

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3365

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht «Fysiotherapeuten maken zich druk over tekortschietende corona-compensatie: «Dit is een vitaal beroep»»* (ingezonden 27 mei 2020).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 1 juli 2020).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht «Fysiotherapeuten maken zich druk over tekortschietende corona-compensatie: «Dit is een vitaal beroep»»?¹

Antwoord 1

Mijn reactie kunt u vinden in de antwoorden op deze Kamervragen.

Vraag 2

Wat is uw reactie op het feit dat er nog veel onduidelijkheden bestaan omtrent de continuïteitsbijdrage?²

Antwoord 2

Om zo snel mogelijk duidelijkheid en zekerheid te bieden over de financiële gevolgen van de uitbraak van COVID-19 aan aanbieders, is na het uitbreken van de coronacrisis direct constructief overleg gevoerd met de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en de gemeenten. De partijen hebben vol ingezet om mogelijk te maken dat compensatie kan worden uitbetaald voor zowel extra zorgkosten als voor de continuïteit van zorg in verband met het coronavirus. Om de continuïteitsbijdrage te kunnen uitkeren heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) met spoed regelgeving vastgesteld zodat de juiste prestatiebeschrijvingen en daarmee de betaaltitels beschikbaar komen. Zorgverzekeraars maken door middel van de continuïteitsbijdrage afspraken met zorgaanbieders, die als gevolg van de crisis en de adviezen van het RIVM hun omzet zien teruglopen, maar wel kosten moeten maken. De continuïteitsbijdrage vanuit de zorgverzekeraar is een vergoeding voor de doorlopende kosten zoals loonkosten, kosten voor vastgoed en overige vaste kosten. Voor de fysiotherapie ligt dit percentage op 86% van de omzet die is weggefallen. Dit geldt voor zorgaanbieders met een omzet tot 10 miljoen

¹ <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/fysiotherapeuten-maken-zich-druk-over-tekortschietende-corona-compensatie-dit-is-een-vitaal-beroep/>

² <https://www.kngf.nl/actueel/nieuws/2020/mei-2020/continuïteitsbijdrage-verder-geanalyseerd.html>

euro. Hiermee wordt de continuïteit van de zorg bekostigd en zorgen zorgverzekeraars ervoor dat ze nu en later aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Het betalen van een continuïteitsbijdrage is een bijzondere en nieuwe situatie, waarbij uit premiegeld een betaling wordt gedaan voor zorg die niet is geleverd en dit niet terugbetaald hoeft te worden. Dit vereist zorgvuldigheid en ik vind het dan ook vanzelfsprekend dat zorgverzekeraars hier nadere voorwaarden aan stellen.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft uitgebreide informatie over de regeling en antwoorden op de veelgestelde vragen op haar website geplaatst. ZN werkt dit overzicht met vragen regelmatig bij. Daarnaast kan een aanbieder altijd contact opnemen voor meer informatie met de zorgverzekeraar die het grootste aandeel verzekerden in de regio heeft. ZN onderhoudt ook contact met branche- en beroepsverenigingen, zodat die goed geëquipeerd zijn om de regeling nader toe te lichten aan hun leden. Ik ben mij ervan bewust dat het voor een individuele zorgverlener lastig kan zijn om de consequenties van de regeling in zijn of haar specifieke situatie volledig te doorgronden. Daar is een taak weggelegd voor hun branche- en beroepsverenigingen.

Vraag 3

Wat zijn de gevolgen voor zorgverleners die, bij het uitblijven van een compensatieregeling vanuit de zorgverzekeraars, een beroep hebben gedaan op rijksregelingen, waarvan nu blijkt dat deelname aan die regelingen hen uitsluit van aanspraak op de continuïteitsbijdrage?³

Antwoord 3

Zorgverzekeraars hebben in hun brief van 5 april jl. de zorgaanbieders geïnformeerd over de continuïteitsbijdrageregeling. Zorgverzekeraars hebben toen 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.

Zorgaanbieders kunnen 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. Indien een zorgaanbieder zich heeft aangemeld voor een rijksregeling en vervolgens de continuïteitsbijdrage aanvraagt bij de zorgverzekeraar, zal de zorgaanbieder moeten verklaren dat hij zorgt dat de verrekening met de rijksregeling goed loopt en dat dubbele uitbetaling wordt voorkomen. 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.

Vraag 4

Waarom moeten zorgaanbieders akkoord gaan met een lening met voorwaarden van zorgverzekeraars, terwijl de rijksregelingen kunnen worden gekarakteriseerd als een gift met voorwaarden?

Antwoord 4

De continuïteitsbijdrage die zorgaanbieders ontvangen hoeft niet te worden terugbetaald. Wel wordt een eventuele hogere productie, als gevolg van inhaalzorg, in de maanden daarna deels verrekend met de continuïteitsbijdrage. Overigens betreft bijvoorbeeld de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor behoud van werkgelegenheid (NOW) ook geen gift, maar een

³ https://www.eldermans-geerts.nl/expertise/corona/analyse-addendum-regeling-en-betalovereenkomst-continuïteitsbijdrage-zorgverzekeraars-nederland/?fbclid=IwAR26E4fmuvBXpDNTOWQpjsjudGQKLEQTAMC96Zn08I_ZRGFAuMymx-NOH8

subsidie, waarbij op het moment van vaststelling ook wordt gekeken naar het daadwerkelijk omzetverlies over de periode waar de regeling op ziet. Als dit omzetverlies anders is dan bij aanvraag opgegeven vindt ook hier een verrekening plaats op dat moment.

Vraag 5

Kan het zo zijn dat inhaalzorg niet vergoed wordt en negatief uitpakt voor fysiotherapeuten? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5

Tegenover de continuïteitsbijdrage (voor fysiotherapie ligt dit percentage op 86%) staat dat zorgverzekeraars voor inhaalzorg minder dan het gebruikelijke tarief betalen. Inhaalzorg wordt dus wel vergoed, maar tegen een lager tarief. De vergoeding voor de inhaalzorg voor de fysiotherapie bedraagt 45%. 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. In de berekening van de continuïteitsbijdrage wordt alle zorg, die in de 6 maanden na afloop van de continuïteitsbijdrage boven de normomzet wordt geleverd, behandeld als inhaalzorg. Via de continuïteitsbijdrage zijn in de periode maart t/m juni de vaste lasten al vergoed en kan voor de inhaalzorg worden volstaan met een lagere vergoeding. De vergoeding van inhaalzorg is zo gekozen dat de loonkosten van medewerkers daardoor gedekt worden. Op deze manier is er geen sprake van dubbele betaling, maar worden de extra kosten die een zorgaanbieder voor inhaalzorg maakt wel vergoed.

Vraag 6

Kunt u reageren op de uitspraak van voorzitter Guido van Woerkom van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) dat het afromen van de tegemoetkoming zodra de zorg weer op gang komt, hetzelfde is als vragen aan een cafébaas die nu overheidssteun krijgt, om een gedeelte van het bedrag af te staan aan de Minister van Sociale Zaken zodra de kroegen weer opengaan? Deelt u de mening dat er geen sprake mag zijn van een lagere prijs voor inhaalzorg?

Antwoord 6

Ik vind dat de vergelijking met de cafébaas niet opgaat, immers zij maken enkel gebruik van de Rijksregelingen die generiek van aard zijn en die ook voorwaarden kennen die passen bij dit generieke karakter. In de zorg is er een specifieke regeling per sector afgesproken die rekening houdt met de vaste kosten, hetgeen het ook mogelijk maakt om daar specifiek voor de zorgsector geldende voorwaarden aan te verbinden. Indien de inhaalzorg tegen het reguliere tarief zou worden betaald zou er voor een deel sprake zijn van dubbele betaling, omdat aanbieders via de continuïteitsbijdrage al een vergoeding hebben gekregen voor de vaste kosten over de periode maart t/m juni. Daarnaast krijgen fysiotherapeuten voor de reguliere zorg de gebruikelijke vergoeding en heeft het lagere tarief alleen betrekking op zorg die in de 6 maanden na afloop van de continuïteitsbijdrage boven de normomzet wordt geleverd.

Vraag 7

Hoe rijmt u de nog steeds geldende omzetplafonds en de verplichting tot leveren van inhaalzorg met elkaar? Deelt u de mening dat omzetplafonds zouden moeten worden losgelaten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

De continuïteitsbijdrage-regeling is een separate regeling vanwege de coronacrisis. Indien sprake is van een bestaande overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, dan worden deze gemaakte contractafspraken, waaronder eventuele volumeafspraken zoals omzetplafonds, na de definitieve vaststelling van de continuïteitsbijdrage bilateraal tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar afgewikkeld.

Vraag 8

Wat vindt u ervan dat verzekeraars al hebben aangekondigd dat zij net als ieder jaar zwaardere eisen gaan stellen bij het afsluiten van contracten voor volgend jaar?

Antwoord 8

De contractering is primair een zaak tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Binnen de paramedische zorg, waaronder de fysiotherapie, monitort de NZa jaarlijks de contractering. De monitor levert aanknopingspunten voor verzekeraar om de zorginkoop te verbeteren. Signalen en aanbevelingen uit deze monitor bespreek ik met betrokken partijen in het bestuurlijk overleg paramedische zorg. Daarnaast zijn in de bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019–2022 verschillende afspraken gemaakt die raken aan de contractering. Aan de uitvoering van deze afspraken wordt momenteel gewerkt.

Vraag 9

Deelt u de mening dat als een zorgaanbieder tegen een lagere vergoeding zorg moet gaan verlenen, zorgverzekeraars ook de continuïteit van de zorgaanbieder moeten garanderen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

Zorgverzekeraars moeten voldoen aan de zorgplicht. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Ik vind het wel belangrijk dat de vergoeding voor inhaalzorg zo hoog is dat de variabele kosten kunnen worden gedekt. ZN heeft hierbij rekening gehouden bij het vaststellen van het percentage.

Vraag 10

Deelt u de mening dat het onwenselijk is dat er zo veel mogelijkheden zijn voor zorgverzekeraars om de continuïteitsbijdrage te weigeren of de overeenkomst te ontbinden, vanwege de grote negatieve gevolgen voor zorgaanbieders? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

Zorgverzekeraars hebben de regeling juist opgezet om zorgaanbieders, gecontracteerd en ongecontracteerd, te ondersteunen. Ik ga ervan uit dat zorgverzekeraars alleen een continuïteitsbijdrage weigeren of overeenkomst ontbinden als ze daar goede reden voor hebben, bijvoorbeeld in het geval van fraude. De voorwaarden van de regeling zijn door ZN gepubliceerd op haar website. Als een zorgaanbieder het niet eens is met de uitkomst in de bevestigingsbrief kan de zorgaanbieder schriftelijk een klacht indienen bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Dit dient de zorgaanbieder te doen binnen 4 weken na dagtekening van de brief. De zorgverzekeraar zal in principe binnen 4 weken inhoudelijk op de klacht reageren. De geschillenregeling is online te vinden op de website van ZN.

Vraag 11

Wat zijn de gevolgen van het feit dat niet alle zorgverzekeraars meedoen met de regeling voor de continuïteitsbijdrage? Wat vindt u hiervan?

Antwoord 11

Zorgverzekeraars zijn vanuit de zorgplicht verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Vanuit deze verantwoordelijkheid hebben de zorgverzekeraars de continuïteitsbijdrage-regeling opgesteld. Ik vind het goed dat zorgverzekeraars op dit punt in de crisis zoveel mogelijk samen optrekken. Ik roep hen ook op dat in de crisis zoveel mogelijk samen te blijven doen. Twee zorgverzekeraars doen op dit moment (nog) niet mee in de continuïteitsbijdrage-regeling voor zorgaanbieders met een omzet kleiner dan 10 mln. euro. Het gaat daarbij om twee zorgverzekeraars met een beperkt marktaandeel. Eén van deze zorgverzekeraars heeft voor een eigen regeling gekozen.

Vraag 12

Hoe rijmt u de eisen die in de regeling worden gesteld aan zorgverleners, met uw toewijding om de zorg te ontregelen en de administratieve belasting terug te dringen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

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 te verhelpen. De nadere uitwerking, onder andere van de wijze waarop gemaakte kosten moeten worden verantwoord, is momenteel gaande. Dat gebeurt in samenspraak met onder andere vertegenwoordigers van zorgaanbieders. Van belang is hierbij het vinden van de juiste balans: verantwoording in enige vorm en mate is vanzelfsprekend nodig, maar zeker ook met oog voor de administratieve lasten die als gevolg hiervan bij zorgaanbieders kunnen optreden. In de gesprekken die nu gaande zijn met alle hierbij betrokken partijen span ik mij in om die balans zo goed mogelijk te vinden.

Vraag 13

Waarom wordt er zo verschillend omgegaan met gecontracteerde en ongecontracteerde zorgverleners en deelt u de mening dat het ongewenst is dat de regeling het potentieel herbergt om definitief af te kunnen rekenen met deze laatste groep? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 13

De regeling voor de continuïteitsbijdrage staat bewust ook open voor zorgaanbieders zonder contract. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders die gebruik willen maken van de regeling continuïteitsbijdrage zullen wel een betalingsovereenkomst moeten ondertekenen die bij de regeling hoort.

Vraag 14

Deelt u de mening dat het scheef is om de continuïteitsbijdrage te baseren op de omzet van een praktijk over 2019, aangezien die voor sommige praktijken helemaal geen recht doet aan de huidige situatie? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 14

De continuïteitsregeling is een generieke regeling, die betrekking heeft op tienduizenden zorgaanbieders. Daardoor is er in beperkte mate maatwerk mogelijk. Ik kan me voorstellen dat er situaties zijn waarin de omzet van 2019 niet representatief is voor 2020. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat in het geval van een fusie/praktijkovername of een wijziging in de AGB, er door de zorgaanbieder maatwerk kan worden aangevraagd.

Vraag 15

Klopt het dat de inzage die zorgverleners moeten verlenen aan de zorgverzekeraar in persoonlijke, financiële en praktijkinhoudelijke informatie, normaal gesproken niet geëist kan worden? Wat vindt u hiervan?

Antwoord 15

De voorwaarden die zorgverzekeraars stellen aan de steun die zij bieden, moeten controleerbaar zijn. Inzage zal altijd proportioneel zijn en ingegeven door de vraag die beantwoord moet worden.

Vraag 16 en 17

Welke impact kan het verschaffen van inzage in deze financiële informatie hebben op eventueel toekomstige contracten tussen de zorgverzekeraar en zorgverlener? Kunt u uw antwoord toelichten?
Deelt u de mening dat het onwenselijk is als door het verschaffen van inzage in deze financiële informatie de relatie tussen zorgverlener en zorgverzekeraar nog onevenwichtiger wordt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 16 en 17

De inzage in financiële informatie wordt door zorgverzekeraars uitsluitend gebruikt voor zover het gaat om het controleren van de afspraken in het kader van de continuïteitsbijdrage-regeling.

Vraag 18

Wat gaat u doen als blijkt dat de uitvoering van de continuïteitsbijdrage in de praktijk betekent dat eerstelijns zorgverleners in financiële problemen komen en de regeling dus haar doel dan voorbijschiet, omdat zorgverzekeraars niet in staat blijken de continuïteit van zorg te waarborgen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 18

Zorgaanbieders die ondanks de continuïteitsbijdrage-regeling toch in financiële problemen dreigen te komen, kunnen contact opnemen met de preferente zorgverzekeraars (hardheidsclausule). Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. In geval van een faillissement, moeten zorgverzekeraars ervoor 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 zich met continuïteitsbijdragen maximaal inzetten om zorgaanbieders te ondersteunen en aan hun zorgplicht te voldoen. Het is echter niet uit te sluiten dat er instellingen zijn die uiteindelijk toch failliet gaan, bijvoorbeeld omdat zij er al voor de uitbraak van het coronavirus financieel slecht voor stonden. Dat staat echter los van de inzet en steun van de zorgverzekeraars.