

25 295 Infectieziektenbestrijding

Nr. 381 Verslag van een schriftelijk overleg
Vastgesteld 27 mei 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 april 2020 over COVID-19 Update stand van zaken (Kamerstuk 25 295, nr. 219).

De vragen en opmerkingen zijn op 17 april 2020 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 26 mei 2020 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van paragraaf 11 ‘Financiën in de zorg’ uit de brief COVID-19 Update stand van zaken (Kamerstuk 25 295 nr. 219), over de maatregelen die zorgverzekeraars momenteel nemen om zorgverleners en de verschillende zorgsectoren overeind te houden. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

1. De leden van de VVD-fractie vinden het optreden van de zorgverzekeraars in de crisis rondom het coronavirus bewonderenswaardig. De inzet van de zorgverzekeraars om de continuïteit van de zorg te waarborgen op korte en op lange termijn stemt hen positief. Van 1 maart tot 1 juni 2020 willen zorgverzekeraars de zorgaanbieders die in financiële problemen dreigen te komen ondersteunen door middel van een liquiditeitsbijdrage of een continuïteitsbijdrage. Is de minister in gesprek met zorgverzekeraars over het matchen van de trajecten omtrent de bijdragen vanuit de steunmaatregelen en het in de toekomst weer opstarten van de reguliere zorg? Hoe wordt nagedacht over de transitie van het noodsteunpakket van de zorgverzekeraars naar het weer opstarten van de reguliere zorg?

A:

Uiteraard ben ik in gesprek met de zorgverzekeraars over de steunmaatregelen, daarin wordt ook de relatie gelegd met het opstarten van zorg, maar ook met het zoveel als mogelijk doorleveren van de reguliere zorg. De NZa is, in overleg met mij en partijen, al bezig om te kijken hoe de reguliere zorg weer kan worden opgestart en op verscheidene plekken gebeurt dit ook al. Het steunpakket en de transitie staan dan ook niet los van elkaar maar worden juist tezamen bekeken. Voor de continuïteitsbijdrage geldt dat deze niet hoeft te worden terugbetaald maar bij vaststelling van de voorlopige continuïteitsbijdrage wordt wel rekening gehouden met de reguliere productie gedurende de maanden dat deze van toepassing is. Ook de eventuele hogere productie daarna wordt deels verrekend met de continuïteitsbijdrage.

2. De maatregelen die zorgverzekeraars getroffen hebben, gelden voor zowel gecontracteerde als ongecontracteerde zorgaanbieders, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Kan de minister aangeven wat de verhouding is tussen het aantal gecontracteerde en het aantal ongecontracteerde zorgaanbieders dat reeds gebruik heeft gemaakt van de steunmaatregelen? Kan hij tevens deze verhoudingen enige tijd nadat de maatregelen van kracht zijn gegaan opnieuw inzichtelijk maken?

A:

*In hun brief van 5 april jl. hebben zorgverzekeraars aangegeven dat zorgaanbieders in bepaalde branches die écht niet kunnen wachten tot mei omdat de financiële nood hoog is, onder bepaalde voorwaarden vanaf 14 april jl. (gecontracteerde zorgaanbieders) en vanaf 22 april jl. (niet-gecontracteerde zorgaanbieders) gefaseerd een vooruitbetaling konden aanvragen op de continuïteitsbijdrage. Hieronder ziet u de aantallen zorgaanbieders die een aanvraag hebben ingediend of toegekend hebben gekregen. **De vooruitbetalingsregeling is gesloten op vrijdag 8 mei jl.** Zorgaanbieders kunnen vanaf 15 mei gefaseerd de continuïteitsbijdrage aanvragen. Deze fasering wordt momenteel uitgewerkt.*

Sector	Aantal	Aantal	
	Gecontracteerd	Ongecontracteerd	
Fysiotherapie	1135	37	
Mondzorg	139	353	
Overige sectoren	325	34	
Totaal geaccepteerde contracten/ingevulde vragenlijsten	1599	424	

3. De leden van de VVD-fractie lezen dat zorgverzekeraars vanaf mei aan zorgaanbieders een continuïteitsbijdrage aanbieden om financiële problemen op te vangen die ontstaan door het wegvallen van de zorg aan hun patiënten. Die bijdrage staat open voor gecontracteerde en ongecontracteerde aanbieders. Gelet op de uitzonderlijke situatie begrijpen deze leden dit. Hoe kan de minister bevorderen dat na de coronacrisis afspraken over kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid ook met ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen worden gemaakt? Dat is relevant omdat zorggeld nu ingezet zal worden om ook ongecontracteerd zorgaanbod in stand te houden, waarvan bekend is dat deze over het algemeen minder doelmatig is en minder transparant is over de kwaliteit van zorg. Het is een brede wens om contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te bevorderen en het is bekend dat een heel aantal (kleinere) aanbieders dat nu geen contract heeft, dat wel graag zou willen.

A:

In mijn brief van 9 november 2018¹ is uiteengezet welke maatregelen het kabinet neemt om contractering van zorg te bevorderen en om niet-gecontracteerde zorg tegen te gaan. Afspraken over goede, betaalbare en toegankelijke zorg worden in de regel vastgelegd in contracten tussen verzekeraars en aanbieders. In mijn brief van 9 november 2018 heb ik aangegeven dat zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar contractsvrijheid hebben. De zorgplicht begrenst de contractsvrijheid van de

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 941

zorgverzekeraar: hij moet voldoende zorgaanbieders contracteren om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Tegelijk geldt ook dat hij niet meer zorgaanbieders hoeft te contracteren dan noodzakelijk.

In de Hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 voor de Wijkverpleging² en GGZ³ hebben partijen afspraken gemaakt om het contracteerproces sterk te verbeteren en de inspanningen die zorgverzekeraars daarvoor moeten leveren, zodat het voor meer partijen een voorkeursoptie wordt om voor een contract te kiezen. Niet als doel op zich, maar om te borgen dat noodzakelijke zorg voor alle mensen beschikbaar, van goede kwaliteit en betaalbaar is. Partijen inclusief het kabinet beschouwen het als ongewenst dat de afgelopen jaren, met name in de sectoren wijkverpleging en GGZ, de omvang van de niet-gecontracteerde zorg is toegenomen.

² Kamerstuk 29 689, nr. 911

³ Kamerstuk 25 424, nr. 420

In deze hoofdlijnenakkoorden is tevens afgesproken dat de NZa deze afspraken zal monitoren. Op 10 april jl. heb ik u de laatste monitors van de NZa over het contracteerproces in de wijkverpleging en de GGZ⁴ toegezonden met de toezegging dat ik later met een beleidsreactie kom op de monitors. Daarin zal ik ook ingaan op de positie van kleine(re) aanbieders. Hierop vooruitlopend komt uit de monitors naar voren dat het contracteerproces geleidelijk verbetert. Zo is voor het eerst sinds 2017 meer dan de helft van de aanbieders in de wijkverpleging tevreden over het contracteerproces. Ook in de ggz gaat het proces van contractering beter dan in 2019. Maar er zijn ook nog verbeteringen mogelijk en nodig, zowel op het proces van contractering als op de inhoud van de contracten.

In de hoofdlijnenakkoorden Wijkverpleging en GGZ is de afspraak gemaakt dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, (na een gezamenlijke analyse van aard en oorzaak) verdergaande aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken. Er is nog geen daling zichtbaar ten opzichte van het referentiejaar.

Zoals ik eerder aan uw Kamer heb aangegeven, doe ik een wetsvoorstel hieromtrent binnenkort aan uw Kamer toekomen.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de mogelijkheid gebruik een aantal verduidelijkende vragen te stellen over dit deel van genoemde brief (paragraaf 11).

4. De leden van de CDA-fractie begrijpen van aanbieders dat zij veel papieren moeten overleggen dan wel aan extra eisen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage. Hoe weegt de minister deze stellingname van de instellingen en kan hij hier eens op reflecteren? Tevens horen genoemde leden van grote instellingen die voor meerdere zorgverzekeraars en gemeenten werken dat zij met elke zorgverzekeraar en elke gemeente apart moeten overleggen c.q. afspraken moeten maken. Kan de minister hier zorgen voor een meer eenduidig beleid?

A:

De afgelopen periode is voor de verschillende domeinen de uitwerking ter hand genomen van regelingen om de extra kosten die zorgaanbieders maken als gevolg van de coronacrisis te compenseren en om de financiële zorgen die zorgaanbieders als gevolg van de crisis ervaren zo veel mogelijk weg te nemen. De nadere uitwerking van onder andere de wijze waarop gemaakte kosten moeten worden verantwoord, is momenteel gaande. Dat gebeurt in samenspraak met onder andere vertegenwoordigers van in de verschillende domeinen opererende zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hebben afgesproken

⁴ Aanboden aan de Tweede Kamer bij brief van de minister voor medische zorg d.d. 10 april 2020, Kamerstuk 32 620, nr. 261

zoveel mogelijk een uniforme methode te hanteren. Van belang hierbij is het vinden van de juiste balans: verantwoording in enige vorm en mate is vanzelfsprekend nodig maar er moet zeker ook oog zijn voor de administratieve lasten die als gevolg hiervan bij zorgaanbieders kunnen optreden. In de gesprekken hierover met alle hierbij betrokken partijen maak ik mij sterk om die balans zo goed mogelijk te vinden. Een specifiek aandachtspunt daarbij is het feit dat aanbieders met een zorgaanbod dat onder meerdere domeinen valt met verschillende verantwoordingsregimes te maken krijgen. Dat gold ook vóór de coronacrisis voor deze groep aanbieders maar dat neemt niet weg dat ik mij inspan om waar mogelijk eenduidigheid in de verantwoordingsregimes na te streven en andere partijen oproep om dat ook te doen.

5. De leden van de CDA-fractie lezen dat de minister stelt dat een belangrijke voorwaarde is om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage-regeling dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen in het kader van de coronacrisis (behalve eventueel voor het deel omzetsdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars).

Genoemde leden begrijpen deze zienswijze, maar vragen aan de minister hoe wordt omgegaan met de samenloop van de regelingen. Zijn de zorgverzekeraars of de minister voornemens dit te controleren? Hoe gaan zij dit doen?

A:

In hun brief van 5 april jl. hebben zorgverzekeraars de zorgaanbieders geïnformeerd over de continuïteitsbijdrage-regeling. Zorgverzekeraars hebben in deze brief aangegeven dat deze regeling open zal staan voor alle zorgaanbieders (met of zonder zorgcontract) die zorg verlenen die valt onder de basisverzekering of de aanvullende zorgverzekering en die voldoen aan de nog uit te werken voorwaarden. In deze brief staat ook vermeld: “Een belangrijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor deze regeling is dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante Rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve voor het deel omzetsdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars.” Zorgaanbieders kunnen dus net als andere ondernemers ook gebruik maken van de Rijksregelingen, als zij aan de voorwaarden van de betreffende regelingen voldoen. Belangrijk hierbij is wel dat de financiële afspraken met zorginkopers voorliggend zijn aan de Rijksregelingen, hetgeen betekent dat zorgaanbieders worden geacht zich in eerste instantie te wenden tot deze zorginkopers en met hen te bezien of zij financiële ondersteuning kunnen krijgen. Dit is ook relevant voor een beroep op (een van) de Rijksregelingen, daarbij moet een zorgaanbieder immers onder meer een adequate inschatting geven van het voorziene omzetverlies. De ondersteuning vanuit een zorginkoper dempt het omzetverlies en moet worden meegenomen bij een aanvraag voor (een van) de Rijksregelingen. Doet een zorgaanbieder dit niet

of niet adequaat dan leidt dit op een later moment tot (forse) verrekeningen van de ontvangen bijdrage vanuit (een van) de Rijksregelingen.

6. Een groep mensen krijgt nu bijstand via de gemeente, indien zij als zzp-er in de zorg werken. De leden van de CDA-fractie vragen of dat samen zou kunnen vallen met de continuïteitsbijdrage van zorgverzekeraars. Hoe wordt hier mee omgegaan?

A:

Er zijn afspraken gemaakt met zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) over de ondersteuning van zorgaanbieders tijdens de coronacrisis. Zorgaanbieders worden geacht zich voor ondersteuning in eerste instantie te wenden tot deze zorginkopers en met hen te bezien of zij financiële ondersteuning kunnen krijgen. Als dat niet het geval is, óf als hiermee het inkomen onder het sociaal minimum blijft, kunnen zelfstandige zorgaanbieders in aanmerking komen voor de Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (Tozo), mits zij ook voldoen aan alle andere voorwaarden voor deze regeling (<https://krijgiktozo.nl/>). Voor het indienen van een aanvraag kunnen zelfstandig ondernemers vervolgens terecht bij hun woongemeente.

Voor zelfstandig ondernemers die reeds nu al gebruik maken van de Tozo geldt dat als zij op een later moment nog ondersteuning van een zorginkoper ontvangen zij dit conform de inlichtingenplicht moeten melden aan de woongemeente, deze ondersteuning kan immers van invloed zijn op het recht op of de hoogte van de uitkering uit de Tozo.

7. De leden van de CDA-fractie lezen dat Zorgverzekeraars Nederland een drempelbedrag van 250 euro gaat hanteren. Kan de minister toelichten waarom voor dat bedrag gekozen is?

A:

De verzekeraars hebben gekozen voor een drempelbedrag omdat de regeling administratief complex is en daarmee ook duur is in de uitvoering. Een drempelbedrag zorgt ervoor dat verzekeraars niet voor kleine bedragen moeten gaan uitkeren. Zorgverzekeraars hebben inmiddels wel besloten de drempel te verlagen naar 50 euro. Dit vind ik een goede zaak en vind ik redelijk. Uiteraard geldt deze drempel niet voor de vergoedingen voor geleverde zorg.

8. Genoemde leden vragen hoe over de informatie van de regelingen van de zorgverzekeraars gecommuniceerd zal worden, met name richting de individuele zorgverleners. Deze leden merken aan de vragen die zij krijgen dat veel zorgverleners nog niet op de hoogte zijn van de plannen van de zorgverzekeraars.

A:

ZN communiceert vooral via de brancheverenigingen en ook via hun eigen website. Daarnaast communiceren individuele zorgverzekeraars ook met zorgaanbieders over hoe de verschillende regelingen zijn uitgewerkt.

9. Begrijpen de leden van de CDA-fractie het voorts goed dat de kosten voor de continuïteitsbijdrage uit de reserves van de zorgverzekeraars komen? Welke afspraken zijn hier met zorgverzekeraars over gemaakt?

A:

Zorgverzekeraars zullen de continuïteitsbijdrage betalen uit hun reguliere middelen, dat zijn opbrengsten uit de nominale premie en vereveningsbijdragen en waar nodig ook uit hun reserves.

10. De leden van de CDA-fractie vragen of door zorgverzekeraars begroot is hoeveel in totaal nodig is om acute liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders te voorkomen. Welk bedrag is daar nu vanuit de reserves beschikbaar voor gesteld? Kan de minister aangeven wat dit kan gaan betekenen voor de zorgverzekeringspremie die de verzekerde volgend jaar (2021) aan zijn zorgverzekeraar moet betalen? Voorts vragen genoemde leden of inzichtelijk is hoeveel financiële middelen gereserveerd zijn voor de uitgestelde “normale” ziekenhuiszorg, huisartsenzorg enzovoorts die in de komende periode ook weer opgepakt dienen te worden? Hoe wordt in dit verband omgegaan met de risicoverevening in dit lopende jaar en volgend jaar?

A:

Een deel van de zorgaanbieders kan in liquiditeitsproblemen komen omdat zij geen of veel minder zorg kunnen verlenen dan normaal, terwijl hun kosten doorlopen. Zorgverzekeraars gaan hier op twee manieren mee om. Ten eerste hebben zorgverzekeraars afspraken gemaakt met zorgaanbieders over het sneller declareren en uitbetalen van declaraties voor verleende zorg. Ten tweede konden zorgaanbieders in bepaalde branches onder bepaalde voorwaarden voorafgaand aan de continuïteitsbijdrage tot en met 8 mei jl. een vooruitbetaling aanvragen. Vanaf 15 mei jl. kan inmiddels gefaseerd de continuïteitsbijdrage aangevraagd worden. De continuïteitsbijdrage heeft tot doel de continuïteit van de zorg nu en straks te borgen, en is een bijdrage die zorgaanbieders ontvangen die door de crisis tijdelijk geen of weinig zorg kunnen leveren. Tegenover deze continuïteitsbijdrage staat dat zorgverzekeraars voor inhaalzorg minder dan het gebruikelijke tarief betalen. De steun aan zorgaanbieders leidt dus niet bij voorbaat tot extra uitgaven en zijn door de zorgverzekeraars dus ook niet apart begroot.

De coronacrisis gaat gepaard met een verandering in de zorgverlening. Op de korte termijn vindt er minder reguliere zorgverlening plaats terwijl er juist extra zorg aan COVID-19-patiënten is en extra kosten worden gemaakt voor niet-COVID-19-patiënten zoals kosten voor persoonlijke beschermingsmiddelen. Later in het jaar zal er waarschijnlijk extra inhaalzorg zijn. Net als de zorgverlening zal daarmee de financiering veranderen. Op korte termijn minder declarabele uren en een continuïteitsbijdrage. Later in het jaar mogelijk extra inkomsten vanwege inhaalzorg. Op dit moment is er nog geen zicht op de omvang van elk van

deze posten en dus ook niet op de gevolgen van de coronacrisis voor de premie. Voor de uitgestelde “normale” ziekenhuiszorg is ook nog geen bedrag geraamd. Er wordt op dit moment wel hard gewerkt om inzicht te krijgen in alle kosten.

Maar pas later dit jaar (of zelfs nog later) zal gezien kunnen worden of en hoeveel extra geld verzekeraars gaan uitgeven aan deze crisis en welke financiële middelen zij daarvoor precies zullen gebruiken en wat dit doet met de premie.

De risicoverevening compenseert zorgverzekeraars ex ante voor gezondheidsverschillen in de populatie en zorgt op die manier voor een gelijk speelveld tussen verzekeraars. De voorspelde kosten voor 2020 zullen vanwege de uitbraak van COVID-19 minder goed overeenkomen met de werkelijke kosten in 2020. Het gaat hierbij voornamelijk om niet-acute zorg die niet meer wordt geleverd of wordt uitgesteld naar een later moment. Niet alle verzekeraars zullen in dezelfde mate te maken krijgen met uitstel en/of afstel van de reguliere zorg en met extra zorgproductie ten behoeve van COVID-19-patiënten. Het is op dit moment nog onduidelijk wat de consequenties precies zijn voor het lopende jaar.

Ook in 2021 zal de uitbraak van COVID-19 effect hebben op de risicoverevening. Veel van de kenmerken in de risicoverevening zijn gebaseerd op declaraties in het voorgaande jaar. Uitstel van zorg kan bijvoorbeeld effect hebben op of iemand wel of niet in een Diagnose Kosten Groep of een Fysiotherapie Diagnose Groep valt. Ook is op dit moment onzeker hoe de zorgkosten voor 2021 eruit gaan zien. Is er bijvoorbeeld nog veel inhaalzorg? Dit brengt onzekerheid met zich mee voor de doorrekening en werking van de risicoverevening.

Het effect op de risicoverevening 2021 is sterk afhankelijk van de duur van de COVID-19 uitbraak, hoe snel de reguliere zorg weer kan worden opgestart en hoe lang er sprake is van ‘inhaalzorg’. Daarom onderzoekt het ministerie van VWS, samen met ZN en het Zorginstituut Nederland, de gevolgen van de COVID-19 uitbraak voor de risicoverevening en daarmee samenhangend de verschillende beleidsopties. Hierover zal eind mei gesproken worden tijdens het bestuurlijk overleg risicoverevening, maar ik verwacht dat er niet eerder dan in de zomer een besluit kan worden genomen over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2021, waarover ik u in september zal informeren.

11. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister inzicht heeft in wat voor de lange termijn nodig is om de continuïteit van zorg en ondersteuning te borgen in de Wet langdurige zorg (Wlz).

A:

Antwoorden 11 en 12 gecombineerd

12. Indien de minister deze cijfers nu niet inzichtelijk kan maken, kan hij dan aangeven wanneer hij de Kamer hier wel over kan informeren?

A:

In de langdurige zorg zijn vier maatregelen genomen die toezien op het bieden van financiële zekerheid en de continuïteit van zorg, zowel tijdens als na de coronacrisis. Deze maatregelen worden op hoofdlijnen genoemd in de brief die ZN op 23 maart jl. aan alle aanbieders in de langdurige zorg heeft toegestuurd⁵. De genoemde maatregelen zijn tijdelijk en hebben betrekking op: 1) het op peil houden van de liquiditeit; 2) het compenseren van omzetsderving; 3) het vergoeden van extra kosten als gevolg van de coronacrisis; 4) het versoepelen van de verantwoordingseisen. Deze maatregelen zien toe op het voorkomen van financiële problemen bij zorgaanbieders als gevolg van de uitbraak van het coronavirus.

De maatregelen compensatie omzetsderving en vergoeding extra kosten voor zorgaanbieders van Wlz-zorg in natura worden door de NZa uitgewerkt in een beleidsregel. De NZa verwacht de beleidsregel in mei te kunnen publiceren. In de opdrachtbrief die op 16 april 2020 door het ministerie van VWS aan de NZa is gestuurd wordt de NZa gevraagd om bij de uitwerking in dit beleid een aantal uitgangspunten te hanteren⁶. Dit geeft zorgaanbieders meer inzicht in wat van hen verwacht wordt. ZN heeft op dezelfde dag met een brief deze uitgangspunten onder de aandacht gebracht bij aan alle zorgaanbieders in de langdurige zorg⁷. Om een juiste betaling en verantwoording mogelijk te maken is aan zorgaanbieders gevraagd om hier nu al rekening mee te houden. Voor cliënten met een pgb geldt dat zij niet-geleverde zorg door mogen betalen, zodat voor hen de zorgcontinuïteit geborgd is. Indien budgethouders meer of vervangende zorg in moet zetten als gevolg van het coronavirus kunnen zij hiervoor een toeslag aanvragen bij het zorgkantoor.

Voordat het coronavirus in volle omvang om zich heen sloeg, raamde de NZa in de zogenoemde Maartbrief het tekort op het Wlz-kader bij een reguliere productie op € 550 miljoen. Het kabinet heeft in de Voorjaarsnota de benodigde middelen vrijgemaakt, zodat het tekort kon worden opgelost. De compensatie omzetsderving voor zorg in natura en het doorbetalen van niet-geleverde uren door budgethouders wordt binnen de reguliere contracteerruimte vergoed tot maximaal de omzet die zou zijn gerealiseerd zonder uitbraak van het coronavirus. Het Wlz-kader is daarmee ook toereikend om zorgaanbieders in voorkomende gevallen te compenseren indien er sprake is van omzetsderving op hun Wlz-productie door de coronacrisis.

Daarnaast worden de extra kosten als gevolg van de uitbraak van het coronavirus buiten de contracteerruimte om vergoed. Er is nog geen inzicht

⁵ Brief van ZN "Financiële helderheid zorgaanbieders langdurige zorg", d.d. 23 maart 2020 met kenmerk B-20-5241.

⁶ <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/04/16/financiele-vergoeding-van-kosten-corona-in-de-langdurige-zorg-verder-uitgewerkt>

⁷ Brief van ZN "Uitwerking steunmaatregelen langdurige zorg voor zorg in natura", d.d. 16 april 2020 met kenmerk B-20-5269.

in de omvang van deze kosten. In de beleidsregel zal de NZa uitwerken wat de procedure en voorwaarden zijn om in aanmerking komen voor deze regeling. Hieruit kan dan ook worden afgeleid wanneer de omvang van de meerkosten bekend wordt. Met bovengenoemde maatregelen borg ik de continuïteit van zorg en ondersteuning in de Wlz.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister van VWS d.d. 7 april 2020 waarin hij in paragraaf 11 onder meer ingaat op de maatregelen die zorgverzekeraars momenteel nemen om zorgverleners en verschillende zorgsectoren overeind te houden. Vooropgesteld wordt dat deze leden positief gestemd zijn door het feit dat alle zorgverzekeraars gezamenlijk tot één brede continuïteitsbijdrage-regeling zijn gekomen, die zowel voor gecontracteerde als ongecontracteerde zorgaanbieders geldt en voor zorg die gedekt wordt door de basisverzekering en de aanvullende zorgverzekeringen. Wel hebben deze leden nog enkele vragen over de berekening van de bijdrage, de looptijd en de toekomstige verrekening van eventuele inhaaleffecten.

13. De leden van de D66-fractie lezen allereerst dat de hoogte van de continuïteitsbijdrage een percentage van naar verwachting 65-80% van de normaal door zorgverzekeraars vergoede omzet is. Het definitieve percentage per sector is daarbij afhankelijk van de vaste kosten en de mate waarin de zorgverlening in de sector toch doorgang kan vinden, zo begrijpen deze leden. Kan de minister nader toelichten hoe men tot deze bandbreedte is gekomen en op basis van welke aannames en onderbouwingen het definitieve percentage zal worden berekend? Wordt hierbij de mogelijkheid ingebouwd om het percentage tussentijds te herzien als de bijdrage in een sector te laag blijkt te zijn?

A:

ZN heeft op 1 mei 2020 bekend gemaakt de continuïteitsbijdrage-regeling te hebben vastgesteld. Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat daalt door de coronacrisis. De bijdrage is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Van de omzet die is weggevallen krijgen zorgaanbieders een percentage vergoed. De zorgverzekeraars hebben, met steun van onafhankelijke partij Gupta Strategists, een percentage per sector vastgesteld. Voor de meeste zorgaanbieders ligt dit percentage tussen de 75% en 87% (van die omzet die is weggevallen). Dit geldt voor zorgaanbieders met een omzet tot 10 miljoen euro. Zorgaanbieders die ondanks deze regeling toch in financiële problemen dreigen te komen, kunnen contact opnemen met de preferente zorgverzekeraars (hardheidsclausule).

Voor zorgaanbieders met een omzet boven de 10 miljoen euro zullen zorgverzekeraars met die zorgaanbieders maatwerkafspraken maken.

14. Kunnen aanbieders van het persoonsgebonden budget (pgb) ook een beroep doen op deze regeling?

A:

Nee, zoals ik u in mijn brief van 7 april 2020⁸ heb laten weten, heb ik op 7 april 2020 aparte afspraken met ZN gemaakt over een pakket maatregelen voor budgethouders en zorgverleners. Deze maatregelen geven budgethouders duidelijkheid over de inzet van het pgb in deze crisis. Het betreft een tijdelijke verruiming van de pgb-regeling waardoor de zorgcontinuïteit wordt geborgd. Dit geldt voor de budgethouder en voor de zorgaanbieder. Daar waar de zorg niet geleverd kan worden, wordt de zorgaanbieder wel uitbetaald. Deze maatregelen zijn in overeenstemming met de maatregelen die voor de zorgaanbieders in zorg-in-natura ook van kracht zijn. Bij de totstandkoming van de afspraken is de NZa ook nauw betrokken geweest.

15. Daarnaast vragen deze leden in hoeverre de minister kan garanderen dat de continuïteitsbijdrage samen met de relevante rijksregelingen voor zorgaanbieders voldoende zal zijn om het hoofd boven water te kunnen houden.

A:

De continuïteitsbijdrage is bedoeld om zorgaanbieders te compenseren voor een lagere omzet als gevolg van de coronacrisis, zodat zij niet in financiële problemen komen als gevolg van de coronacrisis. Aanbieders die naast de continuïteitsbijdrage aanvullende financiële steun nodig hebben, bijvoorbeeld omdat een deel van hun inkomsten niet uit de basisverzekering of aanvullende verzekering komt, kunnen – mits zij aan de voorwaarden voldoen – in aanmerking komen voor de financiële noodregelingen vanuit de Rijksoverheid. Zo wordt de continuïteit van zorg voor de korte en langere termijn geborgd. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Het is echter niet uit te sluiten dat er zorgaanbieders zijn die uiteindelijk toch failliet gaan, bijvoorbeeld omdat zij er al voor de corona-uitbraak financieel slecht voor stonden.

16. De leden van de D66-fractie lezen voorts dat de continuïteitsbijdrage betrekking heeft op de maanden maart tot en met juni 2020. Hoe lang de grote invloed van het coronavirus blijft, is echter nog ongewis. Liggen er al scenario's klaar voor een langere looptijd van de regeling?

Zo ja, in hoeverre kunnen de percentages dan door zorgverzekeraars worden gehandhaafd, gelet op hun eigen financiële positie?

A:

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de regeling verlengd kan worden als dat nodig is. Bij een eventuele verlenging worden ook de voorwaarden op

⁸ Kamerstuk 25295, nr. 219

basis waarvan de bijdrage wordt verstrekt, opnieuw beoordeeld. Omdat nog niet bekend is of dit ook nodig is, kan op dit moment nog niets gezegd worden of deze percentages ook na juni 2020 blijven gelden.

17. Genoemde leden vragen bovendien of de kans reëel is dat als de coronacrisis langer voortduurt, Zorginstituut Nederland de verzekeraars op grond van artikel 3.23 Besluit zorgverzekering een extra bijdrage zal verstrekken.

A:

Artikel 3.23 Besluit Zorgverzekering gaat over extra bijdrage in geval van catastrofes, ook wel catastroferegeling genoemd. Aangezien de uitbraak van Covid-19 door de WHO is bestempeld als een pandemie, en pandemieën onder de catastroferegeling vallen, kunnen verzekeraars een beroep doen op deze regeling. Het gaat daarbij om een extra bijdrage uit het vereveningsfonds bovenop de vereveningsbijdrage voor een individuele zorgverzekeraar als blijkt dat de catastrofeschade van het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar boven een bepaalde drempel komt. Het gaat daarbij om uitgaven voor de zorg aan COVID-19-patiënten op grond van bestaande prestaties, alsmede uitgaven op basis van de nieuwe prestatie meerkosten corona. De continuïteitsbijdrage valt niet onder de catastrofekosten en daarmee buiten de catastroferegeling. Er is nog geen zicht op of er zorgverzekeraars zijn die de drempel gaan passeren en een verzoek gaan indienen voor de extra bijdrage.

18. De leden van de D66-fractie lezen tot slot dat de continuïteitsbijdrage voor zover mogelijk zal worden verrekend met de productie gedurende de looptijd van de bijdrage en met de eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Dat laatste lijkt genoemde leden buitengewoon ingewikkeld om vast te stellen. Hoe ziet de minister dit zelf voor zich, en hoe denkt hij zo goed als mogelijk te kunnen voorkomen dat dit zal leiden tot juridische procedures?

A:

Zorgverzekeraars hebben op 1 mei 2020 de uitwerking van de continuïteitsbijdrage-regeling gepresenteerd. Al eerder gaven zij aan dat de continuïteitsbijdrage die zorgaanbieders ontvangen, niet hoeft te worden terugbetaald. Zorgaanbieders die na de crisis weer hun normale (volledige) omzet hebben, krijgen deze volledig vergoed conform de afspraken die ze daarover hebben gemaakt met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars verwachten wel dat zorgverleners waar mogelijk inhaalzorg gaan leveren. Alleen zo is er voldoende capaciteit om de wachtlijsten niet onnodig te laten oplopen. Op het moment dat zorgaanbieders de niet-verleende zorg gaan inhalen bovenop de reguliere zorg, geldt daarvoor een aangepaste vergoeding. Dat is ook logisch omdat anders dubbel betaald zou worden voor

zorg en de zorgkosten (en dus de zorgpremies) verder zouden stijgen. Zorgverzekeraars leggen dit uit op hun website⁹.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de in paragraaf 11 van de brief beschreven maatregelen die zorgverzekeraars momenteel nemen om de zorgverleners en de verschillende zorgsectoren overeind te houden. Deze leden hebben naar aanleiding hiervan onderstaande opmerkingen en vragen.

19. De leden van de SP-fractie zijn er blij mee dat er financiële regelingen worden getroffen om zorgaanbieders financieel overeind te houden in de huidige coronacrisis. Deze leden vinden het niet meer dan logisch dat voor deze partijen nu een begin van een oplossing komt, aangezien zij voor veel van de bestaande regelingen niet in aanmerking komen maar wel zwaar getroffen worden door de maatregelen. Dat er een regeling komt van de zorgverzekeraars is natuurlijk ook in het belang van de zorgverzekeraars zelf. Als immers te veel zorgaanbieders failliet gaan, kunnen zij niet meer voldoen aan hun zorgplicht, en indien mensen die nu zorg nodig hebben deze niet krijgen en hun problemen daardoor verergeren, zal immers ook de benodigde zorg duurder worden. Wel hebben genoemde leden een aantal vragen over de inzet van deze regelingen. Zo vragen deze leden of de minister een specifiek overzicht per zorgsector kan geven van de regelingen waar zorgaanbieders gebruik van kunnen maken.

A:

Antwoorden vragen 19 en 20 gecombineerd

20. De leden van de SP-fractie constateren dat de minister voor het sociaal domein een regeling heeft opgesteld. Kan hij verduidelijken hoe die regeling voor gemeenten en zorgaanbieders eruitziet?

Moeten zorgaanbieders die te maken hebben met meerdere gemeenten, verschillende afspraken per gemeente maken of is er één regeling die voor alle gemeenten en voor alle zorgaanbieders geldt?

A:

Zorgaanbieders die declareren op basis van de Zorgverzekeringswet of de aanvullende verzekering kunnen de zorg die gerelateerd is aan corona in rekening brengen.

Dit kan door het in rekening brengen van reguliere prestaties. Daarnaast zijn er twee door de NZa vastgestelde prestaties, één prestatie voor 'meerkosten' en één prestatie 'continuïteitsbijdrage' waarop zorgaanbieders in overleg met hun zorgverzekeraar aanspraak kunnen maken. Op basis van de

⁹ <https://www.zn.nl/corona/zorgverzekeringswet>

voorhangbrief die op 15 april aan uw Kamer¹⁰ is gestuurd heeft de NZa concept- beleidsregels opgesteld, die ter consultatie aan het veld zijn voorgelegd. Op 23 april jl. is de “aanwijzing van de Minister voor Medische Zorg meerkosten en continuïteitsbijdrage vanwege het coronavirus in curatieve en forensische zorg aan de NZa”, in de Staatscourant gepubliceerd.¹¹ De NZa heeft de (beleids)regels op 1 mei jl. gepubliceerd. Deze zijn geldig vanaf 1 maart 2020. De continuïteitsbijdrage betreft een vergoeding voor de doorlopende kosten zoals loonkosten, kosten voor vastgoed en overige vaste kosten. Variabele kosten vallen niet onder de prestatiebeschrijving.

Vanaf 14 april konden (gefaseerd) verschillende groepen zorgverleners voor deze continuïteitsbijdrage een vooruitbetaling aanvragen bij de zorgverzekeraars.

ZN heeft op 1 mei 2020 bekend gemaakt de continuïteitsbijdrage-regeling te hebben vastgesteld. Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat wegvalt door de coronacrisis. De bijdrage is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Van de omzet die is weggefallen krijgen zorgaanbieders een percentage vergoed. De zorgverzekeraars hebben, met steun van onafhankelijke partij Gupta Strategists, een percentage per sector vastgesteld. Voor de meeste zorgaanbieders ligt dit percentage tussen de 75% en 87% (van die omzet die is weggefallen). Dit geldt voor zorgaanbieders met een omzet tot 10 miljoen euro. Vanaf 15 mei 2020 kunnen de eerste zorgsectoren een aanvraag indienen. Om de administratieve verwerking goed te kunnen doorlopen, stelt ZN een schema op met daarin de data waarop de verschillende zorgsectoren een aanvraag kunnen indienen.

Zorgaanbieders die ondanks de continuïteitsbijdrage-regeling toch in financiële problemen dreigen te komen, kunnen contact opnemen met de prefererende zorgverzekeraars (hardheidsclausule).

Voor zorgaanbieders met een omzet boven de 10 miljoen euro zullen zorgverzekeraars met die zorgaanbieders maatwerkafspraken maken.

In de langdurige zorg zijn vier maatregelen genomen die betrekking hebben op het bieden van financiële zekerheid en de continuïteit van zorg, zowel tijdens als na de coronacrisis. Deze maatregelen worden op hoofdlijnen genoemd in de brief die ZN op 23 maart jl. aan alle aanbieders in de langdurige zorg heeft gestuurd¹². De genoemde maatregelen zijn tijdelijk en hebben betrekking op: 1) het op peil houden van de liquiditeit; 2) het compenseren van omzetsderving; 3) het vergoeden van extra kosten als gevolg van de coronacrisis; 4) het versoepelen van de verantwoordingseisen. Deze

¹⁰ Kamerstukken 25 295, 29 689 en 33 628, nr. 274

¹¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stert-2020-23915.html>

¹² https://assets.zn.nl/p/32768/files/B-20-5241_.pdf OF: Brief van ZN "Financiële helderheid zorgaanbieders langdurige zorg", d.d. 23 maart 2020 met kenmerk B-20-5241.

maatregelen zien toe op het voorkomen van financiële problemen bij zorgaanbieders als gevolg van de uitbraak van het coronavirus. De NZa is aan de hand van de op 16 april jl. verstuurde opdrachtbrief inmiddels voortvarend aan de slag met de beleidsregel. Beoogde publicatiedatum ligt in mei. In de beleidsregel neemt de NZa een rekenregel op waarmee de compensatie omzetzijning wordt bepaald. Deze is voor alle zorgaanbieders in de langdurige zorg gelijk. De compensatie bedraagt in beginsel het verschil tussen de verwachte omzet in een situatie zonder corona minus de gerealiseerde productie. De verwachte omzet zonder corona wordt berekend door de dagomzet in februari 2020 te vermenigvuldigen met het aantal dagen van de omzetzijningsperiode. De Wlz-uitvoerders hebben de ruimte om de uitkomst van de rekenregel te corrigeren op basis van aanbieder specifieke omstandigheden.

Voor het sociaal domein hebben het Rijk en de VNG afspraken gemaakt over het bieden van financiële zekerheid en ruimte aan zorgorganisaties en professionals.¹³

Kern van de afspraken:

- Financiering van de zorgaanbieders wordt doorgezet op het niveau van voor de coronacrisis. Verantwoording van zorgaanbieders richting gemeenten zal na afloop plaatsvinden op basis van de feitelijk gerealiseerde kosten die een aanbieder heeft gemaakt. Als de gerealiseerde kosten aanzienlijk afwijken van de financiering van de omzet moet daarover worden afgerekend.¹⁴
- Gemeenten worden door het Rijk gecompenseerd voor de directe meerkosten die zij aan hun aanbieders betalen ten behoeve van de extra maatregelen vanwege corona. Het Rijk en de VNG zijn nu in gesprek over de exacte definitie van meerkosten en de wijze van compensatie.
- Voor de zomer gaan het Rijk en gemeenten in gesprek over de compensatiemogelijkheden van de effecten die optreden na afloop van de crisis.

Deze richtinggevende afspraken tussen het Rijk en de VNG gelden eenduidig voor alle gemeenten en aanbieders.

Instellingen moeten deze afspraken wel in de praktijk brengen per gemeente/regio, aangezien zij ook per gemeente/regio een contract hebben afgesloten.

De bovengenoemde afspraken met zorginkopers zijn voorliggend aan andere afspraken, hetgeen betekent dat zorgaanbieders worden geacht zich in eerste instantie te wenden tot deze zorginkopers en met hen te bezien of zij financiële ondersteuning kunnen krijgen. Als zorgaanbieders daarna nog financiële ondersteuning nodig hebben (bijvoorbeeld omdat een deel van hun inkomsten komt uit eigen betalingen waarvoor zij geen steun ontvangen van een

¹³ <https://vng.nl/sites/default/files/2020-03/coronacrisis-financiele-duidelijkheid-jeugdzorg-en-mo.pdf>

¹⁴ https://vng.nl/sites/default/files/2020-04/20200415-uitwerking-continuïteit-van-financiering-jeugdwet-en-wmo-schoon_evd.pdf

zorginkoper) dan kunnen zij – net als andere ondernemers – bezien of zij in aanmerking komen voor (een van) de Rijksregelingen.

21. Tevens vragen genoemde leden hoe de regeling werkt voor zorgaanbieders die wijkverpleging aanbieden. Moeten zij eveneens met de verschillende zorgverzekeraars waar zij contracten mee hebben ook verschillende afspraken maken, of geldt ook hier één regeling die standaard is?

A:

Van de zorgverzekeraars heb ik begrepen dat zij het mogelijk maken om voor de continuïteitsbijdrage één keer een aanvraag via het VECOZO-portaal te doen, voor alle verzekeraars tezamen. Dat kan niet zonder enig papierwerk, maar dat wordt tot een minimum beperkt.

22. Voorts vragen de leden van de SP-fractie hoe gemeenten de financiële regeling gaan oppakken. Wat gebeurt er als sommige gemeenten de regeling niet of onvoldoende oppakken? Wordt in dat geval dan ingegrepen en wordt dit gemonitord? Kan de minister dit toelichten?

A:

Signalen over gemeenten die de afspraken niet of onvoldoende oppakken worden in eerste instantie bij de VNG belegd. Zij nemen contact op met de betreffende gemeente. Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd ondersteunt de VNG hierbij.

Signalen kunnen via verschillende kanalen bij de VNG landen. Ik houd daarbij wel de vinger aan de pols.

23. De leden van de SP-fractie constateren dat de Kamer de afgelopen maanden veel heeft gedebatteerd over de financiële tekorten in het sociaal domein. Kan de minister aangeven hoe de budgettekorten in de jeugdzorg en Wmo 2015 - waar veel gemeenten mee kampen - samenhangen met de financiële regeling? Krijgen gemeenten met hogere tekorten op hun budget meer compensatie of is dat niet het geval?

A:

Er wordt onderzoek gedaan naar de noodzaak van structureel extra financiële middelen voor de jeugdzorg. Dit onderzoek wordt aan het einde van dit jaar opgeleverd.

De financiële regelingen in verband met corona staan geheel los van dit onderzoek. Het Rijk compenseert gemeenten voor de directe meerkosten die zij aan hun aanbieders betalen ten behoeve van de extra maatregelen vanwege corona.

24. De leden van de SP-fractie lezen dat de zorgverzekeraars voor de verschillende sectoren in de curatieve zorg hebben aangegeven hoe de continuïteit van zorg op korte en langere termijn geborgd zal worden. De hoogte van de continuïteitsbijdrage is een percentage van naar verwachting

65%-80% van de in normale omstandigheden door zorgverzekeraars vergoede omzet, waarbij dit percentage afhankelijk is van de vaste kosten in een bepaalde zorgsector en de mate waarin de zorgverlening in de sector ondanks de huidige situatie toch doorgang kan vinden. Deze leden lezen in een interview in Zorgvisie dat onderzoeksbureau Gupta zal bekijken welke percentages passend zijn.¹⁵ Begrijpen deze leden het goed dat de percentages per zorgsector zullen kunnen verschillen? Op basis waarvan worden de definitieve percentages precies vastgesteld? Zorgverleners kunnen eventueel al een vooruitbetaling aanvragen. Hoe wordt hiermee omgegaan indien Gupta op een later moment lagere percentages vaststelt? Tevens vragen deze leden hoe de zorgverzekeraars precies omgaan met de financiering van de zorg die nu wordt uitgesteld, maar die op een later moment alsnog wordt verleend.

A:

ZN heeft op 1 mei 2020 bekend gemaakt de continuïteitsbijdrage-regeling te hebben vastgesteld.¹⁶ Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat wegvalt door de coronacrisis. De bijdrage is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Van de omzet die is weggevallen krijgen zorgaanbieders een percentage vergoed. De zorgverzekeraars hebben, met steun van onafhankelijke partij Gupta Strategists, een percentage per sector vastgesteld. Voor de meeste zorgaanbieders ligt dit percentage tussen de 75% en 87% (van die omzet die is weggevallen). Dit geldt voor zorgaanbieders met een omzet tot 10 miljoen euro. Zorgaanbieders die ondanks deze regeling toch in financiële problemen dreigen te komen, kunnen contact opnemen met de prefererende zorgverzekeraars (hardheidsclausule). Voor zorgaanbieders met een omzet boven de 10 miljoen euro zullen zorgverzekeraars met die zorgaanbieders maatwerkafspraken maken.

Vooruitbetalingen die nu gedaan zijn, zijn bedoeld om aanbieders niet in liquiditeitsproblemen te laten komen. Een vooruitbetaling die nu al gedaan wordt door zorgverzekeraars zal verrekend worden met de uit te betalen continuïteitsbijdrage. De continuïteitsbijdrage hoeft daarna niet terugbetaald te worden. Bij de definitieve vaststelling van de continuïteitsbijdrage zullen verzekeraars wel rekening houden met de inhaalzorg die de zorgaanbieder levert.

25. De leden van de SP-fractie vragen of nog een keer duidelijk kan worden toegelicht welke partijen voor de regelingen in aanmerking komen, wat deze partijen moeten doen om aanspraak te maken op deze regelingen, hoe deze partijen moeten gaan aantonen dat zij ervoor in aanmerking komen en hoe na afloop de verantwoording eruit moet zien. Genoemde leden vragen

¹⁵ Zorgvisie.nl, 5 april 2020, 'Zorgaanbieders: 'Wij doen er alles aan om zorgaanbieders overeind te houden.' <https://www.zorgvisie.nl/zorgverzekeraars-wij-doen-er-samen-alles-aan-om-zorgaanbieders-overeind-te-houden/>

¹⁶ <https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=4890558464>

hoe zorgaanbieders over de regelingen worden geïnformeerd en of het duidelijk is wat de regeling nu behelst. Zij ontvangen namelijk signalen van individuele hulpverleners dat niet duidelijk is wat nu precies is afgesproken.

A:

Gecombineerd met antwoord op vraag 26

26. De leden van de SP-fractie lezen dat dit bijvoorbeeld geldt voor de fysiotherapie. Deze leden vragen of het klopt dat de regeling niet alleen uitsluitend voor de verzekerde zorg is die praktijken aanbieden, maar ook voor bijvoorbeeld het gedeelte van de onderneming dat fitness aanbiedt. Voorts vragen zij of kan worden toegelicht hoe dit zich verhoudt tot de Tegemoetkoming Ondernemers Getroffen Sectoren COVID-19 (TOGS)-regeling.

Daarnaast vragen deze leden welke eisen zorgverzekeraars stellen bij het voorkomen van gedwongen ontslagen en hoe moet worden omgegaan met werknemers met onzekere contracten (oproepkrachten, nulurencontracten). Wat is precies de getroffen regeling voor zzp'ers en tot welk loket moeten zij zich wenden?

A:

Zorgaanbieders kunnen de zorg die gerelateerd is aan corona in rekening brengen. Dit kan door het in rekening brengen van reguliere prestaties. Daarnaast zijn er twee door de NZa vastgestelde prestaties, één prestatie voor de meerkosten en één prestatie voor een continuïteitsbijdrage waarop zorgaanbieders aanspraak kunnen maken. Op basis van de voorhangbrief die op 15 april aan uw Kamer is gestuurd heeft de NZa concept- beleidsregels opgesteld, die ter consultatie aan het veld zijn voorgelegd. Op 23 april 2020 is de aanwijzing aan de NZa verstuurd. De NZa heeft de (beleids)regels op 1 mei 2020 gepubliceerd. Deze hebben terugwerkende kracht tot en met 1 maart 2020.

Op de website van de NZa worden FAQ's gepubliceerd die duidelijkheid geven over de beleidsregels.

De praktische uitwerking van de regelingen loopt nog, maar zorgverzekeraars communiceren hier al wel over, via ZN. ZN communiceert vooral via de brancheverenigingen, maar ook via hun eigen website. Daarnaast communiceren individuele zorgverzekeraars ook met zorgaanbieders over hoe de verschillende regelingen zijn uitgewerkt. Zowel zorgaanbieders met en zonder een contract kunnen een beroep doen op de regelingen. Een aanvraag voor de bijdrage kunnen zorgaanbieders indienen via het VECOZO-portaal.

Deze regelingen gelden alleen voor onder de Zorgverzekeringswet verzekerde zorg en zorg die wordt vergoed op basis van de aanvullende verzekering. Dit betekent dat omzetederving op andersoortige activiteiten (zoals fitness) hier niet onder vallen. Zorgaanbieders worden gevraagd om eerst met de zorgverzekeraar te bezien of via hen steun te krijgen is voor het onderdeel van

de omzetderving uit verzekerde zorg. Met de dan resterende omzetderving kunnen deze ondernemers vervolgens bezien of zij in aanmerking komen voor (een van) de Rijksregelingen, zoals de Noodmaatregel Overbrugging Werkgelegenheid (NOW) of de Tegemoetkoming Ondernemers Getroffen Sectoren COVID-19 (TOGS).

Als voorwaarde voor de continuïteitsbijdrage wordt gesteld dat de zorgaanbieder zich maximaal inspant om zowel op de korte als op de langere termijn zijn bestaande capaciteit in stand te houden, zowel voor wat betreft personeel als voor middelen in de meest ruime zin van het woord. Dit betekent ten aanzien van personeel dat de zorgaanbieder in zijn rol als werkgever géén ontslag op grond van bedrijfseconomische redenen zal aanvragen voor zijn werknemers gedurende de periode waarin de zorgaanbieder de continuïteitsbijdrage ontvangt.

Tot slot vraagt u welke regeling precies getroffen is voor zelfstandig ondernemers. Zelfstandig ondernemers in de zorg worden net als andere ondernemers geacht om eerst met de zorgverzekeraar te bezien of via hen steun te verkrijgen is. Als het inkomen – ook na deze steun - onder het sociaal minimum blijft dan kunnen deze ondernemers in aanmerking komen voor de Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (Tozo). Deze maatregel is onderdeel van het noodpakket banen en economie dat het kabinet op 17 maart jl. heeft aangekondigd. De Kamer is hierover geïnformeerd per brief van 27 maart jl. en tijdens het wetgevingsoverleg van 14 april jl. is de regeling besproken. De Tozo is op 21 april 2020 gepubliceerd in het Staatsblad¹⁷ en de dag daarna in werking getreden, met terugwerkende kracht tot en met 1 maart 2020.

27. Deze leden vragen tevens waarop het drempelbedrag van 250 euro is gebaseerd en of alle fysiotherapeuten hier wel aan kunnen voldoen. Zij vragen of deze eis aangepast kan worden zodat het geen onnodige drempel opwerpt voor kleinere praktijken.

A:

Hiervoor verwijst ik u naar het antwoord op vraag 7.

28. De leden van de SP-fractie vragen of zorgaanbieders die ondanks de continuïteitsbijdrage nog steeds omzetverlies lijden, aanspraak kunnen maken op andere regelingen zoals de Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandige ondernemers (Tozo) of de Tijdelijke Noodmaatregel Overbrugging voor Werkgelegenheid (NOW). Op welke manier wordt de continuïteitsbijdrage verrekend als tijdens de inhaalslag na afloop hogere productie plaatsvindt? Wordt hierbij rekening gehouden met de hogere zorgvraag als gevolg van corona?

¹⁷ Stb. 2020, nr. 118

A:

Ja, zorgverleners kunnen gebruik maken van de andere overheidsregelingen indien zij vanwege het resterende omzetverlies nog steeds aan de voorwaarden voldoen.¹⁸ De continuïteitsbijdrage heeft tot doel de continuïteit van de zorg nu en straks te borgen, en is een bijdrage die zorgaanbieders ontvangen die door de crisis tijdelijk geen of weinig zorg kunnen leveren. Tegenover deze continuïteitsbijdrage staat dat zorgverzekeraars voor inhaalzorg minder dan het gebruikelijke tarief betalen. De percentages voor de continuïteitsbijdrage en de vergoeding voor inhaalzorg variëren per zorgsector. Op de website van Zorgverzekeraars Nederland staan een praktische uitwerking en ook voorbeelden.

29. De regelingen gaan ook gelden voor ongecontracteerde zorgaanbieders, die een soort van tijdelijk contract moeten afsluiten met de zorgverzekeraars. Hoe gaat dit precies in het werk, zo vragen de leden van de SP-fractie. Komen alle ongecontracteerde zorgaanbieders voor deze regeling in aanmerking? Wat voor contract moeten ze precies afsluiten en welke eisen brengt dit precies voor deze partijen met zich mee?

A:

In hun brief van 5 april jl. hebben zorgverzekeraars de zorgaanbieders geïnformeerd over de continuïteitsbijdrage-regeling. Zorgverzekeraars hebben in deze brief aangegeven dat deze regeling open zal staan voor alle zorgaanbieders (met of zonder zorgcontract) die zorg verlenen die valt onder de basisverzekering of de aanvullende zorgverzekering en die voldoen aan de nog uit te werken voorwaarden. De regeling staat dus ook open voor zorgaanbieders zonder contract.

Zorgaanbieders in bepaalde branches die écht niet konden wachten tot mei omdat de financiële nood hoog was, konden (onder bepaalde voorwaarde) vanaf 14 april (gecontracteerde zorgaanbieders) en vanaf 22 april (niet-gecontracteerde zorgaanbieders) gefaseerd een vooruitbetaling aanvragen. Het gaat om zorgaanbieders die actief zijn in de branches: eerstelijns laboratoria, mondzorg, kraamzorg, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, wijkverpleging, zittend ziekenvervoer en zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieders die gebruik willen maken van de regeling continuïteitsbijdrage zullen een betalingsovereenkomst moeten ondertekenen die bij de regeling hoort. De betaalovereenkomst is nadrukkelijk geen zorgovereenkomst maar noodzakelijk om gebruik te kunnen maken van de regeling continuïteitsbijdrage. Er is nog geen definitieve versie van de overeenkomsten beschikbaar.

30. De regelingen van de zorgverzekeraars lopen in eerste instantie tot eind juni. Wanneer wordt besloten dat deze regeling verlengd wordt? Deze

¹⁸ Zie schema op de website: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306142_22/1/.

leden vragen waar dit besluit precies vanaf hangt. Waarom zijn de steunmaatregelen vooralsnog in duur beperkt tot 30 juni, terwijl nu al te voorzien is dat de effecten van de coronapandemie op de ggz het gehele jaar 2020 (en mogelijk ook daarna) groot zullen zijn en een toename in de zorgvraag te verwachten is?

A:

Hoe lang de continuïteitsbijdrage-regeling nodig gaat zijn is nu nog niet te zeggen. Hij is geldig tot 30 juni 2020. Aangezien nog niet bekend is hoe lang de crisis gaat duren, is het nog te vroeg om iets te zeggen over een mogelijke verlenging.

31. De leden van de SP-fractie vragen of de regeling zoals deze nu is vormgegeven genoeg is om de ggz-sector voldoende te steunen, aangezien de ggz nu de hardste klappen lijkt te krijgen.¹⁹ De ggz heeft vijf financieringsstromen. Alle partijen behalve de zorgverzekeraars hebben gezamenlijk afspraken gemaakt. Waarom doen de zorgverzekeraars hier niet aan mee? Waarom wijken de maatregelen die de zorgverzekeraars nemen zo af van de afspraken die er nu liggen betreffende andere financieringsstromen? Zou het niet beter zijn als er één regeling komt waar alle partijen achterstaan? Hoe verhoudt het percentage van 65-80% zich tot het gegeven dat voor de ggz bijna alle kosten (bijvoorbeeld huur- en personeelskosten) gewoon doorlopen en vaak hoger zijn dan deze 65-80%, en tot het feit dat de marges in de ggz al jaren klein zijn, er op dit moment minder doorverwijzingen zijn en tot het feit dat in veel ggz-instellingen de zorg gewoon doorloopt waarbij momenteel juist vaak meer kosten worden gemaakt dan in de normale situatie? De leden van de SP-fractie vragen of de minister het met hen eens is dat de nu voorgestelde regeling niet voldoende is, aangezien veel partijen de variabele kosten niet in dergelijke (door de zorgverzekeraars verwachte) mate kunnen drukken en juist ook op langere termijn ggz-zorg gegarandeerd moet blijven. Genoemde leden vragen of de minister van plan is extra maatregelen te nemen voor partijen waarvoor deze regeling niet voldoende is en om daarmee de ggz-zorg overeind te houden.

A:

De maatregelen die vanuit de verschillende domeinen worden genomen bevatten op hoofdlijnen dezelfde elementen: er wordt voorzien in een vergoeding van meerkosten van de zorgverlening in verband met corona, een vergoeding voor gedeelde omzet en maatregelen in de sfeer van bevoorschotting om de liquiditeitsproblemen van zorgaanbieders te voorkomen. Daarnaast trekken financiers binnen hun respectievelijke domeinen zo veel mogelijk met elkaar op: binnen het sociaal domein bijvoorbeeld (Wmo2015 en Jeugdwet) hebben gemeenten, verenigd in de

¹⁹ Skipr.nl, 7 april 2020, 'Zorginstellingen krijgen financiële klappen door coronacrisis', https://www.skipr.nl/nieuws/zorginstellingen-krijgen-financiele-klap-door-coronacrisis/?daily=1&tid=TIDP487190X8953B6D24FA44B2B8C43CB9634306DE0YI4&utm_medium=email&utm_source=20200408%20skipr%20daily%20nieuwsbrief%20-%20&utm_campaign=NB_SKIPR

VNG, en het Rijk afspraken gemaakt over de uitwerking van de financiële regelingen.^[2] Wat betreft het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de aanvullende verzekering heeft ZN op 1 mei 2020 bekend gemaakt de continuïteitsbijdrageregeling te hebben vastgesteld. Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat daalt door de coronacrisis. De bijdrage is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Van de omzet die is weggevallen krijgen zorgaanbieders een percentage vergoed. Vanwege de afwijkende bekostigingssystematiek werken zorgverzekeraars voor de ggz aan een aangepaste regeling, die rekening houdt met de kenmerken van de bekostiging in de ggz. Zorgverzekeraars benadrukken dat ook de ggz-sector op hun steun kan rekenen. De inspanningen zijn maximaal en er op gericht de ggz-sector zo snel mogelijk te informeren over deze aangepaste regeling. Zorgaanbieders die ondanks deze regeling toch in financiële problemen dreigen te komen, kunnen contact opnemen met de prefererende zorgverzekeraars (hardheidsclausule). De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars, ook tijdens deze coronacrisis.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid hebben met belangstelling de brief gelezen over onder andere de maatregelen die zorgverzekeraars nemen om zorgverleners en verschillende zorgsectoren overeind te houden. Deze leden hebben een aantal vragen ter verduidelijking, die zij hieronder bondig delen.

32. Deze leden ontvangen graag een overzicht van welke maatregelen per sector zijn genomen en per wanneer. Kan de minister tevens een overzicht geven van de reeds uitgekeerde bedragen? Kan daarnaast een overzicht gegeven worden van zorginstellingen waarvan een verzoek om vooruitbetaling, versnelde uitbetaling, compensatie of continuïteitsbijdrage is afgewezen? Kan een overzicht per sector gegeven worden van de percentages van de omzet waarop de continuïteitsbijdrage is gebaseerd? Tevens vragen deze leden hoe dit percentage wordt vastgesteld en door welke onafhankelijke derde partij dit wordt gedaan.

A:

Voor een overzicht van de maatregelen die per sector zijn genomen alsmede de vraag over de percentages en hoe deze zijn vastgesteld, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 20.

Een overzicht van reeds uitgekeerde bedragen is er niet. Ik heb ook geen overzicht van afwijzingen. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor het geven van voorschotten.

[2] https://vng.nl/sites/default/files/2020-04/20200415-uitwerking-continuïteit-van-financiering-jeugdwet-en-wmo-schoon_evd.pdf

33. De leden van de fractie van de PvdA vragen of de minister kan toelichten hoe bij het bepalen van de toekenning van een voorschot wordt bepaald of sprake is van acute nood. Hoeveel instellingen en zorgbedrijven zal naar schatting de continuïteitsbijdrage onvoldoende zijn om een faillissement te voorkomen?

A:

De vooruitbetalingsregeling was bestemd voor zorgaanbieders die werken in de branches: eerstelijns laboratoria, mondzorg, kraamzorg, fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, wijkverpleging, zittend ziekenvervoer en zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg die echt acuut in financiële problemen kwamen en niet konden wachten tot de continuïteitsbijdrage in mei. De vooruitbetaling kon online worden aangevraagd (VECOZO) en wordt verrekend met de continuïteitsbijdrage. Het is aan zorgaanbieders zelf om hun financiële situatie te beoordelen en te beslissen of zij de vooruitbetaling aanvragen. De continuïteitsbijdrage is bedoeld om zorgaanbieders te compenseren voor een lagere omzet als gevolg van de coronacrisis, zodat zij niet in financiële problemen komen door deze crisis. Met de continuïteitsbijdrage wordt de toegankelijkheid van zorg voor de korte en langere termijn geborgd. Het is echter niet uit te sluiten dat er instellingen zijn die uiteindelijk toch failliet gaan, bijvoorbeeld omdat zij er al voor de corona-uitbraak financieel slecht voor stonden. Hoeveel dat er zijn is nu niet te zeggen.

Het is hierbij goed om op te merken dat zorgverzekeraars zorgplicht hebben. Dit betekent dat zij, ook in geval van een faillissement, ervoor moeten zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot de zorg die zij nodig hebben. Wanneer meer aanbieders en mogelijk ook groepen aanbieders in financiële problemen komen kan dit risico's met zich meebrengen voor de zorgplicht. Ook als het gaat om aanbieders die stuk voor stuk niet essentieel zijn voor de zorgplicht, kunnen zij dat collectief wel zijn. De NZa is zich hier ook van bewust en neemt dit nadrukkelijk mee in het toezicht op de zorgplicht. Het is goed dat zorgverzekeraars met deze continuïteitsbijdrage zich maximaal inzetten om faillissementen te voorkomen en aan hun zorgplicht te voldoen.

34. Wat betekent de COVID-19 crisis voor het afsluiten van de nieuwe contracten? Voorts vragen genoemde leden hoe voorkomen wordt dat opnieuw niet alle contracten op tijd zijn afgesloten. Wordt overwogen om bestaande contracten een jaar te verlengen, zo nee waarom niet? Hoe groot wordt de omvang van de maatregelen door zorgverzekeraars geschat? Tevens vragen deze leden welk deel daarvan zorg betreft die later ingehaald en verrekend kan worden en bij welk deel het voor zorgverzekeraars om extra kosten gaat. Uit welke post op de begroting worden de maatregelen door zorgverzekeraars betaald?

A:

Ik heb inderdaad al signalen gekregen dat er vertraging zou kunnen ontstaan bij het sluiten van contracten voor 2021. De inkoopcyclus is op 1 april jl.

gestart en zou in de komende maanden op gang moeten komen. Ik begrijp dat de prioriteit op dit moment ergens anders ligt. Het is nog niet bekend of er bijvoorbeeld voor wordt gekozen bestaande contracten een jaar te verlengen. Ik ga dit in het kader van de opschaling van de reguliere zorg bespreken met partijen.

Er is nog geen schatting te geven van de omvang van alle maatregelen, hoeveel zorg kan worden ingehaald en verrekend kan worden. Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over vergoeding van meerkosten en omzetverlies/vraaguitval als gevolg van corona. De vergoedingen door verzekeraars worden zichtbaar in het Financieel Beeld Zorg bij de begrotingsstukken van het ministerie van VWS. Voor zover de Zvw-uitgaven boven de eerdere ramingen uitkomen, zijn deze meeruitgaven in beginsel voor rekening en risico van de zorgverzekeraars. Meerkosten als gevolg van corona kunnen zorgverzekeraars inbrengen in de catastroferegeling op grond van art. 33 Zvw. We zijn in overleg met zorgverzekeraars om zicht te krijgen op de budgettaire gevolgen van de COVID-19 crisis. Onzekerheid over de duur en diepte van de gevolgen voor de zorg vormen een belemmering om daarover thans uitspraken te kunnen doen.

35. Welke maatregelen zijn mogelijk om premiestijging te voorkomen en in hoeverre 2021? Hoeveel reserve is beschikbaar bij zorgverzekeraars om extra kosten ten gevolge van de COVID-19 crisis op te vangen?

A:

Op dit moment is er nog geen zicht op de financiële gevolgen van de coronacrisis. Er wordt hard gewerkt om die in kaart te brengen, maar dat zal waarschijnlijk nog de nodige tijd duren. Gelijktijdig wordt gezien welke mogelijke gevolgen er zijn voor de zorgpremies en hoe daarmee om te gaan. De totaal aanwezige solvabiliteit bedroeg aan het einde van 2019 circa €10 miljard. De Nederlandsche Bank stelt aan zorgverzekeraars eisen omtrent de minimaal aan te houden reserves.

36. Tevens willen de leden van de fractie van de PvdA graag weten of de minister bereid is de afspraken voor kleinschalige wooninitiatieven rondom de financiering van meerkosten ten gevolge van het inzetten van extra zorg eenvoudiger vorm te geven. Deze leden vragen of de minister bereid is de eis van het laten meetekenen van een wettelijk vertegenwoordiger tijdelijk op te schorten, aangezien dit een enorm complicerende werking heeft vanwege het bezoekverbod. Tenslotte vragen deze leden of de minister tevens bereid is kleinschalige wooninitiatieven te compenseren voor het feit dat zij na het overlijden van een bewoner geen nieuwe bewoner kunnen aannemen.

A:

In de afgelopen periode heeft het ministerie van VWS, samen met de ketenpartijen, een pakket met maatregelen getroffen zodat zorgcontinuïteit nu en in de toekomst gewaarborgd blijft voor zowel budgethouder als

zorgverlener, waaronder kleinschalige wooninitiatieven. De nieuwe maatregelen zijn zo ingericht dat ze zoveel mogelijk aansluiten bij de reguliere pgb-processen, zodat deze processen niet complexer en langer worden dan nodig is.

Het pgb is gebaseerd op het principe dat een budgethouder zelf zorg inkoopt en hiervoor een contractuele relatie aangaat met een zorgaanbieder.

Wanneer de budgethouder hiertoe niet in staat is, zal de wettelijk vertegenwoordiger deze taken overnemen. Zodoende is de rechtmatigheid van de besteding van zorggeld gewaarborgd. Het tijdelijk opschorten van het meetekenen van de wettelijke vertegenwoordiger is hierom dan ook niet gewenst.

Voor een snelle indiening van een aanvraag voor extra kosten vanwege corona kan gebruik worden gemaakt van digitale oplossingen. De leden vragen of ik bereid ben kleinschalige wooninitiatieven te compenseren wanneer bewoners overlijden en er geen nieuwe bewoners aangenomen kunnen worden. Ik ga bij deze vraag ervan uit dat de leden pgb-gefinancierde woonvormen bedoelen. Ik realiseer mij dat de getroffen pgb-maatregelen geen oplossing bieden voor het inkomstenverlies dat ontstaat als een pgb-houder overlijdt en het tijdelijk niet mogelijk blijkt deze plaats op te vullen. Daarom verken ik met verschillende betrokken partijen of en zo ja hoe kleinschalige wooninitiatieven hiervoor – wat betreft de zorgkosten - gedurende de coronacrisis gecompenseerd kunnen worden.

37. De leden van de fractie van de PvdA vragen of de minister bereid is binnen de ongecontracteerde zorg het cessieverbod waarbij betaling aan de zorgverlener via de cliënt loopt tijdelijk buiten werking te stellen.

A:

In hun brief van 5 april jl. hebben zorgverzekeraars aangegeven dat zij afspraken hebben gemaakt met zorgaanbieders over het sneller declareren en uitbetalen van

declaraties voor verleende zorg. Daardoor worden in de maand april honderden miljoenen versneld aan de sector uitbetaald, waarmee een bijdrage is geleverd aan voldoende liquiditeit. In hun brief van 25 maart jl. hebben zorgverzekeraars aangegeven dat het aanvraagproces voor machtigingen waar mogelijk nog verder wordt versneld en dat controles gepast worden ingezet, rekening houdend met de genomen crisismaatregelen zodat zorgtaken nu niet onnodig worden belemmerd.

Zorgverzekeraars hebben niet aangegeven daarnaast ook het cessieverbod buiten werking te willen stellen. Ik zie op dit moment geen aanleiding daarover met verzekeraars in gesprek te gaan. Indien zich al een probleem voor verzekerden zou kunnen voordoen met het cessieverbod, kunnen verzekerden ervoor kiezen een gecontracteerde zorgaanbieder in de arm te nemen. Dan hebben zij de garantie dat de rekening door de zorgverzekeraar vergoed wordt.

38. Kan de minister toelichten hoe gemeenten gecompenseerd worden voor de extra kosten die zij momenteel maken? Tenslotte, kan de minister inzicht

bieden in de verschillende maatregelen die worden getroffen door gemeenten, of deze verschillen wenselijk zijn en zo nee, op welke manier deze uniform kunnen worden ingevoerd?

A:

Gemeenten worden door het Rijk gecompenseerd voor directe meerkosten die zij aan hun aanbieders betalen ten behoeve van de extra maatregelen vanwege corona. Het Rijk en de VNG zijn nu in gesprek over de definitie van meerkosten en de wijze van compensatie. Deze richtinggevende afspraken tussen Rijk en de VNG gelden eenduidig voor alle gemeenten en aanbieders. Om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden, pleiten het Rijk en de VNG voor uniformiteit bij het doorvoeren van deze richtinggevende afspraken bij gemeenten en aanbieders.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de maatregelen die zorgverzekeraars nemen om zorgaanbieders te ondersteunen in paragraaf 11 van de brief. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.

39. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn er positief over gestemd dat afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars voor zorgaanbieders die zorg leveren onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en over het pgb, en dat hiermee zorgaanbieders in staat worden gesteld om op zowel op korte als op lange termijn continuïteit van de zorg en ondersteuning te borgen. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de vergoeding van de huidige kosten toereikend is om deze continuïteit te borgen. Deze leden vinden het dan ook van het grootste belang dat voorkomen wordt dat instellingen fors moeten bezuinigen omdat de maximale vergoeding van 85% voor bijvoorbeeld de ggz-instellingen ontoereikend blijkt te zijn. Deelt de minister de opvatting dat ggz-instellingen nagenoeg geen mogelijkheid hebben om te besparen op hun variabele kosten, omdat de kostenstructuur van ggz-instellingen zich kenmerkt door voornamelijk vaste kosten die op dit moment gewoon doorlopen en het onwenselijk is te bezuinigen op personeelskosten?

A:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 31.

40. De leden van de ChristenUnie-fractie hebben begrepen dat zorgverzekeraars de zorgaanbieders oproepen om zich stap voor stap te melden en alleen bij acute financiële nood, om zo te voorkomen dat kwetsbare aanbieders langer moeten wachten.²⁰ Daarentegen roept

²⁰ Skipr.nl, 9 april 2020, 'ZN: Kun je tot mei wachten op noodgeld, wacht dan' https://www.skipr.nl/nieuws/zn-kun-je-tot-mei-wachten-op-noodgeld-wacht-dan/?daily=1&tid=TIDP488997X2DCF46F34A8942478462AC0BDC3A2775YI4&utm_medium=email&utm_source=20200410%20skipr%20daily%20nieuwsbrief%20-%20&utm_campaign=NB_SKIPR

bijvoorbeeld het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) alle fysiopraktijken op om op 14 april een continuïteitsbijdrage van 70% aan te vragen.²¹

Genoemde leden vragen de minister hoe hij samen met de zorgverzekeraars en brancheorganisaties wil voorkomen dat kwetsbare aanbieders door overvraging van de zorgverzekeraars te lang moeten wachten op de vergoeding.

A:

Zorgverzekeraars deden hun uiterste best de aanvragen voor de vooruitbetalingsregeling zo snel mogelijk af te handelen en riepen zorgaanbieders op om enkel van de vooruitbetalingsregeling gebruik te maken als acute financiële nood heerst. Er hebben zich bij de uitvoering van de vooruitbetalingsregeling geen vertragingen voorgedaan als gevolg van onverwacht hoge aantallen aanvragen voor een vooruitbetaling.

41. De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat nog enige onduidelijkheid bestaat over de vraag wat ‘binnen en buiten’ de omzet en vergoeding valt. Kan de minister toelichten hoe aanvragen van ongecontracteerde zorgaanbieders worden behandeld waarbij wordt gewerkt met hogere tarieven (oftewel: met hogere eigen bijdragen van patiënten) dan wel met geheel eigen betalingen indien patiënten niet aanvullend verzekerd zijn, zo vragen deze leden. Is nu voldoende geborgd dat ook ongecontracteerde aanbieders een beroep kunnen doen op de continuïteitsbijdrage?

A:

In hun brief van 5 april jl. hebben zorgverzekeraars aangegeven dat de continuïteitsbijdrage-regeling open staat voor alle zorgaanbieders (met of zonder zorgcontract) die zorg verlenen die valt onder de basisverzekering of de aanvullende zorgverzekering en die voldoen aan de nog uit te werken voorwaarden.

Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat daalt door de coronacrisis. De bijdrage van de zorgverzekeraars is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Eigen bijdragen vallen buiten de regeling van de zorgverzekeraars. Zorgaanbieders zonder contract worden bij deze regeling op dezelfde manier behandeld als zorgaanbieders met een contract.

²¹ Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 5 april 2020, 'Eerste reactie KNGF op steunmaatregelen zorgverzekeraars', <https://www.kngf.nl/actueel/nieuws/2020/april/eerste-reactie-kngf-op-steunmaatregelen-zorgverzekeraars.html>

42. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister nader toe te lichten waarom de steunmaatregelen vooralsnog beperkt zijn in duur tot 30 juni, terwijl nu al te voorzien is dat de effecten van de coronapandemie op het gehele jaar 2020 (en mogelijk ook daarna) groot zullen zijn?

A:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 16.

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

De leden van de fractie van 50PLUS hebben enkele vragen over de maatregelen die zorgverzekeraars momenteel nemen om zorgverleners en verschillende zorgsectoren overeind te houden.

De coronacrisis heeft een grote impact op zorgverleners en zorgsectoren. Genoemde leden zijn erg blij dat er nu een regeling komt voor deze groep.

43. De leden van de fractie van 50PLUS hebben nog wel een aantal vragen over de continuïteitsbijdrage. Ten eerste is de continuïteitsbijdrage naar verwachting 65-80% van de in normale omstandigheden vergoede omzet. Wat wordt gezien als normale omstandigheid? Hoe wordt dit berekend bij zorgaanbieders die kortgeleden zijn begonnen? Ten tweede hebben genoemde leden een vraag over de besteding van deze bijdrage. Mag de zorgaanbieder zelf bepalen waaraan hij de continuïteitsbijdrage zal besteden?

A:

ZN heeft op 1 mei 2020 bekend gemaakt de continuïteitsbijdrage-regeling te hebben vastgesteld. Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat wegvalt door de coronacrisis. De bijdrage is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen. Van de omzet die is weggefallen krijgen zorgaanbieders een percentage vergoed. De zorgverzekeraars hebben, met steun van onafhankelijke partij Gupta Strategists, een percentage per sector vastgesteld. Voor de meeste zorgaanbieders ligt dit percentage tussen de 75% en 87% (van die omzet die is weggefallen). Dit geldt voor zorgaanbieders met een omzet tot 10 miljoen euro. Zorgaanbieders die ondanks deze regeling toch in financiële problemen dreigen te komen, kunnen contact opnemen met de preferente zorgverzekeraars (hardheidsclausule). Voor zorgaanbieders met een omzet boven de 10 miljoen euro zullen zorgverzekeraars met die zorgaanbieders maatwerkafspraken maken. De zorgaanbieders mogen de bijdrage besteden aan zaken die nodig zijn om de continuïteit van zorg te borgen. Als voorwaarde wordt gesteld dat de zorgaanbieder zich maximaal inspant om zowel op de korte als op de langere termijn zijn bestaande capaciteit in stand te houden, zowel voor wat betreft personeel als middelen in de meest ruime zin van het woord.

44. Ten derde hebben deze leden een vraag over de financiering van de extra persoonlijke beschermingsmiddelen. Worden de materialen vergoed

door middel van het financieren van de gemaakte kosten of krijgen de zorgaanbieders een vast bedrag dat zij kunnen besteden?

A:

De kosten van extra persoonlijke beschermingsmiddelen behoren tot de meerkosten als gevolg van de COVID-19 crisis waarover zorgaanbieders afspraken kunnen maken met zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten.