

Vragen mbt declaratie laboratorium kosten

Inleiding

In deze notitie zijn de vraag- / knelpunten van het declareren van de kosten van laboratia door de GGD bij RIVM op rij gezet.

Beschikbare documenten:

- Brief 8 mei VWS aan Rivm – testen bij de GGD
- Brief 22 mei RIVM – vergoeding Covid 19 diagnostiek
- Factsheet Uitgangspunten financiering coronatesten (VWS)
- Aanvullende informatie diagnostiek COVID-19 Bijlage bij de LCI-richtlijn COVID-19 | Versie 4 juni 2020

Belangrijkste knelpunt is dat de GGD de declaraties van anderen niet inhoudelijk kunnen beoordelen, met name niet van de periode voor 1 juni, omdat toen alleen bepaalde doelgroepen getest mochten worden. GGD'en kunnen niet nagaan of de geteste persoon idd in die specifieke doelgroep valt. Daarnaast kunnen GGD'en niet checken of de kosten uit een andere pot gefinancierd moeten worden (tenzij een organisatie alleen in de WLZ actief is bijvoorbeeld). GGD'en verwachting hierdoor later problemen bij de controle door de accountant (jaarrekening) met de rechtmatigheid en de prestatielevering.

GGD'en hadden al vragen gekregen van huisartsen/ zorgaanbieder. Deze zijn voorgelegd aan VWS en VWS heeft hierop gereageerd.

De eerste vraag ging over declaraties die al eerder naar zorgverzekeraars zijn gestuurd en soms ook al verrekend zijn met een eigen risico. Dit wordt niet teruggedraaid. Betrokkene moet contact opnemen met zorgverzekeraar, dan wordt het eigen risico terugbetaald.

Een VVT-instelling zal een extra administratieve last als de labkosten hoger zijn dan de maximale vergoeding. Er moet dan via 2 kanalen (GGD/RIVM en meerkosten regeling) gedeclareerd worden. Dit is niet gewenst, in dat geval kan instelling de kosten via de beleidsregel "SARS-CoV-2 virus - BR/REG-20158" worden gedeclareerd.

Zie voor de vraag en het volledige antwoord bijlage 1.

GGD'en ontvangen declaraties en vragen van huisartsen en instellingen, die al kosten gemaakt hebben. Het is daarom van belang om snel de knelpunten op te lossen zodat deze partijen geïnformeerd kunnen worden en declaraties afgehandeld kunnen worden.

Knelpunten:

Er zijn 3 perioden te onderscheiden:

Voor 6 april

Patiënten getest via HA: via zorgverzekering

Zorgmedewerkers via instellingen zelf: declareren via GGD, geen maximum tarief

Knelpunten voor declaratie via GGD:

1. GGD kan niet vaststellen of declaratie betrekking heeft op zorgmedewerker
2. Aantal testen niet bekend bij GGD, dus geen controle op aantallen mogelijk
3. Testen kunnen uitgevoerd zijn door niet-erkende labs
4. GGD kan niet of nauwelijks vaststellen of kosten uit andere bron gefinancierd moeten worden.

6 april – 31 mei

Patiënten via huisartsen: via OGZ, dus declareren via GGD

Max tarief (10)(2b)

Knelpunten voor declaratie via GGD:

1. GGD kan niet vaststellen of declaratie betrekking heeft op specifieke doelgroepen die getest mogen worden
2. Aantal testen niet bekend bij GGD, dus geen controle op aantallen mogelijk
3. Testen kunnen uitgevoerd zijn door niet-erkende labs
4. Tarieven kunnen hoger zijn dan (10)(2b)
5. GGD kan niet of nauwelijks vaststellen of kosten uit andere bron gefinancierd moeten worden
6. Zie antwoorden VWS: geen controle of declaraties via andere kanalen al gedeclareerd zijn

Vanaf 1 juni

Iedereen kan getest

Max tarief is (10)(2b)

Knelpunten voor declaratie via GGD:

1. Aantal testen niet bekend bij GGD, dus geen controle op aantallen mogelijk
2. Testen kunnen uitgevoerd zijn door niet-erkende labs,
3. Tarieven kunnen hoger zijn dan (10)(2b)
4. GGD kan niet of nauwelijks vaststellen of kosten uit andere bron gefinancierd moeten worden
5. Zie antwoorden VWS: geen controle of declaraties via andere kanalen al gedeclareerd zijn

Overige vragen (over de perioden heen):

- 1) Vanaf wanneer is de lijst van laboratoria (tabel 1.1,1.2 en 1.3) uit de Aanvullende informatie diagnostiek COVID-19 (Bijlage bij de LCI-richtlijn COVID-19 | Versie 4 juni 2020) geldig?
- 2) Welke datum is geldig: de datum afnemen test of testdatum in laboratorium? De laatste is eenvoudigste.
- 3) In de factsheet is opgenomen bij de 4e bullet op bladzijde 2 dat "het laboratorium de declaratie indient bij de GGD waarmee afspraken over facturering zijn gemaakt". In bijlage 2 van de brief van het RIVM van 22 mei 2020 (kenmerk Clb-2020-0036/JvD/AvM) is onder punt 5 in de laatste zin opgenomen: "Betreffende GGD declareert vervolgens deze testen bij het RIVM en vergoedt vervolgens de zorgverleners". Hieruit maken wij op dat de GGD alleen naar de zorgverleners (huisartsen en zorginstellingen buiten ziekenhuizen) kunnen uitbetalen. Dit lijkt tegenstrijdig met de factsheet waarin is opgenomen dat direct aan het laboratorium kan worden uitbetaald (via declaratie). Kunnen beide situaties voorkomen?

In verschillende regio's hebben GGD'en met hun 'eigen' laboratorium afspraken gemaakt die vanaf 1 juni worden toegepast.

- Zoveel mogelijk testen via het landelijke nummer en GGD*
- HA en Zorginstellingen geven GGD op als hoofdaanvrager en zichzelf als kopieaanvrager.
- Facturen gaan dan direct naar GGD, GGD weet wie aanvrager is.
- Er moet dan afstemming van aantal aanvragen tussen GGD en aanvragers worden georganiseerd
- Max tarief (10)(2b)

Dit kan nog aangevuld worden met de volgende afspraken:

Knelpunten declaratie Labkosten – SBOG – 29-06-2020

- Aanvragers blijven verantwoordelijk voor juistheid declaratie. Als declaraties voor RIVM worden afgewezen worden ze verhaal op de aanvragen.
- Aanvragen kunnen alleen bij erkende labs worden gedaan

Hiermee zijn nog niet alle knelpunten opgelost, maar de administratieve last is beperkt.

Tot Slot

Er zijn regio's waar ook (veel) inwoners uit buurregio's worden getest. Vermoedelijk gaan de facturen van het lab naar de GGD waar de test is afgenomen. Als alles vergoed wordt is dat prima, maar als niet alles vergoed wordt, is dat ook nog een knelpunt. Daarnaast is nog niet helder of dit later bij een totaal controle (aantal testen per regio en aantal gedeclareerd per regio) tot een probleem gaat leiden.

Bijlage 1: vragen aan en antwoorden van VWS:

Huisartsen en zorgmedewerkers geven aan dat er kosten voor het testen bij zorgverzekeraars zijn gedeclareerd. Deze declaraties zijn ook verrekend met eigen bijdrage. Hoe moeten we hiermee omgaan. Hoe kan de eigen bijdrage gerepareerd worden en hoe kunnen de kosten alsnog ten laste van het OGZ-budget worden gebracht.

- Tot 6 april gold voor testen bij patiënten die door huisarts zijn afgenomen nog de gebruikelijke financieringswijze, dus uit de zorgverzekering, waarbij de kosten door verzekeraars verrekend werden met het eigen risico. Sinds 6 april geldt dat indien de huisarts de test afneemt en laat analyseren door een erkend laboratorium, de laboratoriumdiagnostiek vergoed kan worden uit het OGZ. Daarvoor moeten labs en GGD-en afspraken maken over o.a. de facturering. In deze factsheet lichten wij dit toe: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2020/06/08/uitgangspunten-financiering-coronatesten>
- Omdat deze wijziging niet meteen bij alle partijen bekend was, is het inderdaad sinds 6 april nog voorgekomen dat labs de declaraties voor coronatestentesten die zijn aangevraagd door de huisarts toch naar verzekeraars hebben gestuurd in plaats van de GGD. In overleg tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de SAN en RIVM is besloten dat deze declaraties **niet** met terugwerkende kracht gecorrigeerd hoeven te worden (d.w.z. crediteren bij de verzekeraar en alsnog indienen bij de GGD). Dat zou namelijk een hoop administratief gedoe opleveren, terwijl het naar verwachting om een relatief kleine groep mensen gaat. Inschatting van de SAN was dat het om 2000-3000 mensen gaat. Deze correcties zouden bovendien niet goed te controleren zijn door verzekeraars en GGD-en, omdat er voor coronatesten een zelfde declaratiecode geldt als voor andere labdiagnostiek, risico op dubbele vergoedingen etc.
- Als de declaratie toch bij de verzekeraar terecht is gekomen, kan die verzekeraar daar inderdaad eigen risico voor hebben geïnd. Voor de verzekeraar is namelijk niet zichtbaar dat het een coronatest betrof. Om patiënten tegemoet te komen hebben zorgverzekeraars gisteren besloten, dat zij coulant zullen optreden. Als een verzekerde zich bij hen meldt en eigen risico heeft betaald voor een coronatest die was aangevraagd door de huisarts, dan zullen zij dat eigen risico aan de verzekerde terugbetalen. Als dat gebeurt bij testen die zijn afgenomen voor 1 juni, nemen zij de kosten voor eigen rekening. Als dat gebeurt bij declaraties na 1 juni, worden de labs benaderd om de rekening te crediteren en bij de GGD in te dienen. Sinds juni moet het namelijk helder zijn voor labs dat ze in dat geval de rekening naar de GGD moeten sturen.
- **Kortom, betreffende mensen moeten zich melden bij hun eigen zorgverzekeraar.**

Een VVT-instelling stelde deze vraag: **Op basis van de vergoeding van de lab kosten COVID-19 diagnostiek kwam bij ons de vraag naar voren of we de vergoeding van de kosten van het testen van de medewerkers moeten laten verlopen via de GGD zodat dit kan worden vergoed uit het OGZ-budget? Of is het ook mogelijk om de kosten van de testen van de medewerkers te vergoeden uit de NZA meerkosten regeling t.a.v. corona**(<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/05/19/nza-beleidsregel-voor-compensatie-omzetverlies-en-extra-kosten-in-langdurige-zorg>)? Vanuit het kader van administratieve lastenverlichting zou het wenselijk zijn dat we de kosten via de NZA meerkosten regeling kunnen laten lopen, aangezien ^{(10)(2b)} vergoeding per test niet de kosten volledig zal dekken. De meerkosten zullen we dan apart moeten registreren en alsnog laten declareren via de betreffende NZA regeling.

- Sinds 6 april kunnen alle zorgmedewerkers met klachten zich laten testen bij de GGD en gefinancierd uit het OGZ (alleen voor ziekenhuizen gelden andere afspraken). Zorginstellingen kunnen er echter voor kiezen om de testen zelf af te nemen en geen gebruik te maken van de diensten van de GGD. In bijgaande brief over het testen van zorgmedewerkers aan diverse branchorganisaties lichten wij dat toe.

- Uit de vraagstelling maak ik op dat deze instelling ervoor gekozen heeft om zelf te testen. De kosten die hiervoor gemaakt worden, kunnen inderdaad op grond van de beleidsregel "SARS-CoV-2 virus - BR/REG-20158" van de NZa vergoed worden. De zorgaanbieder moet deze extra kosten die hiervoor gemaakt worden dan wel duidelijk identificeerbaar in zijn administratie opnemen.
- Bij vergoeding uit het OGZ geldt inderdaad sinds 1 juni een maximale vergoeding van 65 euro voor de laboratoriumdiagnostiek. Hoewel niet verboden, lijkt het ons qua prikkels richting labs, administratieve last voor de instelling en controle op rechtmatigheid niet wenselijk om een deel van de rekening via het OGZ te laten lopen en een deel via de NZa.

Conclusie voor de tweede vraag is dat het inderdaad de voorkeur heeft als de kosten hoger zijn dan de maximale vergoeding instellingen de volledige kosten meenemen via de meerkostenregeling.