

Retouradres: Postbus 248 - 3800 AE Amersfoort

Zorgverzekeraars Nederland
t.a.v. de heer W. Adema
Sparrenheuvel 16
Gebouw B
3708 JE Zeist

Postbus 248
3800 AE Amersfoort
Stadsring 159b
3817 BA Amersfoort

T 033 467 29 00
F
hoofdkantoor@kngf.nl
www.kngf.nl
www.defysiotherapeut.com

IBAN NL59ABNA0553044028
BTW 0025.84.700.B.01
KvK 40506528

Relatienummer

Datum

Onderwerp

8 juni 2020

Inhaalzorg

Doorkiesnummer

E-mailadres

Pagina

956

secretariaatkfi@kngf.nl

1 van

Geachte heer Adema,

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Stichting Keurmerk Fysiotherapie, Ergotherapie Nederland, de Nederlandse Vereniging van Diëtisten¹, de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, de Optometristen Vereniging Nederland, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, het Paramedisch Platform Nederland², de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Associatie Nederlandse Tandartsen, de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici en de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten waarderen de inspanningen van Zorgverzekeraars Nederland om tot een werkbare en adequate oplossing te komen voor het omzetverlies a.g.v. Covid-19, via de continuïteitsbijdrage. Er leven nog steeds veel vragen, waarbij de recente verduidelijkingen in de Q&A al veel zorgen wegnemen.

Eén element van de continuïteitsbijdrage roept echter nog de nodige vragen op, namelijk de inhaalzorg. Als wat er nu bekend is wordt geanalyseerd, lijkt de uitwerking van de inhaalzorg zijn doel voorbij te schieten en ook niet te passen bij de beleidsregel van de NZa.

Hieronder hebben wij een analyse met betrekking tot de inhaalzorg uitgewerkt.

Inhaalzorg

In het bericht over de continuïteitsbijdrage³ is inhaalzorg als volgt omschreven:

Vergoeding inhaalzorg

Reguliere zorg wordt uiteraard volledig vergoed. Zorgverzekeraars verwachten dat zorgaanbieders waar mogelijk ook inhaalzorg (omzet boven de normomzet) gaan leveren. Alleen zo is er voldoende capaciteit om de wachtlijsten niet onnodig te laten oplopen. Op het moment dat zorgaanbieders de niet-verleende zorg boven op de reguliere zorg gaan inhalen (inhaalzorg), geldt daarvoor een aangepaste vergoeding. Dat is ook logisch, omdat anders dubbel betaald zou worden voor zorg en de zorgkosten (en dus de zorgpremies) verder zouden stijgen. Deze aangepaste vergoeding voor inhaalzorg geldt voor maximaal 6 maanden na de laatste betaling van de continuïteitsbijdrage en stopt indien de som van de eerder verstrekte continuïteitsbijdrage is bereikt. De inhaalzorg wordt vergoed volgens de specifieke percentages per zorgsector, zoals opgenomen in de bijlage.

¹ Zie ook de brief van de NVD van 6 mei 2020, waarin ook op inhaalzorg wordt ingegaan.

² PPN tekent mede namens de zes aangesloten beroepsverenigingen.

³ Gedownload via

<https://www.zn.nl/corona/documenten?FolderId=4918444033&title=Zorgverzekeringwet&parentid=4918444032&parenttitle=Zorgverzekeringwet>.

In de Q&A⁴ is inhaalzorg als volgt gedefinieerd:

Na de coronaperiode start het wegwerken van ontstane wachtlijsten en achterstallige zorg. Dit noemen we 'inhaalzorg'. In de berekening van de continuïteitsbijdrage wordt alle zorg, die in de 6 maanden na afloop van de continuïteitsbijdrage boven de normomzet wordt geleverd, behandeld als inhaalzorg.

Uit de onderliggende stukken blijkt dat inhaalzorg per maand en per verzekeraar, en mogelijk per label, wordt berekend. Er kan per aanvrager dus sprake zijn van $6 \times 11 = 66$ keer verrekening van inhaalzorg.⁵ Deze lezing is bevestigd in technisch overleg met ZN.

Wij constateren dat door deze werkwijze een aantal knelpunten ontstaan:

Probleem 1: schommelingen per maand

Doordat de normomzet een gemiddelde is en dus elke maand hetzelfde, en de werkelijke omzet per maand kan verschillen, is het goed mogelijk dat er in een specifieke maand sprake zal zijn van inhaalzorg, ook als er over de tweede helft van 2020 als geheel geen sprake is van inhaalzorg. Het volgende voorbeeld⁶ laat dit zien:

	omzet	normomzet	inhaalzorg
Juli	1.200	1.500	0
Augustus	1.300	1.500	0
September	1.800	1.500	-165
Oktober	1.800	1.500	-165
November	1.500	1.500	0
December	1.300	1.500	0
Totaal	8.900	9.000	-330

Hier wordt dus 330 euro gecorrigeerd terwijl de omzet onder de normomzet is gebleven. Dat komt doordat productie onder de norm (juli, augustus, december) niet compenseert voor productie boven de norm (september, oktober). Het is een reëel risico dat dit soort situaties vaak voor gaat komen. Elke praktijk voor eerstelijnszorg kent wel seizoenspatronen en andere schommelingen tussen maanden. Daarom is onze analyse dat er relatief veel praktijken zullen zijn, die geconfronteerd worden met inhaalzorg.

Probleem 2: schommelingen per verzekeraar

Er wordt echter niet alleen per maand, maar ook per verzekeraar en mogelijk per label afgerekend. Dat maakt de kans op verrekeningen van inhaalzorg groter. De normomzet wordt weliswaar gecorrigeerd voor verzekerdenmutaties, maar dat vangt niet alles af. Opnieuw een versimpeld voorbeeld:

	omzet CZ	omzet VGZ	norm CZ	norm VGZ	inhaal CZ	inhaal VGZ
Juli	650	850	750	750	0	-55
Augustus	750	750	750	750	0	0
September	800	700	750	750	-27,5	0
Oktober	600	800	750	750	0	-27,5
November	750	700	750	750	0	0
December	800	700	750	750	-27,5	0
Totaal	4.350	4.500	4.500	4.500	-55	-83

Deze praktijk kent dus bijna geen (seizoen)schommelingen, maar per verzekeraar zijn er wel lichte verschillen. Op totaalniveau, per maand en per verzekeraar is er geen sprake van inhaalzorg, maar op maandniveau per verzekeraarsniveau is dat wel zo. Er moet dus worden terugbetaald, de CB komt uit op $3.096 - 138 = 2.958$. Dat komt doordat omzetten onder de norm bij de ene verzekeraar (bijvoorbeeld juli bij CZ) niet compenseren voor omzetten boven de norm bij andere verzekeraars (bijvoorbeeld juli bij VGZ) en ook niet voor andere maanden.

⁴ <https://zn.nl/corona/q-en-a-regeling-continuïteitsbijdrage>

⁵ 6 maanden, 11 verzekeraars. Indien per label, wordt het meer.

⁶ Inhaalzorg is 55% van het verschil tussen omzet en normomzet.

Analyse: is hier sprake van een probleem?

Conform de Q&A is inhaalzorg bedoeld voor wachtlijsten en achterstallige zorg. Wij lezen dit als zorg die in Q2 zou zijn gebruikt als de situatie toen normaal was geweest. De beleidsregel van de NZa⁷ is hier nog iets stilliger in:

Ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders maken, voor zover mogelijk, afspraken over de verrekening van de continuïteitsbijdrage met omzet verkregen gedurende de maanden dat deze bijdrage van toepassing is en met omzet die het gevolg is van een eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Deze verrekening is van belang om dubbele declaratie van kosten te voorkomen, maar mag geen ongewenste effecten hebben voor het leveren van zorg na de coronacrisis.

Conform de beleidsregel gaat het om het voorkomen van dubbele declaratie van kosten: één keer via de CB-regeling, en dan nog een keer door het declareren van de alsnog geleverde zorg. Dit is geoperationaliseerd door het verschil tussen werkelijke en normomzet te berekenen, per maand en per verzekeraar. Dit impliceert dat dit allemaal omzet is die anders dubbel gedeclareerd zou zijn. Dat is niet het geval.

Tegelijk moet de regeling uitvoerbaar zijn voor zorgverzekeraars. Het beoordelen van alle individuele casuïstiek voor alle vormen van zorg die onder de regeling vallen, is een zeer arbeidsintensief proces. Toch worden zorgverzekeraars wel geacht hier een proces voor in te richten. Uit de beleidsregel⁸: *De NZa acht het van belang dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van (complexe) casuïstiek en generieke vraagstukken die samenhangen met de toepassing van deze beleidsregel en aanverwante regelgeving zoals de nadere regel en beschikking. Om zo, waar nodig in afstemming met andere betrokkenen, te komen tot een (zo veel mogelijk uniforme) gedragslijn voor de toepassing van de prestatiebeschrijvingen van deze beleidsregel in die casuïstiek en voor die generieke vraagstukken. Dit met inachtneming van de geldende wet- en regelgeving en het doel en de strekking daarvan. De NZa is bereid daaraan een bijdrage te leveren.*

Wij constateren dat zowel autonome groei als schommelingen per maand per verzekeraar niet vallen onder het doel van de inhaalzorg – te weten: dubbele declaraties voorkomen - en dat er nog geen manier is om dit soort casuïstiek te behandelen. Het risico is dat hier veel onvrede uit voorkomt, met als gevolg bezwaar en beroep. Als dit vaak gebeurt, komt de uitvoerbaarheid van de regeling in het geding.

Mogelijke oplossingen

Beide problemen ontstaan doordat alles boven de normomzet als inhaalzorg wordt gezien, maar dit niet wordt gecorrigeerd voor omzet onder de normomzet. Een eenvoudige oplossing hiervoor zou kunnen zijn om in elk geval inhaalzorg niet per maand, maar in zijn geheel af te rekenen. Dit voorkomt een deel van bovenstaande situaties, is eenvoudig uitvoerbaar voor verzekeraars en maakt de berekeningen herkenbaar voor praktijken. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars geconfronteerd worden met grote oninbare vorderingen door in één keer af te rekenen, kan ervoor gekozen worden om tussentijdse afrekeningen te doen, zolang de methodiek van eindafrekening maar niet verandert.

Verder levert de afrekening per verzekeraar en per label een knelpunt op. Ook hier zal niet elk bedrag dat per verzekeraar/label wordt afgerekend vallen onder de definitie van inhaalzorg. Een oplossing zou zijn om sowieso niet per label, maar per verzekeraar af te rekenen. Dat reduceert de complexiteit bij verzekeraars en maakt de bedragen herkenbaarder. Idealiter zou niet per verzekeraar, maar in zijn geheel moeten worden afgerekend. Wij begrepen eerder dat dit voor verzekeraars geen optie is. Het is echter wel aannemelijk dat praktijken die bezwaar maken tegen inhaalzorg bij individuele verzekeraars, hierop in het gelijk worden gesteld wegens strijdigheid met de beleidsregel. Wij stellen daarom voor dat verzekeraars coulant omgaan met individuele casuïstiek waarin de praktijk aan kan tonen dat er op totaalniveau geen sprake is van inhaalzorg.

⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_307025_22/1/ (toelichting)

⁸ Zie boven.

Graag bespreken wij deze onze analyse en mogelijke oplossingen in een gesprek om de CB-regeling optimaal uitgevoerd te krijgen voor zowel de verzekeraars als voor de leden van ondergetekende partijen. We kijken uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,

KNGF



Guido van Woerkom
voorzitter

SKF



Henri Kiers
voorzitter

PPN



Theo van der Bom
voorzitter

KNMT



W.G. Brands
Voorzitter

ANT



Jan Willem Vaartjes
voorzitter

NVM



Manon van Splunter-Scheider
voorzitter

ONT



Marnix de Romph
directeur

NVvP



Marnix de Romph
voorzitter