



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Aan de Vaste commissies voor VWS
van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag
per e-mail: [\(10\)\(2e\)@tweedekamer.nl](mailto:(10)(2e)@tweedekamer.nl)

Behandeld door

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) [nvz-ziekenhuizen.nl](mailto:(10)(2e)@nvz-ziekenhuizen.nl)

Datum

6 mei 2020

Onderwerp

Financiële schade ziekenhuizen

Geachte leden van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Enorm trots zijn wij op de enorme inzet en inspanningen die onze verpleegkundigen, dokters en andere zorgprofessionals hebben geleverd om de afgelopen twee maanden een grote groep corona-patiënten noodzakelijke acute en intensieve zorg te verlenen! Mede daardoor zijn we er in Nederland in geslaagd de negatieve impact van het coronavirus zo veel mogelijk in te perken. Er is enorm veel van de mensen in het ziekenhuis gevraagd en er zal de komende tijd bij het opstarten van de reguliere ziekenhuiszorg ook weer een groot beroep op hen worden gedaan. Onze verwachting is dat het opstarten van de reguliere zorg een opgave van lange adem is. Los van allerlei ingewikkelde organisatorische vraagstukken die hierbij komen kijken, hebben onze mensen tijd nodig om goed te kunnen herstellen van alle inspanningen die ze hebben geleverd en van wat ze hebben meegemaakt.

Nu de eerste coronagolf over zijn hoogtepunt heen lijkt, is het nodig dat er ook nadrukkelijk aandacht komt voor de enorme financiële gevolgen waarmee ziekenhuizen zich geconfronteerd zien als gevolg van het bestrijden van het coronavirus en met het oog op een adequate voorbereiding op mogelijke nieuwe pieken.

In deze brief gaan we achtereenvolgens in op:

1. Hoe worden kosten van ziekenhuizen gedekt?
2. Financiële knelpunten ziekenhuizen
3. Financiële zekerheid gevraagd

1. Hoe worden kosten van ziekenhuizen gedekt?

In wezen is de medisch-specialistische zorg een publiek stelsel met private contractering. Jaarlijks wordt via de begroting van VWS vastgesteld hoeveel geld er beschikbaar is voor zorg. Zo is voor de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt in 2020 € (10)(2b) beschikbaar, waarvan € (10)(2b) voor de medisch-specialistische zorg. Op basis van het beschikbare kader maken zorgverzekeraars afspraken met ziekenhuizen over de kwaliteit en prijs van zorg. De gemaakte afspraken krijgen hun beslag in private overeenkomsten tussen

individuele zorgverzekeraars en individuele ziekenhuizen. Door het jaar heen worden ziekenhuizen door zorgverzekeraars betaald voor de zorg die zij leveren aan de verzekerden van de betreffende zorgverzekeraars. Kortom, ziekenhuizen zijn voor hun inkomsten afhankelijk van het leveren van de afgesproken zorg. Kunnen zij die zorg om wat voor reden dan ook niet leveren (zoals bij de coronacrisis), dan drogen de inkomsten op.

De zorgverzekeraars krijgen hun geld primair uit de zorgpremies, de inkomensafhankelijke bijdrage en een algemene rijksbijdrage. Verzekerden betalen een zorgpremie en dragen eveneens via de betaling van het eigen risico bij. Verder draagt iedere belastingplichtige een percentage van zijn inkomen (de inkomensafhankelijke bijdrage) via de overheid af aan de zorgverzekeraars. Daarnaast ontvangt elke zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds een vergoeding voor de beheerskosten voor verzekerde kinderen in hun bestand en een vereveningsbijdrage. Dit bedrag houdt rekening met het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie van iedere zorgverzekeraar en met het eigen risico dat hij ontvangt. Het zorgt zodoende voor een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Samenvattend betekent het dat de verschillende bijdragen die zorgverzekeraars ontvangen om de zorgkosten te kunnen betalen doorlopen, óók als er veel minder zorg wordt geleverd (zoals bij de coronacrisis). Dit geldt alleen niet voor de betalingen van het eigen risico. Deze zullen navenant achterblijven als er minder reguliere zorg geleverd wordt.

Volledigheidshalve zij nog opgemerkt dat een beperkt deel van de zorguitgaven rechtstreeks aan zorgaanbieders wordt betaald vanuit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Dit betreft vooral de beschikbaarheidsbijdragen voor o.m. (zorg)opleidingen, academische zorg, brandwondenzorg, traumazorg, spoedeisende hulp en acute verloskunde. Voor andere informatie over de financiering onder de Zorgverzekeringswet verwijzen we u naar [bijlage 1](#).

2. Financiële knelpunten ziekenhuizen

Door de grote aantallen corona-patiënten, de vereiste beschermingsmaatregelen en de noodzakelijke inzet van IC-bedden, zagen ziekenhuizen zich de afgelopen maanden gedwongen een groot deel van de semi-acute en geplande zorg uit te stellen. Bovendien bleken niet-coronapatiënten terughoudend om een beroep te doen op ziekenhuiszorg. De afgelopen weken is de reguliere zorg gelukkig steeds meer op gang gekomen, maar de verwachting is dat het coronavirus voor langere tijd meer investeringen in capaciteit nodig maakt en spanning zal blijven oproepen met het kunnen verlenen van niet-corona zorg.

Nu ziekenhuizen door de coronacrisis substantieel minder reguliere zorg hebben kunnen leveren, krijgen zij dus ook veel minder betaald. Tegelijkertijd lopen vrijwel alle kosten door (personeelskosten, kosten van gebouwen) en worden ziekenhuizen ook nog eens geconfronteerd met extra kosten bij het leveren van corona-zorg (opschalen IC, persoonlijke beschermingsmiddelen). Dit leidt tot grote financiële knelpunten bij ziekenhuizen.

Uit een eerste inventarisatie van de NVZ onder haar leden blijkt dat als gevolg van de afschaling van de reguliere zorg de zorgomzet de afgelopen maanden met gemiddeld 47% is afgenomen. De BDO Benchmark ziekenhuizen van 2019 laat zien dat de 64 Nederlandse algemene ziekenhuizen in 2018 € (10)(2b) aan DBC-opbrengsten en € (10)(2b) aan overige opbrengsten hadden. Bij elkaar gaat het dus om een omzet van € (10)(2b). Een reductie van 47% betekent dat zij maandelijks ca. € (10)(2b) minder inkomsten genereren. **Dat kan dus in de maanden maart, april en mei optellen tot een bedrag van ca. € (10)(2b)**. Hoe dit er aan het eind van 2020 uit zal zien zal afhangen van het aantal nieuwe corona-patiënten en van de capaciteitsruimte om uitgestelde zorg in te halen. Er moet echter vanuit worden gegaan dat niet alle achterstanden in 2020 kunnen worden ingelopen, waardoor met extra zorgkosten in het jaar 2021 rekening moet worden gehouden.

Bovenop deze derving aan reguliere inkomsten komen de extra kosten als gevolg van corona. Die worden in de afgelopen maanden *per ziekenhuis* geschat op ca. € (10)(2b) per maand. Bovendien moet ook worden geïnvesteerd in de langdurige fysieke scheiding binnen ziekenhuizen tussen de corona- en niet-corona zorgorganisatie. Dit vraagt extra uitgaven voor het beschikbaar maken van ziekenhuiscapaciteit en de aanschaf van apparatuur en beschermingsmiddelen voor het verplegen van corona- en overige patiënten, in sterk aangepaste omstandigheden.

Daarnaast moet bij onverhoopte, maar niet onwaarschijnlijke, verheviging van corona snel kunnen worden opgeschaald. Dat betekent:

- Tijdig kunnen investeren in buffer- en zo nodig uitbreidingscapaciteit van IC-bedden en -apparatuur.
- Structurele en tijdelijke personele uitbreiding mogelijk maken.
- Meer flexibele opleidingsmogelijkheden creëren.
- Aanleggen van ijzeren voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen, hulpmiddelen en geneesmiddelen, zo mogelijk als onderdeel van een Nederlandse/Europese supply chain.

Om u een indruk te geven van de kosten die hiermee gemoeid zijn: één extra IC bed kost ongeveer € (10)(2b). Voor alleen al een uitbreiding van 500 IC-bedden is derhalve een € (10)(2b) mln. nodig. Op dit moment kunnen wij voor de overige hierboven genoemde posten nog geen precieze berekening overleggen. Al met al is wél duidelijk dat de totale verwachte extra kosten in verband met corona zouden kunnen oplopen tot aanzienlijk grotere bedragen in de orde van grootte, voor zover nu te overzien, van rond de € (10)(2b) over een nader te bepalen periode.

Een deel daarvan zal ook nodig zijn om de in deze weken gerealiseerde sprong voorwaarts in digitale zorg te kunnen vasthouden en uitbouwen. De NZa heeft het mogelijk gemaakt dat zorg op afstand kan worden geleverd, zonder dat er face-to-face contact met een medisch specialist noodzakelijk is. Het vereenvoudigen en bevorderen van meekijkconsult van de medisch specialist bij de huisarts is een belangrijke volgende stap. Daarnaast moet op korte

termijn onderzocht worden op welke manier de identificatie van de patiënt-op-afstand vorm kan krijgen. Zie verder [bijlage 2](#) met een aantal concrete voorbeelden. Dit kan tot op zekere hoogte tot hogere doelmatigheid en mogelijke kostenbesparingen leiden. Echter, de kost gaat voor de baat uit. Investeren in ICT is doorgaans complex en duur. Meer dan ooit is dit het moment om hiervoor ruimte te maken.

Een punt van aandacht zijn ook de subsidies die ziekenhuizen voor verschillende doelen en werkzaamheden ontvangen. De uitkering van de Rijkssubsidiegelden 2020 voor onder meer Opleidingen en Informatiebeleid is voor ziekenhuizen belangrijker dan ooit. Juist nu is het van belang dat ziekenhuizen op deze financiële zekerheid kunnen rekenen, zonder vrees dat er bij de nacalculatie gekort wordt op de verstrekte subsidiegelden.

3. Financiële zekerheid gevraagd

Omdat de marges in de ziekenhuizen dun zijn (gemiddeld 1,5% - het "rendement" dat in het huidige stelsel minimaal nodig is om voldoende te kunnen investeren en zo nodig investeringsleningen bij banken te kunnen aangaan), moeten ziekenhuizen volledig voor deze omzetsderving en extra kosten worden gecompenseerd. Anders kunnen zij het hoofd niet boven water of gedwongen zouden worden, ná alle inzet en inspanningen voor het bestrijden van het coronavirus, om desastreuze bezuinigingen door te voeren.

Er zijn twee parallele routes nodig om de noodzakelijke middelen voor compensatie en investeringen te garanderen.

De eerste route loopt via de weg van aanpassing van de lopende contractafspraken met de zorgverzekeraars. Wij zijn positief over de bevoorschottingsafspraken die recent met zorgverzekeraars (ZN) zijn gemaakt. Het is nu urgent dat zo snel mogelijk, uiterlijk 1 juni, duidelijkheid wordt geboden dat de voor dit jaar beschikbare middelen voor medisch specialistische zorg onverkort aan de ziekenhuizen zullen worden uitgekeerd. De besprekingen hierover zijn gaande en wij hopen dat deze zeer binnenkort zullen worden afgerond.

De tweede route loopt via het Budgettair Kader Zorg. Het was bemoedigend dat de regering in de Voorjaarsnota schreef: "Het kabinet vindt het belangrijk dat zorgaanbieders en zorgprofessionals hun werk kunnen doen en zich in deze tijd geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie." Omdat onvermijdelijk de voor 2020 beschikbare middelen absoluut onvoldoende zullen blijken om de extra noodzakelijke kosten en investeringen te dekken, is het dringend gewenst deze intentieverklaring van een financiële invulling te voorzien, zowel voor het lopende jaar als voor de doorwerking naar 2021 en 2022. In dit verband achten wij het niet meer realistisch uit te gaan van de onder het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg gelegen aanname van een geraamde nulgroei in de volumeontwikkeling in 2022. Hoe eerder er duidelijkheid is over de financiële ruimte voor compensatie en noodzakelijke investeringen, des te beter zullen ziekenhuizen en



zorgverzekeraars met de overheid in staat zijn om de Nederlandse zorg, inclusief de extra inspanningen in verband met corona, toegankelijk, betaalbaar en op een hoog kwaliteitspeil te houden.

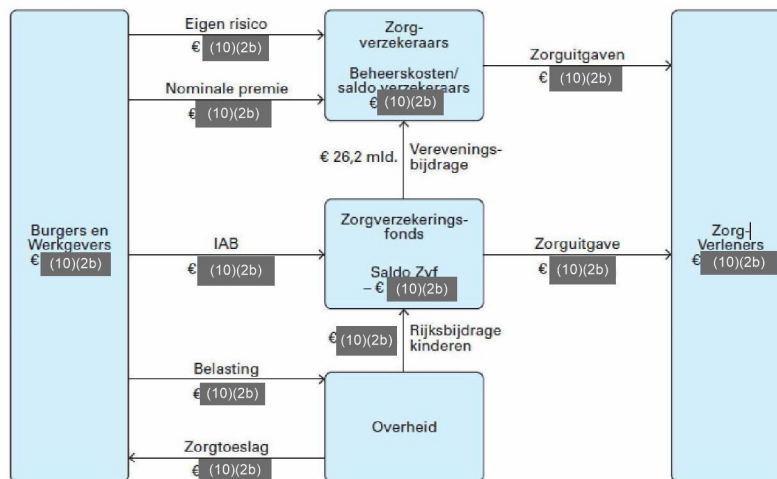
Tenslotte

Ziekenhuizen doen hun uiterste best om hun activiteiten zo goed en veilig mogelijk voort te zetten en de uitgestelde zorg weer op te starten, zonder daarbij de gezondheid van de medewerkers en patiënten in gevaar te brengen. Nog steeds wordt op grote schaal de noodzakelijke acute en intensieve zorg geleverd aan corona-patiënten. De uitgestelde zorg wordt in fases weer opgestart. Ook worden er voorbereidingen getroffen om klaar te zijn voor een eventuele tweede corona-golf.

We doen dat in intensieve samenwerking met alle relevante partners. De afgelopen maanden laten meer dan ooit zien dat we samen kunnen werken, zorgen en organiseren. Niet alleen in de ziekenhuizen en met zorgpartijen, maar ook met organisaties daarbuiten. Die energie van 'samenwerking boven concurrentie' willen we behouden en uitbouwen. Voor elke vorm van zorg is de meest optimale samenwerking anders: in specialistische netwerken, in de regio, (inter)nationaal. De komende periode is verdieping van deze vormen van werken noodzakelijk. Die kansen willen we grijpen, in het belang van alle patiënten, nu en in de toekomst.

Uiteraard zijn wij graag bereid u een toelichting te geven.

(10)(2e)

Bijlage 1: Financieringsstromen onder de Zorgverzekeringswet
Figuur 8: Financieringsstromen Zvw 2020

 Bron: [Rijksbegroting VWS 2020](#), p. 213

Ter financiering van de uitgaven ontvangen zorgverzekeraars van hun verzekerden een nominale premie en het eigen risico. Daarnaast ontvangt elke zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage uit het Zvf. Dit bedrag houdt rekening met het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie van iedere zorgverzekeraar en met het eigen risico dat hij ontvangt. Het zorgt zodoende voor een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars. Dat is nodig omdat verzekeraars zich moeten houden aan de wettelijke acceptatieplicht van verzekerden. Ook ontvangen zorgverzekeraars uit het Zvf een vergoeding voor de beheerskosten voor verzekerde kinderen in hun bestand.

De nominale premie bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een door VWS vastgestelde rekenpremie die voor alle verzekeraars hetzelfde is. Samen met de opbrengsten uit eigen betalingen en de bijdrage die zorgverzekeraars uit het Zvf krijgen, kunnen zij hier in de optiek van VWS hun zorguitgaven mee betalen. Daarnaast bevat de nominale premie een opslagpremie, die verzekeraars zelf vaststellen en dus per verzekeraar verschilt.

Zorgverzekeraars moeten uit hun inkomsten ook hun beheerskosten dekken. Verder moeten zij reserves opbouwen om zeker te stellen dat zij altijd aan hun verplichtingen kunnen voldoen. De Nederlandsche Bank (DNB) stelt minimumeisen aan deze reserves.

Zorgverzekeraars kunnen de beheerskosten en de reserveopbouw financieren door middel van de opslagpremie. In de opslagpremie kunnen zorgverzekeraars ook winsten en verliezen uit het verleden, en van de VWS-raming afwijkende inschattingen ten aanzien van de zorguitgaven of risico-opslagen verwerken. Door verschillen in de opslagpremie concurreren verzekeraars met elkaar om verzekerden, die jaarlijks kunnen overstappen naar een andere verzekeraar.

Het Zvf ontvangt ter financiering van zijn uitgaven de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en een rijksbijdrage kinderen. Het Zvf ontvangt verder de premieervangende bijdrage van verdragsgerechtigden en rente. Vanuit het fonds worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor derving van inkomsten als gevolg van wanbetaling bij de nominale premie. Ook worden uit het fonds kosten betaald in het kader van de regeling onverzekerden. In de Zvw is geregeld dat het Zvf niet structureel mag werken met tekorten of overschotten. Daarom dient een gebleken negatief vermogen snel te worden weggewerkt via meer dan lastendekkende premies en een positief vermogen via minder dan lastendekkende premies.

De overheid verstrekt een rijksbijdrage kinderen aan het Zvf. Deze bijdrage maakt het mogelijk dat bij kinderen tot 18 jaar geen nominale premie in rekening hoeft te worden gebracht. De overheid betaalt daarnaast zorgtoeslag aan huishoudens met lage inkomens en middeninkomens ter gedeeltelijke compensatie van de nominale premie en het eigen risico. De rijksbijdrage kinderen en de zorgtoeslag worden betaald uit belastinginkomsten.

De zorgtoeslag waarborgt dat geen enkel huishouden een groter deel van zijn inkomen aan zorgpremie en eigen risico hoeft te betalen dan wat op grond van de wet als aanvaardbaar wordt beschouwd. De zorgtoeslag compenseert de lasten die daarboven uitstijgen. Daarbij is de zogenaamde standaardpremie maatgevend en niet de feitelijke, door de individuele burger betaalde premies. De standaardpremie is bepaald als het gemiddelde van de nominale premies die worden betaald in de markt, vermeerderd met het gemiddelde bedrag dat een verzekerde aan eigen risico betaalt. De zorgtoeslag maakt geen onderdeel uit van het uitgavenplafond, maar telt net als de zorgpremies mee in het inkomstenkader. Dat betekent dat het kabinet een hogere zorgtoeslag beschouwt als een vorm van lastenverlichting.

Uiteindelijk worden alle collectieve zorguitgaven betaald door burgers en bedrijven via de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB), eigen betalingen en belastingen. In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de IAB als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen (de 50/50-verdeling). De 50/50-verdeling impliceert dat uitgavenstijgingen bij verzekeraars voor 50% moeten worden gedekt uit de IAB. Dat wordt bereikt door de bijdrage uit het fonds aan verzekeraars te verhogen. Omgekeerd dient een stijging van de rechtstreekse uitgaven van het fonds voor de helft te worden opgevangen via nominale premies. Dat wordt bereikt door de bijdrage aan de zorgverzekeraars te verlagen.

Uit figuur 8 blijkt dat de totale zorguitgaven (de € (10)(2b) die zorgverleners ontvangen) niet gelijk zijn aan de betalingen door burgers en bedrijven (€ (10)(2b)). Dat komt omdat uit de bijdrage van burgers en bedrijven ook de beheerskosten van verzekeraars moeten worden betaald en omdat de premies worden gedrukt doordat verzekeraars interen op hun reserves en een overschot in het Zvf wordt weggewerkt.

Bijlage 2: Kansen voor uitbreiding van digitale zorg

De afgelopen periode is de zorgverlening anders geweest dan 'normaal'. Door verruiming in de regelgeving, geïnitieerd door de coronacrisis, kon zorg anders georganiseerd worden. Het bekendste voorbeeld zijn de bel- en e-consulten. Tot de coronacrisis was het niet mogelijk om een eerste consult telefonisch of via screen-to-screen contact te doen. Nu kan hierdoor een deel van de reguliere zorg ondanks de coronacrisis op een veilige manier doorgaan.

Het uitgangspunt voor goede financiering is dat deze de zorg volgt. Dit is in de huidige situatie niet altijd het geval. Daarvoor zijn twee belangrijke oorzaken. Allereerst blijken nieuwe ontwikkelingen niet altijd snel toepasbaar binnen de bestaande DBC-systematiek. Een voorbeeld hiervan is dat we op dit moment geen declaratiecode kennen voor het triageconsult van de medisch specialist bij de huisarts. Een tweede reden is dat hoewel zorgverzekeraars een contractvereiste hebben voor nieuwe vormen van zorg, de onderhandelingen hierover vaak moeizaam verlopen, waardoor nieuwe vormen van zorg die in de praktijk al geleverd worden met vertraging worden gecontracteerd. Een voorbeeld hiervan is de 'klinische zorg-dag thuis'.

De corona crisis laat niet alleen zien hoe zorg op andere manieren geleverd kan worden, ook wordt duidelijk dat deze ontwikkelingen nodig zijn om de zorg toekomstbestendig te maken. De volgende vormen van zorg moeten (beter) ingebed worden in de huidige financiering:

- Bel- en e-consulten: deze blijvend toepassen voor eerste consulten en niet alleen voor herhaalconsulten.
- Zorg op afstand: financiering voor monitoring thuis en mogelijkheden om samenwerkingsafspraken (inclusief financiering) te maken met de thuiszorg
- Triageconsult voor de huisarts: mogelijkheid creëren voor de huisarts om de medisch specialist te consulteren om te beoordelen of een verwijzing nodig is of om advies te krijgen voor de behandeling van een patiënt.
- (Regionale) samenwerking om zorg efficiënt te organiseren: een voorbeeld hiervan is een ziekenhuis dat afgelopen periode gebruik maakte van de capaciteit van de verpleegafdeling van een ander ziekenhuis. Op dit moment moet dit gedeclareerd worden als onderlinge dienstverlening en dit leidt voor de hoofdaannemer tot een verliespost.
- Klinische zorg-dag thuis: hiervoor heeft de NZa een declaratiecode beschikbaar gesteld onder voorwaarde dat er een contractafpraak is met een individuele zorgverzekeraar. In de praktijk lukt het ziekenhuizen niet om over de kwalitatieve invulling afspraken te maken met zorgverzekeraars.
- Inzet van specialistisch verpleegkundigen/verloskundigen: op dit moment hebben deze beroepsgroepen (in tegenstelling tot de taakherschikkers) geen mogelijkheid om activiteiten van de medisch specialist over te nemen. Een specialistisch verpleegkundige mag bijvoorbeeld geen consult registreren.

Voor de toekomst is het belangrijk dat er meer ruimte komt voor partijen om innovaties samen op te pakken. Bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van 'verkeerstorens'. Dit zijn een soort meldkamers voor de monitoring van chronische patiënten die thuis verblijven (o.a. COPD, hartfalen, IBD, diabetes). Financieel is dit alleen haalbaar als ziekenhuizen dit gezamenlijk organiseren.