

Financieringsopties extra IC-capaciteit

Inleiding

Het LNAZ heeft aan VWS advies uitgebracht over een opschalingsplan COVID-19. Onderdeel van dit plan is het (flexibel) uitbreiden van de IC-capaciteit. Dit gebeurt in 3 stappen:

- Stap 1 – 100% structureel beschikbaar maken 1150 IC-bedden
- Stap 2 – 120% structureel beschikbaar maken 1350 IC-bedden
- Stap 3 – 150% flexibel beschikbaar maken 1700 IC-bedden

Een grove inschatting is dat een IC-bed in de huidige situatie gemiddeld circa € 1 miljoen per jaar kost.

Vraag

Op welke wijze kan Stap 2 (en op een later moment Stap 3) het beste worden bekostigd?

NB. Hierbij is de stelling van VWS dat Stap 1 onder de normale verantwoordelijkheid van ziekenhuizen en zorgverzekeraars valt. Aandachtspunt hierbij is dat de gemiddelde IC-bezetting momenteel 78% is. Dit betekent concreet dat ook Stap 1 in beginsel extra uitgaven met zich meebrengt ten opzichte van de huidige situatie en dat verzekeraars deze middelen nog niet hebben ontvangen via het macroprestatiebedrag. In dit memo abstraheren we hiervan.

Opties

1. Tarieven –meerkosten Corona

In deze optie worden de kosten van de extra IC-capaciteit in 2020 en 2021 bekostigd via tarieven (prestatie meerkosten Corona) die instellingen uitonderhandelen met zorgverzekeraars.

Voordelen:

- Past binnen de huidige bekostiging van IC's die ook via tarieven loopt (add-ons)
- Verzekeraars kunnen, als zij daar aanspraak op willen maken, gebruik maken van de catastrofereregeling voor deze meerkosten (voor de jaren 2020 en 2021)

NB: op dit moment vindt er discussie plaats met ZN over catastrofereregeling. Verzekeraars willen hier geen gebruik van maken, maar andere ex post instrumenten binnen de risicoverevening. Het is niet bekend wat ZN en verzekeraars gaan doen als de kosten voor IC ook ten laste van meerkosten gebracht gaan worden.

- Meerkostenprestatie is niet op verzekerden niveau, en kan dus ook gebruikt worden als de bedden niet worden bezet en heeft geen gevolg voor eigen risico.
- Meerkostenprestatie kan alleen in rekening worden gebracht als er een overeenkomst is met zorgverzekeraar.

Nadelen:

- Geen zekerheid voor instellingen vanwege onderhandelingen met zorgverzekeraars.
- Extra uitgaven via tarieven zorgt voor een nominale premiestijging. Uitgaande van € (10)/(2b) meerkosten voor Stap 2 per jaar (= 200 extra bedden á (10)/(2b) per bed) zal de premiestijging circa 0,13% bijdrage per jaar betreffen.
- Kosten komen in 2020 ten laste van reserves verzekeraars (tot de drempel waarboven verzekeraars op grond van de catastrofereregeling aanspraak kunnen maken op een bijdrage vanuit het Zorgverzekeringsfonds)
- De meerkostenregeling eindigt 31.12.2021. Het is dus geen structurele bekostigingsmethodiek.
- Onderhandelingen over meerkosten zijn vrijwel afgerond. Dit zou een extra onderhandelingsronde met zich meebrengen.

2. Beschikbaarheidsbijdrage (icm tarieven)

In deze optie wordt de uitbreiding van IC-capaciteit bekostigd met een beschikbaarheidsbijdrage voor een deel van de vaste kosten en via de tarieven voor het gebruik. Een beschikbaarheidsbijdrage is een bijdrage (subsidie) op basis van de WMG die bekostiging van zorgaanbieders mogelijk maakt voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktversturend zou werken, en
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.

Om de IC-uitbreiding met een beschikbaarheidsbijdrage te financieren moet VWS het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG aanpassen. Dit betekent concreet dat er een beschikbaarheidsbijdrage aan de amvb wordt toegevoegd voor extra IC-capaciteit, met daarbij de geldende criteria op basis waarvan de NZa kan beoordelen welke instellingen voor die bijdrage in aanmerking komen. Deze criteria moeten zo worden opgesteld dat ze uitvoerbaar zijn voor de NZa (dus toetsbare norm) en niet te ruim zijn om onnodige precedentwerking te voorkomen.

Voor het aanpassen van de beschikbaarheidsbijdrage dient het volgende proces te worden doorlopen:

- Aanpassen Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG via onderportalen, MR en Afdeling advisering van de Raad van State
- Versturen voorhangbrief aan EK en TK (na advies Raad van State)
- Aanwijzing VWS aan NZa (na voorhangperiode van 30 dagen, of verkort (5 dagen) indien spoedeisendheid nodig is en Kamers hiermee akkoord gaan)

Uitgaande van bovengenoemd proces kan een beschikbaarheidsbijdrage voor extra IC capaciteit eind oktober/begin november in regelgeving zijn vastgelegd. De NZa kan de bevoorschotting al starten vooruitlopend op en onder voorwaarde van wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG en aanwijzing aan NZa. De aanpassing van de regelgeving kan met terugwerkende kracht worden ingevoerd.

De daadwerkelijke bezetting van de bedden (als dat plaats gaat vinden) zal dan wel door verzekeraars betaald moeten worden.

Voordelen:

- Het gaat hier om het 'beschikbaar' hebben van capaciteit. Inhoudelijk past een beschikbaarheidsbijdrage als oplossing dan ook het beste.
- De beschikbaarheidsbijdrage is een kostendekkende vergoeding die door de NZa wordt vastgesteld (dus buiten onderhandelingen met zorgverzekeraars), zodat instellingen zekerheid hebben dat de kosten van de extra IC capaciteit bekostigd wordt.
- NZa heeft ervaring met het verstrekken van beschikbaarheidsbijdragen die ook beïnvloed worden door productie. Dit past binnen de reguliere systematiek van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen, vergelijkbare situaties gelden voor het traumahospitaal en brandwondencentra.
- De NZa heeft ervaring met het belasten met daeb's en compensatie voor de beschikbaarheid in de zorg. Een compensatie voor een daeb waarbij beide voldoen aan de Europese regels, heeft geen voorafgaande goedkeuring van de Europese Commissie nodig.

Nadelen:

- Extra uitgaven via beschikbaarheidsbijdrage lopen via de lagere vereveningsbijdrage ook de nominale premie in. Uitgaande van C (10)(2b) meerkosten zal de premiestijging circa 0,05 à (10)(2b) per jaar betreffen.
- Kosten 2020 worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. Reserves verzekeraars worden dus niet aangetast, maar er ontstaat wel een fondstekort dat in 2021 moet worden weggewerkt via minder uitgaven (lagere vereveningsbijdrage) en meer opbrengsten (een hogere IAB).

- Zorgverzekeraars hebben in beginsel geen invloed op de beschikbaarheidsbijdrage, en de invulling van de extra IC-capaciteit. Als zij vervolgens wel de bezetting van bedden moeten betalen, zullen zij ook invloed willen hebben op de verdeling van de capaciteit.

3. Subsidie VWS

De bewindspersoon van VWS kan in incidentele gevallen subsidies aan zorgaanbieders verlenen of in andere gevallen op grond van een subsidieregeling die hij op grond van de Kaderwet VWS-subsidies heeft vastgesteld. De bewindspersoon moet de subsidieregeling vooraf ter goedkeuring voorleggen aan de Europese Commissie indien die regeling een notificatieplichtige steunmaatregel is. De bewindspersoon van VWS subsidieert in dit geval het beschikbaar houden van buffercapaciteit door bepaalde ziekenhuizen.

Voordeel:

- De extra uitgaven worden via de VWS begroting betaald en belasten daardoor niet de premie

Nadelen:

- VWS (DUS-I) hebben *geen* ervaring met het belasten met daeb's en compensatie voor de beschikbaarheid in de zorg. Een compensatie voor een daeb die niet voldoet aan de Europese regels, vormt een notificatieplichtige steunmaatregel. VWS kan een dergelijke compensatie pas verlenen nadat de Europese Commissie daaraan haar goedkeuring heeft verleend.
- Past niet goed binnen bestaande systematiek van bekostiging via tarieven en/of beschikbaarheidsbijdragen; VWS subsidieert normaliter geen zorg die binnen de Zvw valt. Het al bestaande instrument beschikbaarheidsbijdrage is bovendien ook een subsidie.
- DUS-I zal deze subsidie moeten uitvoeren. De kennis van het verstrekken van zo'n soort subsidie ligt nu bij de NZa, en niet bij DUS-I. Bovendien vergt dit aardig wat capaciteit van DUS-I, die er op dit moment niet is.
- Risico bestaat op dubbele bekostiging tussen begroting en premie: wie betaalt de zorg op de bedden die wel bezet worden? Verzekeraars of overheid? Het is niet te achterhalen welke patiënt op welk bed ligt (regulier of "VWS-bed"), in de dbc-tarieven zit ook al een component voor de vaste IC-kosten, dus deze variant is lastig in de uitvoerbaarheid als de bedden onverhoopt nodig zijn.
- Zorgverzekeraars hebben geen of beperkt invloed op de subsidie en de invulling van de extra IC-capaciteit. Als zij vervolgens wel de bezetting van bedden moeten betalen, zullen zij ook invloed willen hebben op de verdeling van de capaciteit.

4. Uitbreiding IC tot overheidstaak maken en financieren

In deze optie wordt de extra IC capaciteit die gekoppeld is aan Corona/crisis een expliciete overheidstaak, waarbij VWS (of een gedelegeerd overheidsorgaan) regie voert op deze extra capaciteit, de inkoop ervan en de financiering. Pm verder invullen

Voordeel

- De extra uitgaven worden via VWS betaald en belasten daardoor niet de premie.
- VWS-Begrotingswet moet de uitgaven mogelijk maken, de optie is zonder verdere wetgeving te realiseren.

Nadelen:

- Wijkt af van reguliere systematiek van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen
- Risico bestaat op dubbele bekostiging tussen begroting en premie: wie betaalt de zorg op de bedden die wel bezet worden? Verzekeraars of overheid? Het is niet te achterhalen welke patiënt op welk bed ligt (regulier of "VWS-bed"), in de dbc-tarieven zit ook al een

component voor de vaste IC-kosten, dus deze variant is lastig in de uitvoerbaarheid als de bedden onverhoopt nodig zijn.

- VWS moet aanbestedingsprocedure doorlopen voor de inkoop van de extra buffercapaciteit.
- VWS moet bestek opstellen met een exacte omschrijving van de opdracht, van hetgeen het wil contracteren. VWS heeft echter geen ervaring met de inkoop van buffercapaciteit in de zorg.

Mitigeren gevolgen premie

De gevolgen voor de nominale Zvw-premie bij opties 1 en 2 lijken beperkt. Mocht het onwenselijk worden geacht dat de extra IC capaciteit de nominale premie beïnvloed, dan kan dit theoretisch worden opgelost door een Rijksbijdrage in het Zvf te doen. Dit vergt echter een wetswijziging van de Zvw. Bovendien is er risico op precedentwerking om een dergelijke bijdrage vaker toe te passen bij eventuele andere negatieve effecten op de zorgpremie.

Dekking

Alle voorgestelde bekostigingsvarianten hebben financiële gevolgen omdat zij leiden tot extra uitgaven binnen het UPZ dan wel het kader rijksbegroting. De financiële gevolgen moeten bij de Augustusbesluitvorming binnen het kabinet (de afronding van de onderhandelingen over de begroting 2021) worden ingepast. Daarbij is denkbaar dat VWS zich op het standpunt stelt dat het hier gaat om kosten die een direct gevolg zijn van de Covid-19-crisis en dat de kosten ten laste van het begrotingstekort en de staatsschuld worden gebracht en daarmee generaal worden gecompenseerd. Als we daarbij vooruitlopen op de integrale afweging binnen het kabinet tijdens de Augustusbesluitvorming, lopen we het risico dat VWS zelf opdraait voor dekking van de kosten binnen UPZ en/of VWS-begroting.