



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw drs. T. van Ark
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN EN SPORT
01 MAART 2021
SCANPLAZA

T 5.1.2e
F
E ionele emnza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
5.1.2e

Telefoonnummer
030 296 81 11

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
386679/801658

Onderwerp
Plausibiliteitsoordeel indirecte meerkosten als gevolg van COVID

Datum
25 februari 2021

Geachte mevrouw Van Ark,

Via deze brief informeren wij u over het plausibiliteitsoordeel van de NZa over de landelijke regelingen 2020 met betrekking tot de indirecte meerkosten COVID-Zvw. Het oordeel is inhoudelijk op ambtelijk niveau afgestemd en opgenomen in de bijlage.

De versie in de bijlage loopt vooruit op de definitieve publicatie. Wij verzoeken u daarom deze versie niet verder te verspreiden, maar te verwijzen naar de versie zoals die zal worden gepubliceerd op de [website van de overheid](#).

Wij vertrouwen er op u hiermee van dienst te zijn.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1.2e

Plausibiliteitsoordeel landelijke regelingen 2020 indirecte meerkosten COVID-Zvw

Inleiding

Zorgverzekeraars Nederland (hierna ZN) heeft een 5-tal landelijke regelingen opgesteld om de door zorgaanbieders gemaakte indirecte meerkosten van COVID, te vergoeden. Het gaat om de volgende 5 regelingen:

- MSZ (normatieve vergoeding met hardheidsclausule);
- MSZ Accent (normatieve vergoeding met hardheidsclausule);
- GGZ (vergoeding achteraf op basis van werkelijke kosten);
- GRZ/ELV/Wijkverpleging (normatieve vergoeding met hardheidsclausule);
- generiek (normatieve vergoeding zonder hardheidsclausule).

Bovenstaande regelingen hebben een looptijd van maart 2020 tot en met december 2020.

Deze vergoedingen van de indirecte meerkosten worden aangeduid als zogenaamde landelijke afspraken. De NZa heeft getoetst of gemaakte afspraken over de vergoeding van indirecte meerkosten als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (hierna: COVID):

1. plausibel zijn, en
2. ten laste van de catastrofereregeling gebracht mogen worden.

Het gaat hier om via de Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg.

Achtergrondinformatie

Beleidsregel 'Continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus'

De NZa heeft in de [beleidsregel 'Continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus'](#) 2 prestaties vastgesteld naar aanleiding van de uitbraak van COVID:

- De prestatie 'continuïteitsbijdrage' is een toeslag waarmee zorgaanbieders onderdekking van doorlopende kosten die een direct gevolg is van de uitbraak van COVID, in rekening kunnen brengen. Het gaat hierbij om doorlopende kosten zoals loonkosten en huisvestingskosten.
- Met de prestatie 'meerkosten' kunnen extra kosten in rekening worden gebracht die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg aan een individuele verzekerde of voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel. Het betreft kosten die verband houden met het COVID-virus voor het kunnen leveren van directe zorg aan patiënten, ongeacht of de patiënt (vermoedelijk) besmet is met het COVID-virus, voor zover daar nog geen prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel - wanneer er wel een bestaande prestatiebeschrijving beschikbaar is - het tarief of de overeengekomen vergoeding voor laatstgenoemde prestatiebeschrijving niet toereikend is. Deze prestatiebeschrijving kan ook in rekening worden gebracht voor zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor COVID-patiënten, en extra gecreëerde zorgcapaciteit voor COVID-zorg, als dit op verzoek van het ROAZ/ROAZ en andere daartoe aangewezen organisaties of op grond van afstemming in ROAZ-verband is gebeurd.

De zorgaanbieder kan alleen extra kosten in rekening brengen waarvan hij kan aantonen dat extra kosten als hiervoor bedoeld zijn gemaakt in verband met het COVID-virus.

Er is in deze beleidsregel veel ruimte gegeven aan zorgverzekeraars om hierover met zorgaanbieders afspraken te maken.

Ministeriële regeling

Zorgverzekeraars worden voor de aan zorgaanbieders vergoede meerkosten (deels) gecompenseerd via de ministeriele regeling¹ op grond van artikel 33 Zvw. De uitvoering van deze ministeriele regeling, is door Zorginstituut Nederland uitgewerkt in een beleidsregel².

Zorgverzekeraars kunnen 3 soorten kosten als gevolg van de catastrofe inbrengen in de zogenoemde catastrofereregeling:

1. Reguliere directe meerkosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten
Hiervan is sprake als een zorgaanbieder kosten voor zorg maakt voor een individuele patiënt met COVID. Deze kosten worden via de normale declaratiestructuur gedeclareerd door zorgaanbieders.
2. Indirecte meerkosten COVID
Indirecte meerkosten zijn kosten die een zorgaanbieder maakt en die niet toe te rekenen zijn aan individuele patiënten. Het gaat om kosten zoals het werken met extra beschermingsmateriaal en het inzetten van extra personeel waarvan de kosten niet in het integrale tarief van de prestatie zijn opgenomen. Deze kosten kunnen niet via de normale declaratiestructuur worden gedeclareerd.
3. Toeslagen
Het gaat hier om toeslagen op declaraties die op patiëntniveau worden gedeclareerd (onafhankelijk of sprake is van een COVID-patiënt).

Ons plausibiliteitsonderzoek heeft betrekking op de indirecte meerkosten COVID.

Het Ministerie van VWS heeft in de ministeriele regeling op grond van artikel 33 Zvw opgenomen dat meerkosten zijn gebaseerd op aan zorgaanbieders betaalde tarieven op grond van schriftelijke afspraken die mede gelet op de bijzondere omstandigheden van de catastrofe, leiden tot een plausibele bepaling van die meerkosten. In de memorie van toelichting staat hierover het volgende: "Een omvangrijke catastrofe zoals de infectieziekte COVID-19 doet zich plotsklaps voor en overvalt de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars en noopt tot snel handelen door hen. De daarmee gepaard gaande bijzondere omstandigheden worden betrokken bij de beoordeling van de schriftelijke afspraken van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het Zorginstituut zal voor de beoordeling van de bovenbedoelde meerkosten, gebruik maken van het oordeel van de NZa die immers op grond van artikel 16, onderdeel b, Wmg, toezicht houdt op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld".

In de beleidsregel van Zorginstituut Nederland die de extra bijdrage voor zorgverzekeraars in verband met de COVID-pandemie nader regelt, is de eis opgenomen dat de hoogte van de meerkosten plausibel moet zijn. Dit is volgens deze beleidsregel het geval in de volgende situaties:

- Bij vergoeding van meerkosten op basis van normbedragen
Aan de plausibiliteitstoets is voldaan als ZN voor een sector afspraken heeft gemaakt over de vergoeding van de indirecte meerkosten (zogenaamde landelijke afspraken) en de NZa deze afspraken plausibel heeft gevonden, waarbij de NZa rekening kan houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de COVID-pandemie.
- Bij vergoeding van meerkosten op basis van werkelijke kosten
Aan de plausibiliteitstoets is voldaan als ZN voor een sector afspraken heeft gemaakt over (aanvullende) specifieke vergoedingen van de indirecte meerkosten (zogenaamde landelijke afspraken) die achteraf vastgesteld worden, waarbij de NZa het door ZN uitgewerkte uniforme proces voor toekenning van deze vergoedingen adequaat vindt, én de zorgverzekeraar kan aantonen, dat het

¹ Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 04 december 2020 houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter aanvulling van de regels voor de extra bijdrage voor zorgverzekeraars bij een catastrofe.

² Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 17 december 2020 (kenmerk 2020046606), voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021.

vooraf door de NZa adequaat bevonden proces, bij de toekenning van de vergoedingen ook daadwerkelijk is gevolgd.

De NZa kan bij de beoordeling of het proces adequaat is, rekening houden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de COVID-pandemie.

- Bij vergoeding van meerkosten als de landelijke afspraken niet gevolgd worden
Indien een zorgverzekeraar de landelijk afspraken niet heeft gevolgd dan is de vergoeding alleen plausibel als de zorgverzekeraar aan de NZa kan aantonen dat deze vergoeding gebaseerd is op de werkelijke kosten.

Doelstelling NZa-onderzoek

De NZa heeft op grond van artikel 16, sub b, Wmg de wettelijke taak om toe te zien op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is bepaald.

Het toezicht op de juiste verantwoording van de meerkosten (van de catastrofe) door zorgverzekeraars is daar onderdeel van.

De catastrofereregeling houdt in dat zorgverzekeraars alle aan zorgaanbieders betaalde meerkosten vergoed krijgen, als de gemiddelde meerkosten voor een zorgverzekeraar hoger zullen zijn dan 4% van het product van de gemiddelde vereveningsbijdrage en het op het moment van de toekenning van de vereveningsbijdrage over het catastrofejaar verwachte aantal verzekerden bij die verzekeraar. Het gaat hierbij om de optelsom van de meerkosten gemaakt in de jaren 2020 en 2021.

Deze drempel van 4% komt neer op ongeveer € 60 per verzekerde. Als de gemiddelde meerkosten per verzekerde van een zorgverzekeraar hieronder blijven, dan wordt er geen vergoeding gegeven. Bij gemiddelde meerkosten boven deze drempel, is er sprake van een gestaffelde vergoeding waarbij vanaf een bepaald niveau van gemiddelde kosten, alle kosten vergoed worden (inclusief de kosten onder de drempel). Zorgverzekeraars hebben hierdoor een sterke prikkel om hogere meerkosten te vergoeden aan zorgaanbieders als zij verwachten dat zij daarmee boven de drempel uitkomen.

Normaal worden afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gemaakt met een (financieel) tegengesteld belang: de zorgverzekeraar wil niet te veel vergoeden omdat de zorgverzekeraar 100% risicodragend is. De zorgaanbieder wil een hoge vergoeding krijgen. Bij de catastrofereregeling kunnen als gevolg van de gehanteerde drempel zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders belang hebben bij een te ruime vergoeding. Om deze reden heeft de NZa de landelijke afspraken op plausibiliteit getoetst.

Uitgangspunten en afbakening plausibiliteits-onderzoek

Voor de 5 landelijke compensatieregelingen heeft ZN primair gekozen voor een normatieve (ex ante) vergoedingssystematiek. Reden hiervoor is dat zo snel duidelijkheid kan worden geboden over de te ontvangen vergoeding aan zorgaanbieders. Daarnaast leidt dit tot een relatief lage administratieve last voor partijen.

Een volledige ex ante regeling op basis van normatieve vergoedingen is niet in alle sectoren mogelijk gebleken. Alleen voor de GGZ-aanbieders met een omzet van meer dan 10 miljoen euro is er gekozen voor een vergoeding op basis van werkelijke kosten (ex post) zonder normatieve component.

Bij de totstandkoming van de regelingen was het duidelijk dat er naast de ex ante systematiek in verschillende mate gebruik zou worden gemaakt van een zogenaamde hardheidsclausule. Dit houdt in dat zorgaanbieders

achteraf (ex post) onder voorwaarden een verzoek kunnen doen voor aanvulling boven op de normvergoeding indien die niet toereikend is.³

In dit oordeel beperken wij ons tot de normatieve compensatieregelingen. De ex post GGZ-regeling voor aanbieders met meer dan € 10 miljoen omzet⁴ en de hardheidsclausule betrekken wij niet in ons oordeel. Wij kunnen namelijk geen oordeel vellen over de GGZ-regeling en de hardheidsclausule omdat deze nog niet voldoende zijn vormgegeven. Wij zullen hierover een separaat oordeel geven als deze nader zijn uitgewerkt.

Bij een normatieve vergoeding kan hooguit op plausibiliteit getoetst worden of de uitgekeerde normbedragen de werkelijk gemaakte kosten benaderen. Zoals hierboven aangegeven heeft ons onderzoek zich gericht op onze taak of de door ZN vastgestelde regelingen ter compensatie van de gemaakte indirecte meerkosten COVID plausibel zijn. Hiermee bedoelen we dat voldoende aannemelijk moet zijn gemaakt dat de in de regelingen opgenomen normatieve vergoedingsbedragen de werkelijke kosten redelijkerwijs benaderen. Hierbij hebben wij rekening gehouden met alle bijzondere omstandigheden als gevolg van de COVID-pandemie.

³ De hardheidsclausule houdt tevens in dat als er bovenmatige winsten worden gemaakt, de vergoeding achteraf op initiatief van de zorgverzekeraar naar beneden kan worden bijgesteld.

⁴ GGZ-aanbieders met een omzet van minder dan 10 miljoen euro vallen onder de generieke regeling.

Afwegingen NZa over keuze vergoedingssystematiek

ZN-beslisboom

ZN maakt gebruik van een beslisboom voor de beoordeling van de vraag of kosten kunnen worden ingebracht in een van de regelingen indirecte meerkosten COVID. Deze beslisboom is door ZN bij de totstandkoming van de regelingen voor elke sector op dezelfde wijze toegepast. Op basis van deze beslisboom zijn 2 lijsten opgesteld met kosten die in ieder geval wel dan wel in ieder geval niet ingebracht kunnen worden. De beslisboom is inhoudelijk door de NZa getoetst aan de kostencategorieën zoals die door VWS zijn vastgesteld. Hieruit blijken geen bijzonderheden.

We zijn van oordeel dat met deze beslisboom in opzet de definitie van indirecte meerkosten COVID op correcte wijze wordt toegepast in alle 5 Regelingen.

Vergoedingen op basis van werkelijke kosten vs. normatieve bedragen

De vergoeding van de gemaakte indirecte meerkosten kan via 2 methodieken (of een combinatie daarvan) plaatsvinden:

- een vergoeding op basis van normbedragen (ex ante);
- een vergoeding op basis van werkelijk gemaakte kosten (ex post)

Een ex post wijze van vergoeding van de werkelijk gemaakte indirecte meerkosten is het meest zuiver. Dit sluit ook het beste aan bij in de NZa beleidsregel voor vergoeding van de meerkosten is waarin is opgenomen dat de zorgaanbieder alleen extra kosten in rekening kan brengen als hij kan aantonen dat de extra kosten gemaakt zijn in verband met COVID-zorg.

Toch kleven er een aantal bezwaren aan een ex post wijze van vergoeden die te maken hebben met de bijzondere omstandigheden van de COVID-crisis:

1. Registratie van de meerkosten bij zorgaanbieders lang niet altijd op orde

Bij aanvang van de COVID-pandemie zijn zorgaanbieders overvallen door de grote hoeveelheid van COVID-patiënten. De COVID-crisis heeft grote impact gehad op de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders die direct betrokken zijn bij het opvangen en verzorgen van COVID-patiënten. Maar ook zorgaanbieders die geen COVID-patiënten behandelen, zijn met gevolgen geconfronteerd. De registratie van de COVID-kosten heeft daarbij in de eerste COVID-golf niet altijd de eerste prioriteit gehad. De (meer)kosten van COVID-zorg zijn daardoor door de zorgaanbieders niet altijd uniform en op een inzichtelijke wijze geregistreerd. Hierdoor zijn de meerkosten van de COVID-zorg moeilijk te onderscheiden van de kosten van de reguliere zorg.

2. Declareren op basis van werkelijke kosten betekent ICT-aanpassingen die op korte termijn niet mogelijk zijn

Kenmerkend van de indirecte meerkosten is dat deze niet op verzekerdenniveau te herleiden zijn. De huidige inrichting van de declaratiestandaard is wel op verzekerdenniveau. Systemen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn zodanig ingericht dat alleen declaraties op verzekerdenniveau kunnen worden verwerkt. Het kunnen declareren van meerkosten vraagt veel technische uitdagingen, zowel aan de kant van de zorgaanbieder als aan de kant van zorgverzekeraars om het mogelijk te maken. Zonder ICT-aanpassingen moet de controle van de nota's van indirecte meerkosten, handmatig plaatsvinden bij de zorgverzekeraars. Dit is niet uitvoerbaar gezien de grote aantallen zorgaanbieders (ongeveer 85.000). Bovendien zijn dergelijke grootschalige en ingrijpende ICT-aanpassingen, op korte termijn niet te realiseren.

3. Declareren op basis van werkelijke kosten verlegt het bedrijfsrisico van zorgaanbieders naar de zorgverzekeraars (voor zover de kosten voor zorgverzekeraars onder de drempel van de catastroferegeling blijven) en neemt bij zorgaanbieders een prikkel weg om doelmatig te werken

Een ex postsysteem waarbij zorgaanbieders 'alle bonnetjes' van de indirecte meerkosten kunnen indienen, neemt elke prikkel om doelmatig in te kopen weg. Ook bestaan er geen eenduidige normen over wat reële meerkosten zijn. Dit levert, in combinatie met een gebrekkige registratie, een risico voor de zorgverzekeraars op dat zij min of meer het bedrijfsrisico van de zorgaanbieders overnemen. Dit leidt mogelijk tot een te groot solvabiliteitsrisico en een moeizame discussie met individuele zorgaanbieders over de hoogte van de vergoeding.

4. Om de continuïteit van de reguliere en COVID-zorg te kunnen waarborgen, was het noodzakelijk dat in sommige sectoren snel zekerheid werd geboden over de omvang van de vergoeding

In tegenstelling tot een ex post-regeling, geeft een ex ante-vergoeding snel zekerheid over de hoogte van de vergoede indirecte meerkosten. Een ex ante-vergoeding is hoofdzakelijk gebaseerd op een percentage van de CB-aanneemsom⁵. Hierdoor is voor zorgaanbieders snel duidelijkheid over de hoogte van de te ontvangen vergoeding voor indirecte meerkosten over de periode maart tot en met december 2020.

De NZa is van oordeel dat ZN om plausibele redenen heeft gekozen voor een ex ante-compensatiesystematiek. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

- Een ex ante-regeling levert beduidend minder administratieve lasten op voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars.
- Om de continuïteit van de reguliere en COVID-zorg snel te kunnen waarborgen, was het noodzakelijk dat zorgaanbieders snel zekerheid werd geboden over de hoogte van de vergoeding.
- Hoewel in beginsel het meest zuiver, levert een ex post compensatie vanwege de bijzondere omstandigheden van de combinatie van een gebrekkig registratie en het ontbreken van normen over de hoogte reële meerkosten, in de onderhavige situatie een risico op voor de zorgverzekeraars. Zij nemen dan min of meer het bedrijfsrisico van de zorgaanbieders over en zullen naar verwachting in een moeizame discussie met individuele zorgaanbieders belanden over de hoogte van de vergoeding.

Kanttekening keuze voor ex ante normatieve vergoeding in combinatie met een hardheidsclausule⁶

De ex ante wijze van vergoeden in combinatie met een hardheidsclausule kent wel een risico op overfinanciering. De normbedragen zijn namelijk gebaseerd op de gemiddelde kosten die zorgaanbieders gemaakt hebben. Zorgaanbieders die minder kosten hebben gemaakt dan het gemiddelde, krijgen een te hoge vergoeding. Zorgaanbieders die hogere kosten hebben gemaakt dan het gemiddelde, kunnen via de hardheidsclausule voor een extra vergoeding boven op de normvergoeding in aanmerking komen. Hierdoor bestaat er een risico op een te ruime vergoeding.

⁵ De 100% CB-aanneemsom is het gerealiseerde volume 2019 tegen de contractvoorwaarden 2020. Voor MSZ geldt het gerealiseerde volume 2019 exclusief de dure geneesmiddelen.

⁶ Dit geldt niet voor de Regeling GGZ.

1 Uitkomsten onderzoek landelijke afspraken normatieve vergoedingen MSZ

Beschrijving regeling MSZ

De regeling voor MSZ is nog niet definitief vastgesteld. Wel is de voorlopige regeling inhoudelijk aan de NZa voorgelegd door ZN. Hierbij is de NZa uitgegaan van de stukken zoals die op 20 oktober 2020 bij de NZa bekend waren.

De regeling heeft betrekking op algemene en academische ziekenhuizen. Deze zorgaanbieders krijgen 1,3% van de 100% CB-aanneemsom⁷ als vaste component vergoed voor indirecte meerkosten COVID. Daarnaast wordt als variabele component een bedrag van 300 euro per COVID-verpleegdag en 1.600 euro per COVID IC-dag vergoed. Voor deze variabele bedragen komt de zorgaanbieder alleen in aanmerking indien de behandelde patiënt COVID verdacht of COVID bevestigd is en op een cohortafdeling is behandeld. De regeling geldt voor de periode maart 2020 tot en met december 2020.

Bevindingen landelijke afspraken MSZ

Uit onderzoek naar de opzet van de regeling MSZ komt een aantal bevindingen naar voren met bepaalde onzekerheden en risico's als gevolg. Dit zijn:

- Bij de afspraken is gebruik gemaakt van de kostenopgaven van negen ziekenhuizen over de periode maart, april en mei 2020. Deze kosten zijn geëxtrapoléerd naar de resterende maanden van 2020. Dit heeft geresulteerd in een vaste vergoeding van 1,3% van de CB-aanneemsom en een variabele vergoeding van 300 euro per COVID-verpleegdag en 1.600 euro per COVID IC-dag. Er is een mate van onzekerheid omdat de wijze van behandelen en het aantal COVID-patiënten in de maanden juni tot en met december 2020 anders is dan in de maanden maart tot en met mei 2020. Er is een bepaalde verhouding gehanteerd tussen verpleeg- en IC-dagen op grond van de eerste COVID-golf, terwijl in de tweede golf deze verhouding anders is.
- De normatieve vergoeding is in de MSZ niet alleen gebaseerd op een rekenkundige onderbouwing, maar ook deels op een onderhandelingsresultaat. Om tot een akkoord te komen met zorgaanbieders over de regeling is een hogere normatieve vergoeding overeengekomen dan strikt op basis van de onderliggende cijfers kan worden onderbouwd. Partijen zijn een vergoeding van 1,3% van de CB-aanneemsom per ziekenhuis ter dekking van de doorlopende kosten overeengekomen. Op basis van de onderliggende berekeningen bedraagt het ongewogen gemiddelde kostenpercentage voor UMC's 1.1% en voor algemene ziekenhuizen 0.9%.
- Bij de berekening van de normbedragen per IC- en verpleegdag, is uitgegaan van het aantal verpleegdagen dat op dat moment bekend was. Achteraf blijkt dat het aantal dagen waarmee gerekend is te laag is. Dit komt door registratieproblemen. Hierdoor is het normbedrag 8 à 9 % te hoog vastgesteld op basis van de kennis zoals die na het maken van de afspraken bekend was.
- De kostencategorieën 3 en 4 van de meerkostendefinities van VWS⁸ zitten niet in de huidige voorliggende meerkostenregeling. Deze kosten zijn vergoed als continuïteitsbijdrage, wat feitelijk betekent dat de meerkosten voor dit onderdeel (in het kader van de meerkostenregeling) niet zijn vastgesteld. De onderverdeling tussen de continuïteitsbijdrage en meerkosten is daardoor niet helemaal zuiver. Dit heeft geen effect op de vergoeding aan zorgaanbieders. Wel heeft het effect op de compensatie aan zorgverzekeraars uit enerzijds de compensatieregeling en anderzijds de risicoverevening, aangezien de onzuivere onderverdeling voor een onbekend bedrag doorwerkt in de risicoverevening.
- Tijdens de totstandkoming van deze regeling werd door VWS comfort toegezegd voor het beschikbaar maken en houden van extra IC-capaciteit en klinische capaciteit en voor het op peil brengen van de basiscapaciteit. De kosten die hiermee zijn gemoed worden mogelijk deels dubbel vergoed doordat bij

⁷ De 100% CB-aanneemsom is het gerealiseerde volume 2019 tegen de contractvoorwaarden 2020 exclusief de dure geneesmiddelen.

⁸ Kostencategorie 3: kosten van zorgcapaciteit binnen een bestaande instelling voor Zvw zorg die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor coronapatiënten

Kostencategorie 4: kosten voor het creëren van extra zorg capaciteit voor coronapatiënten.

het vaststellen van de normbedragen hiermee nog geen rekening kon worden gehouden. Bij het vaststellen van de normbedragen is een component investeringen meegenomen waarin mogelijk ook investeringen voor beademingsapparatuur en andere IC-investeringen zitten. Ziekenhuizen ontvangen daarnaast ook een subsidie als de extra capaciteit daadwerkelijk wordt aangesproken. De kosten die hiermee zijn gemoeid zijn worden mogelijk dubbel vergoed om dezelfde reden.

- Er is een mate van onzekerheid over representativiteit van de gebruikte data:
 - a. De onderbouwing van de normbedragen is gebaseerd op de data van negen ziekenhuizen (van de 75) over de maanden maart, april en mei 2020. Het betreft hoofdzakelijk grote ziekenhuizen die relatief veel COVID-zorg hebben geleverd. Er is slechts een ziekenhuis meegenomen dat geen STZ-ziekenhuis was of een UMC.
 - b. Er is grote variatie in de hoogte van de gemaakte meerkosten tussen de negen ziekenhuizen onderling.
 - c. De negen ziekenhuizen zijn gevraagd om hun meerkosten onder te verdelen in doorlopende en variabele meerkosten (om zo een vaste vergoeding en een variabele vergoeding te berekenen). Er zit veel spreiding in de verhouding vast/variabel tussen de negen ziekenhuizen.
 - d. De voor de berekeningen aangeleverde data van de ziekenhuizen is niet getoetst door een accountant. Ook is de data niet aan de hand van brondocumenten (zoals facturen) getoetst.
 - e. Ten tijde van de uitvraag onder de ziekenhuizen waren er registratieproblemen bij zorgaanbieders en stond de definitie van meerkosten nog niet geheel vast.

Oordeel landelijke afspraken MSZ

De NZa geeft dit oordeel over de afspraken zoals die door ZN aan de NZa zijn overlegd en toegelicht. De afspraken zijn nog niet definitief vastgesteld en kunnen derhalve nog wijzigen. Als de definitieve afspraken inhoudelijk afwijken van de voorgelegde afspraken en toelichting, dan kan dat tot gevolg hebben dat de NZa dit oordeel herziet.

De COVID-crisis heeft een zeer ontwrichtend effect gehad op de zorgverlening in Nederland, in het bijzonder in de ziekenhuizen en de UMC's. Veel reguliere zorg is noodgedwongen stopgezet en er ontstond een nieuwe zorgvraag voor grote aantallen COVID-patiënten. Daarnaast moesten door zorgaanbieders aanvullende kosten worden gemaakt om de zorg veilig te kunnen verlenen. De bedrijfsvoering van zorgaanbieders is hierdoor in een belangrijke mate veranderd. Dit heeft onder meer geleid tot grote onzekerheid over de financiële consequenties voor zorgaanbieders. Ook had een adequate registratie niet altijd prioriteit. Om te voorkomen dat dit tot grote continuïteitsrisico's voor de zorg zou leiden is er onder hoge druk en met de beperkingen van dat moment de voorliggende regeling opgesteld. Vroegtijdige financiële zekerheid is daarom zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars van groot belang geweest. Deze bijzondere omstandigheden van de COVID-pandemie wegen naar ons oordeel op tegen de bij de bevindingen geschetste onzekerheden en risico's.

Mede gelet op bovenstaande bijzondere omstandigheden is de NZa alles afwegende van oordeel dat de landelijke afspraken voor 2020 en de wijze waarop onderliggende normbedragen en -percentages tot stand zijn gekomen, plausibel zijn onderbouwd.

Hardheidsclausule

De NZa is door ZN op 26 november 2020 geïnformeerd over de contouren van de ex post systematiek (hardheidsclausule). De NZa is van mening dat er op dit moment nog geen volledig uitgewerkt proces bestaat aan de hand waarvan zorgverzekeraars de door de aanbieders ingediende verzoeken op de hardheidsclausule, kunnen toetsen. Zo ontbreekt er nog een format waarin de aanbieder de aanvraag op een juiste en volledige manier kan doen. Ook moet het beoordelingskader om ingediende meerkosten te beoordelen, nog verder uitgewerkt worden. De NZa kan hierdoor nog geen oordeel geven over de opzet van de hardheidsclausule.

2 Uitkomsten onderzoek landelijke afspraken normatieve vergoedingen MSZ-Accent

Beschrijving regeling MSZ-Accent

De regeling voor MSZ-Accent is nog niet definitief vastgesteld. Wel is door ZN de voorlopige regeling inhoudelijk aan de NZa voorgelegd. Hierbij zijn de NZa uitgegaan van de stukken zoals die op 3 november 2020 bij de NZa bekend waren.

De regeling heeft betrekking op categorale ziekenhuizen, revalidatiecentra, algemene en academische ziekenhuizen, bijzondere tandheelkunde, dialysecentra, epilepsiecentra, longrevalidatie, PAAZ/PUK, radiotherapie, revalidatie en ZG-instellingen. In tegenstelling tot de regeling voor de MSZ (algemene en academische ziekenhuizen) is de impact van de COVID voor deze groep aanbieder veel minder groot, waardoor een andere vergoeding van toepassing is.

De Regeling ziet er voor de verschillende categorieën zorgaanbieders als volgt uit⁹:

Categorie	Vast percentage meerkosten	Vergoeding per COVID-verpleegdag
Categoriaal –SMK	1,3%	€ 300
Categoriaal –AvL/NKI	1,3%	-
Categoriaal –Het Oogziekenhuis	1,3%	-
Categoriaal –PMC	0,5%	-
Audiologische centra	0,6%	-
Centra voor bijzondere tandheelkunde	-	-
Zelfstandige dialysecentra	0,2%	-
Epilepsiecentra	0,9%	-
Centra voor longrevalidatie	0,8%	€ 250
PAAZ/PUK	-	-
Centra voor radiotherapie	0,3%	-
Revalidatie-instellingen	0,8%	€ 250

Deze zorgaanbieders krijgen bovengenoemde percentages van de CB-aaneensom 2020 als normatieve vergoeding voor indirecte meerkosten COVID. Daarnaast wordt voor enkele categorieën aanbieders aanvullend een normbedrag per COVID-verpleegdag vergoed. Voor deze variabele bedragen komt de zorgaanbieder alleen in aanmerking indien de behandelde patiënt COVID verdacht of COVID bevestigd was en op een cohortafdeling is behandeld.

De afspraken zijn gemaakt voor de periode maart 2020 tot en met december 2020.

Naast bovenstaande vergoedingen kunnen de zorgaanbieders een beroep doen op een hardheidsclausule, als de normatieve vergoeding onvoldoende is.

⁹ SMK en het Oogziekenhuis doen mee met de reguliere MSZ-regeling en vallen dus niet onder MSZ-Accent regeling. NKI/AVL wordt ex post na gecalculeerd omdat zij niet meedoen aan de continuïteitsregeling en beide regelingen aan elkaar gekoppeld zijn. De PAAZ/Puk's hebben geen separate MSZ-Accent regeling, maar vallen onder de MSZ-regeling.

Bevindingen landelijke afspraken MSZ-Accent

Uit onderzoek naar de opzet van de voorlopige regeling MSZ-Accent komen een aantal bevindingen naar voren met bepaalde onzekerheden en risico's als gevolg. Hieronder zijn de per deelsector onze bevindingen opgenomen.

Categorale ziekenhuizen

Een aantal categorale ziekenhuizen valt onder de MSZ-regeling. Voor deze instellingen zijn de opmerkingen ten aanzien van de MSZ van overeenkomstige toepassing.

Revalidatiecentra

- Totaal zijn er 16 revalidatiecentra. Deze zijn gespreid over Nederland. Vier zorgaanbieders zijn geanalyseerd. De plausibiliteit van de verantwoorde meerkosten is beoordeeld. Indien kosten onwaarschijnlijk of onduidelijk waren zijn er nadere vragen over gesteld.
- De uitkomsten van de analyses en de 0,8% en € 250 per verpleegdag zijn met Revalidatiezorg Nederland en NVZ besproken. De cijfers zijn gebaseerd op de cijfermatige onderbouwing van de geanalyseerde zorgaanbieders.
- Een aantal aanbieders heeft cohort-afdelingen ingericht en te maken met nabehandeling na ziekenhuisopname van ex COVID-patiënten. Hierdoor waren er behoorlijke verschillen tussen zorgaanbieders en is er een grote spreiding in indirecte meerkosten. Daarom is naast een vast percentage van 0,8% ook een bedrag per COVID-ligdag overeengekomen van € 250,-. Het bedrag van € 250,- betreft een sluittarief gebaseerd op één revalidatiecentrum. Deze instelling heeft de meerkosten vanaf het begin apart geadministreerd. Daardoor zijn deze cijfers relatief betrouwbaar en volledig. Daarbij is voor de toeslag gekeken naar welke kosten COVID-gedreven zijn. Wel is het de vraag hoe representatief dit is omdat dit maar voor een zorgaanbieder in kaart is gebracht. Vervolgens heeft Gupta gekeken of dit bij de andere onderzochte aanbieders tot een redelijke uitkomst leidt. Dat lijkt het geval.
- De verdeling van vaste en variabele kosten is gebaseerd op COVID-gedreven kosten. Hierbij is door Gupta bottom-up een verdeling gemaakt. Dit houdt in dat op basis van een zo realistisch mogelijke inschatting voor onderliggende producten of diensten normatieve bedragen zijn opgeteld om zo tot een totaalbedrag te komen. Daarnaast is een vergelijking gemaakt tussen zorgaanbieders met veel en weinig verpleegdagen.
- Ligdagen mogen enkel in rekening gebracht worden indien er sprake is van patiënten die behandeld zijn op een cohortafdeling. Hierover wordt door de zorgaanbieder een bestuursverklaring afgegeven. Zorgverzekeraars kunnen nog wel toetsen of de revalidatie declaraties aansluiten op de ziekenhuistrajecten.
- Bij het doorlopen van een opgave bleek dat verlofdagen wel zijn uitgevraagd maar op basis van de ZN-beslisboom waren uitgevallen. Deze kosten zijn vanwege het beperkte effect niet uitgesplitst naar wel of niet aanvaardbare verlofuren.

Audiologie

Van de 13 audiologiecentra (18 AGB-codes) zijn drie centra onderzocht. Na toepassing van de beslisboom resteert voor indirecte meerkosten 0,6%. Het betreft voornamelijk kosten voor schoonmaak en materiële kosten (PBM).

Epilepsie

Voor de indirecte meerkosten komt 0,9% van de CB-aanheemsom voor vergoeding in aanmerking. De twee epilepsiecentra zijn nader geanalyseerd. Daaruit blijkt dat relatief hoge personeelskosten zijn verantwoord. De opgaven zijn niet uitgebreid onderzocht omdat het relatief kleine instellingen betreft.

Ten algemene zien wij dat bij elke deelsector de indirecte meerkostenopgaves van tenminste enkele zorgaanbieders nader zijn onderzocht op plausibiliteit. Afwijkingen bij zorgaanbieders zij daarnaast onderzocht

op betrouwbaarheid en volledigheid. Hiermee lijkt de kostenonderbouwing voldoende representatief voor de deelnemende zorgaanbieders.

Oordeel landelijke afspraken MSZ-Accent

De NZa geeft dit oordeel over de afspraken zoals die door ZN aan de NZa zijn overlegd en toegelicht. De afspraken zijn nog niet definitief vastgesteld en kunnen derhalve nog wijzigen. Als de definitieve afspraken inhoudelijk afwijken van de voorgelegde afspraken en toelichting, dan kan dat tot gevolg hebben dat de NZa dit oordeel herziet.

Al hoewel in mindere mate dan in de MSZ heeft ook voor de MSZ-Accent de COVID-pandemie een zeer ontwrichtend effect gehad. Door zorgaanbieders moesten aanvullende kosten worden gemaakt om de zorg veilig te kunnen verlenen. Dit heeft geleid tot financiële onzekerheid bij zorgaanbieders. Om snel duidelijkheid te kunnen geven is voor de verschillende deelsectoren binnen MSZ-Accent een normatief vergoedingspercentage en in enkele gevallen een aanvullende normatieve vergoeding per COVID-verpleegdag vastgesteld. Daarnaast kan beroep worden gedaan op de hardheidsclausule indien de normatieve vergoeding onvoldoende is. Wij hebben, gezien de omstandigheden en beperkingen op het moment van het uitbreken van de COVID-pandemie, geen opmerkingen bij de plausibiliteit en de representativiteit van de kostenonderbouwingen van de normatieve vergoedingsbedragen en percentages.

Gezien de bovenstaande bijzondere omstandigheden is de NZa alles afwegende van oordeel dat de landelijke afspraken voor 2020 en de wijze waarop onderliggende normbedragen en -percentages tot stand zijn gekomen, plausibel zijn onderbouwd.

Hardheidsclausule

De NZa is nog niet geïnformeerd over de contouren van de hardheidsclausule. De NZa is van mening dat er op dit moment nog geen volledig uitgewerkt proces bestaat aan de hand waarvan zorgverzekeraars de door de aanbieders ingediende verzoeken op de hardheidsclausule, kunnen toetsen. Zo ontbreekt er nog een format waarin de zorgaanbieder de aanvraag op een juiste en volledige manier kan doen. Ook moet het beoordelingskader om ingediende meerkosten te beoordelen, nog verder uitgewerkt worden. De NZa kan hierdoor nog geen oordeel geven over de opzet van de hardheidsclausule.

3 Oordeelonthouding landelijke afspraken vergoedingen werkelijke meerkosten van GGZ-aanbieders met Zvw omzet >10 miljoen euro

Beschrijving regeling GGZ-aanbieders die zorg met verblijf leveren en/of een jaarmzet hebben van meer dan € 10 miljoen voor Zvw zorg

De regeling voor GGZ is nog niet definitief vastgesteld. Wel is de voorlopige regeling inhoudelijk aan de NZa voorgelegd door ZN. Hierbij is de NZa uitgegaan van de stukken zoals die op 5 november 2020 bij de NZa bekend waren.

In tegenstelling tot de andere Regelingen, kent de Regeling GGZ voor grote GGZ-aanbieders, geen normatieve vergoedingen component. De Regeling is om verschillende redenen volledig ex post. Dit komt onder meer door het volgende.

- De mate waarin zorgaanbieders met meerkosten werden geconfronteerd verschilde binnen de deelsectoren GGZ te veel om een normatieve ex ante regeling af te kunnen spreken. De zorgaanbieders binnen de GGZ verschillen aanzienlijk van elkaar in onder meer het type patiënten dat ze behandelden, het soort zorg dat ze aanbieden (o.a. het al dan niet hebben van een intramurale component heeft een grote invloed) en of er door de zorgaanbieder daadwerkelijk COVID-patiënten werden behandeld. Door deze grote spreiding zou een ex ante vergoeding tot een grote mate van overfinanciering of onderfinanciering per individuele aanbieder leiden.
- In verschillende deelsectoren is sprake van verschillende financiers. In de GGZ waren met zorgkantoren, de gemeenten en het Rijk al ex post regelingen afgesproken. Het was bestuurlijk volgens ZN onmogelijk om alsnog ex ante regelingen overeen te komen. Zorgverzekeraars vergoeden het deel van de meerkosten naar rato van de omzetverdeling over de verschillende financiers van de betreffende zorgaanbieder.
- In de GGZ werd de voorkeur gegeven aan juistheid boven snelheid. Er werd door de zorgaanbieders voor lief genomen dat het een tijd zou duren voordat duidelijkheid zou bestaan over de hoogte van de vergoeding voor meerkosten. De financiële impact van de uitbraak van het COVID-virus was in deze sector ook veel minder groot dan bijvoorbeeld in de MSZ. Door het beperkte aantal grote GGZ-aanbieders (74) is maatwerk ook administratief beter haalbaar voor de zorgverzekeraars.

Onthouding van oordeel

De NZa is door ZN/Gupta geïnformeerd over de contouren van de GGZ-regeling. De NZa is van mening dat er op dit moment nog geen volledig uitgewerkt proces is aan de hand waarvan zorgverzekeraars de door GGZ-aanbieders ingediende meerkosten, kunnen toetsen. Zo ontbreekt er nog een format waarin de aanbieder de aanvraag op een juiste en volledige manier kan doen. Ook moet het beoordelingskader om ingediende meerkosten te beoordelen, nog verder uitgewerkt worden. De NZa kan hierdoor nog geen oordeel geven over de opzet van dit proces.

4 Uitkomsten onderzoek landelijke afspraken normatieve vergoedingen GRZ/ELV/WVP en meerkostenregeling COVID-bedden met Zvw omzet >10 miljoen euro

Beschrijving Regeling GRZ/ELV/WVP

De regeling voor GRZ/ELV/WVP is nog niet definitief vastgesteld. Wel is door ZN de voorlopige regeling inhoudelijk aan de NZa voorgelegd. Hierbij is de NZa uitgegaan van de stukken zoals die op 7 december 2020 bij de NZa bekend waren.

De regeling heeft betrekking op instellingen die geriatrische revalidatiezorg (GRZ), eerstelijns verblijf (ELV) en/of wijkverpleging (WVP) leveren met een omzet van Zvw-zorg boven de € 10 mln. Deze zorgaanbieders krijgen 0,8% van de CB-aanheemsom 2020 als vaste component vergoed voor indirecte meerkosten COVID.

Voor de totstandkoming van het ex ante normpercentage is gebruik gemaakt van de generieke ZN-beslisboom om te bepalen of kosten behoren tot de te vergoeden indirecte meerkosten. Hierbij zijn door ZN voor deze regeling vier specifieke categorieën meerkosten benoemd die in aanmerking komen voor vergoeding:

- Tijdelijke aanpassingen om te voldoen aan 1½ meter samenleving;
- Persoonlijke beschermingsmaterialen;
- Extra kosten voor schoonmaak en afvalverwerking;
- Uitvoeren/uitbesteden COVID-testen voor personeel in maart t/m mei die de GGD niet kon uitvoeren.

Daarnaast is voor ELV een meerkostenregeling COVID-bedden. Voor elke verblijfsdag krijgt de aanbieder een vergoeding (A0012). Dit tarief bedraagt tot 1 november 2020 €282,92 en van 1 november tot en met 31 december € 507,- per patiënt per verblijfsdag. Als het normatieve vergoedingspercentage en het tarief voor de COVID-bedden niet afdoende is kan de zorgaanbieder in aanmerking komen voor een aanvullende meerkostenvergoeding. Hiervoor komen alleen kosten in aanmerking die niet via andere regelingen worden vergoed.

De afspraken zijn gemaakt voor de periode maart 2020 tot en met december 2020.

Bevindingen landelijke afspraken GRZ/ELV/WVP

Uit onderzoek naar de opzet van de regeling komen een aantal bevindingen naar voren met bepaalde onzekerheden en risico's als gevolg. Dit zijn:

- Voor de betreffende sectoren zijn de normatieve kosten opgebouwd op basis van een normatief aantal producten of tijdseenheden dat per fte redelijkerwijze benodigd is. Deze zijn vermenigvuldigd met de feitelijke prijzen van producten die in de markt worden gevraagd of de gemiddelde historische kosten per tijdseenheid voor een bepaalde periode. De optelsom van deze normatieve kosten per fte is vervolgens per sector gedeeld door de gemiddelde omzet per fte om te komen tot een normpercentage over de omzet per fte. Dit heeft voor de GRZ, ELV en WVP geresulteerd in een vaste vergoeding voor indirecte meerkosten COVID, uitgedrukt in een percentage van de CB-aanheemsom. De opbouw van de normatieve kosten per fte en de doorvertaling daarvan naar de omzet zijn plausibel.
- Er is een grote variatie in de omvang van de gemaakte meerkosten tussen de 18 instellingen onderling. Negen van de achttien hebben een kostenniveau onder het normpercentage van 0,8%, vijf instellingen hebben een gelijk kostenniveau en vier instellingen hebben een hoger kostenniveau. De aanbieder met het hoogste kostenniveau heeft 1,5% aan indirecte meerkosten en de aanbieder met het laagste kostenniveau heeft 0,3% aan indirecte meerkosten. Daarnaast is er ook spreiding in de omzet per fte zichtbaar. De omzet per fte varieert van ruim 50.000 euro tot 110.000 euro per fte. Deze onderlinge variaties zijn niet verder geanalyseerd of beoordeeld. Er is hierdoor een mate van onzekerheid over representativiteit van het berekende normpercentage van 0,8%. Dit is inherent aan de gekozen systematiek van het werken met een gemiddeld normpercentage.
- De scheiding tussen Zvw / Wlz zorg is niet altijd voldoende geborgd door een ontoereikende registratie bij zorgaanbieders. Hierdoor zijn mogelijk onjuiste kosten(soorten) als Zvw-zorg opgevoerd.

- Nadat de ZN-regeling GRZ/ELV/WVP is vastgesteld, is per 1 november 2020 het tarief dat gedeclareerd kan worden voor de COVID-bedden (A0012, experimentprestatie ELV) verhoogd na onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In deze verhoging is ook een opslag van € 50 voor dekking van de persoonlijke beschermingsmiddelen opgenomen (=indirecte meerkosten COVID). De vergoeding van 0,8% is hoofdzakelijk bedoeld als vergoeding van persoonlijke beschermingsmiddelen waardoor er een deel dubbel wordt vergoed. Wij hebben uitgerekend dat deze samenloop marginaal van omvang is (grofweg € 300.000).

Oordeel landelijke afspraken GRZ, ELV en wijkverpleging

De NZa geeft dit oordeel over de afspraken zoals die door ZN aan de NZa zijn overlegd en toegelicht. De afspraken zijn nog niet definitief vastgesteld en kunnen derhalve nog wijzigen. Als de definitieve afspraken inhoudelijk afwijken van de voorgelegde afspraken en toelichting, dan kan dat tot gevolg hebben dat de NZa dit oordeel herziet.

De NZa heeft de berekeningen van de gemiddelde kosten per FTE van persoonlijke beschermingsmiddelen, aanpassingen van de 1,5 meter samenleving, extra schoonmaak en COVID-testen beoordeeld. Ook heeft de NZa de doorvertaling van deze gemiddelde kosten per FTE naar de gemiddelde omzet per FTE beoordeeld. De NZa vindt dit plausibel onderbouwd.

De NZa is daarom van oordeel dat de landelijke afspraken voor 2020 en de wijze waarop onderliggende normbedragen en -percentages tot stand zijn gekomen plausibel zijn onderbouwd. Ten aanzien van de opzet van de aanvullende regeling voor COVID-bedden zijn wij ook van oordeel dat deze voldoende is onderbouwd¹⁰.

Hardheidsclausule

De NZa is nog niet geïnformeerd over de contouren van de hardheidsclausule. De NZa is van mening dat er op dit moment nog geen volledig uitgewerkt proces bestaat aan de hand waarvan zorgverzekeraars de door de aanbieders ingediende verzoeken op de hardheidsclausule, kunnen toetsen. Zo ontbreekt er nog een format waarin de zorgaanbieder de aanvraag op een juiste en volledige manier kan doen. Ook moet het beoordelingskader om ingediende meerkosten te beoordelen, nog verder uitgewerkt worden. De NZa kan hierdoor nog geen oordeel geven over de opzet van de hardheidsclausule.

¹⁰ Wij geven hiermee geen oordeel over de feitelijke uitvoering van de regeling omdat deze nog niet heeft plaatsgevonden.

5 Uitkomsten onderzoek landelijke afspraken normatieve vergoedingen generieke regeling

Beschrijving generieke regeling

De generieke regeling voor kleine zorgaanbieders is nog niet definitief vastgesteld. Wel is door ZN de voorlopige regeling inhoudelijk aan de NZa voorgelegd. Hierbij is de NZa uitgegaan van de stukken zoals die op 28 oktober 2020 bij de NZa bekend waren.

De regeling heeft betrekking op zorgaanbieders waarvoor geen andere compensatieregelingen gelden. De vergoeding betreft per sector een bepaald percentage van de CB-aanheemsom 2020 die zorgaanbieders als vaste component vergoed krijgen voor indirecte meerkosten COVID. De aan de NZa voorgelegde percentages waren op het moment van voorleggen nog niet toegerekend aan de omzet 2020 en zijn daarom niet opgenomen in dit document. Specifiek gaat het om de volgende sectoren:

- (medische) Pedicure
- Alternatieve geneeswijzen
- Apotheken
- Diëtetiek
- Eerstelijns diagnostiek
- Ergotherapie
- Fysiotherapie
- Gecontracteerde audiciens (gehoorzorg)
- GGZ (aanbieders zonder verblijf met een Zvw-omzet van max. € 10 mln.)
- Huidtherapie
- Hulpmiddelen (aanbieders met een Zvw-omzet van max. € 10 mln., exclusief zuurstofleveranciers)
- Kraamzorg
- Logopedie
- Oefentherapie
- Optometrie
- Podotherapie
- Trombose
- Verloskunde
- ZBC's
- Zittend ziekenvervoer

Voor de totstandkoming van de normatieve vergoedingen is gebruik gemaakt van de generieke ZN-beslisboom om te bepalen of kosten behoren tot de te vergoeden indirecte meerkosten. Hierbij zijn door ZN voor de generieke regeling zes specifieke categorieën meerkosten benoemd die in aanmerking komen voor vergoeding:

- Tijdelijke aanpassingen om te voldoen aan 1½ meter samenleving;
- Extra inhuur personeel;
- Persoonlijke beschermingsmaterialen;
- Extra kosten voor schoonmaak en afvalverwerking;
- Uitvoeren/uitbesteden COVID-testen voor personeel in maart t/m mei die de GGD niet kon uitvoeren;¹¹
- Extra reiskosten voor zorg-gerelateerd transport.¹²

Voor zuurstofleveranciers (hulpmiddelen) geldt als variabele component een normatieve vergoeding per COVID-patiënt voor zuurstofvoorziening middels stationaire concentrator (SOC) plus toebehoren en een normatieve vergoeding voor zuurstofvoorziening middels zuurstofcilinders (GOX) of vloeibare zuurstof (LOX) plus toebehoren.

¹¹ Geldt enkel voor verloskunde en ZBC's.

¹² Geldt enkel voor apotheken.

Voor instellingen die geriatrische revalidatiezorg, eerstelijns verblijf en/of wijkverpleging leveren met een omzet van Zvw-zorg tot maximaal € 10 mln. geldt hetzelfde normpercentage van 0,8% van de CB-aanneemsom 2020 dat als vaste component wordt vergoed voor indirecte meerkosten COVID, zoals is vastgesteld voor de regeling GRZ/ELV/WVP. Deze generieke regeling bevat geen ex-post component.

Een hardheidsclausule is geen onderdeel van de generiek regeling.

Bevindingen landelijke afspraken generiek

Uit onderzoek naar de opzet van de regeling komen een aantal bevindingen naar voren met bepaalde onzekerheden en risico's als gevolg. Dit zijn:

- Voor de betreffende sectoren zijn de normatieve kosten opgebouwd op basis van een normatief aantal producten of tijdseenheden dat per fte redelijkerwijze benodigd is. Deze zijn vermenigvuldigd met de feitelijke prijzen van producten die in de markt worden gevraagd of de gemiddelde historische kosten per tijdseenheid voor een bepaalde periode. De optelsom van deze normatieve kosten per fte is vervolgens per sector gedeeld door de gemiddelde omzet per fte om te komen tot een normpercentage over de omzet per fte. Dit heeft per sector geresulteerd in een vaste vergoeding voor indirecte meerkosten COVID, uitgedrukt in een percentage van de CB-aanneemsom.¹³
- Voor zuurstofleveranciers (hulpmiddelen) is een normatieve vergoeding per COVID-patiënt vastgesteld op basis van historische kosten per patiënt voor o.a. administratieve verwerking aanvragen, het vervoer van apparatuur, reiniging van apparatuur, het tussentijds afvullen van zuurstofcilinders, inzet van extra personeel en persoonlijke beschermingsmiddelen.
- De totstandkoming van de vergoeding voor instellingen die geriatrische revalidatiezorg, eerstelijns verblijf en/of wijkverpleging leveren met een omzet van Zvw-zorg tot maximaal € 10 mln. is gebaseerd op de regeling GRZ/ELV/WVP. Voor de bevindingen hierover verwijzen we naar onze bevindingen specifiek bij die regeling.

Oordeel landelijke afspraken generiek

De NZa geeft dit oordeel over de afspraken zoals die door ZN aan de NZa zijn overlegd en toegelicht. De afspraken zijn nog niet definitief vastgesteld en kunnen derhalve nog wijzigen. Als de definitieve afspraken inhoudelijk afwijken van de voorgelegde afspraken en toelichting, dan kan dat tot gevolg hebben dat de NZa dit oordeel herziet.

De opbouw van normatieve kosten gebaseerd op feitelijke prijzen van producten en historische kosten per tijdseenheid is adequaat onderbouwd. Daarnaast zijn het normatief aantal producten of tijdseenheden dat per fte wordt gehanteerd, gebaseerd op een reële behoefte. Bovendien zijn de resultaten per sector deels getoetst bij veldpartijen. De NZa vindt dit plausibel onderbouwd.

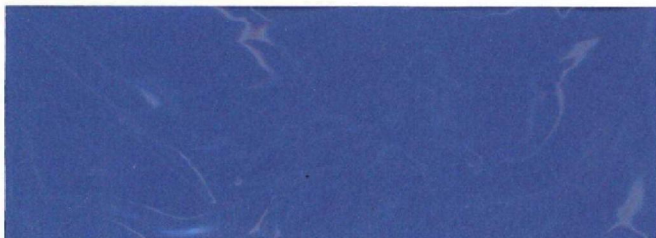
Alles afwegende is de NZa van oordeel dat de landelijke afspraken voor 2020 en de wijze waarop onderliggende normbedragen en -percentages van de generieke regeling tot stand zijn gekomen, voldoende plausibel zijn onderbouwd.

¹³ De voorgelegde percentages zijn nog gebaseerd op de normomzet 2019, welke is gebaseerd op de CB-aanneemsom en moeten nog omgezet worden naar de omzet 2020. Hierdoor zullen de definitieve percentages nog wijzigen.



Nederlandse
Zorgautoriteit

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht



VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN
01 MAART 2021
SCANPLAATS

VOLKS
WEI
10 MAART 2021
SCANPLAATS

