

MEMO uitwerking voorstellen voorkomen dubbele bekostiging Zvw/subsidie

Inleiding & probleemstelling

In de huidige situatie van de IC-bedden is er sprake van een te hoog tarief voor zorg die geleverd wordt op het moment dat er sprake is van een warm bed. De zorgverzekeraar en VWS betalen voor de vaste kosten voor de zorg, via de subsidie vanuit VWS en de add-on (en dbc?) IC-ligdag via de verzekeraar.

Wij werken daarom de optie voor een aparte prestatiebeschrijving IC-ligdag COVID-19 hieronder verder uit, waarna de verschillende voor- en nadelen worden opgenoemd. Allereerst gaan we in op het algemeen kader en eventuele vergelijkbare situaties. Daarna werken we enkele opties uit.

Algemeen kader prestatiebeschrijvingen:

- De NZa moet prestatiebeschrijvingen vaststellen voor zorg, zodat zorgaanbieders deze zorg kunnen declareren. Dat geldt ook voor de MSZ, waar dbc's, ozp's en add-ons gedeclareerd kunnen worden. In de MSZ gelden maximumtarieven en vrije tarieven.
- Prestatiebeschrijvingen worden door de NZa vastgesteld voor zorg die geleverd wordt. Dit is onafhankelijk van wie er betaalt voor deze zorg, of door wie deze geleverd wordt (instelling, eenpitter), en er wordt daarom ook geen onderscheid gemaakt voor een *type bed*. Alleen andere zorglevering of andere organisatie van zorg (multidisciplinair, integrale geboortezorg) rechtvaardigt een andere prestatiebeschrijving.
- Prestatiebeschrijvingen en toeslagen kennen echter verschillende doelen naast *sec het bekostigen* van zorg, vraag is of een IC-ligdag COVID-19 een oplossing kan zijn voor de hierboven genoemde gesignaleerde problemen.

Vergelijking andere voorbeelden, zijn er precedents waar we van kunnen leren?

- Er zijn op dit moment geen vormen van zorg die deels via tarieven & prestaties van de NZa worden bekostigd en deels vanuit een VWS-begrotingssubsidie. VWS-subsidies die we kennen die zorg bekostigen, bekostigen de volledige zorglevering. Een voorbeeld hiervan is abortuszorg aan Wlz-verzekerden. Hier stelt de NZa geen tarieven en prestaties voor vast, ook niet voor een deel van de prestatie.
- Wel kennen we zorg die deels via een beschikbaarheidsbijdrage (bb) (premiesubsidie uitgevoerd door de NZa) en deels via reguliere prestaties en tarieven wordt bekostigd (denk aan gevoelige SEH's, acute verloskunde). Hierbij geldt voor de zorgaanbieders die een bb krijgen, de gelijke prestatiebeschrijvingen als voor zorgaanbieders die geen bb ontvangen voor de zorg die geleverd wordt (dbc's). Er bestaan geen aparte dbc's voor de gevoelige afdelingen SEH/AV die evt in aanmerking komen voor een bb.
- Voor corona is er een nieuwe prestatiebeschrijving gemaakt die ook openstaat voor de msz. Dat betreft echter een prestatie "meerkosten ivm corona", deze staat dus niet open voor "minderkosten". Op deze prestatie kunnen verzekeraars echter wel veel verrekenen, omdat het een prestatiebeschrijving met een vrij tarief is, die als lumpsum in rekening kan worden gebracht (en in de catastrofereregeling)¹.
- Bij een bb wordt vooraf een begroting ingediend bij de aanvraag, dan wordt op basis hiervan bevoorschot, en deze bevoorschotting wordt achteraf verrekend met de realisatie en vastgesteld:
"kosten – opbrengst dbc = +/- beschikbaarheidsbijdrage". De beschikbaarheidsbijdrage bestaat uit verschillende componenten, dit wordt vermeld in de beleidsregel van de NZa, ook ten aanzien van de toerekening naar bijvoorbeeld de SEH om de hoogte van de bb te kunnen vaststellen. Dit principe kan vergelijkbaar zijn met een VWS-subsidieregeling en evt toegepast worden voor deze subsidieregeling.

¹ NB: een negatief tarief kan niet worden vastgesteld door de NZa (CBb), hiervoor bestaat het verrekeningsbedrag. Van budgettering is echter geen sprake in de MSZ (wel ambulancezorg, Wlz).

- Verrekening van de vaste kosten van IC-ligdagen *door de NZa* is niet mogelijk, zonder budgettering van overheidswege weer in te voeren voor de ziekenhuizen. Van nacalculatie door de NZa kan daarom geen sprake zijn.

Er zijn dus géén vergelijkbare situaties.

Uitwerking voorstellen

1. Onderscheid vaste kosten/Zvw kosten middels add on IC-ligdag VWS-bed

Wanneer we het onderscheid willen maken tussen de kosten voor VWS (vaste kosten) en de zorgkosten voor zorgverzekeraars middels dbc's, moeten we de inhoud van de add on herdefiniëren.

De vaste kosten moeten uit het tarief worden gefilterd. Hierdoor ontstaan dan twee verschillende tarieven: er komt een add on met tarief voor vaste en variabele kosten (hierna regulier IC-ligdag) en een add on met alleen variabele kosten die samenhangen met zorg (hierna: IC-ligdag VWS-bed).

Wanneer we in verband met de catastrofe regeling ook onderscheid willen maken tussen covid patiënten en niet-covid patiënten, zou én in het regulier IC-ligdag een covid-label moeten komen waaraan we deze zorg kunnen onderscheiden, én aan IC-ligdag VWS-bed. Je krijgt dan vier verschillende prestaties voor IC-ligdagen, waarvan 2 prestaties voor dezelfde vorm van zorg: 1 met een tarief inclusief vaste kosten, en 1 met een tarief exclusief vaste kosten.

Gevolgen:

- Verzekeraars moeten hierover ook in onderhandeling treden met zorgaanbieders.
- De NZa moet beide tarieven vaststellen, welke redelijkerwijs kostendekkend horen te zijn (CBb jurisprudentie). Zonder kostenonderzoek (wat tijd kost) is dit best ingewikkeld. Zie ook uitdaging vaststellen bedrag in de subsidieregeling IC-bedden².

Verder roept dit de volgende *uitvoeringsvragen* op (zie het getallenvoorbeeld, bijlage 1):

- Wanneer moet welke prestatie worden gedeclareerd?
- Wordt de IC-dbc VWS hiervoor gekoppeld aan een toegewezen VWS-bed?
 - Zo ja, wanneer kan gebruik worden gemaakt van het VWS-bed? Is dit gekoppeld aan een landelijke opschaling naar de tweede fase of hangt dit af van de drukte binnen het ziekenhuis/de regio?
- Wat gebeurt er wanneer de golf weer afneemt en een patiënt nog op een VWS-bed ligt, maar de reguliere bedden weer vrij zijn, worden de twee soorten DBC's dan naar verhouding in rekening gebracht? Is dit mogelijk? Of wordt er gekeken naar de bezetting (absoluut) Moeten in het getallenvoorbeeld op woensdag de vaste kosten door VWS of door de verzekeraars worden betaald? Willen we dat dit op dit detailniveau wordt vastgelegd (AL!)

Voordelen:

- Er kan onderscheid worden gemaakt tussen VWS en Zvw-bed.
- Voorkomen dubbele bekostiging

Nadelen:

² De NZa kan niet achteraf verrekenen/het tarief aanpassen aan de hand van de daadwerkelijke kosten. Dat kunnen verzekeraars wel middels de lumpsum van de meerkosten of de lumpsum die zij afspreken als tot, en kan ook onderdeel zijn van de subsidieregeling.

- Sterke twijfels of dit praktisch wel uitvoerbaar is: wanneer moet wat worden geregistreerd?
- Grote toename AL
- Vaststelling tarief door NZa (met onderbouwing) vóór kost tijd en is niet mogelijk zonder goed kostenonderzoek. Verrekening achteraf van tarieven door de NZa in de MSZ is niet mogelijk (geen budgettering, zie voetnoot 2).
- Juridisch is er geen onderscheid in zorg, twee prestaties voor dezelfde zorg (wel andere kostenstructuur), niet in lijn met Wmg die zorg bekostigt.

2. Verrekenen via lumpsumbedragen

Aanbieders brengen de reguliere prestaties in rekening op het moment dat er zorg wordt geleverd, ongeacht het type bed (IC-bed VWS of regulier). De subsidie vanuit VWS wordt bevoorschot op basis van totale leegstand. Achteraf wordt verrekend op basis van daadwerkelijke bezetting.

Optie 2a: verrekening via de verzekeraars

- Verzekeraars hanteren de uitwerking van de identificatie van covidpatiënten gelijk aan 1^e golf tbv catastroferegeling
- Van ziekenhuizen is dagelijks bekend wat de bezetting is van de IC (ziekenhuisadministratie, en LCPS-cijfers voor VWS)
- In cijfervoorbeeld: er zijn 20 reguliere bedden, 5 VWS-bedden. Als er op een dag 23 patiënten op de IC liggen, moeten de "vaste kosten" van 3 IC-add ons verrekend worden van die dag.

Voordeel:

- Uitvoeringslasten zijn lager dan elk bed apart labelen en per dag te bepalen voor welke patiënt welke prestatie moet worden gedeclareerd.

Nadelen:

- Verzekeraars en ziekenhuizen moeten ook onderhandelen over deze verrekening.
- Hebben verzekeraars nog belang bij verrekening ivm catastroferegeling?

Optie 2b: verrekening via VWS-subsidie

- Verzekeraars hanteren de uitwerking van de identificatie van covidpatiënten gelijk aan 1^e golf tbv catastroferegeling.
- Van ziekenhuizen is dagelijks bekend wat de bezetting is van de IC (ziekenhuisadministratie, en LCPS-cijfers voor VWS).
- In cijfervoorbeeld: er zijn 20 reguliere bedden, 5 VWS-bedden. Als er op een dag 23 patiënten op de IC liggen, moeten de "vaste kosten" van 3 IC-add ons verrekend worden van die dag.

Voordeel:

- Uitvoeringslasten zijn lager dan elk bed apart labelen en per dag te bepalen voor welke patiënt welke prestatie moet worden gedeclareerd.

Nadelen:

- Verzekeraars en ziekenhuizen moeten nog onderhandelen over bekostiging van extra zorg die geleverd wordt
- VWS moet vaste kosten inzichtelijk maken/normbedrag opnemen om te kunnen verrekenen
- VWS kan geen medische persoonsgegevens verwerken voor de subsidieregeling, waar dbc's ook onder vallen. Dit kan alleen op geaggregeerd niveau, mocht controle nodig zijn.
- Hebben verzekeraars nog belang bij onderhandeling ivm catastroferegeling?

Vragen mbt de uitvoerbaarheid:

- Worden de bedden toegewezen of wordt er achteraf bekeken hoeveel bedden er bezet zijn geweest (per dag, week?)
- Wanneer mag er gebruik worden gemaakt van de extra bedden, op het moment dat er in de regio krapte is (vgl. NB ino0 1^e golf), of pas op moment dat er 1150-grens *landelijk* is gepasseerd? Voorkeur PZO; regionaal, ivm patiënt en reisafstand. Financieel (voor de begroting, niet premie) maakt het voor VWS ook niet uit of bedden worden gebruikt.

Bijlage 1: Getallenvoorbeeld, fictief, op een afdeling IC:

Situatie A, maandag, 80% bezet:

Bezet	Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	
Bezet	Bezet	Bezet - Covid	Vrij	
Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Vrij	
Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Vrij	
Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Vrij	

(blauw = regulier bed, oranje = opschalingsbed VWS)

Situatie B, dinsdag:

Bezet	Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet
Bezet	Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet
Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet - Covid
Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet - Covid	
Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet	

Situatie C, woensdag:

Bezet	Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet
Bezet	Bezet	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet
	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet - Covid	Bezet - Covid
		Bezet - Covid	Bezet - Covid	
		Bezet - Covid	Bezet	

De bedden bezetting fluctueert op deze IC, per dag³.

Bijlage 2:

De subsidie vanuit VWS bestaat uit de volgende elementen, A en B:

$$\begin{array}{llll}
 \text{Vaste component:} & \text{Materieel + Verbouwing} & = A & + \\
 \text{Variabele component:} & (\text{onderhoud} + \text{gereed staan}) & = B & + \\
 & & & = \text{Subsidie}
 \end{array}$$

Bekostiging via prestaties bij bezetting: vaste kosten (A) + variabele component (B) + zorgkosten.

Dubbel bekostigd *bij bezetting*: vaste kosten en variabele component = A+B = C

³ Dat deze ook nog op een dag zal fluctueren laten we voor het gemak even buiten beschouwing

VWS levert eenmalig de bedden. Vergoeding die VWS betaalt is voor het neerzetten (incl. verbouwing) = vaste vergoeding (A). Maar daarna ook voor onderhoud en het "gereed staan" = variabele vergoeding (B), per dag? Wanneer we dubbele bekostiging willen voorkomen, worden de vaste kosten en variabele component bij bezetting (C) verrekend.