 bijvoorbeeld een nieuwe prestatie vastgesteld, omdat mondzorgaanbieders extra kosten maakten in verband met de corona-uitbraak. Aanbieders in de mondzorg, zoals mondhygiënisten, tandartsen en orthodontisten, konden tijdelijk een toeslag van € 4,26 per patiënt in rekening brengen.
- Het gereguleerde maximumtarief kent geen onderhandelingsruimte. Omdat er in de mondzorgsector voor het grootste deel sprake is van niet gecontracteerde zorg biedt het max-max tarief ook geen oplossing.
- In een nieuw kostenonderzoek (worden periodiek uitgevoerd) landen eventuele structurele meerkosten voor bv. persoonlijk beschermingsmateriaal op den duur vanzelf in het reguliere tarief.
- Uiteraard hoe extremer de pandemie oplaait hoe moeilijker het in de reguliere ruimte is op te vangen.

5.1.2e Gezien het contract vereiste op de meerkostenprestatie, bood de meerkostenprestatie al geen oplossing voor mondzorg, dus bij het wegvallen van de meerkostenprestatie hoeft in principe niks te gebeuren (over 2021 en 2022 is geen toeslag vastgesteld). Is de NZa het hiermee eens en zien zij mogelijkheden om – mocht het enorm oplaaien zoals in 2020 – dan weer een dergelijke toeslag vast te stellen?

5.1.2e Kan de toeslag opnieuw benut worden?

5.1.2e Zijn er in 2021 nog meerkosten geweest? PBM werd voor COVID al gebruikt. En volgens mij worden er geen mondspoelingen meer gedaan vooraf. Volgens mij dus geen meerkosten meer in 2022. Dan zou de conclusie hier zijn dat mogelijk enkel wanneer de pandemie weer (extreem) oplaait er mogelijk een knelpunt zou zijn.

5.1.2e hoe 'oud' het kostenonderzoek is is volgens mij de belangrijke vraag: zijn er meerkosten te verwachten in de sector? Zijn onderstaande kosten structureel of eenmalig?

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 5,2 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 0. Voedt gedachte dat er géén sprake is van structurele meerkosten in endemische situatie.

Huisartsenzorg

- Voor de huisartsenzorg zien we op voorhand wel knelpunten ontstaan in de bekostiging, omdat de brancheverenigingen voor huisartsen zullen aangeven dat in het huidige tarief voor Huisartsenzorg geen 'vergoeding' is opgenomen voor de corona-gerelateerde meerkosten. Het tarief is namelijk gebaseerd op basis van kostenonderzoek data 2015, toen corona nog geen rol speelde.
- Het tarief voor de reguliere prestaties (segment 1) kent geen onderhandelingsruimte. Het gereguleerde tarief betreft een maximumtarief, waarbij door zorgverzekeraars naar beneden toe kan worden afgeweken (wat overigens niet gebeurt). Er is geen mogelijkheid om hogere tariefafspraken te maken dan het maximumtarief dat de NZa heeft vastgesteld.

- Segment 3 biedt zorgverzekeraars misschien mogelijkheden om aanvullende vergoedingsafspraken met huisartsen hierover te maken, hoewel de vraag is of hiermee het doel van segment 3 niet wordt 'misbruikt'.
- In een nieuw kostenonderzoek (worden periodiek uitgevoerd) landen eventuele structurele meerkosten voor bv. persoonlijk beschermingsmateriaal op den duur vanzelf in het reguliere tarief.
- Indien corona in 'volle' omvang weer de kop op zou steken dan hebben de huisartsenpraktijken natuurlijk meer te maken met de hieraan gerelateerde meerkosten dan in de huidige situatie.

5.1.2e Het tientje voor de huisartsen is alleen gegeven in 2020 (klopt dat?), kunnen we dan stellen dat er in een endemische fase niets extra's nodig is om te regelen in de bekostiging? Mocht de pandemie oplaaien ziet de NZa dan een oplossing die zij zelf kan ondernemen? Werd de meerkostenprestatie wel gebruikt over 2021 en 2022?

5.1.2e Hoe 'oud' is het kostenonderzoek? En ik mis hier nog of/welke structurele covid kosten te verwachten zijn.

5.1.2e Is een oplossing als bij de mondzorg denkbaar? Welke oplossing was er tijdens afgelopen corona-crisis?

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 39,9 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 11,3 miljoen. Valt er iets te zeggen over mate waarin dergelijke meerkosten structureel zijn in een endemische situatie?

Farmacie

- Voor de farmaceutische zorg zien we op voorhand geen knelpunten ontstaan in de bekostiging, omdat de huidige bekostiging in beginsel genoeg ruimte biedt voor het vergoeden van corona-gerelateerde kosten. Er is immers sprake van vrije tarieven. Of de zorgverzekeraar 'bereid' is het gecontracteerde tarief hiermee te verhogen is een andere vraag.
- Corona-gerelateerde kosten in deze sectoren zullen (voor zover ik kan inschatten) voornamelijk de PBM betreffen. In de apotheekzorg betreft dit mogelijk nog aanvullend het meer thuisbezorgen van geneesmiddelen (mate ervan wellicht afhankelijk van mate waarin pandemie oplaait). Ook hiervoor is ruimte vanwege de vrije tarieven.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen dus desgewenst afspraken maken over corona-gerelateerde kosten.

5.1.2e dus niks nodig

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 10,9 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 0. Voedt gedachte dat er géén sprake is van structurele meerkosten in endemische situatie.

Paramedie

- Voor de paramedische zorg zien we op voorhand geen knelpunten ontstaan in de bekostiging, omdat de huidige bekostiging in beginsel genoeg ruimte biedt voor het vergoeden van corona-gerelateerde kosten. Er is immers sprake van vrije tarieven. Of de zorgverzekeraar 'bereid' is het gecontracteerde tarief hiermee te verhogen is een andere vraag.
- Corona-gerelateerde kosten in deze sectoren zullen (voor zover we kunnen inschatten) voornamelijk de PBM betreffen.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen dus desgewenst afspraken maken over corona-gerelateerde kosten.

5.1.2e niks nodig

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 2,9 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 0. Voedt gedachte dat er géén sprake is van structurele meerkosten in endemische situatie. Daarnaast is er met name bij fysiotherapie sprake van aanzienlijke directe coronakosten, maar dat zal vooral om de paramedische herstellzorg gaan, waarvoor in de begroting van 2022 en 2023 ook een raming is/wordt opgenomen.

Wijkverpleging

- Voor 2021 geldt er een meerkostenregeling die voor organisaties boven de 10 mln ex post afgewikkeld wordt en onder de 10 mln Zvw omzet een normatief percentage van de omzet kennen. Voor 2022 loopt hierover nog overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Zorgaanbieders willen voor 2022 ziekteverzuim hanteren, als criterium voor de belangrijkste meerkostenpost.
- We veronderstellen dat de meerkosten voor PBM, als mondmaskers, handschoenen, schoonmaak, inmiddels onderdeel zijn van de bedrijfsvoering en verwerkt zijn in de prijsafspraken zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Alle contractafspraken in de wijkverpleging verlopen via de Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging. Voor deze prestatiebeschrijvingen geldt een vrij tarief. Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hier onderling passende afspraken over te maken en voldoende rekening mee te houden. De (vrije) tarieven voor verpleging en verzorging bieden die ruimte.
- Indien corona in 'volle' omvang weer de kop op zou steken, dan hebben de zorgaanbieders in de wijkverpleging meer te maken met de hieraan gerelateerde meerkosten, dan in de huidige situatie.

5.1.2e Klopt het dat er voor ongecontracteerde aanbieders geen vergoeding is geregeld? Of maken zij gebruik van de uniforme meerkostenregeling? Hoe werkt dat als de meerkostenprestatie is afgelopen, dan kan alleen via de experimentprestatie meer ruimte worden geboden, hier zit een contract vereiste op. Voorzien jullie problemen voor ongecontracteerde aanbieders?

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 44,9 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 45,9 miljoen. Valt er iets te zeggen over mate waarin dergelijke meerkosten structureel zijn in een endemische situatie?

Kortdurende zorg (elv, gzsp, grz)

- Per 2022 wordt de prestatie meerkosten alleen nog ingezet voor de nacalculatie van de corona cohort afdelingen. De meerkostenregeling geldt niet (meer) voor de gzsp, grz en de reguliere elv. Als de prestatie meerkosten wordt verwijderd, dan levert dit met andere woorden alleen een knelpunt op voor deze corona cohortafdelingen.
- Meerkosten als mondmaskers, handschoenen, schoonmaak zijn bij sectoren al onderdeel van de bedrijfsvoering en zitten ook in de reguliere tarieven. De hier geldende maximumtarieven zouden niet toereikend kunnen worden gevonden. In een nieuw kostenonderzoek (worden periodiek uitgevoerd) landen eventuele structurele meerkosten voor bv. persoonlijk beschermingsmateriaal op den duur vanzelf in het reguliere tarief. Daarnaast gelden er ook max-max-tarieven.
- De bekostiging van deze corona cohortafdelingen loopt deels via nacalculatie met meerkostenregeling, maar partijen vinden dit niet wenselijk. Voordat een passende bekostiging kan worden opgezet moet eerst duidelijk zijn hoe de zorg wordt georganiseerd. De experimentprestatie biedt hier vooralsnog voldoende ruimte.
- Indien corona in 'volle' omvang weer de kop op zou steken dan hebben de zorgaanbieders in de kortdurende zorg natuurlijk meer te maken met de hieraan gerelateerde meerkosten dan in de huidige situatie.

5.1.2e kunnen de meerkosten tijdelijk worden bekostigd via de experimentprestatie? En hoe ziet de NZa het vervolgtraject voor zich? Komen er nieuwe reguliere prestaties onder de Elv bekostiging?

5.1.2e hoe wordt de meerkostenprestatie precies gebruikt voor nacalculatie? Gaat dat om financiering beschikbaarheid?

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 24,9 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 25,5 miljoen. Valt er iets te zeggen over mate waarin dergelijke meerkosten structureel zijn in een endemische situatie? (Daarnaast is er bij ELV en in mindere mate GRZ sprake van directe kosten voor zorg aan coronapatiënten (totaal meer dan € 50 miljoen in 2020 en meer dan € 100 miljoen in 2021.)

GLI (geïntegreerde leefstijlinterventie)

- Er worden geen knelpunten verwacht in de bekostiging in de relatie tot de gecombineerde leefstijlinterventie. Op dit moment worden er geen afspraken gemaakt over meerkosten.
- Er geldt een gereguleerd maximumtarief. Men zou de mogelijkheid tot verhoogde maximumtarieven (max-max) kunnen benutten maar het is niet de verwachting dat dit nodig zal zijn.

5.1.2e dus niks nodig

GGZ en FZ

- Voor de GGZ en FZ sector zien we op voorhand geen knelpunten ontstaan indien de Covid meerskosten regeling per 2023 wordt beëindigd. In de bekostiging zijn er ruime mogelijkheden om de zorg "screen to screen" en "Bit to bit" te leveren. Daarbij is er zowel in de Ggz als in de fz de mogelijkheid om een max max af te spreken van 10%. In een nieuw kostenonderzoek (worden periodiek uitgevoerd) landen eventuele structurele meerkosten voor bv. persoonlijk beschermingsmateriaal op den duur vanzelf.
- En waarom ontstaat hier een probleem? *zit het bijvoorbeeld in het maximumtarief omdat er weinig onderhandelingsruimte is?*
- Zie vorige antwoord
- Waar is wel ruimte in de bekostiging om corona gerelateerde kosten op te kunnen vangen?
- Zie eerste antwoord
- En tot waar reikt deze ruimte *dus bijvoorbeeld: er is wel ruimte om meerkosten (PBM etc) op te vangen, maar niet voor beschikbaarheid van bedden*
- Extra volume (vraag naar ggz zorg als gevolg van corona) kan in principe via de reguliere prestaties worden bekostigd evt. zelfs met een 10% max op tarief. Mits er uiteraard er voldoende capaciteit in de sector is om dit extra volume te leveren en er voldoende BKZ tegenover staat. Daar is in principe geen aparte meerkosten regeling voor nodig. Een grote daling van het volume (door bijvoorbeeld lock down maatregelen die ook de niet acute zorg raken of grote uitval van behandelend personeel door corona) zijn minder goed op te vangen door max-max omdat deze juist gekoppeld is aan het wel leveren van zorg.
- Zijn de antwoorden op deze vragen nog afhankelijk van in hoe zeer de pandemie oplaait?
- Uiteraard hoe extremer de pandemie oplaait hoe moeilijker het in de reguliere ruimte is op te vangen.

5.1.2e bij J&V nagevraagd of zij vragen hebben. Dit kan misschien anders liggen wegens de aanbesteding

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 31,2 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 nog maar € 7,6 miljoen. Voedt gedachte dat er slechts in zeer beperkte mate sprake is van structurele meerkosten in endemische situatie.

Medisch-specialistische zorg

- Net als bij de GGZ en FZ sector zien we voor de msz op voorhand geen directe knelpunten ontstaan indien de Covid meerskosten regeling per 2023 wordt beëindigd. In de bekostiging zijn er ruime mogelijkheden om de zorg "screen to screen/op afstand" te leveren. Daarbij is ook binnen de msz de mogelijkheid om binnen gereguleerde tarieven een max max af te spreken van 10%. In een nieuw kostenonderzoek (worden periodiek uitgevoerd) landen eventuele structurele meerkosten voor bv. persoonlijk beschermingsmateriaal op den duur vanzelf.

Wat ons betreft dienen er twee soorten meerkosten te worden onderscheiden; te weten patiëntgebonden meerkosten en niet patiëntgebonden meerkosten.

Voor wat betreft de kosten die gerelateerd kunnen worden aan directe patiëntenzorg hebben wij binnen de msz twee facultatieve prestaties (fp's): een toeslag voor de verpleegdag en een toeslag voor de IC dag. Deze lopen eind 2022 af. Eventueel zijn deze fp's te verlengen ná 2022 (met aandacht voor de huidige aanwijzing) of zijn hier landelijke prestaties van te maken (zonder contractvereiste).

Daarbij zijn partijen (ziekenhuizen en verzekeraars) met de NZa in gesprek over een meer structurele (en wellicht gedifferentieerdere) vorm van bekostiging voor de Covidzorg, die aansluit bij de reguliere systematiek. Er wordt door deze branchepartijen aan een voorstel gewerkt voor bekostiging na 2022 (of eventueel 2023).

Anderzijds is er nog het bekostigingsvraagstuk rondom IC-bedden en pandemische paraatheid. Hierbij speelt een rol in hoeverre zorgverzekeraars ook (zouden moeten) betalen voor beschikbaarheid van ic-bedden. Verzekeraars hebben dit punt geagendeerd voor een komend overleg.

- En waarom ontstaat hier een probleem? *zit het bijvoorbeeld in het maximumtarief omdat er weinig onderhandelingsruimte is?*
Zie vorige antwoord
- Waar is wel ruimte in de bekostiging om corona gerelateerde kosten op te kunnen vangen?
Zie eerste antwoord. Waarbij het belangrijk is onderscheid te maken tussen mogelijkheden van de declaratiesystematiek (bijvoorbeeld via facultatieve prestaties of dbc-bekostiging) en het beschikbare financiële kader.
- En tot waar reikt deze ruimte *dus bijvoorbeeld: er is wel ruimte om meerkosten (PBM etc) op te vangen, maar niet voor beschikbaarheid van bedden*
Zie eerdere antwoord. Kaders zijn belangrijk voor de beantwoording van deze vraag. Meerkosten zijn dus al onder te verdelen in twee categorieën en de beschikbaarheid van bedden is nog weer een apart verhaal (en kostenplaatje).
- Zijn de antwoorden op deze vragen nog afhankelijk van in hoe zeer de pandemie oplaait?
Ja, in ieder geval als het gaat om de beschikbaarheid van IC bedden en macrokosten. Daarnaast kan ik me voorstellen dat deze vraag ook relevant is voor de keuze fp's verlengen en/of kijken naar structurele bekostiging.

5.1.2e Volgens mij kan de NZa binnen haar bevoegdheid kijken naar prestaties voor IC-dagen en verpleegdagen. Meerkosten kunnen worden opgevangen binnen ruimte van tarieven. Ik ben wel benieuwd waar dit "Daarbij zijn partijen (ziekenhuizen en verzekeraars) met de NZa in gesprek over een meer structurele (en wellicht gedifferentieerdere) vorm van bekostiging voor de Covidzorg, die aansluit bij de reguliere systematiek." Betrekking op heeft. IC bedden beschikbaarheid wordt in breder verband opgepakt.

5.1.2e volgens cijfers Q4-2021 hebben verzekeraars in 2020 € 606,4 miljoen meerkosten corona vergoed en in 2021 € 733,2 miljoen. Valt er iets te zeggen over structurele meerkosten in een endemische situatie? (Daarnaast is er bij de MSZ natuurlijk sprake van hoge directe kosten voor zorg aan coronapatiënten (totaal meer dan € 440 miljoen in 2020 en meer dan € 600 miljoen in 2021.)

Wlz-sectoren

Gehandicaptenzorg

Voor de gehandicaptenzorg zien wij op voorhand geen problemen ontstaan ten opzichte van de huidige maximum tarieven in de Wlz. De omvang van de tariefafslag van zorgkantoren (ten opzichte van de maximum tarieven) in de Wlz 2021 geeft voldoende ruimte voor zorgkantoren om eventuele extra kosten rondom persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) ten opzichte van bijvoorbeeld 2019 (voor corona) te vergoeden. Wel zien wij problemen ten aanzien van het beschikbare kader voor de zorginkoop 2023. Het maximumtarief is voldoende om de kosten PBM af te spreken. De extra kosten PBM zijn echter buiten de contracteerruimte om vergoed. En het kader wordt mede bepaald op basis van historische prijsafspraken (dus inclusief tariefkorting). Het is dus wel noodzakelijk om bij het vaststellen van de nieuwe contracteerruimte 2023 hiermee rekening te houden.

De vergoeding voor persoonlijke beschermingsmiddelen was in 2020 circa € 120 miljoen (totaal GHZ, V&V, GGZ). Voor 2021 worden deze cijfers PBM pas bij de nacalculatie in de zomer 2022 bekend. Herschikingscijfers 2021 geven een vergelijkbaar beeld vooralsnog. Voorlopig zou uit gegaan kunnen worden van deze aanname voor toevoeging aan de contracteerruimte 2023 (€ 120 miljoen). Op basis van de nacalculatie 2021 zou (samen met Directie LZ VWS) een nadere raming gemaakt kunnen worden van een noodzakelijke ophoging van contracteerruimte 2023 voor deze extra persoonlijke beschermingsmiddelen. In het nieuwe kostenonderzoek Wlz landen eventuele structurele meerkosten voor bv. persoonlijk beschermingsmateriaal op den duur vanzelf in de reguliere prestaties.

Verpleeghuiszorg

Hetgeen hierboven beschreven is, is ook van toepassing op de prestaties in de verpleeghuiszorg. Hiervoor gelden dus dezelfde standpunten ten aanzien van de extra middelen PBM. Ook het aandachtspunt ten aanzien van de het BKZ kader is voor deze sector vergelijkbaar van toepassing (contracteerruimte Wlz 2023). De sector V&V maakt onderdeel uit van het uit te voeren kostprijsonderzoek Wlz, waarmee ook de structurele meerkosten in deze sector op den duur vanzelf in de reguliere prestaties van de Wlz terecht komen.

GGZ

Ook voor de ggz zijn de hierboven onder de gehandicaptenzorg beschreven uitgangspunten van toepassing. Hiervoor kunnen we dus dezelfde standpunten ten aanzien van de extra middelen PBM hanteren. Ook het aandachtspunt ten aanzien van de het BKZ kader is voor deze sector vergelijkbaar van toepassing (contracteerruimte Wlz 2023). En ook de sector ggz (Wlz-onderdeel) maakt onderdeel uit van het uit te voeren kostprijsonderzoek Wlz, waarmee ook de structurele meerkosten in deze sector op den duur vanzelf in de reguliere prestaties van de Wlz terecht komen.

