

Overzicht consultatiereacties conceptregelgeving continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus.

Organisatie	Datum	Consultatiereactie organisatie		Reactie Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
		Onderwerp	Reactie	
FNT	17-04-2020	Algemeen	Na overleg met de portefeuillehouder in het bestuur kan ik u melden dat de Federatie van Nederlandse Trombosediensten akkoord gaat met de 'conceptregelgeving corona' die gisteren door u ter consultatie is voorgelegd.	N.v.t.
NVAVG	18-04-2020	Continuïteitsbijdrage	Vanuit onze vereniging zijn er vooral zorgen rondom de GZSP. Wij ontvangen van onze leden signalen dat de medische zorgverlening op de poliklinieken waar de GZSP geleverd wordt, grotendeels stilligt. In de concept regelgeving wordt aangegeven dat de terugloop van de omzet in beginsel bepaald wordt door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t-1. Aangezien deze zorg pas per 1 januari jl overgegaan is van de Tijdelijke Subsidierегeling naar de ZvW, zal het met de omzet onder deze regeling vergeleken dienen te worden.	De regelgeving laat ruimte om met de ziektekostenverzekeraar passende afspraken te maken over hoe de omzet vergeleken/berekend wordt voor de zorg die onder de reikwijdte van deze regelgeving valt. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. De NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.
NBvK	18-04-2020	Algemeen	Artikel 4, Ad 2, b: <i>De prestatiebeschrijvingen kunnen alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een afspraak is gemaakt tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar.</i> Opmerking NBvK: Binnen de kraamzorg wordt door een groep aanbieders (lees ZZPers) geen afspraken gemaakt met ziektekostenverzekeraars. De verzekerde wordt direct gefactureerd en die declareert bij de ziektekostenverzekeraar. In Nederland zijn er rond de 900 ZZPers in de kraamzorg wat ongeveer 10% is van het totaal aantal kraamverzorgenden.	Over de continuïteitsbijdrage en de meerkostenprestatie kunnen ook de zorgaanbieders die normaliter, voor de reguliere zorgverlening, geen contract hebben gesloten, een afspraak maken met de ziektekostenverzekeraar. Ziektekostenverzekeraars streven ernaar om dat praktisch in te richten, zoals in de toelichting bij de beleidsregel is vermeld.
		Continuïteitsbijdrage	Toelichting Artikel 4, voorwaarden, pagina 6: <i>Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het declaratieportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector.</i> Opmerking NBvK: Niet alle zorgaanbieders (lees ZZPers) hebben een overeenkomst met de zorgaanbieders en declareren derhalve niet via VECOZO maar via de verzekerde. Opmerking NBvK: Hoe moet er om gegaan worden met rekeningen die al verwerkt en betaald zijn over maart?	De regelgeving laat ruimte om met deze specifieke aandachtspunten nadere afspraken te maken met de ziektekostenverzekeraars. Deze punten kunt u met hen overleggen. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. De NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.
		Meerkosten	Opmerking NBvK: De kraamverzorgende valt op dit moment vaak buiten regelingen die	Met de prestatiebeschrijving 'meerkosten'

			<p>op lokaal of landelijk niveau aan medewerkers binnen de zorg worden geboden. Dit creëert vaak onnodige extra kosten voor de kraamverzorgende. Bijvoorbeeld in Amsterdam krijgen zorgmedewerkers die bij hun patiënten aan huis moeten komen van de gemeente een parkeervergunning voor de hele stad omdat het openbaar vervoer binnen de stad op dit moment niet of nauwelijks beschikbaar is. Als een kraamverzorgende bij een patiënt in het centrum moet zijn geldt er een parkeertarief van 7,50 euro per uur. En omdat de kraamverzorgende binnen 30 minuten, nadat ze is gebeld door de verloskundige, bij het een barendende vrouw moet kunnen zijn, zijn er weinig alternatieven, behalve bijvoorbeeld een taxi.</p>	<p>kunnen extra kosten in rekening worden gebracht die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg aan een individuele verzekerde of voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel, in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus. Deze onderwerpen kunt u aan de orde brengen bij het maken van de afspraak met de ziektekostenverzekeraar die voor het declareren van deze prestatie nodig is. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. De NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>
NVIJ	19-04-2020	Algemeen	<p>Wij stellen het feit dat u ook de NVIJ in deze consultatieronde meeneemt op prijs, omdat de instellingen jeugd tandverzorging ten aanzien van mondzorg voor kinderen uit de lage SES een bijzondere positie innemen en continuïteit van zorg (ook na de situatie waarin we nu zitten) uitermate belangrijk is. Tegelijkertijd hebben de instellingen jeugd tandverzorging ook bijzondere kenmerken in relatie tot de 'reguliere mondzorg'. In de onderstaande inhoudelijke reactie komen deze aan de orde.</p> <p>Voorafgaand aan onze inhoudelijke reactie spreken wij ons positief uit over de Regeling Corona. Zeker ook wordt gewaardeerd dat compensatieruimte wordt geboden voor bijzondere kosten, zoals die bijvoorbeeld voortkomen uit aanvullende hygiënemaatregelen en substantieel hogere inkooprijzen. Daarbij vertrouwen wij erop dat de gesprekken tussen koepels (het bureau dat namens hen optreedt), ZN, NZa en het Ministerie VWS op zeer korte termijn tot een verantwoorde uitkomst zal leiden.</p> <p>Allereerst komen we graag terug op uw vraag ter zake de verantwoording (Begeleidende notitie, 'aandachtspunten, vraag 5).</p> <p>Onze primaire voorkeur gaat uit naar een eenduidige regeling respectievelijk toepassing: <u>bij voorkeur één loket, zodat de zorgaanbieder niet met meerdere zorgverzekeraars individueel hoeft af te stemmen..</u> Mocht het door de NZa opstellen van voorschriften voor de verantwoording van meerkosten voornoemde loket faciliteren, dan heeft dat onze nadrukkelijke voorkeur. We pleiten tevens voor een goede (telefonische) bereikbaarheid van dit loket, dit voor het regelen van maatwerk wanneer sprake is van bijzondere omstandigheden, zoals dat bij de instellingen jeugd tandverzorging het geval is.</p>	<p>In de voorhangbrief van de minister van Medische Zorg en Sport is aangegeven dat een zo veel mogelijk uniforme methode wordt gehanteerd door ziektekostenverzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het zorginkoopportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector.</p> <p>Uw aandachtspunten, over bijvoorbeeld de berekening van de continuïteitsbijdrage, kunt u aan de orde brengen bij de genoemde onderhandelingen. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. De NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>

			<p>Tenslotte nog het volgende. Hoewel de NVIJ niet is betrokken bij de onderhandeling tussen de gezamenlijk optredende mondzorgkoepels en ZN, willen wij graag benadrukken dat instellingen jeugd tandverzorging in bijna alle gevallen met medewerkers in loondienst, inclusief tandartsen, werken. Deze werkwijze ondersteunt de gewenste continuïteit in zorgverlening en zorgaanbieders. Effectief betekent dit een gemiddeld hoge loonkostencomponent. In de lopende onderhandelingen over de compensatieregeling (voor de jeugd tandverzorging) dient hiermee rekening te worden gehouden.</p>	
		Continuïteitsbijdrage	<p>Verder pleiten wij ervoor dat in de uitvoeringsregeling nadrukkelijk aandacht uitgaat naar specifiek voor de jeugd tandverzorging ingerichte 'regels', te weten:</p> <p>☒ Instellingen voor jeugd tandverzorging zijn voor een gezonde bedrijfsvoering in hoge mate afhankelijk van de beleidsregel instellingstoeslag (JTV001), die bedoeld is voor de behandeling van risicogroepen. De toeslag wordt berekend als percentage over de omzet en maandelijks uitgekeerd. Aangezien de omzet nu nagenoeg nihil is (m.u.v. mondzorg op afstand) komt hier nu ook niets voor binnen. Het is noodzakelijk dat deze toeslag (separaat) in de compensatieregeling wordt opgenomen.</p> <p>☒ Instellingen voor jeugd tandverzorging geven tevens uitvoering aan de zgn. haal- en brengservice, om mondzorg laagdrempelig te maken en de kinderen te bereiken die anders niet naar de tandarts zouden gaan (JTV010). Effectuering van deze regel is per jeugd tandzorginstelling verschillend. Het kan gaan om behandelunits op locatie van de basisscholen, een dental car die langs de scholen rijdt of personenvervoer van en naar de scholen. De haal- en brengtoeslag wordt berekend op basis van het aantal controles, waarop de service van toepassing is. Omdat de zorg nu niet wordt geleverd komt ook deze toeslag op dit moment niet binnen. Ondanks het feit dat de basisscholen gesloten zijn, zijn de met deze 'service' samenhangende kosten grotendeels vast en daardoor onverminderd hoog. De toeslag wordt weliswaar jaarlijks na-gecalculeerd, maar hierin zit een sterk vertragend effect. In een aantal situaties betekent dit dat voor de instellingen jeugd tandverzorging grote vorderingen ontstaan op de uitbetaling van de haal- en brengservice. Wij doen daarom een dringend verzoek ook de haal- en brengtoeslag in de compensatieregeling mee te nemen.</p>	<p>Uw aandachtspunten, over bijvoorbeeld de berekening van de continuïteitsbijdrage, kunt u aan de orde brengen bij de genoemde onderhandelingen. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. De NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>
Solopartners	19-04-2020	Algemeen	<p>Als brancheorganisatie van solistisch werkende zorgaanbieders waren wij in de veronderstelling dat we inmiddels onderdeel uit zouden maken van de mailingcyclus van de NZa. Dit blijkt niet het geval gezien de omstandigheid dat wij afhankelijk zijn van het aanreiken van uw berichtgeving door derden. Wij verzoeken u hierbij ons mee te nemen in eventuele vervolgcorrespondentie omtrent onderstaand onderwerp en andere onderwerpen in de toekomst. Wij vertegenwoordigen een achterban van 14.000 solistisch werkenden.</p> <p>We willen u wijzen op het feit dat u in uw beleidsregel de Tozo en NOW regeling heeft benoemd, maar de TOGS regeling hierbij achterwege heeft gelaten. We vragen ons af of</p>	<p>Wij hebben solopartners inmiddels opgenomen in de mailinglijst.</p> <p>Wij hebben de overheidsmaatregelen genoemd die in de voorhangbrief genoemd staan. Of andere overheidsmaatregelen eventueel ook beschikbaar zijn, kan bij de rijksoverheid worden nagegaan.</p> <p>Uw aandachtspunt over de lange betalingstermijnen, kunt u aan de orde</p>

		<p>de laatste er niet bij benoemd dient te worden, gezien het feit dat onlangs de SBI codes zijn verruimd op zo'n wijze dat ook een aantal typen zorgaanbieders hier onderdeel vanuit maakt.</p> <p>Tenslotte merken wij op dat wij vanuit onze achterban structureel signalen ontvangen over de dikwijls zeer lange betalingstermijnen die zorgverzekeraars hanteren bij het vergoeden van zorg. Voorbeelden van 3 tot 5 maanden betalingsachterstand zijn geen uitzondering meer. In de context van 'continuïteit' van zorgverlening en dan met name voor zorgaanbieders die vooral variabele kosten hebben zou het wat ons betreft een aanbeveling zijn om een uitspraak te doen over welke betalingstermijn redelijk zou zijn. Graag vernemen wij uw reactie op dit punt.</p>	<p>brenge bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunt ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen. Dit ook in de context van de borging van continuïteit van zorg.</p>
	Continuïteits bijdrage	<p>Wij zijn benieuwd of in de berekening van de continuïteitsbijdrage er rekening gehouden wordt met meerkosten en zo ja op welke wijze dit gebeurt.</p>	<p>Voor meerkosten geldt een afzonderlijke prestatiebeschrijving. Meerkosten moeten dus afzonderlijk inzichtelijk worden gemaakt en worden ingediend bij de zorgverzekeraar, niet als onderdeel van de CB.</p>
	Meerkosten	<p>Punt 5 in de begeleidende notitie spreekt over kosten die gemaakt worden voor niet corona patiënten / cliënten in tijden van corona. Dit punt kan op meerdere wijzen gelezen worden. We vragen ons af of de strekking is om (eenmalige) kosten te vergoeden bij aanvang van zorg, of dat dit punt betrekking heeft op de kosten die voortvloeien uit het gescheiden houden van corona en niet-corona patiënten / cliënten gedurende de periode van zorgverlening. Ons verzoek is om meer voorbeelden te benoemen over mogelijke meerkosten bij niet corona patiënten / cliënten. Ons doel hierbij is dat de context van deze mogelijkheid op zo'n wijze geschetst wordt dat hier in een later stadium tijdens een audit op gewezen kan worden. Dit om de variëteit aan beeldvorming over wat legitieme meerkosten bij niet-patiënten / cliënten te beperken.</p> <p>Een aanzienlijk deel van onze achterban is werkzaam in de wijkverpleging. Volgens het Vervolgonderzoek wijkverpleging 2016-2020 zijn er ruim anderhalf duizend zzp'ers als solistisch werkende actief. Het leeuwendeel hiervan werkt ongecontracteerd en een aanzienlijk deel hiervan is onvrijwillig ongecontracteerd. De mogelijkheden om via Vecozo te declareren zijn de laatste jaren afgebouwd. Om meerkosten te kunnen declareren, stelt u een contractrelatie via Vecozo als eis. Wij zijn benieuwd naar de voorwaarden die gaan gelden voor de betaalovereenkomsten. Daarnaast zijn wij benieuwd naar hoe tijdig het proces van het verwerven van een autorisatie, een systeemcertificaat en de uiteindelijke toegang binnen de gegeven omstandigheden wat u betreft dient te verlopen. Tenslotte stellen wij u de vraag wie de verantwoordelijkheid heeft om de ongecontracteerde werkzame zorgaanbieders te informeren over deze beleidsregel.</p>	<p>De post heeft niet alleen betrekking op eenmalige kosten, maar op alle kosten die als gevolg van de Corona-crisis moeten worden gemaakt ten behoeve van de zorgverlening aan niet-Corona patiënten/cliënten. De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>De NZa stelt voor het declareren van de nieuwe prestaties geen contract met Vecozo verplicht, maar een afspraak met de ziektekostenverzekeraar. De regelgeving laat daarom ruimte om uw aandachtspunten daaromtrent te betrekken in uw overleg met de ziektekostenverzekeraar, en zij kunnen u</p>

				<p>ook informeren over de voorwaarden. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. De NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen. Het streven is uiteraard naar werkbare, tijdige, oplossingen die administratief gezien zo weinig mogelijk belastend zijn.</p> <p>De NZa zal zorgaanbieders te algemene informeren over haar regelgeving via de gebruikelijke kanalen, maar beschikt niet over contactgegevens van alle zorgaanbieders. Daarom zou het goed zijn als zij ook via de eigen branches worden geïnformeerd over de nieuwe regelgeving.</p>
BEN	20-04-2020	Algemeen	<p>Aannemende dat ook zorg geleverd door echopraktijken wordt bedoeld als zorg omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, immers deze zorg valt onder de prestatie- en tariefbeschikking verloskunde -TB/REG-20608-02 onder 'overige (aanvullende) verloskundige zorgprestaties) NZa, en ook deze zorg dus onder de bedoelde reikwijdte van deze beleidsregel valt, neem ik aan dat het feit dat echoscopisten niet ingeschreven staan in een register als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet BIG geen belemmering vormt om in aanmerking te komen voor deze beleidsregels.</p>	<p>De zorg die echopraktijken leveren en declareren onder de prestatie- en tariefbeschikking verloskunde valt onder de reikwijdte van deze beleidsregel, ten aanzien van deze zorgverlening is niet van belang dat echoscopisten niet staan ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet BIG. .</p>
		Continuïteitsbijdrage	<p>Aangezien door de Coronacrisis enkel nog doorgaans twee echo onderzoeken van de 7 als vallend onder bovenstaande prestatie- en tariefbeschikking plaatsvinden en de andere zijn komen te vervallen is er zelden tot nooit al daadwerkelijk zorg geleverd vóór de Corona-uitbraak, zoals in de voorhangbrief van de minister is geformuleerd.</p> <p>De BEN kan zich dan ook geheel vinden in uw formulering dat de continuïteitsbijdrage alleen in rekening kan worden gebracht indien één of meerdere zorgprestaties geleverd en gedeclareerd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraars.</p>	<p>De betreffende voorwaarde luidt: "De prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage kan alleen in rekening worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar of aan justitiabelen met een forensische titel." In deze voorwaarde is het woord 'gedeclareerd' verwijderd.</p>
VTvO	20-04-2020	Algemeen	<p>Bijlage 1 Begeleidende notitie 2 betaaltitels : De vergoeding kan tot en met 31-12-21. Dit betekent dat de omzetoverzichten van langere perioden vergeleken moeten worden en een definitieve verrekening pas in 2022 kan worden gemaakt.</p>	<p>Voor wijze waarop de omzetzijder zal worden berekend, verwijzen we u naar de ziektekostenverzekeraars en de afspraken die zorgaanbieders daaromtrent met hen zullen maken. Dit zelfde geldt voor specifieke vragen over de kosten voor tandheelkundige</p>

		<p>Algemene opmerkingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is het toegestaan om aangezien het tarief “vrij” is bijvoorbeeld per tandheelkundige differentiatie onderling afstemming te maken over de kosten of zal iedere zorgverlener zelf de hoogte van het bedrag moeten gaan bepalen. - De NOW regeling is met name bedoeld om het inkomen en de werkgarantie van het personeel te garanderen en de praktijkeigenaar voor maximaal 90% te compenseren deze personeelskosten. Deze hebben niets te maken met het doel van de voorgestelde continuïteits bijdrage en zou dus op enige manier buiten deze regeling moeten worden gehouden. 	<p>prestaties – dit met inachtneming van de regelgeving. Voor vragen over de ruimte voor onderlinge afstemming kunt u terecht bij de ACM.</p> <p>De continuïteitsbijdrage ziet op doorlopende kosten, waaronder loonkosten. Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt (zoals vermeld in de voorhangbrief van de minister) de voorwaarde, 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 die de zorgaanbieder ontvangt op basis van de prestatie continuïteitsbijdrage.</p>
	Continuïteitsbijdrage	<p>Bijlage 1 Begeleidende notitie 3 continuïteitsbijdrage Het percentage wordt per sector door de zorgverzekeraars vastgesteld. Dit percentage is dus voor de gehele sector gelijk, wordt door de zorgverzekeraars vastgesteld en is dus voor ons niet te controleren. Welke (deel)sectoren er worden gedefinieerd is ook nog onduidelijk.</p>	<p>Uw aandachtspunt kunt u aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>
	Meerkosten	<p>Bijlage 1 Begeleidende notitie 4 meerkosten, punt5 Vallen hier de kosten van de FFP2-maskers, balieschermen, stickers en belijningstape, alcoholpalen en schermen etc. onder? Komt hier een overzicht van? Op welke manier moeten we als beroepsbeoefenaar dit administreren?</p> <p>Bijlage 3 Nadere Regel Artikel 4 punt 3 De administratie van de praktijk bijvoorbeeld via Exquise en/of Infomedics is hier toch toereikend voor? De extra kosten zullen in de administratie een extra toevoeging moeten krijgen waardoor zichtbaar is welke kosten als extra bestempeld moeten worden.</p> <p>Bijlage 4 BeleidsRegel</p>	<p>De kosten van de FFP2-maskers, balieschermen, stickers en belijningstape, alcoholpalen en schermen, etc. vallen hier inderdaad onder. De NZa zal geen uitputtende lijst/overzicht opstellen van meerkosten. Over de administratie: men moet kunnen aantonen dat de kosten daadwerkelijk zijn gemaakt en dat deze verband houden met de Corona-crisis.</p> <p>Artikel 4, lid 3, NR: Of de administratie van/door een derde partij, niet zijnde de zorgaanbieder zelf, voldoende is, kan de NZa niet beoordelen.</p>

			<p>Onder toelichting en dan met name artikel 4 Hoe moeten we omgaan met de langere behandel tijden in verband met extra reiniging van de behandelkamer en instrumentarium voor- en achteraf.</p>	<p>Artikel 4, BR: Op het eerste gezicht lijken dit meerkosten te zijn, die ten gevolge van de coronacrisis moeten worden gemaakt. Voor vaststelling correcte kostenrubriek en overige vragen betreffende de registratie, verantwoording, etc. dient afstemming met de ziektekostenverzekeraar plaats te vinden.</p>
P3NL	20-04-2020	Algemeen	<p>Daarnaast heb ik nog wel een algemene opmerking. Die heeft betrekking op voetnoot 7 in de voorhangbrief van minister Van Rijn (kenmerk: 1675143-204281-PZO). Daar staat: "De uitzonderingen met betrekking tot tarief- en prestatieregulering in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg gelden onverkort. Het staat partijen vrij hier zonder tussenkomst van de NZa afspraken over te maken."</p> <p>Naar aanleiding daarvan zou ik de suggestie willen doen om als tekst in de NZa-beleidsregel hierover op te nemen inzake de reikwijdte: "Deze beleidsregel is niet van toepassing op de vormen van zorg, waarvan het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg bepaalt dat de artikelen 50 tot en met 56 van de Wmg niet op deze vormen van zorg van toepassing zijn. Het staat partijen in dat geval vrij hier zonder tussenkomst van de NZa afspraken over te maken. Binnen deze afspraken wordt een uniforme methode gehanteerd door verzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk blijven."</p>	<p>Uw suggestie voor de beleidsregel kan de NZa niet tot uitvoering brengen, omdat de bedoelde zorg niet onder regulering van de NZa valt. Uw aandachtspunt kunt u aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>
Stichting LOOP	20-04-2020	Algemeen	<p>Verzoek tot aanpassing concept beleidsregel artikel 3, Reikwijdte In de brief van ZN van 5 april jl. wordt de intentie aangegeven dat <u>alle</u> zorgverleners kunnen rekenen op financiële steun, zowel de gecontracteerde als ongecontracteerde zorgaanbieders, betreffende zowel de basis- als aanvullende zorg. Ook in uw Notitie over de concept beleidsregel, merkt u op dat de beleidsregel bedoeld is om op eenduidige wijze aan dit doel tegemoet te komen. Zorgverzekeraars willen immers garanderen dat hun verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben, nu én na de crisis. De zorgverzekeraars hebben met Podologie reeds een jarenlange relatie en financieel verwachtingspatroon van elkaar, betreffende ongecontracteerde aanvullende zorg voor hun verzekerden. Gezien voorgaande doelstellingen voor behoud van continuïteit van zorg voor alle zorgaanbieders, kunnen we er van uitgaan dat de geboden financiële steunmaatregelen door zorgverzekeraars voor podologie ingezet kunnen worden.</p> <p>Uit de concept-beleidsregel artikel 3 over de reikwijdte van deze beleidsregel komt dit onvoldoende duidelijk naar voren. Het doet de intentie van de zorgverzekeraars te kort, dat de beleidsregel in artikel 3 zich lijkt te beperken tot de zorg waarvoor tarief en prestatieregulering plaats vindt door NZa. Op aanvullende zorg vindt immers überhaupt geen tarief- en prestatieregulering door NZa plaats. Ook op podologie niet. Deze tarief- en</p>	<p>De uitzonderingen in de reikwijdte van de beleidsregel voor zorg die is uitgezonderd van tarief- en prestatieregulering in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg, geldt omdat de NZa voor die zorg niet bevoegd is prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen (dit heeft niet van doen met het al dan niet zijn van een waardevolle zorgaanbieder, hetgeen u daarover aangeeft berust op een miscommunicatie). Het staat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars echter vrij om voor de zorg die is uitgezonderd van tarief- en/of prestatieregulering van de NZa zonder tussenkomst van de NZa afspraken te maken over de vergoeding. We zullen dit verhelderen in de toelichting van de</p>

		<p>prestatieregulatie in de aanvullende zorg vindt immers plaats door de individuele zorgverzekeraar.</p> <p>Bij telefonische navraag hierover op 17 april jl., gaf dhr. Vahl van de NZa eveneens blijk, dat de concept beleidsregel bedoeld is als brede faciliteit om de continuïteitsbijdrage en meerkosten aan alle waardevolle zorgverleners te kunnen verstrekken.</p> <p>Bij deze verzoeken we de NZa om in artikel 3 de reikwijdte van de concept-beleidsregel aan te passen, waardoor duidelijk is dat ook podologie met kwalificatiecode 90.15 bij Vektis, binnen de bedoelde reikwijdte valt en daarmee dezelfde eenduidige mogelijkheid heeft om een continuïteitsbijdrage en meerkosten als gevolg van de corona-uitbraak te declareren.</p> <p><i>Context: Dit doen we vanuit het perspectief van onze branche: podologiepraktijken voor voet- en houdingszorg, waarbij consulten, onderzoeken en therapiezoelen (gedeeltelijk) vergoed worden door de aanvullende zorgverzekeringen (AV) van zorgverzekeraars. Deze aanvullende zorg is ongecontracteerde zorg. Onze aangeslotenen zijn zowel werkzaam in de eerste als in de tweede lijn en alle podologiepraktijken voldoen aan de kwaliteitseisen en zijn opgenomen in het erkennings- en kwalificatieregister 90.15 bij Vektis.</i></p>	beleidsregel.
	Continuïteitsbijdrage	<p>Restitutie</p> <p>In artikel 4 van de Toelichting op de beleidsregel gaat u in op de relatie tussen de continuïteitsbijdrage en de gedeclareerde omzet in het jaar t-1 in vergelijking met de gedeclareerde zorg in het jaar t. Op bladzijde 6 van ditzelfde artikel gaat u nader in op de voorwaarden en verwijst u naar het declaratieportaal voor zorgaanbieders VECOZO.</p> <p>In verband met de uitvoerbaarheid van deze regeling, vragen wij hierbij uw aandacht voor gedeclareerde zorg middels restitutie. Immers, een groot deel van de zorgaanbieders heeft via VECOZO een rechtstreekse en elektronische declaratie-uitwisseling met vele zorgverzekeraars. Echter, een deel van de gedeclareerde zorg verloopt ook via restitutie. Zorgverzekeraars Menzis, De Amersfoortse en Zorg en Zekerheid, hebben de mogelijkheden voor rechtstreeks declareren door ongecontracteerde aanvullende zorg, uitgesloten.</p> <p>In voorkomende gevallen willen patiënten zelf de factuur declareren</p> <p>Bij deze verzoeken we de NZa om bij de uitvoering van deze regeling ook rekening te houden met de gedeclareerde zorg middels restitutie.</p>	De reikwijdte van de beleidsregel omvat ook zorg die gewoonlijk middels restitutie wordt gedeclareerd. In de afspraken die de zorgaanbieder maakt met de zorgverzekeraar kan nader bepaald worden hoe de declaraties van de continuïteitsbijdrage en de meerkostenprestatie loopt. Uw aandachtspunt betreft een uitvoeringsaspect die u aan de orde kunt brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunt ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.
	Meerkosten	<p>Meerkosten</p> <p>In uw Notitie bij de beleidsregel schrijft u in paragraaf 5 bladzijde 6 dat u zich beraadt over de te kiezen optie voor wat betreft inzage in welke meerkosten in welke categorieën vallen. U vraagt hierbij naar onze overwegingen</p>	De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom

			Graag zien wij dat de NZa hierin het voortouw neemt om de voorschriften hierover op te stellen, om daarmee uniformiteit en eenduidigheid in de beleidsuitvoering te waarborgen.	omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.
AHzN	20-04-2020	Algemeen	<p>Wij kunnen ons vinden in de opgestelde concept regelgeving waarbij we wel nog een vraag hebben.</p> <p>Moet elke organisatie de continuïteitsbijdrage en meerkosten per zorgverzekeraar aanvragen of is het mogelijk om dit met een preferente zorgverzekeraar af te spreken? Onze inschatting is dat met deze aanpak ook de administratieve last wordt beperkt voor de zorgaanbieders.</p>	De prestatiebeschrijvingen kunnen alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een afspraak is gemaakt tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar. In de voorhangbrief van de minister is echter aangegeven dat hierbij een zo veel mogelijk uniforme methode wordt gehanteerd door ziektekostenverzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het zorginkoopportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector. Voor de vraag hoe het aanvraagproces precies wordt ingericht om de administratieve lasten te minimaliseren verwijzen wij u naar de ziektekostenverzekeraar.
MIND	20-04-2020	Algemeen	<p>Het voornemen om continuïteit van zorg te kunnen garanderen voor verzekerden vinden wij ook zeer belangrijk en dat daarmee Zorgverzekeraars in staat worden gesteld om dit met zorgaanbieders te kunnen regelen in de vorm van een continuïteitsbijdrage en meerkosten.</p> <p>Voor ons is continuïteit in de ggz-zorg zeer van belang zodat patiënten met psychische klachten en hen naasten en toekomstig patiënten, de juiste zorg blijven krijgen, die ze nodig hebben, juist ook in deze onzekere tijd. En dat zorgaanbieders in zowel instellingen als daarbuiten dit kunnen blijven uitvoeren door deze regeling.</p> <p>Mijn vraag is of dit dan betekent dat alle Zorgverzekeraars nu op dezelfde wijze deze beleidsregel moeten gaan hanteren en uitvoeren?</p>	In de voorhangbrief van de minister is aangegeven dat hierbij een zo veel mogelijk uniforme methode wordt gehanteerd door ziektekostenverzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het zorginkoopportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector. Voor nadere informatie over de toepassing verwijzen wij u naar de ziektekostenverzekeraar.
		Continuïteitsbijdrage	En ook <i>hetzelfde percentage</i> van de vaste kosten per instelling of aanbieder moeten gaan aanbieden mits deze de juiste gegevens aanlevert?	Zie bovenstaande reactie.

			Zodat er dan geen ongelijkheid tussen instellingen en aanbieders in verschillende regio's met verschillende zorgverzekeraars gaan ontstaan. En daarbij dan geen ongelijkheid bij verzekerde cliënten bij verschillende verzekeraars.	
V&VN	20-04-2020	Algemeen	Namens V&VN hebben wij geen opmerkingen.	n.v.t.
BLCN	20-04-2020	Algemeen	<p>Concept BR-REG-XX</p> <p>Art 3: Graag de GLI-uitvoerder hier separaat benoemen. Zij vallen niet onder de wet BIG of onder art. 34 maar voeren wel een interventie uit welke vergoed wordt in het basispakket van de zvw.</p> <p>Art 6: ad 2 mist/ gaat van 1 naar 3 ad 4 Continuïteit van de GLI en van de GLI-uitvoerder bewerkstelligen om aan de zorgplicht te kunnen (blijven) voldoen.</p> <p>Begeleidende notitie Context van de regeling 1 -De meeste deelprestaties welke de NZa vaststelt betreffen individuele patiënten. In welke mate is de prestatie bijdrage voor de continuïteitsbijdrage dan anders? 2 - Wat zijn de genoemde "aantal registratie en declaratie voorwaarden"? Zijn de GLI-uitvoerders bij machte/gezien de situatie in staat om dit aan te kunnen leveren? Hoe zouden wij als BLCN hierin kunnen ondersteunen? 3 - Hoe wordt dit gezien voor de GLI-uitvoerder die omzetsderving kent en over geen of zeer beperkte historische data beschikt? Wat is de schadelast verhouding BV/AV, wat betekent dit en hoe wordt dit berekend voor de GLI uitvoerder? 4 – Kosten voor het digitaal uitvoeren van de GLI zoals het aanschaffen van een abonnement voor beeldbellen conform de zorgrichtlijnen, valt dat hieronder? 5- Zoals al aangehaald gaat onze zorg uit naar de (ook startende) GLI-uitvoerder. Stel; deze heeft een contract gesloten in de loop van 2020 en alle kosten op voorhand gemaakt. Gezien de beperkte verwijzingen valt alles stil en komt de omzet niet op gang. Dit is de groep uitvoerders die de continuïteit van de GLI moet gaan waarborgen zodat de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht kan blijven voldoen. Wij denken en werken graag mee aan bijvoorbeeld een stimuleringsregeling.</p> <p>Voorhangbrief In deze brief wordt gesproken over alle contracten en regelingen welke voor 1 maart afgesloten zijn. De maatregelen zijn echter pas op 16 maart van kracht geworden. Wij pleiten ervoor om alle GLI-uitvoerders, ook diegene die na 16 maart een contract met de zorggroep of met de zorgverzekeraar hebben afgesloten, en de GLI-uitvoerders welke ongecontracteerd werken, in aanmerking te laten komen voor de regeling.</p>	<p>Om de beleidsregel leesbaar te houden kunnen wij niet elke zorgvorm of (sub)sector benoemen, maar zijn wij genoodzaakt om te volstaan met meer algemene omschrijvingen in de reikwijdte en de overige artikelen.</p> <p>Reactie op de opmerkingen m.b.t. de begeleidende notitie: Ad 1.: De continuïteitsbijdrage is een vergoeding voor doorlopende kosten als gevolg van de bedoelde omzetsderving en is om die reden niet een prestatie die per individu wordt gedeclareerd, maar als een totaalbedrag, overeenkomstig de met de ziektekostenverzekeraar afgesproken voorwaarden. Ad 2.: De registratie en declaratievoorwaarden zijn benoemd in de beleidsregel en nadere regel. Wij hebben geen signaal dat bepaalde aanbieders niet bij machte zijn om die na te leven. U kunt bij uw achterban nagaan hoe u hen daar wellicht in kunt ondersteunen, en wij zijn ook bereid daar separaat met u over van gedachten te wisselen. Ad 3.: U kunt hierover informatie inwinnen bij de ziektekostenverzekeraar Ad 4.: In beginsel vallen aanvullende kosten i.v.m. het digitaal kunnen aanbieden van zorg die vóór de Corona-crisis fysiek en face to face werd geleverd, onder de definitie van meerkosten zoals genoemd in artikel 4 van de beleidsregel. De hoogte van het te vergoeden bedrag en de voorwaarden waaronder die vergoeding in een concreet geval plaatsvindt, hangt af van de afspraken (overeenkomst) die de zorgaanbieder</p>

				<p>hierover met de zorgverzekeraar maakt. ad 5.en opmerking m.b.t de voorhangbrief: Er moet zorg zijn geleverd in 2020 aan (patiënten van) de ziektekostenverzekeraar. Over het in rekening brengen van de continuïteitsbijdrage en de meerkostenprestatie moet een afspraak zijn met de ziektekostenverzekeraar; het maakt daarbij niet uit of de zorgaanbieder voor de reguliere zorgverlening ook een contract heeft.</p>
		<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p>De zorg van de BLCN gaat uit naar de GLI-uitvoerders. 2019 is een opstartjaar geweest voor de GLI-uitvoerder, een jaar waarin we gezamenlijk veel tijd en moeite hebben geïnvesteerd in het uitrollen en faciliteren van deze nieuwe gecombineerde leefstijlinterventie in de zorgverzekeringswet. Het succesvol verder implementeren heeft per 1 januari 2020 een grotere vlucht genomen. Sinds deze datum zijn er meerdere contracten afgesloten tussen zorgverzekeraars en zorggroepen, dan wel individuele zorgaanbieders.</p> <p>Het continueren van de succesvolle implementatie wordt, ondanks de goede intentie met de voorwaarden zoals die gesteld worden in de beleidsregel BR-REG-XX met betrekking tot de continuïteitsregeling en het bepalen van de meerkosten door de zorgverzekeraar, voor de GLI-uitvoerder ernstig bemoeilijkt. Dit brengt in het ergste geval het voortbestaan van de GLI en de GLI-uitvoerder in gevaar waardoor er niet meer aan de zorgplicht van de verzekeraars kan worden voldaan.</p> <p>Het continueren en succesvol verder implementeren van de GLI vergt extra aandacht en ondersteuning. Wij als BLCN maken ons grote zorgen omtrent het verder succesvol implementeren van de GLI en de continuïteit van zorg, deze beleidsregel draagt hier in deze vorm niet optimaal aan bij.</p> <p>De concept-beleidsregel betreft voor de GLI-uitvoerder de volgende voorwaarde welke niet haalbaar zijn: - De voorwaarde betreffende de prestatie continuïteitsbijdrage en de berekening daarvan.</p> <p>Het ontbreken van de historische data maakt dat huidige en toekomstige GLI-uitvoerders hun omzet derving niet kunnen berekenen. De derving middels t-1 berekenen gaat derhalve voor deze hele beroepsgroep niet op. De prestatiebeschrijving van de continuïteitsbijdrage zal voor de GLI-uitvoerder geen realistisch beeld schetsen aangezien 2019 een opstart jaar was. Terugloop in de omzet valt dus ook moeilijk/niet te berekenen.</p>	<p>NZa zal erop toezien dat de regelgeving zo wordt uitgevoerd dat aan de zorgplicht van zorgverzekeraars wordt voldaan c.q. de continuïteit van basisverzekerde zorg is geborgd.</p> <p>De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar afspraken maken binnen de kaders van de regelgeving.</p> <p>Uw aandachtspunten hebben, voor zover wij nu overzien, voor het overige betrekking op de uitvoering. Die punten kunt u aan de orde kunt brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>

		<p>Omzetderving zal een voorspelling zijn. Graag vragen wij aan ZN om hier een passend voorstel te doen om tegemoet te komen aan de GLI-uitvoerders.</p> <p>Ook willen wij extra aandacht vestigen op het volgende. Bij het uitvoeren van de GLI gaan de kosten voor de baten uit. Wellicht is het verstandig in het licht van deze maatregel om ook de vooruitbetaling van de continuïteitsbijdrage van de GLI te onderzoeken.</p> <p>GLI uitvoerders die gedurende héél 2020 en 2021 een contract hebben afgesloten of gaan afsluiten zouden in aanmerking moeten kunnen komen voor de prestatie continuïteitsbijdrage aangezien de GLI- wel uitgevoerd mag worden (met in achtneming van de gestelde maatregelen).</p> <p>Het uitvoeren van de GLI ondervindt de volgende hinder :</p> <p>1) Veel patiënten stellen bezoek aan de huisarts/POH uit wat leidt tot minder doorverwijzingen. Daarnaast is het voor zowel de huisartsen – als verwijzer - én de zorggroepen - als hoofdaanemers - niet duidelijk dat de GLI doorgang kan, mag en moet vinden in deze periode. Derhalve ontvangen GLI-uitvoerders geen tot veel minder cliënten wat het kunnen opstarten van de GLI en het vormen van groepen een grote uitdaging, tot onmogelijk maakt.</p> <p>2) De vaste kosten die leefstijlcoaches maken en al gemaakt hebben stapelen op, terwijl zij door het uitblijven van doorverwijzingen geen groepen kunnen vormen, en dus ook geen geleverde zorg kunnen declareren. Het betreft vaste kosten zoals onder andere de huur, salariskosten, de licentiekosten van de interventie-eigenaren, en verzekeringen.</p> <p>Ons verzoek is om rekening te houden met bovenstaande uitdagingen zodat juist in deze tijd de leefstijlcoaches en GLI-uitvoerders hun werkzaamheden kunnen blijven verrichten.</p> <p>Het is zeker nu, in deze bijzondere periode, nog nooit zo duidelijk geweest dat het verwerven, hebben en behouden van een gezonde leefstijl noodzakelijk is voor de gezondheid en in deze ook een spoedig herstel. Zowel voor de cliënt maar zeker ook in relatie tot de zorgkosten.</p> <p>Graag denken wij mee aan een stimuleringsregeling voor de werkzaamheden van de leefstijlcoach en GLI-uitvoerder, om juist nú de leefstijlcoach en de GLI goed vindbaar, bereikbaar en toegankelijk te maken, en de implementatie succesvol doorgang te laten vinden.</p>	
	<p>Meerkosten</p>	<p>3) De meerkosten voor de GLI-uitvoerders met betrekking tot zorg voor niet-coronapatiënten bestaan uit het volledig moeten inregelen van digitale werkvormen voor de GLI-clieñten. Het betreffen de aanpassingen van werkmethodes van fysieke consulten en groepsbijeenkomsten naar digitale consulten en groepsbijeenkomsten, het sluiten van abonnementen welke conform de zorgrichtlijnen zijn om digitaal de GLI uit te kunnen</p>	<p>Uw aandachtspunten hebben, voor zover wij nu overzien, betrekking op de uitvoering. Die punten kunt u aan de orde kunt brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunten ook - voor zover dit</p>

			voeren. Daarnaast betreft het extra tijd welke zij moeten investeren in het informeren en begeleiden van deze toch al extra kwetsbare doelgroep om de GLI in dit corona tijdperk te kunnen blijven volgen. Deze investering - om de continuïteit van de GLI te waarborgen - wordt nu betaald door de GLI-uitvoerder zonder dat daar een vergoeding tegenover staat.	met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.
KNOV	20-04-2020	Continuïteitsbijdrage	Op pagina 4 van de notitie wordt met betrekking tot de continuïteitsbijdrage vermeld dat het percentage per sector wordt vastgesteld, mede op advies van een onafhankelijke partij. Graag zouden wij meer informatie ontvangen over deze werkwijze.	Deze vraag heeft betrekking op de uitvoering. Die vraag kunt u aan de orde kunt brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunt ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.
		Meerkosten	Met betrekking tot de meerkosten hebben wij de volgende vragen en opmerkingen: <ul style="list-style-type: none"> •Wij missen de indirecte kosten onder de genoemde typering. Zoals coördinatie door coöperaties ter ondersteuning van de praktijken op het gebied van onder andere informatievoorziening. •Wij zijn benieuwd naar de concrete uitwerking van deze prestatie en vertrouwen erop hierover goede afspraken te kunnen maken met de betrokken partijen. Dat betreft zowel de kosten die reeds zijn gemaakt als de kosten die nog worden gemaakt (bijvoorbeeld de facturen voor BPM vanuit landelijke distributie, coördinatie van wijziging in protocollen bij overgang naar volgende fasen). •Op welke wijze wordt de mogelijkheid geboden om eventueel bezwaar in te dienen door individuele zorgaanbieders? 	De omschrijving van de prestatie meerkosten is gebaseerd op de aanwijzing. De verdere invulling ervan en de wijze waarop er uitvoering aan wordt gegeven is aan de zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar om af te spreken, binnen de kaders van de regelgeving. Tegen de af te geven prestatiebeschrijvingsbeschikking staan de reguliere bezwaar- en beroepmogelijkheden open.
Ergotherapie Nederland	20-04-2020	Algemeen	2. In de 1e lijns zorg werken veel ZZP-ers middels een overeenkomst van opdracht. Deze ZZP-ers hebben veelal geen contract met de zorgverzekeraars. De opdrachtgevers hebben wel die overeenkomsten. Volgens de regeling kunnen ZZP-ers dus geen continuïteitsbijdrage of een meerkostenbijdrage aan vragen. In de huidige situatie maken ZZP-ers geen omzet. Waar kunnen zij hun schade verhalen?	Voor de vraag welke andere mogelijkheden voor ondersteuning open staan voor degenen die geen continuïteitsbijdrage of meerkostenprestatie kunnen declareren verwijzen we naar de algemene informatie van de rijksoverheid hierover.
		Continuïteitsbijdrage	1. De terugloop van de omzet wordt in beginsel bepaald door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t-1. De prestatie continuïteitsbijdrage kan, indien wordt voldaan aan de genoemde voorwaarden, met ingang van 1 maart 2020 in rekening worden gebracht. Dit verdient een concretere duiding. Aangezien we mogen aannemen dat deze crisis geen jaren duurt stellen wij voor de termen 'jaar t' en 'jaar t-1' concreter te maken. Gaat het over een heel jaar? En welk jaar dan precies? 2019 versus 2020? Of 1 maart	De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar afspraken maken binnen de kaders van de regelgeving.

			2019 1 maart 2020? Enz. Daar leven in het werkveld veel vragen over.	
LVVP	20-04-2020	Algemeen	7.Tot slot willen wij u danken voor de snelheid en flexibiliteit waarmee de NZa zich beweegt in deze bizarre tijd. Het zou de zorgverzekeraars sieren als ook zij over hun schaduw heen zouden stappen en de handen ineen zouden slaan en tot één loket zouden komen. De administratieve lasten in de zorg veroorzaakt door zorgverzekeraars drukt al jaren zwaar op de sector. Wij zouden het gepast vinden als ook zorgverzekeraars nu de administratieve lasten tot een minimum weten te beperken en dat zouden ze doen door nu één loket te hanteren.	N.v.t.
		Continuïteitsbijdrage	<p>1.U schrijft dat de continuïteitsbijdrage alleen in rekening kan worden gebracht indien één of meer zorgprestaties geleverd én gedeclareerd zijn in 2020. Wij willen u erop wijzen dat met name in de g-ggz, maar ook in de gb-ggz in het eerste kwartaal van 2020 vaak nog helemaal niet gedeclareerd is, omdat de ggz nu eenmaal langere doorlooptijden kent. Toen Nederland op 16 maart in intelligente lockdown ging, was er door heel veel vrijgevestigden in de ggz dus al wel zorg verleend, maar nog niet gedeclareerd. Wij verzoeken de NZa om de tweede eis “en gedeclareerd” om deze reden te schrappen.</p> <p>2.Wij constateren dat er in de gb-ggz binnen dezelfde producten nu aanzienlijk langer wordt behandeld. Binnen de g-ggz speelt dit ook, maar daar biedt de systematiek van het tijdschrijven hiervoor een oplossing. In de gb-ggz betekent dit dat het intensiever behandelen binnen de bestaande producten – die overigens al langer ter discussie staan als het gaat om het aantal behandelingen dat als “norm’ geldt voor de tarifiering - leidt tot omzetverlies. Wij adviseren de producten in de gb-ggz tijdelijk aan te passen, uiteraard met behoud van eisen als vastleggen van patiëntenprofiel, zorgzwaarte et cetera.</p> <p>3.Andere vormen van omzetverlies worden veroorzaakt door het veelvuldig afstemmen met de patiënt over de wijze waarop het contact telkenmale kan plaatsvinden. Ook dit speelt in de gb-ggz wellicht meer, omdat ook nu weer geldt dat deze tijd in de gb-ggz niet geschreven kan worden. Zie bovengenoemde oplossing.</p> <p>4.Wij wijzen erop dat vrijgevestigden wellicht nog geen beeld hebben van het verlies in omzet. Dit vanwege de langere doorlooptijden in de ggz. Bijvoorbeeld in de gb-ggz kan pas later blijken dat de omzet over deze periode lager was terwijl de werkuren per maand gelijk zijn gebleven. Patiënten hebben vaak meer behandelingen nodig maar de declaratie blijft ongewijzigd vanwege de vastgestelde producten. De beleidsregel van de NZa staat open tot en met 31 december 2020. Het is cruciaal dat ook de loketten van de zorgverzekeraars tot deze datum open blijven staan.</p> <p>5.Het is positief dat de regeling ook openstaat voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Wij wijzen erop dat bij ongecontracteerde zorgaanbieders sprake is van twee vormen van omzetzerving: de eerste vorm speelt ook bij gecontracteerde aanbieders en heeft betrekking op het wegvallen van de zorgvraag vanwege corona. De tweede vorm van omzetverlies heeft te maken met de situatie dat veel zorgverzekeraars sinds enige tijd geen akte van cessie meer toestaan bij ongecontracteerde zorgverleners, ook in de ggz. Dit betekent dat de betreffende zorgverlener de declaratie niet meer rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kan indienen, maar dat dit via de patiënt moet (zorgaanbieder stuurt</p>	<p>Het woord ‘en gedeclareerd’ hebben wij uit deze passage geschrapt.</p> <p>Het aanpassen van de reguliere prestaties gaat het bestek van de nu voorliggende regelgeving te buiten; uw eventuele wensen daarvoor kunt u via de gebruikelijke kanalen voor tarief/prestatieverzoeken adresseren. Uw aandachtspunt hebben, voor zover wij nu overzien, voor het overige betrekking op de uitvoering. Die punten kunt u aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>

			factuur aan patiënt, patiënt dient deze in bij zorgverzekeraar, betaling volgt de omgekeerde route). De liquiditeit van de patiënten staat als gevolg van corona onder druk. Doordat bij patiënten de inkomsten wegvallen vanwege corona, zijn zij niet langer in staat de rekening van de ggz-professional te betalen. Ook dit is aan te merken als gederfde inkomsten. Dit zou ook opgelost kunnen worden door gedurende de coronacrisis de akte van cessie door alle zorgverzekeraars weer toe te staan voor ongecontracteerde zorgaanbieders.	
		Meerkosten	6. Ten aanzien van de meerkosten vallen de vrijgevestigden onder categorie 5. Wij denken hierbij aan extra kosten ten behoeve van beeldbellen en aanverwante accessoires, maar ook aan extra schoonmaakkosten voor de behandelkamer en de wachtruimte ten behoeve van het face-to-face contact en de noodzakelijke extra hygiëne hiervoor. In dit kader stellen wij optie b voor en adviseren de NZa om hiertoe een inventarisatie te doen onder de brancheorganisaties.	De typen meerkosten kunnen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, binnen de kaders van de regelgeving, nader afstemmen. De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.
MeerGGZ	20-04-2020	Algemeen	<p><u>1. Voldoende ruimte voor ambulante zorgaanbieders GGZ</u></p> <p>Wij begrijpen dat met deze regelgeving de voorwaarde wordt gecreëerd om zorgverleners compensatie voor omzetverlies door plotselinge vraaguitval, als gevolg van het coronavirus alsmede compensatie voor meerkosten die direct samenhangen met de virusuitbraak, te kunnen bieden. Wij kunnen bevestigen dat met deze aanpassing in beginsel voldoende ruimte wordt gecreëerd voor de ambulante zorgaanbieders GGZ om de noodzakelijke compensatie te bieden.</p> <p><u>4. Specifieke aandachtspunten</u></p> <p>Tenslotte nog twee specifieke aandachtspunten naar aanleiding van de vragen van de NZA:</p> <p>(a) Volgens deze conceptregelgeving moet een aanbieder in 2020 de zorg zowel hebben geleverd als ook gedeclareerd bij een zorgverzekeraar om in aanmerking te komen. In de GGZ zal dit voor een deel van de zorg onmogelijk zijn, omdat de crisis in maart 2020 begonnen is en langlopende DBC's pas in 2021 worden gedeclareerd.</p>	Het woord 'en gedeclareerd' hebben wij uit deze passage geschrapt.
		Continuïteitsbijdrage	<p><u>2. Hoe ziet regeling zorgverzekeraars er uit?</u></p> <p>Hoewel wij deze aanpassing van de regelgeving als positief beoordelen is hiermee nog geen zicht op de daadwerkelijke regeling van zorgverzekeraars, dus wachten wij met een uitspraak over de kwaliteit van de regeling tot dat deze regeling voldoende duidelijk is. In</p>	Deze vraag heeft betrekking op de uitvoering. Die vraag kunt u aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen dat aandachtspunten ook - voor zover

			<p>dat kader verzoeken wij de NZa met name toezicht te houden op de regeling van de zorgverzekeraars voor wat betreft het vaststellen van de percentages voor omzetcompensatie. De reden van dit specifieke verzoek is dat een eenvoudige optelling van alle kosten die de NZ als vaste kosten beschouwt, laat zien dat de eerder door ZN genoemde ondergrens van 60% zeker niet en zelfs de bovengrens van 85% mogelijk niet toereikend zal zijn. Met andere woorden: bijna alle kosten in een gemiddelde ggz-instelling zijn vast, zoals ook gebleken is in de verschillende recentelijke kostprijsonderzoeken van de NZa.</p> <p><u>3. Verrekening continuïteitsbijdrage</u> In de toelichting bij artikel 4 van de beleidsregel wordt aangegeven dat de terugloop in omzet wordt bepaald door de omzet in het jaar (2020) te vergelijken met de omzet in jaar t-1 (2019). Dit zal binnen de GGZ zeer lastig zijn vanwege de lange doorlooptijd van de DBC's. Dit betekent dat omzetverlies zowel in schadejaar 2019 als in schadejaar 2020 plaats kan vinden en een precieze vergelijking daarmee moeilijk is. Hiervoor graag aandacht.</p> <p>Daarnaast gaat de regeling uit van de vergelijking met de daadwerkelijk productie in jaar t-1. Aanbieders kunnen afspraken met verzekeraars hebben gemaakt over een hoger omzetplafond in 2020 en daarmee dus ook zich ingericht hebben op deze hogere omzet. Een vergelijking zou daarmee in het geval van gecontracteerde zorg beter plaats kunnen vinden met de gecontracteerde zorg in de betreffende schadejaren i.p.v. werkelijke zorg in T-1</p>	<p>dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen. Dit mede in het licht van het toezicht op de zorgplicht.</p> <p>De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar afspraken maken binnen de kaders van de regelgeving.</p>
		Meerkosten	<p><u>4. Specifieke aandachtspunten</u> (b) Vanuit het oogpunt van duidelijkheid verzoeken wij de NZa de voorschriften voor de specificatie van de meerkosten op te stellen.</p>	<p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzeterderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
SDN	20-04-2020	Algemeen	<p>In reactie op uw schrijven willen wij graag aangeven, dat voor de dienstapotheken de problematiek goed in kaart te brengen is.</p> <p>Door de corona-crisis hebben veel dienstapotheken enerzijds meer kosten. Denkt u hierbij aan extra bezorgkosten, personeelskosten en op sommige plekken extra organisatiekosten (bijvoorbeeld in verband met het noodgedwongen openen van een extra locatie zoals in een corona-hotel). Anderzijds zijn er ook minder inkomsten door een terugval in het aantal receptregels. Afhankelijk van de setting van de dienstapotheek, zien</p>	n.v.t.

			<p>wij veelal terugvallen van 25-50%.</p> <p>Momenteel zijn wij in goed gesprek met de zorgverzekeraars over een aantal mogelijke oplossingen, hoewel dit nog niet heeft geleid tot een concrete, volledig uitgewerkte regeling. Dat voor een aantal dienstapotheken een snelle oplossing nodig is, heeft ook te maken met de hoge personeelskosten in mei (vakantiegeld) en het veelal ontbreken van voldoende reserves om dit op te vangen.</p> <p>De regeling voor dienstapotheken zoals die momenteel met de zorgverzekeraars in concept besproken wordt, is op te delen in 3 stappen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indien mogelijk, dient de dienstapotheek een verzoek tot verhoging van het tarief in bij de twee preferente zorgaanbieders; 2. Is dit niet afdoende, dan kan men gebruik gaan maken van de continuïteitsregeling voor de acute kern. Hierover wordt momenteel nog gesproken. 3. Heeft een dienstapotheek te maken met acute problemen, dan kan men gebruik maken van de Liquiditeitsbijdrage-regeling, welke de vorm heeft van een vooruitbetaling. <p>ad 1) Hierbij willen wij opmerken, dat dit kan leiden tot tarieven die voorheen niet als maatschappelijk verantwoord werden gezien en die, dat is inmiddels bekend, leiden tot zorgmijding. Het gaat hier om situaties waar het tarief boven de 45 euro per receptregel uitkomt, waar dat nu nog niet het geval is. Wij zullen er dan ook bij zorgverzekeraars op aandringen voldoende snel door te schakelen naar stap 2 van de regeling.</p> <p>We gaan ervan uit, dat we tot een goed werkbare regeling met de zorgverzekeraars zullen kunnen komen. De kaders van de prestatieregeling, die geschetst worden in uw schrijven, zullen ons inziens de huidig bereikte en hierboven genoemde stappen voldoende kunnen faciliteren.</p>	
		Continuïteitsbijdrage	<p>In uw stuk geeft u aan dat de hoogte van de bijdrage wordt vastgesteld als percentage van de door de zorgverzekeraars vergoede omzet. Dienstapotheken kennen de bijzondere situatie dat zij op een nul-begroting worden ingekocht middels een systeem van open boeken. Dat betekent dat een overschot in enig jaar wordt teruggegeven en een tekort wordt aangevuld. Dit maakt tegelijkertijd ook dat er volledig inzicht is in de kosten en deze 100% gedekt zullen moeten worden. De bijdrage zal voor een aantal van de dienstapotheken dan ook op korte termijn nodig zijn.</p>	<p>Uw aandachtspunt heeft betrekking op de uitvoering. U kunt het aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen het aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>
KNGF	20-04-2020	Algemeen	<p>6. De beleidsregel stelt nadrukkelijk dat niet-gecontracteerde aanbieders gebruik kunnen maken van de continuïteits- en de meerkostenregeling. Aangezien zij geen reguliere relatie hebben met zorgverzekeraars, moet geborgd worden dat gecontracteerde en niet-gecontracteerde fysiotherapeuten op vergelijkbare wijze behandeld worden. De regeling</p>	<p>Uw aandachtspunt heeft betrekking op de uitvoering. U kunt het aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen het aandachtspunten ook - voor zover dit</p>

		<p>maakt dit mogelijk, maar wij vragen de NZa daar in haar toezicht ook op toe te zien.</p> <p>7.Voor ons is nog niet duidelijk of de regeling leidt tot besluiten waarop bezwaar en beroep mogelijk is. Kunt u dit verduidelijken?</p>	<p>met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p> <p>Tegen de af te geven prestatiebeschrijvingsbeschikking staan de reguliere bezwaar- en beroepmogelijkheden openen.</p>
	Continuïteitsbijdrage	<p>1.De grondslag voor de continuïteitsregeling is, volgens de toelichting op de beleidsregel, de omzet in jaar t-1 (2019). Voorwaarde om gebruik van de regeling te kunnen maken, is dat er in 2020 één of meerdere prestaties bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd (de voorhangbrief maakt dit onderscheid trouwens niet). Het is goed mogelijk dat een fysiotherapeut in 2019 omzet heeft gedraaid, maar in het eerste kwartaal van 2020 nog geen prestaties heeft gedeclareerd (denk aan tijdelijke afwezigheid), of dat de omzet van 2019 niet representatief is voor 2020 (denk aan een groeiende praktijk). De van elkaar verschillende grondslag en voorwaarde zijn voor de KNGF acceptabel, maar het is noodzakelijk dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder ruimte hebben om hiervan af te wijken als de situatie erom vraagt. Wij vragen u die ruimte te bieden in de regelgeving.</p> <p>2.In de notitie en in de beleidsregel wordt genoemd dat er verrekend wordt met inhaalproductie. Dit doelt op een nacalculatie, terwijl in de fysiotherapie niet wordt nagecalculeerd. Daarnaast is inhaalproductie in de fysiotherapie vrij theoretisch. Doel van de regeling is het bieden van continuïteit en niet het geven van een vooruitbetaling/voorschot (pagina 3 van de notitie zou die indruk kunnen wekken). Wij vragen u ervoor te zorgen dat sectoren die normaal gesproken niet nacalculeren (zoals de fysiotherapie) dat nu ook niet hoeven te doen. Dat betekent dat als een fysiotherapeut een continuïteitsbijdrage heeft ontvangen, hij erop mag rekenen dat deze definitief is.</p> <p>4_De omzet in 2019 is gedeclareerd tegen de tarieven 2019. Het ligt daarom in de rede om de grondslag voor de continuïteitsregeling te baseren op de omzet 2019, gecorrigeerd voor de tariefontwikkeling in 2020. Graag verwerken in de tekst.</p> <p>8.In de regelgeving worden de vaste kosten volgens ons goed gedefinieerd. In de fysiotherapie is dikwijls sprake van arbeidsovereenkomsten met variabele beloning. Voor de volledigheid merken wij op dat, anders dan de naam vooronderstelt, er hier vrijwel altijd sprake is van vaste loonkosten en dat deze loonkosten dus tot de vaste kosten moeten worden gerekend.</p>	<p>De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar afspraken maken binnen de kaders van de regelgeving. In de bedoelde passage dat in 2020 zorg moet zijn geleverd en gedeclareerd aan de (verzekerde van) de ziektekostenverzekeraar hebben we 'gedeclareerd' geschrapt.</p> <p>Ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders maken, voor zover mogelijk, afspraken over de verrekening van de continuïteitsbijdrage met omzet verkregen gedurende de maanden dat deze bijdrage van toepassing is en met omzet die het gevolg is van een eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Deze verrekening is van belang om dubbele declaratie van kosten te voorkomen.</p>
	Meerkosten	<p>3.Bij de regeling voor meerkosten (zoals persoonlijke beschermingsmiddelen) nemen wij aan dat deze eveneens niet worden nagecalculeerd, maar worden afgerekend op basis</p>	<p>Zie bovenstaande toelichting. Over de precieze vormgeving van verrekening kunt u</p>

			<p>van de werkelijk gemaakte kosten. Kunt u dat bevestigen?</p> <p>5. U vraagt wie de administratieve voorwaarden voor de meerkostenregeling op moet stellen: de zorgverzekeraars of de NZa. Uniforme regelgeving heeft sterk de voorkeur boven individuele afspraken en voorwaarden. Daarom kiezen wij voor de NZa.</p>	<p>voor informatie terecht bij de ziektekostenverzekeraar.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten.</p> <p>Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
NMMV	20-04-2020	Algemeen	<p>De NMMV heeft daar uitvoerig naar gekeken en vanwege onze bijzondere positie in de zorg, als onderaannemer van de podotherapeut, passen de Mbo-4 medisch pedicures niet in een duidelijk kader. Om die reden is onze reactie wel wat lang geworden maar desalniettemin hopen wij dat u onze leden tegemoet zal willen komen, in deze bizarre tijd.</p> <p><i>‘Tot slot Ik wil iedereen die in de gezondheidszorg werkzaam is ook via deze weg nogmaals heel hartelijk danken voor hun inzet. Er wordt een immens beroep gedaan op hen in deze Corona tijd. Ik vind het belangrijk dat zorgaanbieders zich op dit moment geen zorgen hoeven te maken over de financiële consequenties van deze crisis, of het daarbij gaat om meerkosten of om continuïteit, zodat zij zich maximaal kunnen richten op het leveren van goede en veilige zorg, voor iedereen die daarop is aangewezen. Nu, tijdens de coronacrisis, maar ook in de periode daarna.’</i></p> <p><i>‘Vraag NZa: Welke opmerkingen en suggesties heeft u als het gaat om de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regeling’?</i></p> <p>Hoewel het prettig is om te horen dat ook onze inzet in deze moeilijke tijd gewaardeerd wordt, zien en voelen wij ook onze underdog positie als Mbo-4 medisch voetzorgverleners gericht op de medische voetzorg maar nog steeds vallend onder de uiterlijke verzorging.</p> <p>Deze positie ervaren wij, bestuur en leden, in coronatijd als extra lastig en zeker ook niet passend. Bestuur en leden van de NMMV hebben hun zorgplicht ten aanzien van de patient met diabetes mellitus, zeer serieus genomen en ervoor gezorgd dat de continuïteit van de voetzorg geborgd bleef. Dat betekende in de praktijk dat leden regelmatig voor één cliënt de praktijk hebben geopend, behandeld hebben en daarna de</p>	<p>Uw aandachtspunten hebben voor een deel betrekking op de uitvoering. U kunt deze aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraars. Wij zullen het aandachtspunten ook overbrengen aan de verzekeraars/ZN. NZa zal de uitvoering monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p> <p>Het aanpassen van de reguliere bekostiging gaat het bestek van de nu voorliggende regelgeving te buiten; uw eventuele wensen daarvoor kunt via de gebruikelijke kanalen voor tarief/prestatieverzoeken adresseren. Uiteraard zijn we bereid in dat verband daar separaat nader over van gedachten te wisselen.</p> <p>De looptijd van de voorliggende regelgeving wordt begrensd door de aanwijzing van de minister van VWS. Zoals de aanwijzing aangeeft, zal de beleidsregel gelden uiterlijk tot en met 31 december 2021, voor zover noodzakelijk voor de declaratie van kosten die samenhangen met de pandemie.</p>

		<p>praktijk weer volledig hebben schoongemaakt zodat ook de volgende cliënt weer zo veilig mogelijk behandeld kon worden.</p> <p>Voor leden met grotere praktijken heeft de overheid gelukkig oplossingen gecreëerd zodat zij rekeningen kunnen blijven betalen. Voor kleinere praktijken waar minder dan 1225 uur per jaar wordt gewerkt en/of praktijken aan huis is dat niet het geval. Deze leden, waaronder ikzelf, maken nergens aanspraak op.</p> <p>Nu waarschijnlijk ook weer niet.</p> <p>Voor alle leden van de NMMV geldt dat zij in de afgelopen weken met elkaar ongelooflijk veel contact hebben gehad. Zij hebben waargenomen voor elkaar en met het bestuur meegedacht over hoe wij veiliger kunnen werken, voor de cliënt en voor onszelf.</p> <p>Alle (spoed) medisch noodzakelijke zorg is verleend; daar zijn extra kosten voor gemaakt, hoger dan dat er uitbetaald wordt via de podotherapeut/verzekeraars en die inkomsten worden waarschijnlijk dus weer verrekent met betaalde bedragen aan bijstand.</p> <p>Als voorzitter van de NMMV ben ik inmiddels ruim drie à vier weken bezig om protocollen te maken, bij te stellen, contact te leggen met RIVM, VWS, LHV en de andere partijen die met voetzorg te maken hebben. Hierdoor hebben wij vooral de rust kunnen terugbrengen bij onze leden en zij bij hun cliënten.</p> <p>Ik ben enorm trots op onze leden; zij zijn dagelijks bezig om contact te houden met cliënten maar ook met het bestuur.</p> <p>Inmiddels zijn wij allemaal aan het nadenken over hoe wij weer verantwoord kunnen gaan opstarten. Ik denk dat wij er eigenlijk al klaar voor zijn....</p> <p>Maar kunnen wij dit allemaal aantonen. NEE; dat kunnen wij niet. Hoe zouden we dat ook moeten doen; waar, hoe en bij wie?</p> <p>Dan komen we dus op de vraag van de NZa: Welke opmerkingen en suggesties heeft u als het gaat om de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regeling?</p> <p>Wij Mbo-4 medisch pedicures hebben geen rechtstreekse contracten. Uitsluitend voor de uitgevoerde instrumentele behandeling worden leden betaald terwijl er daarnaast veel meer gebeurt.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Wat ik zou willen is dat er gecompenseerd zou worden voor de afgelopen periode en deze afspraken ook maken voor eventuele nieuwe intelligente lockdowns die nog misschien gaan komen. Het zou helpen als alle voetbehandelingen die normaal gesproken gegeven hadden moeten worden *toch gedeclareerd mogen worden; dus ongeacht of deze als instrumentele behandeling zijn verricht of nu als telefonisch consult door de mp. Uiteindelijk is er sowieso contact geweest met de cliënt met diabetes mellitus om complicaties te voorkomen. <p>*Indien hier geen gehoor aan wordt gegeven dan vragen wij ons af of het totaal beschikbare budget niet bij de podotherapeut blijft zitten; ervan uitgaande dat zij wel het volledige kwartaal bedrag mogen declareren.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Daarnaast vragen wij om het tarief van deze behandelingen tijdelijk te verhogen naar de 	
--	--	--	--

		<p>verdubbeling van het door de NZa vastgestelde maximumtarief. Dus nu geen rekening houden met marktwerking zodat ieder lid hetzelfde tarief ontvangt!</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vrijwel alle leden hebben voorraden gedoneerd aan huisartsen en verzorgingstehuizen omdat zij het nog harder nodig hadden dan wij. Daarom zouden wij willen vragen om een eenmalige toeslag voor alle leden zodat zij daarvoor nieuwe en/of extra beschermende middelen kunnen aanschaffen. <p>U weet dat deze middelen extreem veel duurder zijn geworden; als ze al beschikbaar zijn. Velen hebben inmiddels gezichtsbeschermingsmaskers aangeschaft.</p> <p>Wij hopen dat onze praktijken snel weer geopend kunnen worden; wij zijn er op voorbereid maar het zal voorlopig en misschien nooit meer helemaal hetzelfde worden voor onze cliënten en voor ons.</p> <p>Wij hopen hiermee uitleg te hebben gegeven hoe wij tegen uw maatregelen aankijken en hopen op een coulanceregeling waarin nu nog niet wordt voorzien.</p>	
	<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p>Naar aanleiding van de brief van Minister van Rijn:</p> <p><i>‘Continuïteitsbijdrage Zorgverzekeraars maken hiervoor 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. Hiermee wordt de continuïteit van de zorg bekostigd om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars nu en later aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Variabele kosten zijn uitgesloten.’</i></p> <p>NMMV: o.i. betekent dit dat ook leden die nu niet of nauwelijks mogen behandelen, praktijken aan huis hebben inkomsten zien teruglopen dus alleen of vooral variabele kosten hebben niet in aanmerking komen voor de continuïteitsbijdrage.</p> <p><i>‘Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt de voorwaarde, 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. Voor dat deel omzetsdaling kunnen zorgaanbieders – indien zij voldoen aan de voorwaarden – in aanmerking komen voor de Tozo-regeling en voor de NOW-regeling.’</i></p> <p>NMMV: o.i. komen leden met grote(re) praktijken waarvoor zij huur en andere vaste lasten hebben in aanmerking voor regelingen vanuit de overheid.</p> <p>In dat geval kunnen zij niet ook aanspraak maken op de continuïteitsbijdrage van zorgverzekeraars.</p> <p>Conclusie: de NMMV is van mening dat wij geen (noemenswaardig en goed gemotiveerd) beroep kunnen doen op deze regeling.</p>	<p>Voor de vraag wat onder de prestaties voor continuïteitsbijdrage en meerkosten bekostigd kan worden, verwijzen wij u naar de beleidsregel en de circulaire. Die zijn opgesteld binnen de kaders van de aanwijzing van de minister.</p>

		<p>Meerkosten</p> <p><i>‘Meerkosten De prestatiebeschrijving voor meerkosten ziet op de meerkosten die een zorgaanbieder maakt voor een individuele verzekerde, voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel als gevolg van het Coronavirus. Het kan hier gaan om meerkosten die bijvoorbeeld samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen Het betreft kosten verband houdend met het Coronavirus voor directe zorg aan Corona- en niet-Coronapatiënten, voor zover daar door de NZa nog geen reguliere prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel het tarief of de afgesproken prijs niet toereikend is.’</i></p> <p>NMMV: o.i. zouden wij voor een tariefverhoging in aanmerking moeten komen omdat:</p> <p>a. Vanwege het coronavirus moeten wij extra beschermingsmiddelen aanschaffen waaronder de veel duurdere mondmaskers (en indien mogelijk ook voor je cliënt), handschoenen, plastic schorten en *gezichtsbeschermingsmaskers.</p> <p>*Hoewel de gezichtsbeschermingsmaskers nog niet verplicht gesteld zijn door RIVM en/of andere overheidsinstellingen heeft het bestuur van de NMMV de leden wel de mogelijkheid kunnen bieden om deze aan te schaffen. Daar is ook goed gebruik van gemaakt. Deze extra bescherming biedt een uitkomst voor het ontbreken van de 1,5 meter regel. Daarnaast is het gezichts masker gemaakt van hoogwaardige materialen door een 3D printbedrijf dat nu ook volop wordt ingezet door VWS. Zij zijn medisch gecertificeerd. Vanwege tijdsgebrek zijn onze gezichtsbeschermers nog niet getest door het RIVM maar dat zal naar verwachting nog wel gaan gebeuren.</p> <p>De vraag is echter of deze gezichtsbeschermingsmaskers verplicht gesteld gaan worden om te mogen werken of niet.</p> <p>Onze gewone mondmaskers beschermen niet tegen het virus/virussen en daarom is extra bescherming noodzakelijk en op dit moment is dit de goedkoopste optie.</p> <p>De schermen die nu ook worden aangeschaft geven o.i. een *schijnveiligheid ten opzichte van de gezichtsbeschermingsmaskers en zijn ook nog eens veel duurder. *Indien de cliënt geholpen moet worden met schoenen uit-/aantrekken kom je al veel te dichtbij en helpt het scherm niet.</p> <p>Om bovenstaande redenen zal de NMMV het werken met een gezichtsbeschermingsmasker in ieder geval aanbevelen aan haar leden.</p> <p>b. het huidige tarief is gebaseerd op het uitvoeren van directe instrumentele medisch noodzakelijke voetzorg inclusief de indirecte zorg.</p> <p>Zoals u weet zijn wij van mening dat de huidige tarieven al ontoereikend zijn en vanwege</p>	<p>Wij verwijzen naar de bovenstaande reacties op uw opmerkingen.</p>
--	--	--	---

			<p>de marktwerking liggen die bedragen soms ook nog ver uit elkaar. Dat betekent dat podotherapeuten vaak (veel) verdienen aan de medisch pedicure en er soms voor kiezen dat niet te doen. Zoals wij al vaak hebben aangegeven valt er voor ons niets te onderhandelen. Dat heb ik eind 2019 aan den lijve mogen ondervinden.</p> <p>Nu in corona tijd hebben de meeste leden de praktijk voor (spoed) medisch noodzakelijke voetverzorging open gehouden. Dat betekent in de praktijk dat leden soms 2-3-4- cliënten met DM per week hebben behandeld.</p> <p>Om te kunnen behandelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Men moet naar de praktijk toe (reiskosten) •Praktijk moet verwarmd zijn •zij hebben extra beschermingmiddelen aan moeten schaffen. •Veel moeten overleggen met de cliënten en/of verzorgers en podotherapeut van de cliënt. •Als er dan behandeld mag worden dan kost niet alleen de directe zorg extra tijd maar vooral ook de indirecte zorg. Er moet veel tijd extra gepland worden tussen de behandelingen in om te luchten (min. 15 minuten) en alles schoon te maken en te desinfecteren voor dat de volgende cliënt kan worden behandeld. •Leden geven aan nu ruim de dubbele behandeltijd kwijt te zijn. <p>Het is dus meer een gunst waarbij de leden een onbekend gezondheidsrisico oplopen dan dat hier verdiend wordt. Voor hen die een bijstandsuitkering hebben ontvangen worden de “verdiensden” weer in mindering gebracht.</p> <p>Kortom; de leden van de NMMV nemen hun zorgplicht serieus maar het kost geld; het levert niets op.</p>	
InEen	20-04-2020	Algemeen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onze reactie wordt gevraagd op de concept-beleidsregel en de concept-nadere regel die zeer algemeen zijn en waarin veel wordt verwezen naar contracten en voorwaarden die de verzekeraar én zorgaanbieder overeenkomen. Het is natuurlijk lastig te reageren op stukken die er (nog) niet zijn, maar wel heel relevant zijn. 2. De vraag vervolgens is of de betreffende zorgaanbieder/zorgverzekeraar-overeenkomst eenzijdig door de zorgverzekeraar wordt opgesteld of dat daar bijvoorbeeld een vertegenwoordiging van zorgaanbieders/branche organisatie bij betrokken is. Wij vinden dat dit gebaseerd dient te zijn op regelingen die in goede samenspraak met de branche-organisaties worden vastgesteld en waarbij aandacht moet zijn voor weinig administratieve belasting. Wij vragen de NZa er zorg voor te dragen dat de vaststelling van de overeenkomsten/voorwaarden zorgaanbieder/zorgverzekeraar zorgvuldig gebeurt en bij meningsverschillen als scheidsrechter te fungeren. 3. Verschillende sectoren waaronder de huisartsenzorg/HDS hebben aparte corona-afspraken gemaakt. Wij gaan er vanuit dat de gezamenlijke afspraken in het kader van de huisartsenzorg op zichzelf staan. Het zou duidelijker zijn – en helpen – als bijvoorbeeld in de toelichting wordt aangegeven hoe de verschillende (andere) corona-afspraken zich tot 	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Uw aandachtspunten kunt u aan de orde brengen in uw bespreking met de ziektekostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd.</p> <p>In de toelichting hebben wij verduidelijkt hoe</p>

		<p>deze beleidsregels verhouden.</p> <p><u>Nadere Regel</u> <u>Definities (e) en reikwijdte:</u> – Wij gaan er vanuit dat daar waar zorgaanbieder/natuurlijk persoon staat het ook mogelijk is om als organisatie (bijvoorbeeld gezondheidscentrum al dan niet loondienst) namens één of meerdere beroepsbeoefenaren hier aanspraak op te maken. Het helpt om dit te verduidelijken in de tekst of toelichting.</p> <p><u>Beleidsregel</u> <u>Definities (e) en Artikel 3 reikwijdte:</u> – Net als aangegeven bij de nadere regel gaan wij er vanuit dat daar waar zorgaanbieder/ natuurlijk persoon staat het ook mogelijk is om als organisatie (bijvoorbeeld gezondheidscentrum al dan niet loondienst) namens één of meerdere beroepsbeoefenaren hier aanspraak op te maken. Het helpt om dit te verduidelijken in de tekst of toelichting – Zijn deze beleidsregel ook van toepassing op pedicures? – In lijn met algemene opmerking over ketenzorg. Kan verduidelijkt worden door wie de zorg gedeclareerd moet zijn (hoofdaannemer of onderaannemer) in de zin: “De prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage kan alleen in rekening worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd en gedeclareerd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar”? – In zogenaamde loondienst-gezondheidscentra kan door cumulatie van tekorten op de exploitatie van huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten en andere disciplines de optelsom van de regelingen voor afzonderlijke disciplines onvoldoende zijn. Welke oplossing stelt de NZa daarvoor voor?</p>	<p>de verschillende (andere) corona-afspraken/regelingen zich tot deze beleidsregels verhouden.</p> <p>De beleidsregel geldt voor aanbieders van de zorg die onder de reikwijdte valt en zelf als zorgaanbieder zijn aan te merken conform de definitie. Dit laat ruimte om in de uitvoering afspraken te maken met de ziektekostenverzekeraar over in hoeverre en op welke wijze organisaties (bijvoorbeeld gezondheidscentra) namens één of meerdere beroepsbeoefenaren aanspraak maakt op een van de in de beleidsregel genoemde prestaties. Voor zover voor pedicure normaliter geen tarief- en/of prestatieregulering geldt, vallen zij ook buiten de voorliggende regelgeving over de coronagerelateerde kosten. (Partijen zijn dan vrij om evt. zelf afspraken te maken over de vergoeding voor de coronagerelateerde kosten.)</p> <p>De continuïteitsbijdrage geldt voor zorgaanbieders die een dergelijk tarief /prestatiebeschrijving aan de ziektekostenverzekeraar in rekening kunnen brengen. De continuïteitsbijdrage is immers ook een prestatiebeschrijving die aan de ziektekostenverzekeraar in rekening wordt gebracht. Dat wil zeggen dat het normaliter om een hoofdaannemer gaat. De onderaannemer declareert immers gewoonlijk een prestatie voor onderlinge dienstverlening; aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. Zie voorts ook de rectie hieronder.</p>
	<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p>4. Niet geheel duidelijk is welke zorgaanbieders voor deze continuïteits-regelgeving in aanmerking komen. Wij gaan er vanuit dat dit geldt voor alle zorgaanbieders die als hoofdcontractant optreden. Wij gaan er ook vanuit dat dit geldt voor alle zorgaanbieders die onderaannemer zijn binnen de ketenzorg zoals podotherapeuten, fysiotherapeuten,</p>	<p>Zie bovenstaande reactie. In aanvulling daarop: of voor genoemde zorgaanbieders binnen de ketenzorg een directe toegang is tot de continuïteitsbijdrage of dat dit via de</p>

		<p>diëtisten, pedicures, etc. en dat deze onderaannemers ook voor het deel van hun inkomsten dat ze normaliter via de ketenzorg ontvangen een beroep kunnen doen bij verzekeraars op deze continuïteitsbijdragen van ZN/verzekeraars.</p> <p><u>Artikel 4 : prestatiebeschrijvingen</u></p> <p>– Wat wordt precies bedoeld met “vaste kosten”. Mag er vanuit worden gegaan dat hiermee ook het wegvallen van arbeidsvergoeding of productie-inkomsten wordt bedoeld? Is een “arbeidsvergoeding” (het gaat immers ook om zelfstandig beroepsbeoefenaren) in deze regeling synoniem aan “loonkosten”?</p> <p>– Onduidelijk is uit de tekst hoe de “vaste kosten” worden berekend en achteraf verrekend. Ook wat de relatie is met berekening/verrekening van de “omzet”. Wij hopen op een “open vizier” van verzekeraars ten aanzien van de meerkosten. We zien nu bijvoorbeeld dat diverse disciplines massaal faciliteren van “zorg op afstand” (denk o.a. aan beeldbellen) en farmacie voor het bezorgen van medicatie i.p.v. fysiek afleveren.</p> <p>– In dit artikel staat onvoldoende duidelijk dat ook zorgaanbieders die via een hoofdaannemer (bijvoorbeeld ketenzorg) verzekerde zorg leveren ook voor dit deel van de continuïteitsvergoeding in aanmerking komen en zich bij de verzekeraar kunnen melden. Dus voor het deel inkomsten dat ze door productiviteitsverlies niet meer krijgen/gekregen hebben. Zou ook verhelderd kunnen worden in de toelichting.</p> <p>Toelichting.</p> <p>– In de toelichting staat omschreven dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over verrekening van de continuïteitsbijdragen met de productie gedurende de maanden dat deze van toepassing is. Alhoewel wij deze verrekening begrijpen en onderschrijven zouden wij graag nader in overleg treden óf en hoe verzekeraars inzicht willen verkrijgen in de omzet van onderaannemers in de ketenzorg. Vooralsnog gaan wij er vanuit dat de totale omzet van een zorgaanbieder, ook voor het aandeel ketenzorg, binnen de regeling valt én dat verzekeraars achteraf met zorgaanbieders op basis van totale inkomsten van het jaar 2020 een afrekening maken. Dit moet toch gebeuren omdat zorgaanbieders ook inkomsten hebben (al dan niet onverzekerde zorg) direct van patiënten. Uit de tekst is over de reikwijdte van de regeling en wijze van verrekening niets op te maken.</p>	<p>hoofdaannemer van de ketenzorg loopt, is een vraag waar zorgaanbieders ziektekostenverzekeraars wat ons betreft afspraken over kunnen maken. Het voorkomen van dubbele bekostiging is uiteraard van belang.</p> <p>In de beleidsregel is het begrip vaste kosten vervangen door doorlopende kosten. De arbeidsvergoeding van zelfstandige beroepsbeoefenaren kan in principe onder de doorlopende kosten worden geschaard.</p> <p>De reactie bevat voorts een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals m.b.t. de verrekening. Uw aandachtspunten kunt u aan de orde brengen in uw bespreking met de ziektekostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren, mede op basis van signalen.</p>
	<p>Meerkosten</p>	<p>5. In de begeleidende notitie staat op blz. 5 een alinea over de kosten van directe zorg aan corona patiënten, waarin ook de huisartsenzorg genoemd wordt. Wat wordt hiermee precies bedoeld? Betreft dit de inzet vanuit de huisartsenzorg in corona zorglocaties met klinische capaciteit (zoals bijvoorbeeld Coronacentrum Urmond)?</p> <p>6. In de begeleidende notitie wordt aangegeven dat er nog nadere afspraken moeten worden gemaakt over het specificeren van de vijf categorieën meerkosten. Aangegeven wordt dat “a. Zorgverzekeraars regelen dit in de overeenkomst met de zorgaanbieders” of “b de NZa hier voorschriften voor opstelt”. Onze voorkeur gaat uit naar optie b. Wel zouden wij hierover graag nader met de NZa in overleg treden.</p>	<p>Ad 5. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>Ad 6. De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en</p>

				verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten.
Provoet	20-04-2020	Algemeen	<p>ProVoet is de branchevereniging voor pedicures en medisch pedicures. Met zo'n 12.000 leden vertegenwoordigen wij ruim 98% van de georganiseerde pedicures binnen Nederland.</p> <p>Pedicures en medisch pedicures kennen geen rechtstreekse contractering met zorgverzekeraars. Alleen medisch pedicures kunnen in onderaannemerschap door zorggroepen en podotherapeuten worden gecontracteerd voor uit de basisverzekering vergoede instrumentele behandelingen op het gebied van Preventie van Diabetische Voetulcera. Betaling vindt dan plaats via de zorggroep of podotherapeut. Vanuit sommige aanvullende verzekeringen is er een beperkte vergoeding mogelijk van bijvoorbeeld reumatische voetzorg.</p> <p>Pedicures vallen momenteel onder het verbod op contactberoepen gericht op uiterlijke verzorging. Voor medisch pedicures is dat niet van toepassing in het geval er sprake is van medisch noodzakelijke voetbehandelingen. Wel is er dan een schriftelijke doorverwijzing nodig van podotherapeut, huisarts of specialist bij de genoemde gecontracteerde zorg. Deze uitzondering betreft slechts een gering deel van de totale reguliere omzet van medisch pedicures.</p> <p>Aangezien voor vele pedicures enerzijds hun omzet vanuit basis- en aanvullende verzekering beperkt is ten opzichte van hun totale reguliere omzet, en anderzijds onze beroepsgroep vermeld staat op de SBI lijst, is het voor de meeste pedicures interessanter om gebruik te maken van de Tozo en TOGS dan van de continuïteitsbijdrage.</p> <p>Een praktische invulling zou gelegen kunnen zijn in het tijdelijk verhogen van de behandelarieven voor medisch pedicures met een algemeen bindende maatregel. Anders is het de vraag of dit geld via de podotherapeuten en zorggroepen ook daadwerkelijk bij de medisch pedicures terecht komt. Tevens kan gedacht worden aan een eenmalige toeslag voor pedicures voor de aanschaf van de schaarse middelen.</p> <p>Tenslotte merken wij het volgende op. Zoals gesteld zou het kunnen zijn dat voor een klein aantal van alle pedicures de door de NZa voorgestelde regeling werkbaar en afdoende is. Voor de meesten van onze leden zal dat niet het geval zijn. Wij maken ons daarom zorgen of de door de NZa voorgestelde regeling met al haar randvoorwaarden voldoende soelaas biedt voor onze leden.</p>	Het aanpassen van de reguliere prestaties gaat het bestek van de nu voorliggende regelgeving te buiten; uw eventuele wensen daarvoor kunt u via de gebruikelijke kanalen voor tarief/prestatieverzoeken adresseren
		Continuïteitsbijdrage	Echter, er zijn zeker ook medisch pedicures waarvoor de continuïteitsbijdrage wel een relevante toevoeging kan zijn. Hierbij is het dan van belang om te weten: a. Hoe de gelden die zorggroepen en podotherapeuten ontvangen voor de	De reactie bevat aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de

			<p>basisverzekering, ook bij de medisch pedicures terecht kunnen komen. Zoals gesteld ligt de reguliere zorg door medisch pedicures momenteel nagenoeg stil.</p> <p>b. Op welke wijze de zorg die normaal vanuit de aanvullende verzekering vergoed wordt, onder de continuïteitsbijdrage gedeclareerd kan worden.</p>	<p>ziektelkostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren, mede op basis van signalen.</p>
		Meerkosten	<p>Daarnaast hebben alle pedicures in dit kader te maken met meerkosten daar waar ze nu aan het werk zijn voor medisch noodzakelijke zorg en mogelijk later ook voor overige pedicurezorg, als daar van de overheid weer toestemming voor is. Vanwege de verscherpte maatregelen rondom het werken tijdens coronatijd, duurt een behandeling ongeveer 2x langer dan voorheen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan extra schoonmaakwerkzaamheden tussen behandelingen door. Dit naast het verkrijgen van beschermende materialen die moeilijk te verkrijgen zijn en veel duurder zijn dan normaal. Dat terwijl verschillende leden hun materialen al eerder op verzoek hebben geschonken aan huisartsen en dergelijke.</p> <p>Hierbij is het dan ook maar de vraag of en hoe dit alles in het kader van effectiviteit en uitvoerbaarheid helder gemaakt kan worden.</p>	<p>Hiervoor geldt ook de bovenstaande reactie.</p>
ASKA	20-04-2020	Algemeen	<p><u>1. Voldoende ruimte voor apotheken</u> Wij begrijpen dat met deze regelgeving de voorwaarde wordt gecreëerd om zorgaanbieders compensatie voor omzetverlies door plotselinge vraaguitval, als gevolg van het coronavirus alsmede compensatie voor meerkosten die direct samenhangen met de virusuitbraak, te kunnen bieden. Wij kunnen bevestigen dat met deze aanpassing in beginsel voldoende ruimte wordt gecreëerd voor apotheken om de noodzakelijke compensatie te bieden.</p> <p><u>3. Volledigheid condities en marktverstoring</u> In dit kader is van belang om te verwijzen naar de brief van ZN van 5 april 2020. Zie https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=4787044352 Graag meer duidelijkheid of dit de enige voorwaarden zijn die eraan verbonden (kunnen) worden ten opzichte van de vigerende contractuele condities. Wij benadrukken dat de regeling openstaat voor elke apotheek, ongeacht de aard en omvang en dat er geen farmaceutische cq zorginhoudelijke voorwaarden gesteld worden aan de steunverlening. In algemene zin bepleiten wij dat de regeling niet marktverstrend mag zijn. Dus dat deze openstaat voor iedereen onder gelijke condities.</p>	<p>In de regelgeving van de NZa zijn enkele vereisten opgenomen. In aanvulling daarop gelden de afspraken die voor het in rekening brengen van deze prestaties gemaakt moeten worden met de ziektelkostenverzekeraar.</p>
		Continuïteitsbijdrage	<p><u>2. Hoe ziet regeling zorgverzekeraars er uit?</u> Hoewel wij deze aanpassing van de regelgeving als positief beoordelen is hiermee nog geen zicht op de daadwerkelijke regeling van zorgverzekeraars, dus wachten wij met een uitspraak over de kwaliteit van de regeling tot dat deze regeling voldoende duidelijk is. In dat kader verzoeken wij de NZa met name toezicht te houden op de regeling van de zorgverzekeraars voor wat betreft het vaststellen van de percentages voor</p>	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Uw aandachtspunten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektelkostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of</p>

		<p>omzetcompensatie. De reden van dit specifieke verzoek is dat een eenvoudige optelling van alle kosten die de NZa als vaste kosten beschouwt, laat zien dat de eerder door ZN genoemde ondergrens (60%) niet en wellicht zelfs de bovengrens van 85% niet toereikend zal zijn voor apotheken op de korte termijn. Een groot deel van de operationele kosten (buiten de geneesmiddelkosten) in een gemiddelde apotheek is vast op de korte termijn, denk bijvoorbeeld aan contracten met medewerkers die niet zomaar kunnen worden beëindigd.</p> <p><u>4.Relevante rijksregelingen</u> Een zorgaanbieder komt in aanmerking voor een continuïteitsregeling als deze geen beroep doet op 'relevante rijksregelingen'. Graag zouden wij explicieter benoemd willen zien op welke regelingen hier bedoeld wordt. Stel dat een zorgaanbieder verzocht heeft om uitstel afdracht loonbelasting, valt dat daaronder of niet? Stel dat de zorgaanbieder al een aanvraag heeft ingediend voor een mogelijk conflicterende rijksregeling, kan de zorgaanbieder deze aanvraag dan intrekken en alsnog in aanmerking komen voor de continuïteitsbijdrage?</p> <p>Percentage per sector Bij de continuïteitsbijdrage wordt uitgegaan van één percentage per sector. Als er één percentage per sector wordt vastgesteld, gaat het onderscheid tussen bijvoorbeeld openbare apotheken, dienstapotheken en poliklinische apotheken verloren. Wij begrijpen dat er naderhand, op basis van het feitelijk specifieke omzetpatroon van een zorgaanbieder wordt verrekend. Is dit zowel opwaarts als neerwaarts? Hoe wordt het sectorspecifieke percentage vastgesteld?</p> <p><u>7.Specifieke aandachtspunten</u> Lagere omzet of brutowinst? In april 2020 en daarna lopen met name de eerste uitgiften terug, door het verminderd voorschrijven door de huisartsen. Dit vertaalt zich in een lagere omzet, maar nog meer in een teruglopende brutowinst. De vraag is of de omzet het juiste referentiepunt is. De eerste uitgiften maken maar een gering deel uit van de omzet, maar een groter aandeel in de brutowinst.</p>	<p>verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden..</p>
	<p>Meerkosten</p>	<p><u>5.Meerkosten verantwoording</u> Bij de meerkostenregeling worden eisen gesteld aan de administratieve verantwoording. Komen de meerkosten voor het uitvoeren van deze administratieve regeling ook voor vergoeding in aanmerking? Op pagina 6 staan er twee varianten benoemd: zorgverzekeraar bepaalt de regeling via de overeenkomst of NZa stelt op. Wij pleiten er voor dat sectoraal en in overleg afspraken worden gemaakt om dit eenduidig, maar ook zo eenvoudig mogelijk te organiseren. Voor beide kanten efficiënter en een dergelijke aanpak kan rekenen op draagvlak bij zorgaanbieders.</p>	<p>In beginsel vallen veel van de genoemde voorbeelden van kosten onder de prestatiebeschrijving 'meerkosten'. Of, en zo ja hoeveel (welk bedrag), er in een concreet geval wordt vergoed, hangt af van de hierover te maken afspraken met de zorgverzekeraar(s). De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een</p>

		<p><u>6.Meerkosten ook vanuit oogpunt belang medewerkers</u> Bij de classificatie van meerkosten zijn de meerkosten vooral benoemd vanuit het oogpunt van de patiënt. Hoe passen meerkosten hierin die in het belang van de medewerkers en de continuïteit van de zorg worden gepleegd: bijvoorbeeld het faciliteren van thuiswerken van medewerkers die niet in direct contact met de patiënt staan? Vanuit het oogpunt van duidelijkheid verzoeken wij de NZa de voorschriften voor de specificatie van de meerkosten op te stellen.</p> <p><u>7.Specifieke aandachtspunten</u> Genees- en hulpmiddelen De regeling richt zich op meerkosten in de bedrijfsvoering. Voorziet de regeling ook in meerkosten voor zorgaanbieders door oplopende schaarste en daarmee prijzen van middelen die contractueel geleverd worden voor vaste prijzen ongeacht de prijs van het artikel: bijvoorbeeld bij dagprijzen hulpmiddelen of IDEA e.d. ? Hoe wordt daarin voorzien?</p> <p>Bijlage specificatie soorten meerkosten apotheken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoger ziekteverzuim. De plotseling sterke toename van ziekteverzuim boven 5% is een grote kostenpost. - Oploop overuren (stuwmeer creëren). - Waarneem vergoedingen apothekers (i.v.m. ziekte en voorkomen uitval apotheken). - Kosten van testen op corona bij medewerkers. - Aanpassing van de publieksruimtes en balies, kosten voeren deurbeleid en beveiliging. · Beschermende middelen voor het personeel: voorzetwanden, beschermende kleding en reinigingsmiddelen. Toename hygiëne maatregelen: extra schoonmaakkosten (inhuur schoonmaakpersoneel en extra uren personeel). - Reductie fysieke contactmomenten patient en personeel. Sterke verhoging van de kosten door sterke stijging van het aantal bezorgingen. Om het aantal patiënten in de apotheek te beperken, wordt er de afgelopen periode veel intensiever bezorgd. Hiervoor zijn extra mensen ingehuurd. - Omzetzerving door terugvallen vraag vanuit huisartsen. De omzetzerving (in eerste instantie EU gevolgd door VU) is voor het apotheekbedrijf de meest materiele component. - Door beperkte toegang van patienten tot ziekenhuizen, hogere patiëntenvraag bij apotheken over poliklinische receptuur. - Leveren van totale farmaceutische zorgverlening aan patiënten en zorghotels, waarbij geneesmiddelen en hulpmiddelen onder kostprijs geleverd worden of afgekeurd worden doordat bepaalde zaken selectief ingekocht zijn. - Aanpassingen in betaalwijze ('contact- en contactloos betalen') om risico's voor 	gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetzerving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.
--	--	---	--

			patiënt en personeel te reduceren: toename factuurstromen en bijbehorende kosten, extra pinapparatuur met bijbehoren.	
GGD GHOR	20-04-2020	Algemeen	<p>We zijn als GGD-en tevreden met de conceptregelgeving die nu is voorgelegd. Hij sluit goed aan op de financiële uitgangspunten, genoemd in de brief van VWS van 10 april jl. en de opdracht van de minister van 31 maart jl.</p> <p>De regelgeving is in lijn met de opdracht van de minister in het kader van de regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten in verband met corona. Hiermee ontstaat de gewenste duidelijkheid en de zekerheid voor de regio's dat alle meerkosten, die in redelijkheid worden gemaakt om extra zorgcapaciteit te regelen voor kwetsbare patiënten in verband met Corona, vergoed worden.</p> <p>Graag brengen we de volgende twee aandachtspunten naar voren, waar de regelgeving op onderdelen wat ons betreft nog wat aangescherpt mag worden:</p> <p>1. Hoofdstuk 2, betaaltitels, bevoorschotting.</p> <p>We willen u vragen in de regelgeving duidelijk aan te geven dat er van bevoorschotting ook sprake is indien er nog geen cliënten zijn opgenomen in een locatie die beschikbaar moet blijven en waarvoor er dus wel sprake is van bijvoorbeeld het betalen van een beschikbaarheidsvergoeding.</p> <p>Wij merken dat er in sommige regio's bijv. bij zorgpartners nog vragen leveren over de bekostiging van bijvoorbeeld leegstand en bevoorschotting en dat afspraken met zorgverzekeraars nog niet altijd rond zijn. Wij realiseren ons dat er natuurlijk een inspanningsverplichting in de regio ligt om samen te komen tot een goed voorstel voor extra capaciteit en maken tegelijk graag gebruik van het aanbod om signalen van situaties waarin dit niet lukt, proactief te delen met de NZA. Wij zijn blij met de toezegging dat dat individuele casussen rechtstreeks met de NZA kunnen worden afgestemd, teneinde duidelijkheid te verschaffen.</p>	<p>Uw opmerking met betrekking tot de bevoorschotting kunt u doorgeven aan de ziektekostenverzekeraars/ZN, zodat die dit kan bezien in het kader van de uitvoering van de continuïteitsbijdrage en de meerkostenprestatie. Wij zullen dit aandachtspunt - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) ook overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
		Meerkosten	<p>2. Hoofdstuk 4 meerkosten, punten 4 en 5: doelgroepen.</p> <p>Om te borgen dat we allen spreken over dezelfde groepen van kwetsbare patiënten, vragen we u om de verschillende doelgroepen die in de brief van VWS van 10 april jl. genoemd staan ook expliciet op te nemen in de regelgeving en daarbij tevens te refereren aan de opdracht van de minister aan de DPG-en van 31 maart j.l.</p>	<p>Om de regelgeving overzichtelijk te houden zijn wij genooddaakt om te volstaan met meer algemene omschrijvingen.</p> <p>U kunt uw aandachtspunt meegeven aan de zorgverzekeraars/ZN, zodat waar nodig in de uitvoering en communicatie nader rekening kan worden gehouden met uw opmerking. Wij zullen dit aandachtspunt ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. .</p>
Verenso	20-04-2020	Meerkosten	Meerkosten: voor specialisten ouderengeneeskunde die zelfstandig of in kleine	De NZa acht het van belang dat

			<p>samenwerkingsverbanden werken zien we meerkosten vanuit twee invalshoeken:</p> <p>1. Extra beschermingsmaterialen: die nu terugkomen onder punt 2 en 5 (Kosten die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten en Kosten die gemaakt worden voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona). De uitwerking met de zorgverzekeraars is hier met name van belang.</p> <p>2. Meerkosten die specialisten ouderengeneeskunde nu wel maken, maar niet terugzien in de opsomming zijn: extra indirecte tijd die niet gedeclareerd kan worden vanuit reguliere bekostiging, maar wel direct te maken hebben met de situatie rondom de corona crisis. We zouden dit ook graag terug willen zien als onderdeel van de meerkosten. Denk bijvoorbeeld aan extra indirecte tijd door:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Telefonisch overleg om beschermingsmaterialen te regelen. •Extra (telefonische) overleggen met casemanagers om te bepalen waar behandeling/bezoek urgent is (zowel corona als niet corona patiënten). •Extra aanvragen ondersteuning bij crisissituaties a.g.v. gewijzigde situatie door corona bij kwetsbare patiënten thuis. 	<p>(brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten.</p> <p>Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
CPF	20-04-2020	Algemeen	<p>Poliklinische farmaceutische zorg is afwijkend van de reguliere, openbare farmaceutische zorg. Op deze reden is het naar onze overtuiging verstandig de poliklinische farmaceutische als een “aparte sector” te bekijken.</p> <p>Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinische apothekers zijn lid van de Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApotheken (NVZA) en de poliklinische apotheek laat zich in de relatie met zorgverzekeraars bijstaan door Collectief Poliklinische Farmacie (CPF); • Poliklinische apotheken bieden transmurale zorg: transitie van medische zorg naar farmaceutische zorg thuis; • Vaste lasten worden gefinancierd uit de vergoeding van zorgprestaties. Poliklinische apotheken hebben ook omzet in dure GVS-geneesmiddelen. Deze dure geneesmiddelen (lage volumes, hoge kosten) geven een 	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals de vraag hoe omzet bepaald wordt en de wijze van toerekenen van kosten, (betrokkenheid bij) de totstandkoming van standaardcontracten. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren, mede op basis van te ontvangen signalen.</p>

		<p>vertekend beeld. Wij gaan ervanuit dat met “omzet” de “omzet in zorgprestaties” (zonder geneesmiddelen) bedoeld wordt;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorg ten laste van budget extramurale farmacie (niet MSZ). Dit is de reden dat poliklinische apotheken de regeling zelfstandig en niet als onderdeel van het ziekenhuis willen afspreken. Kosten voor continuïteit en meerwerk die samenhangen met de medische zorg, worden door poliklinische apotheken via het ziekenhuis ten laste van MSZ gebracht; • De rechtsvormen, eigendom en organisatie van poliklinische apotheken varieert. Het ziekenhuis is soms volledig eigenaar, soms voor de helft samen met openbaar apothekers en soms heeft ze geen belang in zeggenschap. Voor CPF blijft het voorgaande gedachtestreepje het uitgangspunt: farmaceutische zorg via farmacie en specialistische zorg via MSZ; • Vanwege de verbinding met huisartsenposten en Spoed Eisende Hulp (SEH) gevestigd in ziekenhuizen, voert een aanzienlijk deel van de poliklinische apotheken - direct of indirect - ook een dienstapothek (budget farmacie, maar een non-concurrentieel regime); • Poliklinische apotheken groeien jaarlijks gemiddeld met meer dan 10% in volume in zorgprestaties (terhandstelling en overige zorgprestaties). Bij vergelijking met het jaar 2019 dient een correctie voor autonome groei plaats te vinden. <p>Effecten van COVID-19:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uit een enquête onder poliklinische apotheken is gebleken dat er een reductie in terhandstelling en medicatieverificatie bij opname en ontslag van gemiddeld 40% in de laatste twee weken van maart 2020 is, als gevolg van het wegvallen van de planbare zorg in ziekenhuizen; • Naast meerkosten voor bijvoorbeeld bescherming/hygiëne zijn er aanzienlijk meerkosten voor het bezorgen van medicatie thuis. <p>Het beoordelen van de effectiviteit en uitvoerbaarheid is het resultaat van het “hele pakket”. De NZa beleidsregel is daarvan een onderdeel. Maar andere aspecten die bepalen of het effectief en uitvoerbaar is, zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ZN-regeling • De werkwijze via Vecozo • De contracten en andere uitvoeringsbepalingen van verzekeraars, per sector <p>In uw subvragen hebben wij een aanknopingspunt gevonden om een reactie te geven op het “hele pakket”. <i>Hoofdvraag: “Welke opmerkingen en suggesties heeft u als het gaat om de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regeling?”</i></p> <p>Reactie: de regeling maakt het mogelijk te komen tot adequate afspraken over continuïteit en meerkosten door verzekeraars en aanbieders. In die zin volstaat de</p>	<p>Uw opmerking over de uitzondering op de eigen bijdrage/het eigen risico hebben we doorgezet aan de ministerie van VWS.</p> <p>Over uw vraag met betrekking tot de audit trail (welke term wij hebben verwijderd uit de nadere regel): het gaat er hier om dat de NZa en de ziektekostenverzekeraar te allen tijde de mogelijkheid moeten hebben om vastlegging van de geregistreerde en gedeclareerde prestaties op juistheid te controleren. Dit is een open geformuleerde norm; dit laat ruimte om (binnen de kaders van wet- en regelgeving) zelf nader af te wegen hoe de administratie moet worden ingericht om aan het doel te voldoen. Mocht een nadere toelichting gewenst zijn, dan kunt u contact met NZa opnemen.</p>
--	--	---	---

		<p>beleidsregel.</p> <p>We hebben nog wel enkele opmerkingen:</p> <p>a) In de beleidsregel zelf wordt aangegeven dat deze geen einddatum heeft. In de begeleidende notitie wordt echter eind 2021 genoemd;</p> <p>b) De beslissing of de regeling praktisch toegepast wordt loopt nu tot 1 juni en verzekeraars kunnen besluiten de regeling langer toe te passen. Het is dus niet VWS die bepaalt of er nog ondersteuning gewenst is voor continuïteit of meerkosten, maar de verzekeraars. Wij veronderstellen dat dit een bewuste keuze is;</p> <p>c) In de voorligger van de minister staat dat kosten voor continuïteit en meerkosten niet ten laste mogen komen van verzekerden, in de vorm van een eigen bijdrage of eigen betalingen. Wij vragen ons af of het benoemen in een voorlegger voldoende (wettelijke) waarborgen geeft om verzekerden op dit punt te beschermen;</p> <p>d) Uiteraard dient de administratieve organisatie helder te zijn en moet de zorgaanbieder kosten voor continuïteit en meerwerk onderbouwen. In uw regeling spreekt u over een audit-trail (artikel 4.3). Is het mogelijk op hoofdlijnen een specificatie te geven van een dergelijke audit-trail c.q. naar een regeling te verwijzen? Dan kunnen zorgaanbieders aan die specificatie (voorafgaand) toetsen;</p> <p>e) Kosten voor continuïteit en meerkosten kunnen gaan over individuele verzekerden en een groep verzekerden. Individuele kosten zijn vanzelfsprekend toe te rekenen aan de verzekeraar van de patiënt. Kan over de wijze van toerekenen van vaste kosten en meerkosten (van de groep patiënten) aan individuele zorgverzekeraars een vuistregel in de beleidsregel worden opgenomen of op een andere wijze worden geborgd?</p> <p><i>Subvraag 2: “De prestatiebeschrijvingen kunnen alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een afspraak is gemaakt tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar.”</i></p> <p>Reactie: er wordt aangegeven dat gewerkt wordt met “standaardcontracten” door verzekeraars, per zorgsoort. Om de effectiviteit en uitvoerbaarheid te kunnen beoordelen, is het noodzakelijk dat deze (concept)overeenkomst – vermoedelijk per zorgsoort – spoedig beschikbaar is. Het is wenselijk dat ook deze overeenkomst door branche- en beroepsorganisaties gezien wordt en er reactie op gegeven kan worden, ten bate van de effectiviteit en uitvoerbaarheid vanaf begin mei. Voorkomen moet worden dat door iedere zorgverzekeraar afzonderlijke/verschillende eisen worden gesteld. CPF is uiteraard beschikbaar om per ommegaande een bijdrage te leveren aan de conceptovereenkomst voor poliklinische farmaceutische zorg.</p>	
--	--	--	--

			<p>Het lijkt ons bijvoorbeeld verstandig om – per sector – nog even goed te kijken naar de algemene beschrijvingen van vaste kosten (continuïteitsregeling) en extra kosten (meerkosten), om zo “wat wel en wat niet” zoveel als mogelijk op generiek niveau te bepalen. Dat geldt ook voor vaststelling en verrekening, wat ook per sector anders zal (kunnen) zijn. Daarmee wordt een deel van de (bilaterale) afstemming tussen verzekeraars (x8) en aanbieders (zoveel als in sector actief zijn) voorkomen. Uiteraard is dit geen vrijbrief voor het opvoeren van kosten. Zoals – terecht benoemd – moet de zorgaanbieder deze kunnen onderbouwen.</p>	
		Continuïteitsbijdrage	<p><i>Subvraag 1: “De prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage kan alleen in rekening worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd en gedeclareerd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar, aan justitiabelen met een forensische titel of aan de ziektekostenverzekeraar. De prestatiebeschrijving meerkosten kan alleen in rekening worden gebracht indien er daadwerkelijk zorg is geleverd aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar of aan justitiabelen met een forensische titel”.</i></p> <p>Reactie: om misverstanden te voorkomen stellen wij “...gedeclareerd zijn/worden in 2020 ...” voor. Daarmee wordt duidelijk dat het hele kalenderjaar bedoeld wordt en dan is de bepaling effectief en uitvoerbaar.</p> <p>De poliklinische apotheken wensen – via CPF – tot een eigen standaardcontract te komen met de zorgverzekeraars, met een continuïteitsbijdrage (%) die past bij het specifieke profiel en de impact die Conora heeft op de continuïteit van zorg. Wij kunnen ons tevens voorstellen dat de termijn waarin poliklinische apotheken van ondersteuning gebruikmaken, vooral afhangt van het weer op gang komen van de planbare zorg in de ziekenhuizen. In die zin zijn de feiten en omstandigheden anders dan bij openbare apotheken.</p>	<p>Het gaat inderdaad om het kalenderjaar 2020. In door u aangehaalde voorwaarden is ‘gedeclareerd’ overigens geschrapt. Voor de precieze tekst van deze voorwaarde verwijzen we naar de regelgeving.</p>
		Meerkosten	<p><i>Subvraag 3: “Voor de verantwoording hebben zorgverzekeraars inzicht nodig welke meerkosten in welke van de vijf hierboven genoemde categorieën vallen. Dit is informatie die zorgverzekeraars van de zorgaanbieders moeten ontvangen. Wij zien voornamelijk twee opties hoe dit tot stand kan komen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Zorgverzekeraars regelen dit in de overeenkomst met de zorgaanbieders.</i> <i>2. De NZa stelt hier voorschriften over op voor de zorgaanbieders.</i> <p><i>Wij beraden ons nog op de te kiezen optie. Indien u overwegingen hierbij heeft, ontvangen wij die graag.”</i></p> <p>Reactie: Wat ons betreft specificeren verzekeraars (gezamenlijk/ZN) en CPF dit samen en leggen dat vast in het standaardcontract. Wordt er geen modus operandi gevonden, dan kan NZa voorschriften opstellen.</p>	<p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
FENAC	20-04-2020	Algemeen	<p>Allereerst dank voor de snelheid waarin op dit moment gepoogd wordt om middels aanpassingen van beleidsregels de bestrijding van de bestaande crisis in goede banen te</p>	<p>Ad 2: in de bedoelde passage over dat kort gezegd in 2020 zorg moet zijn geleverd en</p>

		<p>leiden. Snelheid in duidelijkheid is voor veel sectoren nu van groot belang.</p> <p>We zien binnen onze sector een impact die ver uitstijgt boven de bandbreedtes van omzetgarantie / verlies, die door Zorgverzekeraars Nederland indicatief wordt genoemd in haar brief van 5 april. Dit is een majeur probleem. Dit hebben we ZN inmiddels ook gemeld. Dat maakt het voor onze sector nog meer noodzakelijk om snelheid te houden in het proces.</p> <p>Voor de audiologische centra binnen de FENAC richten we ons specifiek op de “continuïteitsbijdrage”. Er zullen echter naar verwachting wel meerkosten (en minder-opbrengsten) zijn bij de opstart van de centra in verband met de noodzakelijke “1 ½ meter economie” die inrichtingseisen met zich mee zal brengen en bovendien de productie zal beïnvloeden.</p> <p>Dit vraagstuk vraagt scherpere formuleringen in de beleidsregel, waardoor geen interpretatieverschillen kunnen ontstaan na vaststelling. Anders ontstaat opnieuw vertraging in de gesprekken tussen sectoren/aanbieders en ZN/zorgverzekeraars. Dat leidt weer tot risico’s voor de continuïteit van de zorg. We geven daarom een aantal aandachtspunten mee voor de nadere aanscherping van de regeling.</p> <p>2: artikel 4, ad 2, a: Waarom wordt niet voor een langere periode, bijvoorbeeld 2019/2020 gekozen? In het geval van de audiologie kan het soms zijn dat gezien de kleine populaties er nog niet is gedeclareerd bij een specifieke verzekeraar, terwijl er wel afspraken zijn gemaakt over omzet. Dit kan technisch al omdat er bijvoorbeeld sprake is van een vervolg DBC die pas na 120 dagen wordt gedeclareerd. Onze suggestie is om dit niet te beperken tot ‘in 2020’ maar bijvoorbeeld te omschrijven als “de laatste 365 dagen”</p> <p>4. In de voorwaarden wordt aangegeven dat aanbieders geen aanspraak maken op andere relevante overheidsregelingen, behalve voor het deel dat uiteindelijk als omzetzaling mogelijk niet gedekt wordt door de verzekeraars. Wij denken dat dit een onnodig complex makende voorwaarde is die ervoor zorgt dat er extra loketten ontstaan met mogelijk uitschuif tussen deze loketten. Bovendien zorgt dit ervoor dat pas in de loop van het proces duidelijk wordt of en voor welk deel aanspraak gemaakt moet worden van aanvullende regelingen. We vinden dit administratief belastend, proces verlengend en een risico voor de uiteindelijke dekking. Een NOW-regeling wordt vanuit andere basisprincipes geformuleerd, waardoor de vraag is of deze werkelijk aanvullend zal zijn, mocht dit nodig zijn. Gezien de eisen aan de NOW-regeling denken we zelfs dat deze niet bruikbaar gaat zijn omdat deze eisen op gespannen voet staan met de garantieregeling. We zouden daarom eerder pleiten voor een maximale regeling binnen de verzekeringswetgeving: één loket. Mocht dit een randvoorwaarde zijn die vooral is</p>	<p>gedeclareerd, is ‘gedeclareerd’ geschrapt. Ad 4. Wij volgen hiermee het kader dat geschetst is in de voorhangbrief van de minister. Mocht dit in de praktijk tot onduidelijkheden leiden, dan vernemen we dit graag zodat we kunnen bezien hoe/door wie de samenhang tussen de verschillende regelingen verder kan worden verduidelijkt.</p>
--	--	---	---

			<p>geformuleerd voor specifieke sectoren (profit?), dan zien we dit liever als zodanig geëxpliciteerd.</p> <p>We hechten eraan, ten slotte, om veel respect en waardering uit te spreken aan NZa en stakeholders voor het feit dat er zo snel en in goede afstemming gewerkt wordt aan maximale oplossingen. Toch blijven we ook nu opnieuw, ook richting u als NZa onze ongerustheid uitspreken over de snelheid van het proces. We zijn inmiddels twee maanden in crisis. De Audiologische Centra generen feitelijk vrijwel vanaf aanvang nauwelijks omzet en vragen nu echt op korte termijn om snelle en adequate oplossingen. Het is voor de centra van groot belang dat de nadere uitwerking door ZN per sector zal zijn en dat deze door alle verzekeraars op dezelfde wijze wordt uitgevoerd.</p>	
		Continuïteitsbijdrage	<p>1: artikel 1 duidt welke kosten in aanmerking kunnen komen. Begrijpelijk dat gesproken wordt over 'vaste' kosten, zoals loonkosten. Er is echter ook sprake van een variabele kostencomponent die op een dergelijke termijn, maart/april/mei niet af is te schalen, bijvoorbeeld variabele loonkosten door een 'vast-losse schil van tijdelijk personeel. Ons voorstel is daarom om deze te oormerken als 'vaste' loonkosten.</p> <p>3: in de nadere toelichting bij artikel 4 wordt een nadere uitleg gegeven over het "in beginsel bepalen van de teruggelopen omzet door de gedeclareerde omzet te vergelijken met de werkelijke omzet van 2019". Dit veronderstelt impliciet dat omzetafspraken 2020 gelijk zijn aan die van 2019. Voor de audiologie is dit bij vrijwel alle aanbieders niet het geval. Vanwege onder andere nieuwe zorgarrangementen en afspraken over bestrijding van wachtlijsten zijn afspraken gemaakt over 2020 die in groei afwijken van 2019. Hier zal ook bedrijfsmatig de zorg al op zijn ingericht. Wanneer dit niet wordt meegenomen in de regeling, ontstaat er feitelijk een omzetverlies, welke nu niet wordt meegenomen in de garantieregeling. Graag uw nadrukkelijke aandacht hiervoor.</p> <p>5. De aanwijzing van de Minister bevat een intrigerende zinsnede, die geformuleerd is in de context van de continuïteitsbijdrage: "voor beide prestaties geldt geen eigen risico of eigen bijdrage". In deze context kunnen we niet anders dan concluderen dat hij bedoeld is als van toepassing zijnde op de zorgaanbieders: voor instellingen die een continuïteitsbijdrage nodig hebben sprake is van "geen eigen risico of eigen bijdrage". We zien dit niet terugkomen in de concept beleidsregel en/of toelichting. Dat lijkt ons gezien de aanwijzing nodig. Graag aandacht hiervoor.</p>	<p>Ad 1. Het begrip vaste kosten in de beleidsregel is vervangen door doorlopende kosten. De regelgeving biedt ruimte aan zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar om hier, binnen de geldende kaders, afspraken over te maken.</p> <p>Ad 3. Wij hebben het voorbeeld van hoe omzetverlies kan worden bepaald uit de toelichting geschrapt. De regelgeving biedt ruimte aan zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraars om hier afspraken over te maken.</p> <p>Ad 5.: De opmerking dat geen eigen risico of eigen bijdrage geldt, heeft als gewoonlijk betrekking op de burger.</p>
GGZ Nederland	20-04-2020	Algemeen	<p>De concept beleidsregel is nog niet toereikend voor het waarborgen van de continuïteit van de ggz sector tijdens en na de Corona crisis. Dit lichten wij toe in onze reactie en voorstellen in de brief van 10 april (bijlage), die wij stuurden in reactie op de brief van ZN van 5 april. Uw beleidsregel lijkt deze brief te volgen.</p> <p>Wij verzoeken met nadruk om rekening te houden met de positie van de ggz sector die met vele financiers te maken heeft en daarom juist tijdens de Coronapandemie dringend</p>	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals de zorg om de administratieve lasten, o.m. waar het betreft de verschillende regelingen. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook</p>

		<p>behoefte heeft aan één éénduidige werkwijze van de diverse financiers. Onze situatie is zoals u weet volledig anders dan die van de meeste andere door verzekeraars gecontracteerde partijen.</p> <p>De sector wordt door zorgverzekeraars, zorgkantoren, DJI en gemeenten (Wmo en Jeugdwet) gefinancierd. Wij zien dat alle financiers werken aan regelingen om de impact van de coronacrisis te compenseren. Door de verschillen in deze regelingen voorzien wij grote problemen in de uitvoering en verantwoording. Dit zal leiden tot grote administratieve lasten en niet de beoogde financiële zekerheid brengen. Wij vragen de NZa uniformiteit en eenvoud in haar regelgeving als uitgangspunt te nemen.</p> <p>Bij beoordeling van de beleidsregel hebben wij onze voorstellen aan Zorgverzekeraars Nederland op 10 april 2020 als uitgangspunt genomen.</p> <p>Om voor de regeling in aanmerking te komen, mag de zorgaanbieder geen aanspraak maken op andere rijksregelingen voor dat deel van de omzet. Het is van groot belang dat alle kosten van zorgaanbieders door de specifieke regelingen gedekt worden, zeker omdat het niet haalbaar zal zijn tijdig een beroep te doen op rijksregelingen (deadline 31 mei).</p> <p>Aandachtspunten De voorwaarde dat zorgaanbieders prestaties gedeclareerd hebben, leidt mogelijk tot problemen wanneer door vertraging in contractering (vanwege contracten acute ggz en discussie over tarieven) het contract nog niet rond is. In dat geval is declaratie nog niet mogelijk.</p> <p>Wat betreft de verantwoording stellen wij wederom dat uniformiteit en eenvoud leidend zijn in de vormgeving hiervan. Wij hebben daarom sterke voorkeur dat de NZa hierin een leidende rol op zich neemt en deze uitgangspunten daarbij hanteert. Ook in de aansluiting bij andere regelingen.</p> <p>Conclusie De voorliggende beleidsregel is bewust ruim gedefinieerd. Dit brengt echter veel onduidelijkheid en onzekerheid met zich mee. Definities en praktische uitvoering van de beleidsregel dienen nader uitgewerkt te worden om de zorgaanbieders voldoende zekerheid te kunnen bieden. Aansluiten bij andere beleidsregels is hierbij nodig, niet in de laatste plaats om onnodige administratieve lasten en omvangrijke verantwoording achteraf te beperken.</p> <p>GGZ Nederland draagt graag bij aan de verdere uitwerking. Wij vernemen graag van de NZa hoe het verdere traject van deze beleidsregel er uit zal zien. Gezien de samenhang met andere regelingen en gesprekken die daarover gevoerd</p>	<p>- voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>In de bedoelde passage over dat kort gezegd in 2020 zorg moet zijn geleverd en gedeclareerd, is 'gedeclareerd' geschrapt.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
--	--	--	--

		worden, vragen wij de NZa om ook bestuurlijk geconsulteerd te worden voor afronding van dit traject.	
	Continuïteitsbijdrage	<p>Continuïteit van zorgaanbieders garanderen</p> <p>De beleidsregel is van toepassing op alle aanbieders, over meerdere sectoren. Het onderscheid in ggz-instellingen zoals door GGZ Nederland voorgesteld in de brief van 10 april – noch het onderscheid dat verzekeraars maken in hun brieven van respectievelijk 17 maart en 25 maart - komt niet terug in de uitwerking van de beleidsregel.</p> <p>Onderdeel van de beleidsregel is een continuïteitsbijdrage. Dit wijkt af van de concept beleidsregel voor de langdurige zorg, welke uitgaat van de vergoeding van omzetsderving (oftewel: volledige vergoeding, niet slechts een percentage verband houdende met vaste kosten). Voor de ggz-sector, met instellingen die gewoon open zijn tijdens de crisis en ook met coronapatiënten te maken hebben, is een volledige vergoeding zoals in de Wlz noodzakelijk.</p> <p>Beleidsregel COVID-19 Continuïteitsbijdrage Vaste kosten worden in deze beleidsregel omschreven als kosten die productie-onafhankelijk zijn. Een definitie van doorlopende kosten – zoals in de brief aan de Tweede Kamer staat – is noodzakelijk om de sector toereikend te compenseren en omvat alle kosten die zorgaanbieders niet (op deze korte termijn) kan beïnvloeden. Specifiek merken wij op dat alle personeelskosten als doorlopende kosten moeten worden gezien, om de capaciteit van de sector tijdens en na de crisis in stand te houden.</p> <p>Uit de beleidsregel blijkt niet duidelijk of de continuïteitsbijdrage - en de percentages die per sector door ZN worden vastgesteld - toezien op de gehele omzet of op het onderdeel gederfde omzet. Eventuele verrekening met “inhaaleffecten” is niet passend wanneer de bijdrage slechts vaste kosten dekt, deze lopen immers door en worden niet “ingehaald”.</p> <p>De prestaties kunnen slechts in rekening worden gebracht wanneer hierover afspraken met zorgverzekeraars worden gemaakt. Hierdoor ontstaan administratieve lasten, ook is niet duidelijk welke voorwaarden verzekeraars hieraan stellen en of deze uniform zijn voor alle verzekeraars en DJI. En welke mogelijkheden aanbieders hebben als een verzekeraar geen afspraken wil maken.</p> <p>De terugloop in omzet wordt bepaald op basis van gedeclareerde omzet in jaar t te vergelijken met declaraties in jaar t-1. Door de bekostiging van de GGZ in DB(B)C's met een looptijd van maximaal 365 dagen, is deze berekening niet toepasbaar. Hiermee wordt geen betrouwbaar beeld verkregen van het werkelijke omzetverlies in jaar t. Declaraties in enige</p>	<p>De beleidsregel is ruim geformuleerd, zodat er voor de grote verscheidenheid aan sectoren ruimte is om dit in de afspraken tussen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar verder in te vullen. Wij volgen hierbij wel de kaders van de aanwijzing.</p> <p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals de hoogte van de vergoeding/de berekening van omzet en administratieve lasten bij contractering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>In de beleidsregel is aangegeven wat onder doorlopende kosten wordt verstaan. Dit omvat onder meer loonkosten.</p> <p>In de toelichting hebben wij met betrekking tot verrekening van inhaalomzet de volgende verduidelijking opgenomen: “Deze verrekening is van belang om dubbele declaratie van kosten te voorkomen, maar mag geen ongewenste effecten hebben voor het leveren van zorg na de coronacrisis.”</p> <p>De genoemde passage in de toelichting over</p>

		<p>periode zijn immers geen weergave van de in die periode geleverde prestaties. Daarom stellen wij ook voor naar geheel 2020 te kijken.</p> <p>Daarnaast zijn er belangrijke verschillen tussen 2019 en 2020 in de bekostiging van de GGZ, zoals de invoering van de Wet verplichte ggz en de wijziging waarop de acute ggz bekostigd wordt. Daarnaast natuurlijk de indexatie en eventuele lokale effecten (zoals uitbreiding, andere onderhandelingen). Deze wijzigingen moeten in acht worden genomen bij de bepaling van de omzetzijde. Zoals ook gemeenten ruimte geven om in geval van omzetmutaties tot andere afspraken te komen.</p> <p>Wij zien daarom graag een specifieke uitwerking van de bepaling van de omzetzijde van de ggz en dragen graag bij aan de vormgeving hiervan.</p>	<p>hoe de omzetzijde kan worden bepaald, hebben wij geschraapt. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben de ruimte om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.</p>
	Meerkosten	<p>Meerkosten</p> <p>Om zekerheid te krijgen is het belangrijk dat het proces van declaratie van meerkosten specifieker uitgewerkt wordt. Dat is in de huidige versie nog onvoldoende beschreven.</p> <p>Onduidelijk is op welke wijze meerkosten worden toegerekend aan verschillende financiers en/of verzekeraars. Hierdoor kunnen snijvlakverliezen ontstaan. Een uniforme werkwijze over alle financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, DJI en gemeenten) is noodzakelijk.</p> <p>Reguliere kosten voor coronapatiënten (definitie 1) kan op de reguliere wijze worden gedeclareerd. Instellingen zullen hun geleverde zorg declareren obv de best passende klinische prestatie Zvw en de geleverde behandelinzet (dbc). Meerkosten voor de infrastructuur en kosten die door de bestaande prestaties niet worden gedekt, worden in rekening gebracht via de beleidsregel meerkosten van de NZa. Deze beleidsregel meerkosten moet dan wel voorzien in betaling van specifieke ggz-meerkosten als gevolg van corona, de huidige concept beschrijving is nog erg ziekenhuisgericht.</p> <p>De genoemde voorbeelden zijn sterk geënt op de MSZ en niet herkenbaar voor de GGZ. De laatste zin bij punt 5 impliceert dat de andere kosten (items 1 t/m 4) niet in verschillende sectoren voorkomen. Graag uw toelichting hoe deze zin bedoeld is. Daarnaast zijn er binnen de ggz specifieke meerkosten welke onder deze beleidsregel moeten kunnen worden gedeclareerd. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitbreiding licenties voor beeldbellen - Aanschaf extra apparatuur voor beeldbellen - Training en opleiding van personeel - Kosten van trainingmateriaal zoals instructiefilmpjes hygiëne, depot spuiten e.d. bij corona verdachte cliënten <p>In de notitie wordt gesproken over aantonen van het maken van kosten in verband met</p>	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals het proces van declareren, de toerekening aan verschillende financiers, de nadere invulling van de typen meerkosten die gedeclareerd kunnen worden. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>Het proces van declareren is niet verder uitgewerkt. Vanwege de grote verscheidenheid aan sectoren/typen aanbieders is van belang om hiervoor ruimte laten aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om dit nader in te vullen.</p> <p>Wij gaan er niet op voorhand vanuit dat bepaalde (typen) meerkosten alleen in</p>

			<p>de uitbraak van SARS-CoV-2. Dit is niet uitvoerbaar. Wij stellen voor hier op te nemen dat zorgaanbieders aannemelijk maken dat de kosten om deze reden gemaakt zijn.</p>	<p>bepaalde sectoren kunnen voorkomen. De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>De beleidsregel geeft aan dat de zorgaanbieder alleen extra kosten in rekening kan brengen waarvan hij kan aantonen dat extra kosten als hiervoor bedoeld zijn gemaakt in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus. Hoe hij dat kan/moet aantonen hebben wij niet nader ingevuld, zodat ruimte is om daar passende afspraken over te maken met de ziektekostenverzekeraar.</p>
ZKN	20-04-2020	Algemeen	<p>Algemene reactie ZKN</p> <p>ZKN staat positief tegenover de algemene opstelling van deze concept-beleidsregel waar een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds het dekken van vaste kosten t.b.v. continueren zorginfrastructuur van (ook) de klinieken in Nederland en anderzijds meerkosten die gemaakt worden als gevolg van de SARS- Cov-2 uitbraak. Het is goed dat er één, eenduidige regeling komt voor alle (vormen van) zorgaanbieders en dat voor alle zorgaanbieders ondersteuning in de vorm van zowel continuïteitsbijdrage als dekking van meerkosten voorhanden komt.</p> <p>Echter, bij de leden van ZKN bestaan nog veel vragen en zorgpunten over de details van de ZN-regeling. Deze vragen hebben zowel betrekking op de exacte uitwerking van de ZN-regeling alsook op hoe deze zich verhoudt ten opzichte van de rijksregelingen NOW en Tozo. De nadere uitwerking van deze regelingen, waar partijen momenteel hard aan werken, kunnen mogelijk effect hebben op de voorliggende concept Beleidsregel van de NZa. ZKN maakt hiervoor daarom nadrukkelijk een voorbehoud bij haar reactie op de concept NZa Regeling Corona.</p> <p>Een overzicht van vragen die bij onze leden leven is opgenomen in bijlage 1 bij deze brief.</p>	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals de wens van uniformiteit en centrale regie, de omzetsbepaling, het wegwerken van het stuwmeer, prikkel om wachtlijsten weg te werken, de verrekening, de nadere invulling van de typen meerkosten. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met</p>

		<p>ZKN hecht er veel waarde aan dat er snel duidelijkheid komt over deze vragen en vraagt aan de NZa hier dan ook specifieke aandacht voor.</p> <p>Tevens willen wij de NZa meegeven dat de voorliggende regelgeving zich niet uitsluitend tot 2020 dient te beperken. Het is de verwachting dat ook in 2021 sprake zal zijn van na-ijl effecten van de coronacrisis. Dit betekent dat er ook in 2021 ruimte moet zijn om eventuele meerkosten, het wegwerken van 'zorgstuwmeren' en spreiding van patiëntenzorg mogelijk te maken in de contractuele afspraken 2021 met zorgverzekeraars.</p> <p>Opmerkingen en suggesties m.b.t. de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regeling</p> <p>ZKN geeft graag de volgende opmerkingen en suggesties mee aan de NZa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met het oog op effectiviteit en uitvoerbaarheid van de beleidsregels, is een uniform geformuleerd beleid met een centrale regie voor de uitvoer van belang; • Zorg voor een onafhankelijk loket, bij voorkeur binnen de NZa, om laagdrempelig eventuele discussies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor te kunnen leggen en te beslechten; De regeling zou liefst zo duidelijk moeten zijn dat er geen discussie ontstaat met individuele zorgverzekeraars over de uitwerking. Een snelle beschikbaarheid van de exacte uitwerking van de ZN-regeling is hiervoor van belang; • Een nadere uitwerking van hoe de omzet 2020 bepaald gaat worden is noodzakelijk; • Zoals hierboven beschreven dient er voor 2021 een regeling te komen om binnen de MSZ het stuwmeer aan wachtlijsten op te lossen; • Tenslotte zal nagedacht moeten worden over welke prikkel er is voor aanbieders om wachtlijsten weg te werken indien de som van de continuïteitsbijdrage en de wel ingediende declaraties met elkaar worden verrekend als deze boven de 100% uit komen. <p>Samenhang ZN-regeling en rijksregelingen</p> <p>ZKN roept op om zo snel mogelijk tot nadere uitwerking te komen van de regeling zoals deze door ZN aan de (koepels van) zorgaanbieders is voorgesteld en hoe deze samenhangt met de rijksregelingen zoals NOW en Tozo. In het bijzonder geldt voor veel klinieken dat zij een mix bieden van verzekerde en niet-verzekerde zorg, waardoor ze (voor het niet-verzekerde deel) aanspraak zouden kunnen maken op de NOW regeling. Deze regeling geldt vooralsnog echter op concernniveau. Duidelijk moet worden gemaakt of en hoe de continuïteitsbijdrage en de vergoeding voor meerkosten corona doortellen in de bepaling van het omzetverlies voor de NOW-regeling dan wel of voor deze instellingen afgeweken kan of moet worden van het concernniveau en dat voor de</p>	<p>het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>De beleidsregel heeft nog geen einddatum omdat op het moment van vaststellen van deze beleidsregel nog niet bekend is wanneer deze beleidsregel kan worden beëindigd. Zoals de aanwijzing aangeeft, zal de beleidsregel evenwel gelden uiterlijk tot en met 31 december 2021, voor zover noodzakelijk voor de declaratie van kosten die samenhangen met de pandemie.</p>
--	--	--	--

			bepaling van de NOW-bijdrage de zorgaanbieder juist moet worden ‘gesplitst’ in een aanbieder van verzekerde en van niet-verzekerde zorg.	
		Continuïteitsbijdrage	<p>Uitvoeringspraktijk continuïteitsbijdrage ZKN ondersteunt de relatief eenvoudige wijze waarop de uitvoering van de continuïteitsbijdrage is opgezet, met de door zorgverzekeraars op te zetten aanvraag via VECOZO.</p> <p>Het verdient de aanbeveling om nu al een nadere uitwerking te maken van de vaststelling en verrekening over 2020 en eventueel 2021 achteraf en daarbij door de NZa spelregels vast te laten stellen. Doel daarbij moet zijn dat enerzijds er geen ongewenste prikkel ontstaat om zoveel mogelijk zorg te gaan leveren, maar anderzijds mag er geen ‘straf’ in de verrekening zitten voor zorgaanbieders die door een (extra) bijdrage te leveren aan het inhalen van het stuwmeer van reguliere zorg meer omzet realiseren boven het afgesproken plafond.</p> <p>Vragen bij de continuïteitsbijdrage Omdat de ZN-regeling nog niet volledig is uitgewerkt roept het voorliggende voorstel van de NZa de volgende vragen op;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wordt de regeling per zorgverzekeraar ter beschikking gesteld? • Vindt de afrekening plaats per verzekeraar? • Hoe wordt er omgegaan met overproductie bij één verzekeraar, maar bij de anderen niet? • Zijn de gecontracteerde omzetplafonds gewaarborgd? • Hoe wordt omgegaan met compensatie indien geen omzetplafond is afgesproken? • Het omzetplafond per zorgverzekeraar lijkt leidend te blijven voor 2020. Wordt het beschikbare budget voor daadwerkelijke productie: omzetplafond 2020 -/- continuïteitsbijdrage? • Mogen zorgverzekeraars aanvullende eisen stellen in de aanvullende overeenkomsten m.b.t. de continuïteitsbijdrage, bijvoorbeeld over een doorleverplicht? 	Zie bovenstaande reactie.
		Meerkosten	<p>Meerkosten Voor de praktische uitvoerbaarheid en ‘level playing field’ hecht ZKN vooral belang aan een uniform geformuleerd beleid met een centrale regie. Ongeacht of dit via ZN of de NZa wordt geregisseerd is het voor partijen van belang dat de er géén verschillen in de regeling tussen individuele zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders ontstaan, met als nadelig neveneffect tijdrovende en ingewikkelde onderhandelingsrondes.</p> <p>De NZa verdeelt de meerkosten in een vijftal categorieën: 1. Kosten van directe zorg aan corona patiënten, voor verzekerde zorg;</p>	<p>Zie bovenstaande reacties bij de opmerkingen van ZKN. In aanvulling het volgende:</p> <p>In de voorhangbrief van de van de minister is aangegeven dat een zo veel mogelijk uniforme methode wordt gehanteerd door ziektekostenverzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn.</p>

		<p>2. Kosten die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten; 3. Kosten van zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor corona patiënten; 4. Kosten voor het creëren van extra zorg capaciteit voor corona zorg; 5. Kosten die gemaakt worden voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona. ZKN vraagt zich af hoe in het voorstel van de NZa wordt omgegaan met kosten zoals het uitlenen van anesthesie apparaten, personeel en hulpmiddelen aan ziekenhuizen waardoor de zorg in klinieken grotendeels is gestopt? Daarnaast is het niet duidelijk of de kosten vallend onder categorie 5 betrekking hebben op deze kosten tijdens de crisis, of ook in de periode van opstart alsmede tijdens het nieuwe normaal? Er zullen veel extra kosten gemaakt worden om de 1,5 meter economie te kunnen realiseren. In bijlage 2 van deze brief een eerste aanzet van een overzicht van meerkosten bij klinieken als gevolg van de coronacrisis.</p> <p>Voorbeelden meerkosten in klinieken a.g.v. corona Meerkosten kunnen worden onderscheiden in meerkosten op operationele uitgaven (OPEX) & investeringen (CAPEX). Exacte aard en omvang zijn voor nu nog niet te bepalen maar zullen de komende periode duidelijk moeten worden. Grote driver voor meerkosten OPEX is verlaagde effectiviteit en efficiëntie van de bedrijfsvoering.</p> <p>Capex investeringen;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logistieke aanpassingen a.g.v. veilige patiëntlogistiek & leveranciers (wachtkamers, centrale ontvangst etc.); • Eventueel verbouwingen infrastructuur kliniek als bovenstaande logistieke aanpassingen niet voldoende mogelijk zijn; • Investeringen in patiëntcontact bv. Plexiglas schermen voor personeel & apparatuur • Investeringen in ICT t.b.v. beeldbellen; • E.e.a. afhankelijk van de duur van 1,5 meter economie maar waarschijnlijk zullen deze investeringen versneld afgeschreven moeten worden; <p>Opex;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meerkosten a.g.v. gewijzigde protocollen; Disposables (mondkapjes, schorten voor medewerkers & patiënten etc.) • Meerkosten a.g.v. minder efficiënte bedrijfsvoering bij gelijkblijvende productie. Bv. minder efficiënte polikliniek output, diagnostiek, OK programma's etc.; - Meerkosten personeel door extra bedrijfstijden bij gelijkblijvende patiëntenzorg; - Meerkosten personeel door bedrijfstijden buiten reguliere ma-vri bedrijfstijden; - Meerkosten op indirecte lasten zoals logistiek, schoonmaak, 	<p>Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het zorginkoopportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector.</p> <p>Meerkosten die een zorgaanbieder maakt om gedurende de coronacrisis toch zorg te kunnen leveren, passen onder de prestatie meerkosten. Voorbeelden hiervan zijn beschermingsmiddelen, een extra brede tafel zodat voldoende afstand kan worden gehouden (ivm 1,5 meter) en een noodlocatie om patiëntenstromen te scheiden. Dat er minder zorg kan worden geleverd als gevolg van corona, waardoor er omzetverlies is, zijn kosten die onder de continuïteitsbijdrage vallen. Als er voor inhaalzorg kosten worden gemaakt, bijv. het inrichten van een avondspreekuur, is sprake van inhaalzorg en vallen de kosten niet onder de meerkosten.</p>
--	--	--	---

			<p>beveiliging etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testen patiënten en medewerkers om Corona uit te sluiten; • ORT kosten van personeel dat is gedetacheerd; • Inkooprijds hulpmiddelen hoger dan voor coronacrisis; • Kosten specifiek door klinieken gemaakt voor leveren coronazorg in ziekenhuizen • Overhevelen beschermingsmiddelen van klinieken naar ziekenhuizen; • UITLENEN anesthesie apparatuur van klinieken aan ziekenhuizen; • UITLENEN personeel van klinieken aan ziekenhuizen dan wel andere zorginstellingen welke direct corona zorg leveren. 	
BO Geboortezorg	20-04-2020	Algemeen	<p>Onze opmerkingen zijn alleen gericht op de begeleidende notitie: 1.N.a.v. pagina 4 het kopje Declaraties en voorlopige betalingen vanaf mei 2020. Op welk moment worden de branche partijen betrokken c.q. geconsulteerd hierin en wie is de onafhankelijke partij?</p>	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals het betrekken bij de uitwerking van de betalingen en wie de onafhankelijke partij is. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
		Meerkosten	<p>Onze opmerkingen zijn alleen gericht op de begeleidende notitie: 2.Op pagina 5 hoofdstuk 4. De soorten meerkosten die omschreven worden, dekken vooral ziekenhuiszorg. Waar zitten de kosten voor de extramurale zorgsectoren zoals de kraamzorg? Denk hierbij aan kosten voor het inrichten van de digitale processen, hoger verzuim, inzet crisiscoördinatoren. Daarnaast mis ik ook nog de extra kosten die een brancheorganisatie maakt, zoals wij.</p> <p>Bo heeft een overzicht van alle soorten meerkosten van de organisaties, zie hieronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschermende middelen: Het aanschaffen van mondkapjes, schorten, handschoenen etc. • 1 op 1 zorg: 1 kraamverzorgende per gezin levert extra uren op van kvz, kan niet ergens anders ingezet worden. 	<p>Ad 2 en 3: Wij gaan er niet op voorhand vanuit dat bepaalde (typen) meerkosten alleen in bepaalde sectoren kunnen voorkomen. De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Digitale processen: Het inregelen van beeldbellen, het vanuit huis werken, instructievideo's • Zorg Op Afstand: Het ontwikkelen / implementeren en ondersteunen van Zorg Op Afstand • Inzet leerlingen: Leerlingen worden beperkter ingezet, minder uren meelopen ☒ opleiding wordt uitgesteld? • Verzuim: Meer kraamverzorgende worden ziek, moeten doorbetaald worden • Intrekken verlofdagen: Verlofdagen worden ingetrokken; levert op later moment in het jaar problemen op want dagen moeten opgenomen worden. • Integrale geboortezorg: Het afstemmen van de processen met schakels in de geboortezorg • CCC'ers: Inzet crisiscoördinatoren Covid • Cliënten informeren: Extra inspanningen om cliënten te informeren over hoe hun zorg vorm krijgt, afstemming etc. • Re-integratie zieke medewerkers: Vanuit ander ziektebeeld re-integreren, meelopen kan niet of nauwelijks • Belbundels/ abonnementen bijstellen: Belminuten omhoog i.v.m. alles op afstand • Loop kantoor zoveel mogelijk afhouden: Werkmaterialen rond brengen • Crisismanagement eigen organisatie: Beleids- en actie-team over te nemen maatregelen en acties uitvoeren • Testen medewerkers: De kosten voor het testen van de medewerkers: consulten etc. <p>3.Op pagina 6: Vraag van de NZa op welke manier inzicht in de meerkosten tot stand komt. Antwoord volgens Bo is hierop: eerst stelt de NZa i.s.m. de branche- en beroepsorganisaties de voorschriften/hoofddlijnen op. Daarna regelen de zorgverzekeraars dit in de overeenkomst met aanbieders. Dit om eenduidig beleid per sector op hoofddlijnen af te kunnen stemmen.</p> <p>4.Pagina 6: de uitvoerbaarheid. Voor wat betreft het declareren van de meerkosten, is het voor de kraamzorgsector niet mogelijk om per individuele verzekerde een prestatie te declareren. Daarom gaat onze voorkeur uit naar 1 prestatie die algeheel per organisatie eens per 2 weken of per maand wordt gedeclareerd, waar alle meerkosten aan hangen.</p>	<p>Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>Ad 4: Met de prestatiebeschrijving 'meerkosten' kunnen ook de in de regelgeving bedoelde extra kosten in rekening worden gebracht die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg voor een groep verzekerden, als de zorgaanbieder dat heeft afgesproken met de ziektekostenverzekeraar.</p>
SAN	20-04-2020	Algemeen	In algemene zin kan de SAN zich vinden in de concept-regelgeving zoals deze afgelopen vrijdag is toegezonden. Op een aantal onderdelen hebben wij enige opmerkingen en suggesties.	N.v.t.
		Continuïteits-	2. Beleidsregel	De beleidsregel geeft een definitie van

		<p>bijdrage</p> <p>Wij zouden graag de definitie van vaste kosten nader willen verduidelijken. Dit betreft doorlopende kosten die worden gemaakt ondanks een dalende productie. Daarnaast graag opnemen als extra voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afschrijvings- en rentelasten • Financieringskosten • Personeel en medisch specialisten niet in loondienst • ICT kosten • Vaste logistieke en transportkosten • Algemene beheerskosten • <p>Wij zouden graag ook aandacht vragen voor de problematiek van laboratoria die in onderaanneming werken voor ander zorgaanbieders. Graag verwijzen wij daarvoor naar de bijlage bij deze brief. Het verzoek is hiermee ook rekening te houden in de beleidsregel.</p> <p><i>BIJLAGE (bijlage is cursief weergegeven; Continuïteitsbijdrage-regeling voor laboratoriumzorg gebaseerd op onderaanneming c.q. onderlinge Dienstverlening aan ZN):</i></p> <p><i>De comfort-maatregelen van ZN en de concept-beleidsregels van de NZa, geven naar de eerste inzichten voldoende houvast om continuïteit voor de zelfstandige medisch diagnostische centra te waarborgen, daar waar het gaat om centra met een eigen contract inzake eerstelijns diagnostiek met zorgverzekeraars.</i></p> <p><i>Voor de (verzelfstandigde) medisch diagnostische centra die ook werken op basis van onderaanneming met/voor andere zorgverlenende organisaties, zoals ziekenhuizen, GGD-, GGZ-, VVT- en overige instellingen lijken echter nog geen garanties voor continuïteitsbijdragen en/of meerkosten te bestaan met uitzondering van hun aandeel eerste lijn (hierna: hybride laboratoria). Dit betreft o.a. laboratoria voor pathologie, medische microbiologie en klinische chemie. In veel gevallen verzorgen deze hybride laboratoria bloedafname, diagnostiek, advies en begeleiding voor voornoemde instellingen. Vanuit de medische microbiologie zijn ze veelal nauw betrokken bij de zorg voor corona-patiënten door middel van COVID-19-testen, waaronder de opschalingslaboratoria. De verhoudingen waarin de hybride laboratoria werkzaam zijn voor de eerste lijn (huisartsen en verloskundigen met als betaler zorgverzekeraars), tweede lijn (ziekenhuizen) en overige instellingen verschillen sterk per laboratorium.</i></p> <p><i>Afgaande op de brieven van ZN en de concept beleidsregels van de NZa willen wij de volgende zorg- en aandachtspunten met u delen:</i></p> <p><i>1. Op basis van de concept beleidsregels van de NZa moeten wij concluderen dat ziekenhuizen, GGD-, GGZ-, VVT- en overige instellingen de kosten voor de ingehuurde</i></p>	<p>doorlopende kosten. Gelet op de grote verscheidenheid aan zorgvormen/typen aanbieders is een beperkt aantal, generieke voorbeelden genoemd. Binnen de geldende kaders kunnen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars nader duiden welke doorlopende kosten precies vergoed worden. Mochten er specifieke vagen of onduidelijkheden zijn, dan vernemen we dat graag.</p> <p>De beleidsregel sluit niet uit dat de continuïteitsbijdrage of de meerkostenprestatie wordt gehanteerd voor zorgaanbieders die werken als onderaannemers, voor zover aan de voorwaarden is voldaan. Er moert hiervoor een afspraak zijn met de ziektekostenverzekeraar. Het voorkomen van dubbele bekostiging is uiteraard van belang. U kunt uw aandachtspunt doorgeven aan de ziektekostenverzekeraar. Wij zullen het aandachtspunt ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN.</p> <p>De passage in de toelichting over hoe de omzetsderving kan worden bepaald, hebben wij geschrappt. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben de ruimte om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.</p>
--	--	--	--

		<p><i>zelfstandige laboratoria dienen te beschouwen als variabele kosten en niet als vaste kosten. In dat geval is geen compensatiegrond meer waarmee comfort geboden kan worden aan de zelfstandige laboratoria als hun 'onderaannemers'.</i></p> <p><i>2. Hierdoor treedt een ongelijk speelveld op tussen laboratoria binnen instellingen(ziekenhuizen en soms GGD) en de verzelfstandigde laboratoria.</i></p> <p><i>3. De hoogte van de continuïteitsbijdrage zou ook niet afhankelijk moeten zijn van onderhandelingen van verzelfstandigde laboratoria met ziekenhuizen, GGD-, GGZ-, VVT- en overige instellingen.</i></p> <p><i>Op grond hiervan willen wij u met klem verzoeken om ook aan de hybride laboratoria in de definitieve beleidsregels comfort te bieden door:</i></p> <p><i>a. deze laboratoria een eigenstandige compensatiegrond toe te kennen bij de zorgverzekeraars voor hun omzetsderving onderaanneming of</i></p> <p><i>b. een aanvullende toezegging dat de meerkosten en de continuïteitsbijdrage op de vaste kosten als gevolg van omzetverlies bij de hybride laboratoria door onderaanneming alsnog door de ziekenhuizen, GGD-, GGZ-, VVT- en overige instellingen mag worden ingediend in samenwerking met deze laboratoria.</i></p> <p>Tijdigheid van het bekend worden van het percentage van de door zorgverzekeraars te vergoede omzet is van belang om tijdig een eventueel beroep te kunnen doen op de NOW- regeling. Wij willen u verzoeken hieromtrent ook waarborgen te scheppen in de regelgeving.</p> <p>3. Hardheidsclausule referentieperiode Graag zouden we opgenomen willen hebben dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in voorkomende gevallen, op basis van redelijkheid en billijkheid maatwerkafspraken kunnen maken over de omzet in de referentieperiode. Dit bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars sterk afwijkende contractafspraken voor 2020 hebben gemaakt of negatieve uitwerkingen van plafond-overschrijdingen van de t-1 periode te mitigeren.</p>	
	Meerkosten	<p>1. Notitie Consultatie Regeling corona De voorbeelden van zorg die worden genoemd bij de 5 kostentypen die voor de betaaltitel "meerkosten" in aanmerking komen zijn met name ziekenhuiszorg en huisartsenzorg. Graag opnemen op blz. 5 dat onder zorg in dit kader ook eerstelijnsdiagnostiek wordt begrepen. Deze meerkosten hebben o.a. betrekking PBM, triage, infrastructurele kosten, etc.</p> <p>Onder de aandachtspunten geeft u aan dat u zich nog beraadt of de zorgverzekeraars of NZa voorschriften moet opstellen voor de verantwoording van de meerkosten. SAN geeft hierbij de voorkeur aan de NZa, om op deze wijze de uniformiteit van regelgeving binnen de diverse zorgsoorten optimaal te kunnen waarborgen.</p>	<p>Wij gaan er niet op voorhand vanuit dat bepaalde (typen) meerkosten alleen in bepaalde sectoren kunnen voorkomen. De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor</p>

				de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.
KNMP NAPCO LHV apotheek- houdend	20-04-2020	Algemeen	<p>Voorgestelde prestaties</p> <p>De voorgestelde prestaties zijn voldoende ruim omschreven om tot goede afspraken te kunnen komen. Het uitgangspunt uit de voorhangbrief dat voor beide prestaties geen eigen risico of eigen bijdrage geldt is ook helder. Het hanteren van een zoveel mogelijk uniforme methode door alle verzekeraars is belangrijk.</p> <p>Voorwaarde: afspraken met verzekeraars</p> <p>Lastiger vinden wij de bepaling in artikel 4 dat prestatiebeschrijvingen alleen in rekening kunnen worden gebracht als hiervoor een afspraak is gemaakt tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar.</p> <p>Apotheken hebben behoefte aan afspraken die recht doen aan de omstandigheden, snel duidelijkheid geven en praktisch toepasbaar zijn. Die duidelijkheid ontstaat niet, als er eerst een onderhandeling met (individuele) zorgverzekeraars moet plaatsvinden.</p> <p>Geen tussentijdse contracteerronde</p> <p>Een tussentijdse contracteerronde met individuele verzekeraars over deze prestaties willen we graag vermijden. Dat lijkt ook mogelijk, gelet op het feit dat de catastroferegeling ex artikel 33 Zvw van toepassing is en kosten als gevolg van de COVID-19-crisis die ca. 2% van de schadelast van verzekeraars te boven gaan, gedekt gaan worden via een extra bijdrage van het Zorginstituut. Deze extra kosten zijn niet van invloed op de verzekeringspremie en kunnen daarmee ook de zorgverzekeringsmarkt niet ongewenst verstoren.</p> <p>Afspraken zonder aanvullende voorwaarden</p> <p>Wij zien graag dat de NZa de leiding neemt in het traject om tot afspraken te komen en (in samenwerking met VWS) – na het horen van partijen – hiervoor snel een knoop doorhakt, waarna deze afspraken zonder aanvullende voorwaarden van kracht worden en toegepast worden voor elke apotheekhoudende. Dit proces overlaten aan zorgverzekeraars in de vorm van een tussentijdse extra contracteerronde is een onmogelijke optie. Het zou goed zijn als dit geregeld wordt en dat zowel aanbieders als verzekeraars hiermee akkoord gaan. Dan kan de focus weer liggen waar die hoort: op de zorgverlening voor zowel COVID-19- als reguliere patiënten.</p>	<p>Het feit dat er een afspraak moet zijn met de ziektekostenverzekeraar vergemakkelijkt maatwerk en snelheid voor de diverse sectoren. Voor de zeer grote verscheidenheid aan sectoren en typen aanbieders binnen de cure, en dan zowel basisverzekerde als niet-basisverzekerde zorg, zou het niet goed mogelijk zijn om dit met de vereiste spoed en ruimte voor maatwerk en flexibiliteit uit te werken via een centrale bekostiging van de NZa. Zoals in de voorhangbrief is aangegeven, streven de verzekeraars naar uniformiteit en beperking van administratieve lasten onder meer door zo veel mogelijk met standaardcontracten te werken.</p> <p>Een centrale uitvoering van de extra bekostiging vanuit de NZa zou naar verwachting overigens ook de nodige administratieve lasten voor veldpartijen met zich brengen.</p>
		Continuïteitsbijdrage	<p>Voor de goede orde tekenen we daarbij nog wel aan dat waar de beleidsregel stelt dat de terugloop van de omzet in beginsel wordt bepaald door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t-1, wij er vanuit gaan dat dit beoogt 2019 tot referentiejaar te maken, ook als in 2021 nog sprake zou zijn van (een evt. opvlamming van) de coronacrisis.</p>	<p>De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar afspraken maken</p>

		<p>Meerkosten</p> <p>Reikwijdte De KNMP, NAPCO en LHV apotheekhoudend vinden het positief dat de regeling zich zowel richt op meerkosten voor Corona-patiënten als voor niet-Corona-patiënten door het bestaan van het Corona-virus. Ook is het positief dat de regeling onderkent dat aanbieders zoals apotheken deze kosten maken en daarnaast te maken kunnen hebben met omzetverlies doordat ziekenhuizen en huisartsen minder reguliere zorg kunnen leveren. Op dat laatste punt verwijzen wij naar het met uw medewerkers gedeelde dashboard dat o.a. inzicht geeft in de daling van het aantal eerste uitgiftes en het aantal verstrekkingen door (dienst-) apotheken. Deze daling wordt veroorzaakt doordat huisartsen en andere verwijzers sinds medio maart fors minder verwijzen en doordat patiënten zorg mijden.</p> <p>In de apotheken gaat het om onder andere de volgende meerkosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eenmalige kosten voor de implementatie van beschermende voorzorgsmaatregelen als plexiglas-schermen, hygiëne voorzieningen en crisismanagement (deurbeleid, aangepaste openingstijden, communicatie in de wijk en met ziekenhuizen/huisartsen); • doorlopende kosten als extra bezorgkosten in het belang van de publieke gezondheid (voor Corona werd van de eerste uitgiftes het gros aan de balie ter hand gesteld, momenteel wordt er veel meer bezorgd, om patiënten te beschermen tegen blootstelling aan het Corona-virus), hygiëne voorzorgsmaatregelen en extra schoonmaak, extra inzet personeel bij fors toegenomen ziekteverzuim door opvolging richtlijnen RIVM/overheid (waarbij apothekers moeten omgaan met de angst van het personeel doordat het apotheekteam achterin de rij staat om testen en beschermingsmateriaal te verkrijgen). • meerwerk bij farmaceutische zorgverlening (zie bijlage) <p><u><i>Bijlage bij reactie KNMP, NAPCO, LHV apotheekhoudend consultatie conceptregelgeving corona</i></u> <i>Kosten van directe zorg aan corona patiënten, voor verzekerde zorg</i></p> <p><i>Meerwerk palliatieve zorg</i> <i>Voor Corona werden hulpmiddelen overwegend landelijk aanbesteed. Bij incidentele palliatieve zorg in de eerstelijns werden soms via de huisarts hulpmiddelen als katheters verstrekt, waarbij de apotheek zorgde dat de huisarts een nieuwe katheter kreeg OF de katheter werd bij palliatieve zorg via coulanse in ca. 80% van de gevallen door de apotheek geleverd en – ondanks ontbreken contract – door de verzekeraar vergoed aan de apotheeker.</i> <i>Door Corona is het noodzakelijk dat er tijdens de crisis een algemene regeling komt – aansluitend bij wat bij één van de grote verzekeraars al praktijk is1 – waarbij de apotheeker in voorkomende gevallen kan leveren wat nodig is. Alternatief is dat er in ROAZ-verband de afspraak gemaakt kan worden dat hulpmiddelen via apotheken kunnen</i></p>	<p>binnen de kaders van de regelgeving.</p> <p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
--	--	---	---

			<p><i>worden geleverd, waar dat wenselijk wordt geacht.</i></p> <p><i>Kosten gemaakt voor niet-corona-patiënten door het bestaan van corona</i></p> <p><i>Naast eenmalige kosten voor de implementatie van beschermende voorzorgsmaatregelen en doorlopende kosten als extra bezorgkosten in het belang van de publieke gezondheid, hygiëne voorzorgsmaatregelen en extra schoonmaak en extra inzet personeel bij fors toegenomen ziekteverzuim door opvolging richtlijnen RIVM/overheid, gaat het om de volgende vormen van meerwerk:</i></p> <p><i>Meerwerk uitleg eerste uitgifte</i></p> <p><i>Voor Corona werd van de eerste uitgiften het gros aan de balie ter hand gesteld. Daarbij kon de uitleg gelijk plaatsvinden aan de balie.</i></p> <p><i>Door Corona wordt het gros van de eerste uitgiften bezorgd. Patiënten worden ‘nagebeld’ om de uitleg telefonisch te kunnen geven.</i></p> <p><i>Meerwerk hulp bij toediening</i></p> <p><i>Voor Corona kregen bepaalde groepen patiënten hulp bij het gebruik van hulp- en geneesmiddelen bij de huisarts, de POH of in de apotheek. Denk aan praktische hulp bij inhalatie-instructie of toedieningsinstructie.</i></p> <p><i>Door Corona – en de afgelaste spreekuren bij o.a. huisartsen en POH - geven apothekers op afstand via beeldbellen, met online instructies en dergelijke, hulp bij de juiste toediening en het juiste gebruik. Dit is meer werk en vraagt soms meer herhaling.</i></p> <p><i>Meerwerk voorkomen zorgmijding</i></p> <p><i>Voor Corona kwamen de meeste patiënten via de huisarts rechtstreeks door naar de apotheek. Geneesmiddelen werden gewoon voorgeschreven en het gros van de patiënten nam de geneesmiddelen gewoon af.</i></p> <p><i>Door Corona bezoeken veel patiënten de huisarts niet meer– al dan niet om de zorg te ontlasten. Daardoor worden geneesmiddelen minder voorgeschreven. Groepen patiënten halen geneesmiddelen niet meer af en worden nu actief nagebeld, om gevaarlijke zorgmijding te voorkomen.</i></p>	
Zorgthuisnl	20-04-2020	Algemeen	<p>Dan een praktische vraag: welke prestaties moeten er binnen ieders softwarepakket worden ingeregeld om tot een declaratie via Vecoco te kunnen komen?</p> <p>Tot slot, ga in de regelgeving uit van ‘high trust, high penalty’.</p> <p>De periode waarin partijen een reactie konden geven op deze consultatie was erg kort. Terwijl de wijze waarop de beleidsregel wordt vorm gegeven, veel impact heeft op onze achterban. In de tijd die ons gegeven was, hebben wij naar eer en geweten een reactie opgesteld. Hierbij ons realiserend dat wij vanwege de korte consultatieperiode alle consequenties van de beleidsregel niet hebben kunnen overzien.</p>	<p>Deze vraag kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN.</p> <p>Het toezicht zal op een gepaste manier worden vormgegeven, waarbij primair uiteraard ook wordt uitgegaan van de eigen</p>

		<p>Meerkosten</p> <p>Onze reactie richt zich met name op de betaaltitel meerkosten. In de conceptregelgeving worden nu vijf groepen meerkosten onderscheiden. Wij voorzien een administratieve rompslomp voor zorgaanbieders wanneer vast gehouden wordt aan deze vijf groepen. Door de meerkosten te specificeren ontstaat er al snel een discussie onder welke titel bepaalde kosten dienen te worden gerangschikt. Er is in de verschillende stukken zorg over de mogelijkheid van dubbele financiering. Dit kan worden opgelost door geen onderscheid te maken in de betaaltitels en uit te gaan van alle gemaakte meerkosten als gevolg van Corona. Dit kan door alle hogere bedrijfskosten 2020 (of zolang de Corona-periode duurt) te vergoeden op exploitatiebasis naast een toegepaste index in relatie tot de exploitatie 2019.</p> <p>Deze extra kosten zijn als volgt in beeld te brengen en te verrekenen ten opzichte van de reguliere kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor de meerkosten van PBM kunnen de kosten van 2019 als referentie worden genomen. • De kosten van het verhoogde ziekteverzuim gedurende Coronaperiode zijn te verantwoorden wanneer als uitgangspunt het ziekteverzuim in 2019 als referentie wordt genomen. • De afname van het aantal zorguren is te berekenen als de gemiddelde uren zorg vanaf 1 januari 2020 tot 1 maart als referentie wordt genomen. • De extra kosten voor apparatuur, licenties, desinfectie en testaanvragen zijn obv rekeningen aantoonbaar. <p>De regeling roept de vraag op welke meerkosten bij welke zorgverzekeraar gedeclareerd kunnen worden. Veel meerkosten zijn immers niet terug te voeren op de individuele cliënt. Ons inziens hoeft er geen 'gehannes' plaats te vinden om uit te zoeken wat bij welke zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden, wanneer de regeling door de NZa wordt uitgevoerd in plaats van door de zorgverzekeraar en wanneer de kosten via bovenstaande manier op macroniveau aangeleverd mogen worden.</p> <p>Hiermee wordt ook voorkomen dat iedere zorgverzekeraar weer net een andere werkwijze inricht voor het declareren en herleiden van de kosten.</p> <p>De voorbeeld benoemd in de concept regelgeving zijn erg gericht op het ziekenhuis en de corona 'hotels'. Voorbeelden t.a.v. de wijkverpleging en de verpleeghuissector worden gemist.</p>	<p>verantwoordelijkheid van veldpartijen.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>Wat betreft uw suggestie voor het tegengaan van dubbele bekostiging, schetst u een alternatief model voor bekostiging van coronakosten. Voor de beleidsregels zijn wij gebonden aan de kaders van de aanwijzing. U kunt uw inzichten ook delen met de ziektekostenverzekeraars/ZN, voor het geval er elementen tussen zitten die ook binnen de gekozen systematiek eventueel toepasbaar kunnen zijn. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN.</p> <p>In de beleidsregel streven we ernaar generieke voorbeelden te geven, zoals meerkosten die bijvoorbeeld samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen.</p>
NVLF	20-04-2020	<p>Continuïteitsbijdrage</p> <p>1. Wat wordt bedoeld met: - Met deze toeslag kan een vergoeding worden gegeven voor onderdekking van vaste kosten waardoor de continuïteit van de zorg kan worden geborgd. - Variabele kosten kunnen niet worden vergoed via deze prestatiebeschrijving.</p>	<p>A 1: wij verwijzen u naar de toelichting bij de beleidsregel die wij ten opzichte van de geconsulteerde versie verder verduidelijkt hebben.</p>

		<p>2. Graag meer toelichting op de onderstaande passages. Wordt de sector als een geheel bekeken? Of wordt er ook per praktijk gekeken? Er kunnen grote verschillen zijn binnen één sector door de verschillende specialisaties en patiëntenpopulaties praktijken.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De hoogte van de bijdrage wordt vastgesteld als een percentage van de door zorgverzekeraars vergoede omzet. - Dat percentage wordt per sector door de zorgverzekeraars vastgesteld, mede op advies van een onafhankelijke partij. Het is afhankelijk van de doorlopende kosten van de sector en de mate waarin de sector nog in staat is om zorg te leveren. <p>3. Moet bij elke zorgverzekeraars apart een toeslag aangevraagd worden? Dat is een enorme administratieve last voor de zorgaanbieders. Waarom niet op basis van één afrekening?</p> <p>4. Wordt er maandelijks een vast bedrag vergoed of wordt maandelijks gekeken naar het omzetverlies van jaar T-1? Praktijken merken bijvoorbeeld dat in het begin van de coronapandemie de zorg nog wel via digitale zorg voortgezet kon worden. Praktijken merken na een aantal weken dat patiënten eerder stoppen met de behandeling of liever niet starten met een behandeling. Dus is sprake van leegloop praktijken na een paar weken.</p> <p>5. De terugloop van de omzet wordt in beginsel bepaald door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t-1. De prestatie continuïteitsbijdrage kan, indien wordt voldaan aan de genoemde voorwaarden, met ingang van 1 maart 2020 in rekening worden gebracht.</p> <p>Wat als het jaar t-1 niet representatief is: denk aan aannemen extra medewerkers in de loop van 2019/2020 ivm de wachtlijsten in de praktijken, of praktijkovernames, ziekte in 2019</p> <p>Kan hiervoor een andere berekening plaatsvinden?</p>	<p>Ad 2: dit betreft de door de ziektekostenverzekeraars ontwikkelde methodiek. Voor nadere toelichting verwijzen wij u naar hen of ZN.</p> <p>Ad 3 en 4: In de voorhangbrief van de van de minister is aangegeven dat hierbij een zo veel mogelijk uniforme methode wordt gehanteerd door ziektekostenverzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het zorginkoopportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector. Voor nadere informatie over hoe de aanvraagprocedure wordt ingericht verwijzen wij u naar de ziektekostenverzekeraar of ZN. Dat geldt ook voor uw vraag 4.</p> <p>Ad 5: De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar passende afspraken maken binnen de kaders van de regelgeving.</p>
	<p>Meerkosten</p>	<p>6. De zorgaanbieder kan alleen extra kosten in rekening brengen waarvan hij kan aantonen dat extra kosten als hiervoor bedoeld zijn gemaakt in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus.</p> <p>De zorgverlener heeft ook veel indirecte kosten gemaakt door het acuut inrichten van de zorgverlening via digitale zorg.</p> <p>Een deel van de zorgverleners krijgen deze kosten vergoed door compensatie omzetverlies maar er is ook een grote groep zorgverleners zowel de praktijkhouders als medewerkers die veel eigen tijd heeft gestoken in het acuut inrichten van de digitale zorgverlening. Het lijkt ons logisch dat deze tijd ook vergoed moet worden.</p> <p>7. Voor logopedie bestond er al een prestatie telelogopedie, Deze prestatie werd weinig gebruikt. Onder druk van de Corona-pandemie is veel gebruik gemaakt van deze</p>	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren</p>

			<p>prestatie. Hiervoor hebben praktijken onverwacht extra kosten moeten maken voor het aanschaffen van digitale programma's die voldoen aan de gestelde veiligheidseisen. We gaan ervan uit dat deze kosten worden vergoed.</p>	
SIAC VIVIS	20-04-2020	Algemeen	<p>We gaan er vanuit dat de regels ook van toepassing zijn op instellingen waar géén uitbraak heeft plaatsgevonden, maar waar wel kosten zijn gemaakt en sprake is van inkomstenderving ter preventie van een uitbraak.</p> <p>Onze hoofdpunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor de ZG-sector is het noodzakelijk dat de productiederving wordt vastgesteld in vergelijking met de overeengekomen productie voor 2020 vanuit de nieuwe bekostigingssystematiek en niet met de realisatie over 2019. - Wij zien, met name voor de deelsector auditief/ communicatief, mogelijkheden voor technische oplossingen, in de vorm van enige verruiming van de NZa-regels, waardoor een deel van de knelpunten in de ZG-sector ondervangen kan worden. - Wij vragen aandacht voor enkele specifieke punten in de regeling die onbedoeld verkeerd uitpakken voor de sector. <p>Als het gaat om de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regelingen, hebben wij een aantal algemene opmerkingen. Daarnaast reageren wij op de consultatievragen. Tenslotte hebben we een aantal tekstuele opmerkingen. Daarvoor verwijzen wij naar de bijlage.</p> <p>Algemene opmerkingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Specifieke positie ZG: Juist vanwege de specifieke positie van de ZG-sector en de in vergelijking met andere sectoren beperkte omvang, zijn passende maatregelen nodig om de continuïteit in de zorg en dienstverlening en de specifieke expertise te borgen. De ZG-sector begeeft zich als systeemspeler op verschillende domeinen (Zvw ZG, Zvw MSZ, WLZ, Wmo, Jeugdwet). In deze tijd lijken de verschillende financieringsvormen geen oplossing te bieden voor de ZG-instellingen als totaal. Door de verschillende regelingen van waaruit wij zorg, onderwijs en overige dienstverlening leveren en de expertisefunctie uitvoeren, stapelen deze effecten zich op. Hierdoor worden wij gemangeld tussen schotten en regelingen. In onze reactie richten wij ons voor nu alleen op de aanspraak ZG binnen de Zvw. Daarbij spreken wij overigens nog wel onze zorgen uit over het feit dat de verdere uitwerking van de maatregelen voor de langdurige zorg nog steeds op zich laat wachten. <p>Door de uitbraak van het coronavirus COVID-19 en de genomen maatregelen, is de zorg aan mensen met een visuele, auditieve en/of communicatieve beperking in Nederland zeer sterk onder druk komen te staan. Minister de Jonge schreef eind maart aan de Tweede Kamer dat zorgverleners nu moeten doen wat ze moeten doen. 'Daarvoor is het</p>	<p>De passage over de wijze waarop de omzet kan worden bepaald t.b.v. de continuïteitsbijdrage hebben wij uit de toelichting van de beleidsregel verwijderd; hier over kunnen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar passende afspraken maken binnen de kaders van de regelgeving.</p> <p>De reactie bevat voorts een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals de vraag hoe met plafondafspraken en vervoer moet worden omgegaan. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetzijden en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>

		<p>nodig dat we zorgaanbieders en zorgverleners nu maximaal comfort bieden over de financiële gevolgen van de pandemie.' Voor de ZG-sector is daar tot op heden onvoldoende invulling aan gegeven.</p> <p>Wij zijn van mening dat de zorg die wij leveren betaald moet worden en dat het overige deel aangevuld zou moeten worden. Gezien de nieuwe tarieven, het kostenonderzoek en de opbouw van de kosten zal de aanvulling naar verwachting dicht tegen de 100 procent uitkomen. Daarnaast zou een verruiming van een aantal NZa-regels waardoor we onze activiteiten zo goed mogelijk declarabel kunnen houden, al een deel van de problemen kunnen oplossen. Die verruiming houdt in dat onze inzet op een andere manier plaatsvindt dan in de definities van de beleidsregels is opgenomen. Wij gaan hier graag over in overleg met de NZa.</p> <p>Notitie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagina 4: 'declaraties en voorlopige betalingen vanaf mei'. De declaraties bij ZG-zorg verlopen momenteel nog niet soepel door technische problemen in de inrichting van systemen van de zorgverzekeraars. Dit zal tot een te hoog beslag op de regeling gaan leiden met correctie achteraf. - Pagina 4: 'Vaststelling en verrekening over 2020'. Hierin staat het volgende: <i>Wat we mogelijk maken is dat zorgverzekeraars een systeem van vaststelling en verrekening inrichten: op basis van declaraties van de prestatie gedurende 2020 en de realisatie van productie 2020 (incl. evt. inhaalproductie na de crisis) wordt een definitieve vaststelling berekend van wat de zorgaanbieder had moeten ontvangen.</i> Lezen wij deze tekst goed? Wij menen in deze tekst te lezen dat in 2020 er geen sprake kan zijn van het aanpassen van plafondafspraken als gevolg van een verdere vraaggroei. We gaan er vanuit dat de prestatie continuïteitsbijdrage wordt bedoeld. Graag duidelijkheid hierover. - Pagina 6: aandachtspunten. Bij de aandachtspunten worden twee opties genoemd om de verantwoording van de meerkosten uit te werken. De voorkeur gaat uit naar een uitwerking door de NZa om uniformiteit te garanderen. Algemene voorschriften van de NZa die kunnen dienen als leidraad voor de verantwoording van de meerkosten, houden het overzichtelijk en voorkomen dat met individuele zorgverzekeraars aparte onderhandelingstrajecten gaan ontstaan. <p>Niet genoemd: Vervoer via de hardheidsclausule: Cliënten zullen niet aan de normen gaan voldoen en dus geen vervoer krijgen, óf ze krijgen achteraf een probleem. Cliënten zullen immers niet aan de normen voldoen en hebben dan geen recht meer op vervoer. Hierdoor zal het voor een aantal ouders niet mogelijk zijn om hun kind aan de behandeling te laten deelnemen. Dit zijn dan veelal de</p>	
--	--	--	--

		<p>ouders uit de sociaal zwakkere groepen in de samenleving. Daarnaast geldt dat als de behandelgroepen weer worden opgestart, de anderhalvemetersamenleving een rol gaat spelen bij het vervoer. Hier is aandacht voor nodig Ook vindt vervoer nu deels plaats vanuit de Gemeenten. Dit als groepen aansluitend aan onderwijstijd behandeling ontvangen. Als dat niet (meer) mogelijk is, zal extra inzet vanuit de hardheidsclausule nodig zijn.</p>	
	Continuïteitsbijdrage	<p>2. 2020 niet vergelijkbaar met 2019 door nieuwe bekostigingsstelsel. In verband met het nieuwe bekostigingsstelsel voor de ZG-sector, is een vergelijking van 2020 met 2019 niet acceptabel. In de toelichting is opgenomen dat de productiederving wordt vastgesteld door een vergelijking te maken met jaar 't-1' oftewel het jaar 2019. Echter, per 1 januari 2020 is voor de ZG-sector de nieuwe bekostigingssystematiek ingegaan. Reden voor deze nieuwe systematiek was nu juist dat de oude systematiek onvoldoende was toegesneden op onze activiteiten. Bovendien zijn de tarieven 2020 herijkt op basis van kostenonderzoek. Bij de invoering is expliciet afgesproken tussen de NZa, ZN en zorgaanbieders dat de oude productieafspraken van 2019 niet leidend zou mogen zijn voor de nieuwe afspraken in 2020. VWS heeft aangegeven wachtlijsten in de ZG-sector niet acceptabel te vinden en aangegeven dat daarmee in de voor 2020 te maken afspraken rekening moet worden gehouden. De ZG-sector heeft haar capaciteit op deze groei (binnen de deelsector auditief/ communicatief tot wel 30%) ingericht. In 2019 is niet betaalde overproductie geleverd door de ZG-sector en met het nieuwe bekostigingssysteem en de uitbreiding van het budgettaire kader zijn de problemen hiermee voor 2020 opgelost. Dat betekent dus dat de nieuwe afspraken gebaseerd zijn op nieuwe producten, nieuwe tarieven en nieuwe volumes. Het zou onjuist en onlogisch zijn om productiederving uit te drukken in een verschil ten opzichte van vorig jaar. Voor 2020 zal uitgegaan moeten worden van de afgesproken productie. Er werd in 2019 binnen de Zvw ZG geen zorg gedeclareerd zonder overeenkomst.</p> <p>3. Voorwaarden zorg in rekening gebracht in relatie tot de continuïteitsbijdrage. Er is sprake van een inconsistentie tussen de voorwaarde in de voorhangbrief en de uitwerking daarvan in de beleidsregel. ZG-zorg is door alle zorgaanbieders wel geleverd maar niet per definitie gedeclareerd. Voor ons is het van belang dat het niet voorwaardelijk is, dat er voor de uitbraak van corona gedeclareerd is. Momenteel ondervinden we namelijk nog problemen met declaraties in verband met de overgang naar de nieuwe bekostiging. Zo zijn er instellingen voor visueel en auditief/communicatief gehandicapten die nog geen contract hebben kunnen sluiten met Menzis en dienen contracten met Caresq nog te worden ondertekend. Ook in het declaratieproces ondervinden wij, als gevolg</p>	<p>Ad 2. Zie reactie hierboven.</p> <p>Ad 3 (en elders in de reactie). De betreffende voorwaarde luidt dat de prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage alleen in rekening kan worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar of aan justitiabelen met een forensische titel. Dat die zorg in 2020 ook moet zijn gedeclareerd is in die voorwaarde geschrappt. De definitieve aanwijzing van de minister biedt ruimte voor de voorwaarde in de beleidsregel.</p> <p>Het begrip vaste kosten in de beleidsregel is vervangen door doorlopende kosten. De regelgeving biedt ruimte aan zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar om hier, binnen de geldende kaders, afspraken over te maken.</p> <p>Meerkosten die een zorgaanbieder maakt om gedurende de coronacrisis toch zorg te kunnen leveren, passen onder de prestatie meerkosten. Voorbeelden hiervan zijn beschermingsmiddelen, een extra brede tafel zodat voldoende afstand kan worden gehouden (i.v.m. 1,5 meter) en een noodlocatie om patiëntenstromen te scheiden. Dat er minder zorg kan worden geleverd als gevolg van de 1,5 meter grens, waardoor er omzetverlies is, zijn kosten die</p>

		<p>van een onjuiste inrichting bij verzekeraars - en daarvoor in Vektis -, nog steeds problemen.</p> <p>Bijlage: Beleidsregel - Pagina 1, artikel 1, lid h: wat wordt bedoeld met vaste kosten? Wij merken op dat op korte termijn slechts een minimaal deel van de kosten variabel is. De personeelskosten beslaan het grootste deel van de kosten. Om nu en straks voldoende personeel beschikbaar te hebben, is het zeer onwenselijk om in deze kosten te snijden. Wij zijn nu twee maanden verder en al onze professionals worden ingezet om voor zover mogelijk zorg op afstand te leveren aan deze kwetsbare doelgroep, veelal kinderen in kwetsbare posities thuis. Voor auditief/ communicatief lukt het ons om op deze manier een vorm van behandeling te geven aan meer dan 90% van onze cliëntèle. Voor de sector visueel geldt dat de prestatiestructuur anders is opgebouwd. Bij een belangrijk deel van de zorg is fysieke nabijheid voorwaardelijk. Er wordt waar mogelijk zorg op afstand geleverd. De opbouw van de prestatiestructuur en de fysieke nabijheid betekenen dat binnen de sector visueel, anders dan bij de sector auditief sprake is van een vraaguitval van +/- 80%. Daarnaast worden in beide sectoren onze professionals deels ingezet bij 24/7 intramurale zorg. Daarmee houden wij dit onderdeel van de basisinfrastructuur in stand. Van afschaling van personeel is de afgelopen maanden dan ook geen sprake geweest.</p> <p>- Pagina 2: meerkosten. <i>Met de prestatiebeschrijving 'meerkosten' kunnen extra kosten in rekening worden gebracht die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg aan een individuele verzekerde of een groep verzekerden.</i> Wij merken op dat deze omschrijving te beperkt kan zijn. Er worden ook meerkosten gemaakt om de organisatie in te richten op de 1,5-meter samenleving. Deze kosten kunnen niet direct worden gerelateerd aan de levering van zorg aan een individuele verzekerde of groep verzekerden. Ook het leveren van behandeling in de 1,5 meter samenleving zal meer kosten met zich meebrengen. Groepen zullen minder groot kunnen zijn en er is dus meer inzet nodig om eenzelfde aantal cliënten te behandelen. Ook zal er wellicht meer vastgoed nodig zijn.</p> <p>- Op pagina 3, artikel 4, voorwaarden bij prestatiebeschrijvingen. Hier staat beschreven: <i>De prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage kan alleen in rekening worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd en gedeclareerd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar, aan justitiabelen met een forensische titel of aan de ziektekostenverzekeraar.</i> Deze voorwaarde is een uitwerking van de voorwaarde in de voorhang(brief) van de minister, waarin staat: <i>De prestatiebeschrijving voor de continuïteitsbijdrage is alleen in rekening te</i></p>	<p>onder de continuïteitsbijdrage vallen.</p> <p>Ten aanzien van uw overige opmerkingen hebben wij waar nodig de tekst verduidelijkt. Mochten er niettemin nog vragen/onduidelijkheden resteren, dan vernemen wij dat graag.</p>
--	--	--	--

		<p><i>brengen op het moment dat er door de zorgaanbieder vóór de Corona-uitbraak ook daadwerkelijk zorg is geleverd aan verzekerden van de zorgverzekeraar of aan justitiabelen met een forensische zorgtitel.</i></p> <p>De uitwerking in de beleidsregel vormt nu geen risico voor de sector, maar lijkt ook niet helemaal in lijn met de voorwaarde in de voorhang(brief). De uitwerking in de beleidsregel geeft echter ook ruimte voor interpretatie, dat er pas na de uitbraak van corona prestaties voor het eerst geleverd en gedeclareerd zijn. Dit lijkt een mismatch. De NZa vraagt expliciet in de consultatieronde om feedback te geven op deze tekst. Indien deze tekst gehandhaafd blijft is er dus geen risico voor de ZG-sector. Echter, indien de tekst gewijzigd wordt is het van belang dat het niet voorwaardelijk is, dat er voor de uitbraak van het coronavirus COVID-19 gedeclareerd is.</p> <p>- Pagina 4, 'vaste loonkosten'. Wat is hiervan de definitie? Er staan nu meerdere definities in de tekst. Voorkomen moet worden dat meerdere interpretaties mogelijk zijn. Naar ons idee gaat het om alle kosten die worden gemaakt ook als er geen cliënten zijn. Dit betreft dan dus ook de directe personele kosten. Op de langere termijn zijn deze variabel en bij groei 'marginale kosten'. Andersom: alleen die kosten die je uitspaart doordat een cliënt niet komt opdagen, zijn te besparen. Wij hebben het dan over verbruiksmaterialen en het reinigen en de slijtage van gebruiksmaterialen.</p> <p>- Pagina 5, alinea 'De terugloop...de kosten'. Hierin staat beschreven dat 2019 als ijkjaar wordt gebruikt. Om meerdere redenen kan 2019 niet zonder meer als ijkjaar gebruikt worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Er wordt nergens gesproken over het rekening houden met indexatie. Tarieven van de prestaties zijn in principe geïndexeerd voor 2020. o Er wordt geen rekening gehouden met het effect van de nieuwe bekostiging bij de ZG-2020. o Er is sprake van een forse groei van de zorgvraag. VWS heeft aangegeven wachtlijsten in de sector niet acceptabel te vinden. Begroting, formatie en investeringen zijn gebaseerd op de afspraken 2020 en niet op 2019. Tevens is de uitwerking van de verrekening hierbij nog steeds niet helder. Dit zou explicieter uitgewerkt moeten staan, waarbij wij van mening zijn dat de productie afspraken 2020 leidend zijn. <p>- Pagina 5, 'Voorwaarden'. Hier wordt gesproken over een set met afspraken tussen aanbieder en zorgverzekeraar, waaronder ook tijdelijke en aanvullende contracten. Aan wat voor set met afspraken moeten wij denken, anders dan de tijdelijke en aanvullende contracten? En wordt met de contracten bedoeld, de specifieke contracten in het kader van de continuïteitsbijdrage en meerkosten?</p> <p>- Pagina 6: Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven gebruik te willen maken van het</p>	
--	--	--	--

			<p>declaratieportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector. De tekst van de standaardovereenkomst is nog niet bekend. Het lijkt ons wenselijk dat deze vooraf wordt voorgelegd.</p> <p>- Pagina 6: <i>Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt de voorwaarde, dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen in het kader van de coronacrisis, behalve eventueel voor het deel omzetzaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding die de zorgaanbieder ontvangt op basis van de prestatie continuïteitsbijdrage.</i></p> <p>Wat betreft de voorwaarden met betrekking tot de continuïteitsbijdrage aan gecontracteerde zorgaanbieders zien wij graag opgenomen dat het gebruik van bepaalde subsidieregelingen is toegestaan. Als voorbeeld noemen wij hier de SETCovid19 regeling.</p> <p>- Pagina 6: Hier staat: <i>Dubbele bekostiging moet worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening kunnen worden gebracht, mogen niet via deze prestatiebeschrijving worden gedeclareerd (behoudens voor zover deze kosten ook kunnen vallen onder de prestaties voor continuïteitsbijdrage of meerkosten).</i></p> <p>Uiteraard moet dubbele bekostiging worden voorkomen. Aan de andere kant zien wij ook graag dat extra kosten worden gedekt. Zo worden vanuit ambulante afdelingen mensen op de woonvoorzieningen ingezet. Verder zijn er extra kosten als het gaat om thuis werken en het inrichten van 'anderhalvemeterkantoren'. Bij gebrek aan de mogelijkheid en wenselijkheid om de variabele kosten terug te brengen, verzoeken wij een continuïteitsbijdrage die alle onvermijdelijke kosten dekt.</p>	
		Meerkosten	<p>4. Specificeren meerkosten. Voor het inzicht in welke meerkosten onder welke categorie vallen, worden twee opties genoemd. In het belang van uniformiteit geven wij de voorkeur aan optie 2: 'de NZa stelt voorschriften op voor de aanbieders'. Wij denken dat op deze wijze tot een zo efficiënt mogelijke uitvoering wordt gekomen.</p>	<p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetzaling en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
NVOS-Ortho-banda	20-04-2020	Algemeen	<p>Op onderdelen hebben wij opmerkingen en vragen bij wat nu voorligt maar ook brengen wij met klem onze zorg onder uw aandacht voor het nagenoeg opdrogen van de omzet uit financieringsstromen die (nog) <i>niet</i> zijn ondergebracht in deze regeling. Deze omzet is</p>	

		desalniettemin eveneens van cruciaal belang voor het kunnen voortbestaan van onze ondernemingen.	
	Continuïteitsbijdrage	<p>Wij geven onze reactie hierna puntsgewijs, voorzien van een summiere toelichting. Uiteraard zijn wij van harte bereid om nadere toelichting of verdieping op onderdelen te geven, als u dat wenst.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zorg en hulpmiddelen die door onze leden niet geleverd worden vanuit de basisverzekering maar vanuit de WLZ zien wij tot nog toe niet terug in de voorgestelde continuïteitsbijdrageregeling. Dat baart ons grote zorgen, aangezien deze inkomsten eveneens een substantieel onderdeel vormen van onze omzet en dit deel van de omzet ook voor circa 90% is weggevallen door het sluiten van de zorginstellingen. Wij verzoeken dan ook dringend om tot een vergelijkbare regeling te komen voor de doorlopende kosten die betrekking hebben op hulpmiddelenzorg bekostigd vanuit de WLZ. Graag uw reactie daarop. 2. Ook de orthopedische hulpmiddelenzorg gefinancierd via <i>DBC-DOT</i> op basis van doorverwijzing door medisch specialisten en vallend onder hun behandeltraject valt buiten deze regeling. Deze omzet is in normale omstandigheden significant voor met name onze orthopedisch technologen, met een grote invloed op de doorlopende bedrijfsvoeringskosten. Voor dit deel van de teruggevallen omzet verwijst het Rijk/UWV ons naar regelingen van ZN/NZa. Ons dringende verzoek is dan ook om een regeling, vergelijkbaar met de continuïteitsbijdrageregeling, te (doen) ontwikkelen hiervoor of met zekerheid zorg te dragen voor een spoedige ontwikkeling daarvan door een andere (overheids)instantie. 3. Veel van onze ondernemers zijn sterk afhankelijk van voorschriften vanuit zorginstellingen en ruimtes binnen deze instellingen. Het (geleidelijk) openstellen van deze instellingen voor onze branche bepaalt dan ook in hoge mate wanneer de ondernemers weer kunnen opstarten en dus de <i>duur van de noodzakelijke steunmaatregelen</i>. 4. Daarnaast heeft onze branche gezien de doorlooptijd en de betalingssystematiek een <i>looptijd</i> van order tot betaling van gemiddeld 10 tot 16 weken. Ook dat heeft invloed op de noodzakelijke doorloop van de continuïteitsbijdrage. Wij vragen uw aandacht daarvoor. 5. Onze branche levert ook hulpmiddelen en zorg via de <i>aanvullende verzekering</i>; dat is slechts gedeeltelijk zichtbaar voor de zorgverzekeraar. Welke systematiek hanteert u inzake een continuïteitsbijdrage die betrekking heeft op levering van deze hulpmiddelen(zorg)? Wanneer die systematiek niet toereikend is, verzoeken wij u, evenals bij de vergoedingen vanuit DBC/DOT, een andere regeling van overheidswege te (doen) ontwikkelen. 6. Tot slot vragen wij aandacht voor de <i>interpretatie</i> van een passage in de conceptbrief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. Het betreft pagina 3, direct onder het kopje 'voorwaarden'. Wij interpreteren deze zin als volgt: de 	<p>Ad 1. Wlz-zorg valt conform de aanwijzing van de minister buiten deze beleidsregel. Voor Wlz-zorg wordt apart bekostigingsbeleid i.v.m. corona ontwikkeld. Mocht u daarover vragen hebben, dan kunt u contact met de NZa opnemen.</p> <p>De reactie bevat voorts een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>Daarbij merken we op dat de NZa voor de vormgeving van het beleid gebonden is aan de aanwijzing van de minister. Ook merken we op dat de beleidsregel niet geldt voor zorg die niet onder tarief- en prestatieregulering valt. De uitzonderingen in de reikwijdte van de beleidsregel voor zorg die is uitgezonderd van tarief- en prestatieregulering op grond van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg, geldt omdat de NZa voor die zorg niet bevoegd is prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen. Het staat partijen echter vrij om voor die zorg zonder tussenkomst van de NZa afspraken te maken over de vergoeding.</p>

			<p>continuïteitsbijdrage is van toepassing op alle geleverde (hulpmiddelen)zorg door de zorgaanbieder aan alle cliënten tijdens de coronacrisis (vanaf 1 maart) ongeacht of deze cliënten vóór 1 maart al zorg afnamen bij de zorgaanbieder of niet. Dat lijkt ons een logische interpretatie.</p>	
		Meerkosten	<p>7. Ten aanzien van de vergoeding 'meerkosten corona' wijzen wij op het volgende. Om de absoluut noodzakelijke zorg te kunnen leveren en daarbij onze medewerkers veilig te kunnen laten werken zijn er diverse (tijdelijke of blijvende) aanpassingen aangebracht in de (behandel)ruimtes waarin zowel medewerker als cliënt aanwezig is. Het gaat dan om meerkosten die vallen (zo begrijpen wij) onder paragraaf 5, punt 5 van uw notitie. Is het een juiste aanname dat deze kosten daaronder vallen? Ten aanzien van de <i>verantwoording</i> van deze kosten gaat onze sterke voorkeur uit naar optie b: de NZa stelt hiervoor voorschriften op voor de zorgaanbieders. Wij gaan ervan uit dat deze variant het meeste bijdraagt aan een snelle, uniforme en administratief eenduidige uitvoering en vlotte afwikkeling.</p>	<p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzeterderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>Wij verwijzen voor het verschaffen van duidelijkheid over uw specifieke casus(sen) naar de ziektekostenverzekeraar/ZN. Mocht dit nog nadere vragen of onduidelijkheden opleveren, dan vernemen we dat graag.</p>
ieder(in)	20-04-2020	Algemeen	<p>Wij zijn blij met het bieden van voldoende financiële ruimte aan zorgorganisaties, zodat zij in staat zijn zowel op korte als op lange termijn continuïteit van zorg te bieden. De zorg is er primair op ingericht om te zorgen dat mensen passende zorg ontvangen wat in deze periode niet eenvoudig is. Wij vinden het van belang dat de regeling voldoende ruimte biedt aan zorgorganisaties om in deze periode goede zorg te blijven bieden én dat de regeling zo min mogelijk extra administratieve lasten met zich meebrengt zodat die zorgaanbieders voor wie de regeling bedoeld is deze ook daadwerkelijk kunnen gaan gebruiken.</p> <p>Hieronder een aantal specifieke opmerkingen met betrekking tot de beleidsregel:</p> <p><u>Toelichting Algemeen:</u> In de omschrijving staat een "of" bepaling; uit de rest van de tekst blijkt echter dat een organisatie van beide regelingen gebruik kan maken. Dit vraagt om tekstuele verduidelijking.</p> <p><u>Artikel 4 + toelichting:</u> Uit de omschrijving komt onvoldoende naar voren hoe een zorgaanbieder dient te handelen indien deze bij meerdere zorgverzekeraars een contract heeft. Mogelijkheid dit</p>	<p>Uw opmerkingen hebben wij waar nodig gebruikt om de tekst te verduidelijken of zullen wij meenemen in overige communicatie. Mochten er niettemin nog vragen/onduidelijkheden resteren, dan vernemen wij dat graag.</p> <p>De reactie bevat voorts een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals hoe een zorgaanbieder dient te handelen indien deze bij meerdere zorgverzekeraars een contract heeft en betrokken worden bij het vormgeven van standaarden/afspraken. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties)</p>

			<p>nader toe te lichten?</p> <p>Voor wat betreft de <u>voorwaarden</u>: Gezien de wens om snel en passend te handelen en lange procedures te voorkomen zou het zinvol zijn om in de toelichting (of in een bijlage daarbij) aan te geven waar mensen terecht kunnen met vragen over de regeling en de uitvoering daarvan. Zodat via gesprek met toelichting en uitleg mogelijke procedures (juridisch) kunnen worden voorkomen. Dit draagt ook bij aan het verminderen van de (administratieve) lasten die met deze regeling samenhangen. Dit zou met name ongecontracteerde zorgverleners ondersteuning kunnen bieden in het te voeren gesprek met de zorgverzekeraar(s).</p> <p>Tenslotte: Er wordt verschillende keren verwezen naar standaarden en nader uit te werken afspraken. Wij vinden het van belang dat dit gebeurt in afstemming met vertegenwoordigers van betrokken zorgorganisaties en professionals. Datzelfde geldt voor de keuze voor de "onafhankelijke partij" die wordt genoemd.</p>	<p>overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
		Meerkosten	<p>Voor wat betreft de Meerkostenregeling hebben wij de vraag of deze zoals beschreven ook voldoende ruimte biedt voor vergoeding van b.v. kosten voor inzet van beschermingsmateriaal waar het gaat om preventie van Covid-19 (dus voordat er een feitelijke besmetting heeft plaatsgevonden). Dit kan aan de orde zijn bij zorg aan kwetsbare groepen zoals mensen met een (lichamelijke) beperking of chronische ziekte.</p>	<p>De prestatie meerkosten betreft kosten die worden gemaakt als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus voor directe zorg aan patiënten, ongeacht of de patiënt (vermoedelijk) besmet is met het SARS-CoV-2 virus. Zie de beleidsregel voor verdere informatie over deze prestatie.</p>
NVGzP	20-04-2020	Algemeen	<p>De NVGzP heeft de voorliggende regeling globaal doorgenomen. Gezien het korte tijdsbestek heeft de NVGzP echter geen tijd gehad de huidige regeling goed te doordenken. In die zin kunt u onze reactie zien als een reactie op de hoofdlijnen van deze regeling. De NVGzP vindt de voorliggende regeling een mooie regeling, met name voor instellingen. Op basis van de regeling hebben wij twee vragen/opmerkingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ongecontracteerde zorgaanbieders Ook ongecontracteerde zorgaanbieders ondervinden (grote) financiële gevolgen van de (maatregelen rond de) pandemie. Voor hen is echter de regeling (en additieve voorwaarden) nog niet uitgewerkt. <u>Vraag/verzoek</u>: De NVGzP vraagt om een snelle uitwerking van de additieve regeling voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Ook deze zorgaanbieders willen duidelijkheid welke financiële bijdrage zij kunnen verwachten. Wanneer denkt u de regeling voor ongecontracteerde zorgaanbieders gereed te hebben? En wordt het veld daar ook over geconsulteerd? 	<p>De reactie bevat een aantal aandachtspunten voor de uitvoering, zoals uitwerking van de voorwaarden voor niet-gecontracteerden en betrokkenheid daarbij. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. (NB de prestaties in de beleidsregel van de NZa gelden ook voor niet-gecontracteerde zorg die onder de reikwijdte valt; verzekeraars werken daar de voorwaarden voor uit t.b.v. de contractering van die extra prestaties.) Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag</p>

				signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.
		Continuïteitsbijdrage	<p>2. Vooruitbetaling voor zzp'ers</p> <p>De zorgverzekeraars hebben een aanvullende regeling 'vooruitbetaling' voor diverse branches, die vanaf 14 april enige vooruitbetaling kunnen aanvragen. De NVGzP ziet in haar achterban veel financiële problemen bij zzp'ers in de zorg, die niet kunnen terugvallen op de verlate vergoeding van ingediende declaraties. Deze belangrijke groep heeft op dit moment al grote financiële problemen en kunnen doorgaans niet wachten op uitbetaling in de maand mei 2020. De NVGzP vindt het zodoende zeer wenselijk dat deze groep zzp'ers ook zo snel mogelijk gebruik kunnen maken van deze vorm van vooruitbetaling vanaf 14 april 2020, als deze regeling ook bedoeld is voor deze groep zorgverleners.</p> <p><u>Vraag/verzoek:</u> kunnen, naast al genoemde branches, ook zzp'ers gebruik maken van de aanvullende regeling 'vooruitbetaling' van de zorgverzekeraars? Of vallen zij geheel buiten deze regeling en dienen zij gebruik te maken van de rijksregelingen (Tozo)? Er is onduidelijkheid hieromtrent, waardoor zzp'ers niet weten waar ze hun gemiste inkomsten (deels) vergoed kunnen krijgen en wanneer. Graag hier zsm duidelijkheid over.</p>	De vraag betreft een aandachtspunt voor de uitvoering. Dit punt kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen dit aandachtspunt ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.
LHV VPH	20-04-2020	Algemeen	<p>Inhoudelijk</p> <p>Wij hebben van u diverse stukken ontvangen, waaronder een begeleidende notitie, een conceptbeleidsregel en een concept voor een nadere regel. Deze stukken roepen bij ons de volgende vragen en opmerkingen op:</p> <p>1. Uit artikel 3 van de conceptbeleidsregel blijkt dat deze ook van toepassing is op huisartsenzorg. Dat blijkt ook uit de begeleidende notitie, waarin op pagina 3 staat: 'De reikwijdte van deze regeling is zoals gezegd breed en omvat ook sectoren waarvoor aparte regelingen zijn opgetuigd en individuele zorgaanbieders waarmee zorgverzekeraars al aparte afspraken hebben gemaakt.' De conceptbeleidsregel past niet op de afspraken die wij voor de huisartsenzorg met zorgverzekeraars hebben gemaakt en die door de NZa al zijn vastgelegd in beleidsregels. Zo is in die afspraken deels sprake van door de NZa vastgestelde tarieven in plaats van vrije tarieven. Verder is er voor een deel van de afspraken geen afspraak met de zorgverzekeraar nodig.</p> <p>Het is bovendien verwarrend dat er meerdere beleidsregels zijn die (deels) op huisartsenzorg betrekking hebben. Wij adviseren om in de beleidsregel die nu in concept voorligt de huisartsenzorg uit te zonderen. Mocht dat niet gebeuren, dan gaan wij ervan uit dat de al vastgestelde beleidsregels voor huisartsenzorg boven de beleidsregel gaan zoals die nu in concept voorligt. Dezelfde onduidelijkheid geldt</p>	<p>Ad 1.: De continuïteitsbijdrage en de meerkostenprestatie in deze beleidsregel kunnen alleen in rekening worden gebracht als daarover een afspraak is met de ziektekostenverzekeraar. Langs die band kan in de uitvoering de samenhang tussen de verschillende regelingen worden bewaakt.</p> <p>Ad 2.: De genoemde passage in de toelichting over hoe de omzetting kan worden bepaald, hebben wij geschrappt. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben de ruimte om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke</p>

		<p>voor het concept voor de nadere regel.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Zowel in de begeleidende notitie als in de toelichting op de beleidsregel staan inhoudelijke punten die niet in de beleidsregel zijn terug te vinden. Wat is nu de status daarvan? Het gaat bv. om de manier waarop de continuïteitsbijdrage wordt berekend. Enerzijds wordt dit aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders overgelaten; anderzijds staat in de begeleidende notitie en de toelichting op de beleidsregel uitgelegd hoe de continuïteitsbijdrage zal worden berekend. Verder staan in de begeleidende notitie vijf typen meerkosten beschreven. Deze typen staan niet in de conceptbeleidsregel. Wat is nu de status van de typering in de begeleidende notitie? Is deze 'slechts' illustratief? 3. In de conceptbeleidsregel staat in paragraaf 3 de reikwijdte beschreven. Kunt u toelichten of deze conceptregeling ook van toepassing is op zorg aan patiënten zonder een Nederlandse zorgverzekering en voor zorg aan patiënten die een ontheffing voor de verzekeringsplicht hebben (zoals gemoedsbezwaarden)? 4. Ook is onduidelijk of de continuïteitsbijdrage en de regeling voor de meerkosten ook gelden voor zorg die niet onder de basisverzekering valt. De voorhang en artikel 3 van de conceptbeleidsregel lijken dit wel mogelijk te maken, maar in de toelichting op de meerkosten in de begeleidende notitie lijkt het alleen om verzekerde zorg te gaan. 5. In de toelichting op de conceptbeleidsregel staat dat deze nog geen einddatum heeft, omdat op het moment van vaststellen van deze beleidsregel nog niet bekend is wanneer deze beleidsregel kan worden beëindigd. In de begeleidende notitie staat echter dat de regels gelden tot en met uiterlijk 31 december 2021, voor zover noodzakelijk voor de declaratie van kosten die samenhangen met de pandemie. 6. De continuïteitsbijdrage en de regeling voor meerkosten kunnen alleen in rekening worden gebracht als de zorgaanbieder in 2020 zorg heeft geleverd en gedeclareerd. Hoewel deze voorwaarde begrijpelijk is (om misbruik te voorkomen) leidt deze formulering misschien tot problemen bij zorgaanbieders die net (bijvoorbeeld per 1 april 2020) een praktijk hebben overgenomen. Graag uw aandacht daarvoor. 7. In de voorhang staat dat op de continuïteitsbijdragen en de meerkosten die verband houden met de gevolgen van het coronavirus, het macrobeheersinstrument niet van toepassing zal zijn. Dat zien wij niet terug in de conceptbeleidsregel. Wordt dat nog vastgelegd in andere beleidsregels, zoals de 'Beleidsregel macrobeheersinstrument huisartsenzorg 2020 - BR/REG-20134'? 	<p>vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>Ad 3.: De prestaties continuïteitsbijdrage en meerkosten kunnen alleen in rekening worden gebracht aan ziektekostenverzekeraars.</p> <p>Ad 4.: Dit hebben wij in de toelichting verduidelijkt: de zorg die onder de reikwijdte van de beleidsregel valt omvat zowel basisverzekerde als niet-basisverzekerde zorg.</p> <p>Ad 5.: De beleidsregel heeft nog geen einddatum omdat op het moment van vaststellen van deze beleidsregel nog niet bekend is wanneer deze beleidsregel kan worden beëindigd. Zoals de aanwijzing aangeeft, zal de beleidsregel evenwel gelden uiterlijk tot en met 31 december 2021, voor zover noodzakelijk voor de declaratie van kosten die samenhangen met de pandemie. Dat is in de toelichting verduidelijkt.</p> <p>Ad 6.: In deze voorwaarde is geschrapd dat de zorg ook in 2020 al gedeclareerd moet zijn. Voor de precieze tekst van deze voorwaarde verwijzen wij naar de vastgestelde regelgeving.</p> <p>Ad 7.: Er is een extra artikel toegevoegd in de beleidsregel die ziet op het macrobeheersinstrument.</p> <p>In de beleidsregel is het begrip vaste kosten</p>
	Continuïteits-	8. Wat wordt verstaan onder 'vaste kosten'? In de conceptbeleidsregel zijn deze	In de beleidsregel is het begrip vaste kosten

		bijdrage	gedefinieerd als 'kosten die productie-onafhankelijk zijn'. Wat betekent deze definitie bv. voor de inkomensvergoeding voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders (de arbeidskostencomponent)? Wij gaan ervan uit dat de continuïteitsbijdrage ook hiervoor een compensatie levert.	vervangen door doorlopende kosten. De inkomensvergoeding van zelfstandig gevestigde zorgaanbieders kan in principe onder de doorlopende kosten worden geschaard.
AxionContinu	20-04-2020	Algemeen	Wij hebben er naar gekeken en de grote lijnen zijn wat ons betreft goed werkbaar. Wel hebben we enkele opmerkingen / vragen: <ul style="list-style-type: none"> • Voor de WLZ wordt er niets beschreven over de kwaliteitsmiddelen. Het is voor ons belangrijk om de plannen die in 2020 eventueel vertraging oplopen als gevolg van Corona, in de loop van 2020/2021 wel op te kunnen pakken. Graag zien we dat daar iets over wordt opgenomen in de beleidsregel. • Het is erg prettig dat aangegeven wordt dat de administratieve lasten zo laag mogelijk moeten zijn. Bij de uitwerking van het controleprotocol verzoeken we dan ook om hier expliciet rekening mee te houden. In de praktijk zien we dat daar knelpunten ontstaan. Wij denken hierin graag met u mee. • Lezen wij het goed dat deze beleidsregel van toepassing is op zowel ZVW als WLZ? Wordt er voor de WMO ook nog een vergelijkbare beleidsregel gepubliceerd? 	Wlz-zorg valt conform de aanwijzing van de minister buiten deze beleidsregel. Voor Wlz-zorg wordt apart bekostigingsbeleid i.v.m. corona ontwikkeld. Mocht u daarover vragen hebben, dan kunt u contact met de NZa opnemen. WMO valt buiten de taken van de NZa. Met uw vraag daarover kunt u vermoedelijk terecht bij gemeenten/VNG of het ministerie.
		Continuïteitsbijdrage	<ul style="list-style-type: none"> • Voor het bepalen van de gedeelde omzet wordt de omzet 2019 als uitgangspunt genomen. Wij zien graag dat er rekening gehouden wordt met tariefwijzigingen in 2020 en eventuele concrete plannen voor wijzigingen in plannen voor 2020. 	De genoemde passage in de toelichting over hoe de omzetsderving kan worden bepaald, hebben wij geschrapt. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben de ruimte om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.
		Meerkosten	<ul style="list-style-type: none"> • Ook in de ondersteunende diensten zien we meeruren en meerkosten, bijvoorbeeld inzet voor het crisisteam. In deze beleidsregel staat daar niets over. Wij zien graag expliciet vermeld dat ook dat soort kosten worden vergoed. 	De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.
NVD	20-04-2020	Algemeen	De afgelopen weken heeft er intensief contact plaatsgevonden tussen NVD, al dan niet via PPN, en ZN en VWS. Daar zijn er al veel vragen neergelegd. We gaan er van uit dat die ook u hebben bereikt. In het stuk dat nu voorligt zijn die nog niet allemaal beantwoord. We	Algemeen <ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars zullen zoveel als mogelijk standaard contracten hanteren per sector,

		<p>stellen ze – daar waar relevant voor de beleidsregel- hieronder nogmaals. De vragen spitsen zich met name toe op de vraag welke zorg nu wel of niet binnen de regeling valt, transparantie in vergoeding en op basis van welk tarief, opbouw van kosten en welke omzet als grondslag geldt. Gezien de grote hoeveelheid vragen maken wij ons zorgen over de uitvoerbaarheid van de regeling.</p> <p><u>Algemene vragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Is het de bedoeling dat er per praktijk onderhandeld moet worden per zorgverzekeraar? Of is dit een rol voor de beroepsvereniging? • Waarom vindt bij zorgonderneming verrekening plaats, mogelijk over verschillende loketten (al dan niet zorgverzekeraars). Dit wijkt af bij overige ondernemingen in Nederland. Wat is de grondslag hiervoor? Kan hier sprake zijn van ongelijkheid? <p><u>Conclusie</u></p> <p>De regeling geeft op dit moment nog weinig houvast over een eventuele uitkomst. Dat ligt aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken van toelichting over de gemaakte keuze's • Geen uitleg over de grondslagen • Ontbreken van de tekst van de opdrachtverstrekking aan de onafhankelijke partij • Het ontbreken van criteria of spelregels op basis waarvan zorgverzekeraars verrekeningen zullen toepassen • Tarief – of omzet verhogingen in Q3 en Q4 worden verrekend waardoor geen incentive voor productieverhoging ontstaat (aanbeveling vanuit Kostprijsonderzoek) en de kostprijsverhoging die het Kostenonderzoek Paramedische Zorg rechtvaardigt als niet relevant zou kunnen worden aangemerkt. • Geen duidelijkheid over ketenzorg als onderdeel van omzet. • Geen duidelijkheid over omzet van particuliere behandeling buiten verzekerde zorg, GLI omzet en omzet uit werkzaamheden in sociaal domein. • Verwachting enorme toename van administratie lasten <p>Het een en ander kan leiden tot onzekerheid, wat effect heeft op het sturen op personeel en capaciteit. Daarmee kan het zorgaanbod later dit jaar of volgend jaar in gevaar komen.</p> <p>Voorstellen</p> <p><i>Uw vraag luidt ; welke opmerkingen en suggesties heeft u als het gaat om de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regeling?</i></p> <p>Met de vragen hierboven en de conclusie geven we richting aan van waar effectiviteit en uitvoerbaarheid bevorderd kan worden. Daarnaast:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creer een incentive voor productiviteitverhoging en kostprijsverhoging - Draag zorg voor 1 loket en 1 financiële entiteit waarbij zorgverzekeraars en andere organisaties samenwerken en aanspreekpunt gaan vormen voor zowel de aanvraag, uitvoering en verrekening van deze regeling. 	<p>zodat niet per zorgverzekeraar onderhandeld hoeft te worden en administratieve lasten zo laag mogelijk blijven.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verrekening is van belang om dubbele declaratie van kosten te voorkomen, maar mag geen ongewenste effecten hebben voor het leveren van zorg na de coronacrisis. <p>De reactie bevat voorts een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Draag zorg voor een simpel aanvraag proces zoals bv NOW dit ook biedt. Wentel administratieve kosten niet af op zorgverleners. Voor overige ondernemingen in Nederland geldt dit immers ook. - Transparantie in uitkering en verrekening is belangrijk - Maak een duidelijk onderscheid tussen verzekerde patientenzorg, niet verzekerde zorg en overige zorg of dienstverlening binnen dietistenpraktijken en welke regeling voor wat van toepassing is - Ketenzorg is verzekerde zorg en moet onderdeel worden van deze regeling - Laat de keuze voor een rijksregeling of de ZN regeling over aan de praktijk zelf - Stel de voorschotregeling open voor alle paramedische beroepen. - Sluit aan bij regelingen die ook voor andere zorgverleners in de eerste lijn gelden - Geef aan wat de relatie is of kan zijn met het recente Kostprijs/Kostenonderzoek Paramedici 2020 	
		<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p><u>Aanspraak en omzet (punt 2 notitie)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Het is voor ons niet duidelijk welke omzet in deze regeling valt. Belangrijk hierbij is de rol van ketenzorg. We gaan er van uit dat deze onder de regeling valt en dat door zorggroepen en zorgverzekeraars achteraf wordt verrekend. We beogen daarmee dat er een administratief vriendelijke benadering wordt ingezet. Als dat niet kan gaan we er van uit dat voor dit deel gebruik gemaakt kan worden van de rijksregelingen. • Dietistenpraktijken hebben ook veel andere soorten omzet zoals patienten die zelf betalen, detachering, woonzorg of andere rijksvergoedingen, sociaal domein, activiteiten in opdracht van gemeenten/GGD/bedrijven. Dit is geen verzekerde zorg, maar wel omzet. Dekt de regeling ook deze omzet? <p>Het e.e.a. geldt eveneens voor zorg binnen GLI programma's.</p> <ul style="list-style-type: none"> • We vinden de omschrijving onduidelijk wat betreft 'het deel omzetzijnde dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars' Gaat het hier om omzet die niet valt onder de zorgverzekeringwet of ook omzet die valt onder de zorgverzekeringwet maar niet vergoed wordt omdat het vergoede % geen 100% is maar bijvoorbeeld 70%? • Betekent het een en ander dat indien een praktijk ook aanspraak maakt op een van rijksregelingen dat je dan het gedeelte wat je nog tekort komt kan declareren als continuïteitsbijdrage? Of geldt dat het alleen andersom kan en de ZN regeling leidend is voor paramedici? <p><u>Grondslagen (punt 3 notitie)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wij gaan er hier van uit dat er een apart contract/ standaardovereenkomst voor deze betaaltitel komt. We gaan er ook van uit dat er niet per ziektekostenverzekeraar een apart contract komt. • We vragen ons af hoe het percentage van de vergoeding wordt vastgesteld. Is dit per sector paramedici of per beroepsgroep? Er wordt gesteld dat dit in overleg gaat met een 	<p>Voor de toepasselijkheid van overige rijksregelingen kunt u voor informatie terecht bij de uitvoerder(s) daarvan.</p> <p>Voor het declareren van de continuïteitsbijdrage en meerkostenprestatie zal een afspraak gemaakt moeten zijn met de ziektekostenverzekeraar. Er geldt daarvoor een vrij tarief. Zoals aangegeven wordt ernaar gestreefd door zorgverzekeraars om zoveel als mogelijk standaard contracten te hanteren per sector, zodat niet per zorgverzekeraar onderhandeld hoeft te worden en administratieve lasten zo laag mogelijk blijven.</p> <p>De reactie bevat voorts een aantal aandachtspunten voor de uitvoering. Die punten kunt u onder de aandacht brengen bij de ziektekostenverzekeraar, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren.</p>

		<p>onafhankelijke partij. Wordt hiermee GUPTA bedoeld? We willen er op wijzen dat de in het Kostenonderzoek verkregen data alleen voor dat doel zijn opgevraagd en daar toestemming voor is verleend. We willen u vragen of hier AVG in geding is en als dat zo is hierover met de beroepsorganisaties en de praktijken die data hebben aangeleverd in gesprek te gaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De doorlopende kosten als basis levert vragen op: gaat het hier om het bedrag wat een praktijk in 2019 maand januari tot en met december heeft ontvangen en achteraf verrekend met de omzet van jan 2020 tot en met december 2020? In 2020 zijn tarieven bij een tweetal zorgverzekeraars geïndexeerd, bij een aantal andere niet. Betekent dit dat in het gemiddelde dat ontstaat de indexatieverhoging/kostprijsverhoging dan in feite genivelleerd worden? Als dat zo is, dan is dat een gevoelig punt ook in het licht van de gesprekken over het Kostenonderzoek die gaande zijn. Op welke manier speelt hier dus een rol dat – als vervolg hierop- de indexatie van de kosten 2020 niet meegenomen worden? • Hier wordt ook gesteld dat het een en ander afhankelijk is van de mate waarin de sector nog in staat is zorg te leveren. Hoe wordt dit berekend? Wat is de grondslag? Als een praktijk nog enig werk kan doen, maar wel minder dan zijn de kosten pro rata ook hoger. Wordt dit meegenomen? Hier zit een relatie met verlies van omzet. Loonkosten en huur zijn 80% van de kosten van de gemiddelde dietistenpraktijk. Er is geen mogelijkheid om die te verminderen. Tegelijkertijd wordt uitgegaan van 70% van het omzetverlies bij de continuïteitsbijdrage. De vraag waarop de 70% is gebaseerd is een belangrijke vraag en vraagt om een uitleg van de grondslag (per sector). • We willen opmerken dat dietistenpraktijken vaak onderhuurders zijn van huisartsen, fysiotherapeuten of ander zorgverleners en zij betalen dus een deel van de vaste kosten van andere zorgverleners. Wordt hier bij de berekening per sector rekening mee gehouden? • Vaste kosten worden in de beleidsregel benoemd als: vaste loonkosten, kosten voor vastgoed en gebouwgebonden kosten, overige vaste lasten, zoals kosten voor staffuncties, alle ondersteunende diensten en medische inventaris. De vaste kosten nemen niet af bij meer op minder productie. Het is belangrijk om na te gaan of de hoofdhuurder/zorgverlener huur compensatie krijgt . • Als in 2020 meer omzet wordt gemaakt met meer personeel, wordt nu toch gekeken naar 2019; er worden dan verliezen gemaakt zonder dat deze terug te vinden zijn. We begrijpen dat er een grondslag gekozen moet worden, maar dat de omzetstijgingen of juist dalingen ook moeten worden meegenomen? • Vraag van een van de praktijken: wat als er in maart nog voldoende omzet is gemaakt vanwege een omzet stijging ten opzichte van 2019 en de problemen pas in april ontstaan rond de omzet? <p><u>Verrekening (punt 3 notitie)</u> We begrijpen hier uit dat de continuïteitsbijdrage verrekend zal worden met toekomstige</p>	<p>Meerkosten die een zorgaanbieder maakt om gedurende de coronacrisis toch zorg te kunnen leveren, passen onder de prestatie meerkosten. Voorbeelden hiervan zijn beschermingsmiddelen, een extra brede tafel zodat voldoende afstand kan worden gehouden (i.v.m. 1,5 meter) en een noodlocatie om patiëntenstromen te scheiden. Dat er minder zorg kan worden geleverd als gevolg van de 1,5 meter grens, waardoor er omzetverlies is, zijn kosten die onder de continuïteitsbijdrage vallen. Als er voor inhaalzorg kosten worden gemaakt, bijv. het inrichten van een avondspreekuur, is sprake van inhaalzorg en vallen de kosten niet onder de meerkosten.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzeterderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
--	--	--	--

		<p>omzet. Doorlopende kosten zijn hier ook belangrijk, maar dan op het niveau van 2020. Het is niet duidelijk hoe dit uitgevoerd gaat worden. Is dit aan de individuele beoordeling van de zorgverzekeraar zelf?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is de grondslag/wat zijn de criteria voor de berekening van de schadelast? • Voor een aantal grote praktijken geldt dat er een omzetstijging was in Q1 2020 tov 2019, in Q2 daalt de omzet en in Q3 – Q4 een omzet verhoging tov Q2. <p>Voor die praktijken lijkt de NOW regeling beter toepasbaar. Bovendien lijkt er veel minder sprake van administratieve lasten. Wat ook een rol speelt is dat er in de NOW regeling duidelijkheid is over wat wordt uitgekeerd en daardoor is er beter te managen op (behoud) van personeel en dus capaciteit om zorg te verlenen. De verrekening die later gaan plaatsvinden is op dit moment niet duidelijk, noch lijkt de borging van transparantie of criteria hier geregeld of vastgelegd.</p> <p><i>Rekenvoorbeeld:</i> <i>Een praktijk heeft nu 2 maanden 60% van de omzet en 100% van kosten. Straks misschien 4 maanden 120% van de omzet, maar dan ook 120% kosten. Dan vlakt de omzet wel uit, maar de kosten zijn veel hoger geworden</i></p> <p><u>Kosten (beleidsregel artikel 4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zie ook art 5 va beleidsregel : gaat het hier om vrij tarief ? Wordt het nieuwe tarief vastgesteld of op basis van huidige contracten? Hoe verhoudt zich dit met het vastgestelde percentage? • Worden extra kosten als gevolg van Covid en het opstarten van 1,5 meter zorg hier ook meegenomen? (schermen, extra reinigingsmiddelen, anders inrichten van de praktijk). Maar ook investeren in digitale zorgtools bv. • Ook zijn er relatief meer kosten omdat 1,5 meter eis kan gaan zorgen voor minder patiënten op een dag door logistieke uitdagingen, bij de praktijk, de zorgverlener maar ook de patiënt zelf. • Overigens zou er vanuit de 1,5 meter realiteit ook omzetsdaling te zien kunnen zijn omdat paramedici vaak onderhuurders zijn en het niet duidelijk is of de hoofdhuurder eerste recht gaat claimen bij het zien van cliënten binnen de beperkte ruimte. Nu kunnen meerdere cliënten van meerdere zorgaanbieders samen in de wachtkamer zitten. Bij 1,5 meter kan dat maar beperkt. Dit terwijl de zorgvraag niet afneemt of zelfs toeneemt. • Geldt als vaste kosten ook kosten voor scholing bv bij nieuwe richtlijn Voeding na Covid? En ICT kosten zoals EPD, Zorgdomein, zorgmail, en overige? <p><u>Verrekening en omzet (beleidsregel onder artikel 4)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Het is hier onduidelijk hoe de bijdrage berekend wordt. Waar verwijst 'T1' naar? • Ook hier de vraag: zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken afspraken over verrekening: aan welke voorwaarden moet dit voldoen? Wat zijn de grondslagen en criteria? • Bij meer productie daarna lopen (mogelijke hogere kosten dan in 2019) ook gewoon 	
--	--	--	--

			<p>door. Heeft dit invloed op terugbetaling/verrekening?</p> <p><u>Overige vragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In de ZN brief werd gesproken over een bijdrage van 60-85 % van de zorgkosten. Deze uitwerking lijkt niet concreet terug te vinden in de beleidsregel en wordt overgelaten aan de onafhankelijke partij. Het is belangrijk om kennis te krijgen over de opdrachtstelling aan de onafhankelijke partij, mogelijke geeft dat helderheid. 	
ZN	20-04-2020	Algemeen	<p>A. Algemene input</p> <p>In de stukken van de NZa wordt voor de CB en de meerkosten gerefereerd naar de brief van 25 maart en 5 april. De betaaltitels moeten ook mogelijk zijn voor de zorgaanbieders die betrekking hebben op de ZN brief van 17 maart, oftewel voor alle zorgaanbieders. De 2 prestaties moeten dus mogelijk zijn voor alle zorgaanbieders en er moet dus niet gerefereerd worden naar de ZN brieven. Daarbij is het wel zo dat voor de zorgaanbieders die niet onder de basisinfrastructuur vallen de continuïteitsbijdrage in grote lijnen al is uitgewerkt. De kans bestaat dat voor zorgaanbieders die onder de basisinfrastructuur andere uitgangspunten worden gehanteerd. Concreet betekent het wel dat de beleidsregel toepasbaar moet zijn voor alle sectoren en dat er dus niet naar één systematiek moet worden verwezen.</p> <p>Voorgesteld wordt om, gezien de exceptionele situatie waardoor de effectiviteit en uitvoerbaarheid van de door de NZa voorgestelde regeling op voorhand niet goed vast te stellen is, de regeling tussentijds te evalueren en zodoende te bepalen of deze op basis van voortschrijdend inzicht aanpassing of nadere uitwerking behoeft.</p> <p>Het lijkt ons verder goed als de NZa, bijvoorbeeld in de inleiding een nadere duiding geeft ten aanzien van de rol van verzekeraars in deze crisis, waarbij duidelijk wordt dat alle verzekeraars worden geacht hun rol te pakken in deze crisis vanuit hun zorgplicht.</p> <p>Binnen ZN/Zorgverzekeraars wordt nog gesproken over de voorwaarden/omschrijving over voor welk omzetdeel de CB wel en niet omvat. Nu staan in de stukken van de NZa: <i>“Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt de voorwaarde, 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 af trek van de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars.”</i></p> <p>Voorgesteld wordt de volgende aanpassing (in rood op te nemen) voor zodat de zorgaanbieder voor doorgaans vergoede zorg (Zvw/AV) alleen een beroep kan doen op de</p>	<p>Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p> <p>In de inleiding van de toelichting bij de beleidsregel hebben wij toegevoegd dat alle verzekeraars worden geacht hun rol te pakken in deze crisis vanuit hun zorgplicht.</p> <p>De passage in de toelichting over de samenloop met de andere rijksregelingen is niet aangepast, omdat we de kaders volgen die in de voorhangbrief van de minister van VWS staan.</p> <p>In de toelichting bij de reikwijdte van de beleidsregel is verhelderd waar de artikelen 50 tot en met 56 van de Wmg over gaan. Ook op een aantal andere punten hebben we regelgeving verduidelijk n.a.v. uw opmerkingen.</p>

		<p>CB en alleen voor de doorgaans niet-vergoede zorg een aanvraag kan doen bij de Rijksregelingen: “Om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage geldt de voorwaarde, 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 het ZVW&AV-omzetdeel waarop de vergoeding door de regeling van zorgverzekeraars van toepassing is.” Dus stel ZA heeft 100 ZVW en AV omzet en 50 onverzekerd. Verzekeraars vergoeden 80, dan zou volgens de voorwaarden van verzekeraars, maar voor 50 aanspraak gemaakt kunnen worden op de overheidsregeling en niet voor 70.</p> <p>De wens om bovenstaande toevoeging op te nemen is afgelopen week ook bekend gemaakt bij VWS.</p> <p>Tenslotte wordt in het licht van de uitvoering wordt binnen ZN momenteel nog gekeken naar het hanteren van een drempelwaarde waaronder geen continuïteitsbijdrage zal worden uitgekeerd.</p> <p>Ad. A Begeleidende notitie consultatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • BLZ. 4 vooruitbetaling: nu staat er bevoorschotten, dat is niet de juiste term, het gaat om vooruitbetaling. Daarbij wordt hier nu alleen ingegaan op de zorgaanbieders genoemd in de brief van 25 maart. Ten algemene vragen wij ons af waarom deze alinea er niet uit gehaald wordt. Immers of er spraken is van een vooruitbetaling is iets tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. • Verzekeraars zijn van mening dat de toelichting t.a.v. “declaraties en voorlopige betaling vanaf mei 2020” niet opgenomen moet worden in de begeleidende notitie van de NZa. Zorgverzekeraars zijn nu druk bezig de CB en de verrekeningen uit te werken. Daarbij geldt dat in 2020 gewoon de voorlopige bijdrage wordt uitbetaald, maar dat wij nog komen met de uitwerking van de verrekening met ingediende declaraties, tussentijdse afrekening en definitieve afrekening. Als we nu te veel details opnemen en het wordt straks toch anders hebben we een probleem. Daarom verzoek dit er nu uit te halen, dat geldt voor de gehele paragraaf 3. • Mocht de NZa het toch willen laten staan, dan het dringend verzoek ook het jaar 2019 toe te voegen t.a.v. verrekening en de paragraaf nog af te stemmen met ZN. • Daarnaast is deze uitwerking tot nu toe nog alleen van toepassing op de 	
--	--	--	--

			<p>zorgaanbieders genoemd in de brief van 25 maart. We gaven eerder aan dat verzekeraars de betaaltitels generiek willen laten gelden voor alle zorgaanbieders. Dan past het nu niet om een regeling uitgebreid te beschrijven als de uitwerking nog niet voor alle sectoren bekend is.</p> <ul style="list-style-type: none"> • BLZ. 4 , onder kopje declaraties en voorlopige betaling, 3^e streepje: vergoede omzet moet scherper geformuleerd worden dat het hier gaat om de vergoede verzekerde zorg, conform de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraar. <p>Artikel 3 Reikwijdte (concept beleidsregel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de artikelen 50 tot en met 56 van de WMG? <p>Toelichting Bij alinea Algemeen: <i>De uitbraak van het SARS-CoV-2 virus heeft grote gevolgen waaronder financiële gevolgen voor zorgaanbieders. Deze financiële gevolgen zijn tweeledig; enerzijds maken zorgaanbieders de komende periode mogelijk extra kosten, bijvoorbeeld voor de inzet van extra personeel en extra materieel zoals beschermingsmaterialen, terwijl andere zorgaanbieders te maken hebben met een terugval van de omzet omdat er geen/minder zorg wordt geleverd. In deze beleidsregel worden twee prestatiebeschrijvingen vastgesteld die tot doel hebben de financiële gevolgen voor zorgaanbieders zo veel mogelijk te beperken zodat zij zich kunnen richten op de zorg die zij leveren en tegelijkertijd de continuïteit van de zorg geborgd blijft.</i> Er wordt gesproken van een zorgaanbieder met extra kosten, en andere zorgaanbieders die te maken hebben met een terugval van omzet. In de praktijk kan dit ook eenzelfde zorgaanbieder zijn: die enerzijds te maken heeft met meerkosten en anderzijds met omzetzijging, maar ook met minder kosten.</p>	
		<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p>Ad. B. Concept Beleidsregel Artikel 1 Begripsbepalingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zie lid h. vaste kosten ==> in voorhang wordt gesproken van “doorlopende” kosten <p>Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen (concept beleidsregel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al eerder is aangegeven dat zoals het nu staat opgeschreven impliceert dat er een declaratie door de zorgaanbieder wordt ingediend voor de continuïteitsbijdrage. Het proces voor de instellingen die onder de brief van 25 maart en 5 april vallen gaat uit van een ander proces, namelijk een betaling van de bijdrage door de verzekeraar aan de zorgaanbieder. Wij als zorgverzekeraars maken in feite de declaratie aan en 	<p>Formeel kan de NZa alleen in rekening te brengen prestaties vaststellen, vandaar dat die formulering wordt gehanteerd, ook al is feitelijk sprake van een ander proces zoals door ZN genoemd.</p> <p>Bij de beschrijving van de prestatie continuïteitsbijdrage wordt gesproken over een toeslag. Dat is een technische term, omdat de NZa alleen prestaties/tarieven kan vaststellen voor geleverde zorg. Om die reden is de continuïteitsbijdrage formeel een</p>

		<p>betalen aan de aanbieder. Het is dus in feite een eenrichtingsverkeer. Voor de meerkosten weten we nog niet of we zo'n zelfde constructie gaan opzetten. Nu nog niet bekend. De opzet zoals verzekeraars die nu hebben uitgewerkt voor de continuïteitsbijdrage moet wel passen binnen de regelgeving van de NZa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hier wordt gesproken van een "toeslag". Een toeslag impliceert een opslag op een bestaande prestatie, terwijl het hier gaat om een totaal bedrag niet gekoppeld aan een prestatie. • Opgenomen staat onder de voorwaarden: De prestatiebeschrijving CB kan alleen in rekening worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd <i>en gedeclareerd</i> zijn in 2020 aan verzekerden van de zorgverzekeraar....". . Voor niet alle zorgsoorten zijn al declaraties 2020 gedeclareerd, terwijl ze wel geleverd zijn. dat geldt bijvoorbeeld voor zorg die middels DBC's wordt bekostigd. In de Voorhang staat deze voorwaarden ook anders c.q. beter omschreven, verzoek daarbij aan te sluiten: "De prestatiebeschrijving voor de continuïteitsbijdrage is alleen in rekening te brengen op het moment dat er door de zorgaanbieder vóór de Corona-uitbraak ook daadwerkelijk zorg is geleverd aan verzekerden van de zorgverzekeraar of aan justitiabelen met een forensische zorgtitel. Ook de prestatiebeschrijving voor meerkosten kan alleen in rekening worden gebracht als er daadwerkelijk zorg is geleverd." • Voor de andere voorwaarde: "De prestatiebeschrijvingen kunnen alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een afspraak is gemaakt tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar", geldt dat er een schriftelijke overeenkomst moet zijn tussen de zorgaanbieder en de ziektekosten verzekeraar. <p><i>De volgende tekst is opgenomen in de toelichting bij artikel 4: De terugloop van de omzet wordt in beginsel bepaald door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t-1. De prestatie continuïteitsbijdrage kan, indien wordt voldaan aan de genoemde voorwaarden, met ingang van 1 maart 2020 in rekening worden gebracht. Ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders maken, voor zover mogelijk, afspraken over de verrekening van de continuïteitsbijdrage met de productie gedurende de maanden dat deze van toepassing is en met de eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Deze verrekening is van belang in verband met de beheersing van de kosten.</i></p> <p>Voorgesteld wordt deze alinea eruit te halen, omdat de bijdragen verschillend bepaald kan worden en de referentieperiodes nog niet vast staan. Als de NZA toch iets op wil</p>	<p>toeslag (in een totaalbedrag) op de zorgprestaties die wel geleverd worden, in plaats van een vergoed voor zorg die niet geleverd wordt.</p> <p>De prestatiebeschrijving continuïteitsbijdrage kan alleen in rekening worden gebracht indien er één of meerdere zorgprestaties geleverd zijn in 2020 aan verzekerden van de ziektekostenverzekeraar of aan justitiabelen met een forensische titel. In deze voorwaarde is verwijderd dat die zorg ook al in 2020 moet zijn gedeclareerd. De voorwaarde heeft te maken met het feit dat de continuïteitsbijdrage formeel een toeslag is op zorg die (wel) geleverd is. Dat is nodig omdat NZa geen prestatie/tarief kan vaststellen voor niet-geleverde zorg. Ziektekostenverzekeraars kunnen daarnaast zelf in hun voorwaarden stellen dat ook voor de coronacrisis al zorg moet zijn geleverd (met waar nodig maatwerk in na te noemen situatie). Die eis hebben wij niet generiek opgenomen, omdat het mogelijk zo kan zijn dat een zorgaanbieder pas in bijv. januari 2020 op de markt is gekomen, nog geen zorg had geleverd aan verzekerden van een bepaalde ziektekostenverzekeraar in de maanden voor de coronacrisis, maar wel nodig is om aan de zorgplicht te kunnen voldoen.</p> <p>De prestatiebeschrijvingen kunnen alleen in rekening worden gebracht als hiervoor een schriftelijke afspraak is gemaakt tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar. Het woord schriftelijk hebben we n.a.v. uw reactie toegevoegd.</p> <p>De zin over de wijze waarop de terugloop</p>
--	--	---	---

		<p>nemen dat voorstel voor de volgende formulering: <i>De terugloop van de omzet wordt in beginsel bepaald door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de omzet in een representatieve periode</i></p> <p>In de beleidsregels staat bovenaan blz. 6: Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het <u>declaratieportaal</u> voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector.</p> <p>Deze zin is afkomstig uit de voorhang, waarin ook gesproken wordt van het declaratieportaal. Het betreft echter het zorginkoopportaal.</p>	<p>van de omzet wordt bepaald hebben wij verwijderd uit de toelichting.</p> <p>Declaratieportaal is aangepast in zorginkoopportaal</p>
	<p>Meerkosten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notitie BLz. 5: Meerkosten <ul style="list-style-type: none"> ○ Wij hebben twijfels of we enerzijds de uitsplitsing naar de kostentypen op moeten nemen in de memo en anderzijds of we deze nu al moeten voorzien van een detaillering. Punt komt immers uit een memo die nog onderhanden is binnen VWS. Definieren van de posten moet wat ons betreft ook gebeuren samen met het veld. ○ Indien het toch blijft staan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Onder 1. Staat : “Kosten van directe zorg aan corona patiënten, voor verzekerde zorg hieronder vallen alle kosten die direct gelinkt zijn aan de zorg voor corona patiënten, zoals de IC verpleegdagen en verpleegdagen ziekenhuis algemeen of in de wijkverpleging en huisartsenzorg als deze corona patiënten verplegen. Dit kan zowel vanuit een integrale benadering worden gedaan (kosten IC dagen en verpleegdagen ziekenhuis op basis van DBCs) of vanuit een andere wijze (nader uit te werken). Hangt ook af van hoe er met de andere kosten soorten wordt omgegaan”. Als hier wordt bedoeld dat niet meer de normale zorgproducten gedeclareerd gaan worden maar dat de prestatie extra kosten moet worden gebruikt, vinden wij dat ongewenst. Volgens ons is daar de prestatie meerkosten niet voor bedoeld. We willen zeker niet het normale registratie en declaratieverkeer verstoren. Wat we voor de gewone productie willen is dat het herkenbaar is als Coronaproductie, zodat we wel de totale kosten in beeld kunnen krijgen. Of wordt hier bedoeld de meerkosten 	<p>In de toelichting is toegevoegd dat ook voor de meerkosten geldt dat nut en noodzaak goed moeten worden afgewogen en dat daar waar sprake is van minderkosten deze mede in de afrekening van de meerkosten worden betrokken. Alsmede dat het in de rede ligt dat dit soort zaken ook een plek krijgt in de afspraken die ziektekostenverzekeraars maken met zorgaanbieders.</p> <p>U geeft aan dat u signalen ontvangt dat in de uitvoering het lastig is om een onderscheid te maken tussen de kosten van leegstand die onder de continuïteitsbijdrage en die onder de meerkosten vallen. Wij wijzen erop dat wij n.a.v. een van uw andere opmerkingen de volgende passage hebben verwijderd uit de toelichting bij de beleidsregel: ‘Wanneer er geen aanwijzing van de aangewezen organisaties aan ten grondslag ligt, vallen deze kosten onder de inkomstenderving welke vergoed kan worden met de continuïteitsbijdrage.’</p> <p>U geeft aan “Verder staat onder het kopje meerkosten: ”Wanneer zorgaanbieders op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties kosten (...). In welke vorm moet dit verzoek zijn, het zou een schriftelijk vastgelegd verzoek</p>

			<p>boven een reguliere prestatie, bv IC? Graag dit verduidelijken en aanpassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toevoegen voor directe zorg aan patiënten: waar mogelijk zoveel mogelijk aansluiten bij de reguliere registratie en declaratievereisten conform de DBC systematiek indien van toepassing. <p>Kosten die samenhangen met de directe zorg aan corona patiënten: De duurdere beschermingsmaterialen als gevolg van de schaarste en daardoor hogere kostprijs vallen onder de regeling van VWS. Meerkosten zijn die kosten die tegen de geldende reguliere tarieven vergoed worden. De kosten voor personeel moet wel scherper neergezet worden, inclusief de te bepalen kosten. Rekening moet worden gehouden met personeel dat vanaf andere afdelingen wordt ingezet (niet extra vergoeding als deze in de DBC zitten). Verzuim van personeel zijn ook geen meerkosten. Extra ingezet personeel moet van bepaald worden via welke regeling deze ingestroomd zijn en of deze niet op een andere manier al bekostigd zijn.</p> <p>De kosten van extra zorgcapaciteit moet vergelijkbaar met de beleidsregel staan dat het gaat om een verzoek van de ROAZ en daarbij de toevoeging dat het gaat om een schriftelijk verzoek. Overige extra capaciteit op initiatief van de regio (MECC, AHOY) zijn uitgesloten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indien er nu een duiding wordt gegeven van de meerkosten zien wij ook graag dat de kosten van repatriëring na overlijden (overleden Nederlandse patiënten op IC Duitsland) opgenomen worden onder de meerkosten. • Blz. 6: Nu wordt gesuggereerd dat de gemaakte opsplitsing ook zo verantwoord moeten worden door zorgverzekeraars. Graag verduidelijking waarom deze splitsing en wat daarbij verwacht wordt van partijen in het kader van verantwoording, voor zover de splitsing überhaupt mogelijk is. <p>Artikel 4 Prestatiebeschrijvingen (concept beleidsregel)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij de meerkosten wordt gesproken over extra en meerkosten. Wat ontbreekt is dat 	<p>moeten zijn.” Ziektekostenverzekeraars kunnen in hun afspraken met zorgaanbieders over het kunnen declareren van de prestatie nader invullen welke eisen aan de vorm van het verzoek worden gesteld. Van belang is voorts dat ook nog een alternatief is opgenomen in de beleidsregel voor het geval zo’n (expliciet) verzoek er niet is, maar het wel is gebeurd op grond van afstemming in ROAZ-verband. Wij verwijzen in dit kader naar de (toelichting) bij de beleidsregel.</p> <p>U geeft aan: ‘Bij de meerkosten is aangegeven dat het gaat om kosten die op patiënt niveau mogelijk ook gedeclareerd kunnen worden maar niet toereikend zijn. Hoe moet dat gecontroleerd worden?’ U kunt hierover in de contractering afspraken maken/eisen stellen. Mocht u hierover nader van gedachten willen wisselen met de NZa, dan kunt u met ons contact opnemen.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetzijden en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>T.a.v. uw opmerkingen bij de passage over dubbele bekostiging: Wlz-zorg is toegevoegd conform uw voorstel. In de toelichting is</p>
--	--	--	---	--

			<p>er ook minder kosten kunnen zijn. Dit moet ook in ogenschouw genomen worden.</p> <p>Artikel 4 In de toelichting is het volgende opgenomen: <i>Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor patiënten die besmet zijn met het SARS-CoV-2 virus. Deze kosten worden betrokken bij de prestatiebeschrijving voor meerkosten.</i></p> <p>Er wordt door de NZa een splitsing gemaakt in de kosten van leegstand. Als dit gebeurt op basis van instructie van ROAZ ed. dan zijn het extra kosten en anders valt het onder de continuïteitsbijdrage.</p> <p>Wij ontvangen signalen dat in de uitvoering het lastig is om een onderscheid te maken. Bij de verdere uitwerking moeten we dus wel nog mogelijkheden hebben hoe hier mee om te gaan.</p> <p>Bij het kopje meerkosten, willen we het volgende meegeven. Hoe zorgen we voor een goede scheiding? Hoe moet uit de boeken van de zorgaanbieders blijken wat kosten zijn die te relateren zijn aan de coronacrisis, en welke reguliere kosten zijn. Pak het voorbeeld van de IC. Welke kosten rekenen we toe aan een reguliere hartpatiënt (DBC) op de IC en welke slaan op de IC t.b.v. de corona-patiënten. Zelfde geldt voor de ELV (als voorbeeld, zijn er meerdere), of de eerste-lijns-labs. Soms is het reguliere zorg, soms corona-zorg. Hoe krijgen we het inzicht?</p> <p>Verder staat onder het kopje meerkosten:” Wanneer zorgaanbieders op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties kosten. “Welke organisaties betreffen dit, dit is niet duidelijk genoeg. In welke vorm moet dit verzoek zijn, het zou een schriftelijk vastgelegd verzoek moeten zijn.</p> <p>Wanneer er geen aanwijzing van de aangewezen organisaties aan ten grondslag ligt, vallen deze kosten onder de inkomstenderving welke vergoed kan worden met de continuïteitsbijdrage. Dit klopt niet. In de prestatiebeschrijving van de continuïteitsbijdrage wordt aangegeven dat de “kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor patiënten” niet onder deze prestatie vallen. Echter als er een aanwijzing is van een aangegeven organisatie, dan vallen die onder de meerkosten en hier wordt gesteld dat deze als er geen aanwijzing is dat deze onder de continuïteitsbijdrage vallen. Zonder een aanwijzing en wel extra capaciteit reserveren valt niet onder een van beide prestaties. De huidige formulering, die weliswaar ook opgenomen staat in de voorhang is niet duidelijk en mogelijk ook niet goed uitvoerbaar.</p>	<p>toegevoegd dat ook gekeken moet worden naar minderkosten, en dat in de rede ligt dat dit wordt betrokken in de te maken afspraken.</p> <p>De volgende passage hebben wij n.a.v. uw opmerking verwijderd uit de toelichting bij de beleidsregel: ‘Wanneer er geen aanwijzing van de aangewezen organisaties aan ten grondslag ligt, vallen deze kosten onder de inkomstenderving welke vergoed kan worden met de continuïteitsbijdrage.’</p> <p>Wat betreft de ‘andere daartoe aangewezen organisaties’ volgen wij de aanwijzing van de minister.</p> <p>Uw genoemde voorstel hebben wij niet verwerkt in artikel 4 van de nadere regel, nu in de beleidsregel een alternatief is opgenomen voor het geval dat er geen expliciet verzoek is. Dit maakt dat het passender is dat zorgverzekeraars zelf in hun afspraken met aanbieders opnemen hoe e.e.a. in de administratie moet worden vastgelegd.</p>
--	--	--	---	--

			<p>Bij de meerkosten is aangegeven dat het gaat om kosten die op patiënt niveau mogelijk ook gedeclareerd kunnen worden maar niet toereikend zijn. Hoe moet dat gecontroleerd worden?</p> <p>In de toelichting staat: <i>Dubbele bekostiging moet worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening kunnen worden gebracht, mogen niet via deze prestatiebeschrijvingen worden gedeclareerd (behoudens voor zover deze kosten ook kunnen vallen onder de prestaties voor de continuïteitsbijdrage of meerkosten).</i></p> <p>Zoals eerder aangegeven wordt niet gesproken over minderkosten, wel over extra kosten en meerkosten. De tekst inzake dubbele bekostiging dekt dit punt niet af. Verzoek dus in de stukken ook op te nemen dat er gekeken dient te worden naar het wegvallen van kosten elders. Tevens moet bij dubbele bekostiging niet alleen gekeken naar dubbele bekostiging binnen de ZVw, maar ook tussen ZWv en WLZ.</p> <p>Ad. C. Nadere Regel Artikel 4 Administratie- en registratievereisten Artikel moet in lijn zijn met de BR, zie Artikel 4.2 van de NR: hieraan toevoegen dat uit de administratie moet ook blijken dat de meerkosten gemaakt zijn op aanwijzing van de ROAZ/ROAZ als het gaat om extra beschikbaar hebben of houden van extra capaciteit. Dat is namelijk dan in overeenstemming met de beleidsregel.</p>	
VWS	20-04-2020	Algemeen	<p>Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Graag de term doorlopende kosten hanteren i.p.v. vaste kosten (zie eerste opmerking beleidsregel). • Wij snappen dat de Beleidsregel niet duidelijk maakt hoe moet worden omgegaan met gebruik reguliere prestaties en tarieven, in de notie wordt hier wel wat over gemeld. Wij willen wel jullie aandacht vragen voor het verwerking van eventuele extra regels voor de registratie (eventueel achteraf) van deze kosten zodanig dat ze apart kunnen worden geïdentificeerd als coronakosten. Dit is immers kostensoort 1 en van belang ten behoeve van de catastrofereregeling. • Graag zien wij een verduidelijking of/wanneer een aanbieder zowel continuïteitsbijdrage als meerkosten kan declareren. Op blz. 4 onder Algemeen lijkt het een kwestie van of/of (of continuïteitsbijdrage of meerkosten). In de NZa-notitie wordt op blz. 5 onder 3 wel aangegeven dat declaratie meerkosten en declaratie continuïteitsbijdrage mogelijk is. • Naamgeving beleidsregel en nadere regeling is niet consistent (SARS-COV-2-virus en Coronavirus) 	<p>De term doorlopende kosten is overgenomen.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetzijding en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastrofereregeling en de meerkosten die in die categorieën vallen. Deze reactie is ook relevant voor uw opmerkingen bij pag. 5 en 6 van de notitie. Op de vraag over de 'andere</p>

		<p>Notitie</p> <p>Blz. 3 halverwege: “De reikwijdte van deze regeling is zoals gezegd breed en omvat ook sectoren waarvoor aparte regelingen zijn opgetuigd en individuele aanbieders waarmee zorgverzekeraars al aparte afspraken hebben gemaakt.” Wat betekent dat voor dergelijke aparte regelingen en afspraken?</p> <p>Pagina 3 eerste streepje (over groepen zorgaanbieders waaraan normaliter geen vooruitbetalingen worden gedaan, en zorgaanbieders waarmee geen zorgovereenkomst voor 2020 was gesloten): moet hier niet onderscheid zvw/niet-zvw ook gemaakt worden. Zou NZa apart registratievoorschrift moeten opnemen voor dit onderscheid?</p> <p>Blz. 5, Meerkosten: De reguliere prestaties (kostensoort 1) worden hier onder “meerkosten” geschaard, maar dat is feitelijk niet juist. Ze vallen onder de kosten corona, maar kunnen niet onder de nieuwe “meerkosten” prestatie worden geschaard, dan immers dubbele betaling plaats, dat willen we juist voorkomen. Dit wordt ook verder in de tekst onder andere blz. 6 specificeren meerkosten doorgevoerd.</p> <p>Pagina 5 punten 3 en 4: Kan hier al een lijst worden opgenomen van organisaties/overlegvormen die hierover mogen beslissen?</p> <p>Blz. 5: meerkosten type 4: Volgens ons gaat het hier NIET om kosten die gedeclareerd worden voor coronapatiënten, denk aan bevallingen in een bevalhotel. Graag verduidelijken dat het hierbij gaat om de kosten die, toevalligerwijs in rekening gebracht op een andere locatie dan gebruikelijk, maar die zelf niets met corona te maken hebben. Deze kosten komen NIET onder de nieuwe prestatie “meerkosten”, het inrichten van het bevalhotel WEL.</p> <p>Blz. 6: aandachtspunten, specificeren meerkosten naar kostensoorten: Is dit noodzakelijk? Wij vinden dit niet strikt noodzakelijk en in het kader van de administratieve lasten is dit wellicht minder wenselijk. Er zijn voorwaarden om deze kosten in rekening te mogen brengen, dus er kan op gecontroleerd worden (dan moet er bijv. een ROAZ besluit terug te vinden zijn) door verzekeraars ihkv materiële controle. Aan de andere kant het wel handig zijn om uniforme eisen te stellen, zodat dit niet van verzekeraars tot verzekeraar verschilt. Wij zijn benieuwd naar de rest van de input op de consultatie.</p> <p>Beleidsregel (BR)</p> <p>Blz. 2, bovenaan. Er staat in art.2 “tijdelijke”, daar zijn we blij mee. We missen echter in de beleidsregel een einddatum en/of een beschrijving over hoe en door wie een eventuele verlenging tot stand komt.</p>	<p>daartoe aangewezen organisaties’ hebben we nog geen antwoord ontvangen.</p> <p>Het algemeen deel van de toelichting is aangepast, om beter uit te drukken dat een zorgaanbieder (indien aan de voorwaarden is voldaan) zowel de continuïteitsbijdrage als de meerkostenprestatie kan declareren. Uw opmerking m.b.t. de naamgeving is verwerkt.</p> <p>Uw eerste opmerking bij de notitie is verhelderd in de toelichting bij de beleidsregel.</p> <p>Uw tweede opmerking over vooruitbetaling betreft een aandachtspunt voor de uitvoering door ziektekosten-verzekeraars. De betreffende passage hebben we geschrapt.</p> <p>N.av. de opmerkingen bij de beleidsregel omtrent de einddatum hebben wij verwerkt in de toelichting. Ook de overige opmerkingen bij de beleidsregel zijn verwerkt.</p>
--	--	--	--

		<p>Blz. 2, bovenaan, artikel 2 Doel: waarom benadrukken dat het is om een <u>sectoroverstijgende</u> bekostigingsbasis te creëren?</p> <p>Blz. 2, art. 3: Wlz is uitgezonderd, dat blijkt ook wel uit de tekst door het niet op te nemen, maar wellicht in toelichting/elders nog beter herkenbaar te maken?</p> <p>Blz. 6, Er staat: “Dubbele bekostiging [...] (behoudens voor zover deze kosten ook kunnen vallen onder de prestaties voor de continuïteitsbijdrage of meerkosten).” De tekst tussen haakjes is verwarrend. Wordt bedoeld dat het erom gaat dat kosten niet <i>feitelijk</i> op twee manieren mogen worden gedeclareerd, maar dat ze òf op de ene òf op de andere manier gedeclareerd moeten worden?</p> <p><u>Voorste!</u>: tekst tussen haakjes schrappen en de eerste zin in de alinea als volgt aanpassen: “Dubbele bekostiging moet worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening kunnen worden gebracht, mogen niet via deze prestatiebeschrijvingen worden gedeclareerd.”</p> <p>Blz. 6, Er staat: “Deze beleidsregel heeft nog geen einddatum omdat op het moment van vaststellen van deze beleidsregel nog niet bekend is wanneer deze beleidsregel kan worden beëindigd.” Ik ben blij met op deze manier concreter maken dat de beleidsregel een tijdelijke is. Is het mogelijk om hier iets meer tekst toe te voegen wanneer en hoe en wie de einddatum beslist? De minister? De NZa?</p> <p>Blz. 6, vierde alinea: Is het nodig om de betreffende rijksregelingen te noemen? Maakt de regeling kwetsbaar voor aanpassingen in het rijksbrede steunpakket. Inmiddels is namelijk ook TOGS voor een deel van de zorgaanbieders opengesteld. (Zie de zorgsectoren helemaal aan het eind van de lijst in de bijlage bij Kamerstuk 35420, nr. 16 (brief van 7 april): https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z06352&id=2020D13456)</p>	
	<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p>Beleidsregel (BR)</p> <p>Blz. 1, artikel 1.h. Er staat “vaste kosten”. De voorhangbrief spreekt van “doorlopende kosten, zoals...” Voortel om in art 1.h., maar ook overal, dus ook in art 4 en de toelichting de woorden “doorlopende kosten” te gebruiken als overkoepelend begrip.</p> <p>Op blz. 5 bovenaan staat: “De terugloop van de omzet wordt in beginsel bepaald door de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t te vergelijken met de gedeclareerde omzet van de zorgaanbieder in het jaar t-1.” Waarom hier zo specifiek iets over opnemen?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De continuïteitsbijdrage is volgens art. 4 bedoeld om onderdekking van productieonafhankelijke kosten in rekening te brengen, dat is niet per definitie 	<p>N.a.v. uw opmerkingen bij de beleidsregel t.a.v. de continuïteitsbijdrage, hebben wij de beleidsregel of de toelichting daarbij waar nodig aangepast/ verduidelijkt.</p> <p>De vereisten in de nadere regel zijn algemeen geformuleerd, omdat de NZa het van belang acht dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en</p>

		<p>hetzelfde als een terugloop in de omzet.</p> <ul style="list-style-type: none"> Deze zin lijkt de flexibiliteit verminderen om tot passende afspraken te komen. ZN heeft aangegeven de omzet te willen betrekken bij de bepaling van de continuïteitsbijdrage, maar in voorkomende gevallen kan het dan soms wellicht zinvoller zijn te kijken naar in het contract voor jaar t afgesproken omzet dan naar de omzet in jaar t-1. <p><u>Voorstel</u>: deze zin schrappen.</p> <p>Op blz. 5, aan het eind van de 1^e alinea staat: <i>“Ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders maken, voor zover mogelijk, afspraken over de verrekening van de continuïteitsbijdrage met [...] de eventuele hogere productie als gevolg van inhaaleffecten daarna. Deze verrekening is van belang in verband met de beheersing van de kosten.”</i></p> <p>Twee opmerkingen hierbij:</p> <ul style="list-style-type: none"> In de motivering “beheersing van kosten” kan ten onrechte een bezuinigingsmotief gelezen worden. Het motief van de verrekening met inhaaleffecten is meer specifiek om <i>dubbele declaratie van kosten</i> te voorkomen (het dient om te voorkomen dat 2x een vergoeding voor dezelfde vaste of doorlopende kosten wordt ontvangen). Relevante randvoorwaarde is dat de verrekening er niet toe leidt dat het wegwerken van wachtlijsten achteraf niet meer kostendekkend kan plaatsvinden/ wordt ontmoedigd, anders ontstaat er een spanning met de zorgplicht. De verrekening mag ook een eventuele uitbreiding van de capaciteit die daarvoor nodig is niet in de weg staan. <p><u>Voorstel</u> deze tekst verduidelijken, bijv. door er iets van te maken als: <i>“Deze verrekening is van belang om dubbele declaratie van kosten te voorkomen, maar mag er niet toe leiden dat het wegwerken van wachtlijsten niet meer kostendekkend kan plaatsvinden.”</i></p> <p>Regeling (NR) Pagina 1, art 4: Wij missen hier de registratievereisten voor de continuïteitsbijdrage, maar ook de registratievereisten voor het onderscheid tussen BV en AV. Bovendien zou hier zou ook de verrekening met inhaalzorg opgenomen moeten worden lijkt ons. Dit onderwerp staat wel in de begeleidende NZa-notitie</p>	<p>casuïstiek rondom omzetsderving en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>T.a.v. uw opmerking over het verwerken van de verrekening met inhaalzorg in de nadere regel: dat hebben we niet gedaan omdat de nadere regel over registratie en administratie gaat. Ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hier, i.v.m. de nodige ruimte voor maatwerk, zelf nadere invulling aan geven via de contractering.</p>
	<p>Meerkosten</p>	<p>Beleidsregel (BR) Blz 2, art. 4, ad 1: kosten die niet via andere prestaties & tarieven in rekening zijn gebracht, om dubbele betaling te voorkomen (via continuïteit en bijv. meerkosten. Reguliere prestaties lijken wel voldoende helder, maar meerkosten zou ook nog kunnen als dubbeling).</p> <p>Blz. 4. Toelichting op art 4, onderaan pagina. Er staat “Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor patiënten die besmet zijn met het SARS-CoV-2 virus.” Ik mis hier de beperking tot “volgens uit een</p>	<p>‘Reguliere’ is verwijderd n.a.v. eerstgenoemde opmerking bij de beleidsregel. De tweede opmerking is ook verwerkt, waarbij we hebben aangesloten bij de formulering in de aanwijzing. Daarbij is ook een alternatief opgenomen voor het geval er geen expliciet verzoek is maar de kosten wel onder de prestatie moeten vallen omdat het op grond van afstemming in</p>

			<p>besluit van een bevoegd orgaan als ROAZ.” Ik stel voor exact dezelfde bewoording te kiezen die we overwegen voor de beleidsregel catastrofereregeling. Ik heb die niet paraat nu, maar ik stel mij voor dat de zin dan ongeveer komt te luiden: “Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van een expliciet besluit van een bevoegd orgaan zoals het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties om capaciteit beschikbaar te houden ten behoeve van naar verwachting binnenkort toe te stromen patiënten die besmet zijn met het SARS-CoV-2 virus.” Dit sluit ook aan bij de formulering op p5.</p> <p>Blz. 5, meerkosten. Hier staat: <i>“Het kan hier gaan om meerkosten die bijvoorbeeld samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen.”</i> Wellicht kan (cf. de voorhangbrief) ook nog als voorbeeld worden toegevoegd: <i>“Daarnaast vallen hier ook kosten onder die gemaakt moeten worden om bijvoorbeeld patiëntenstromen goed te scheiden.”</i></p> <p>Blz. 5, meerkosten, Er staat: <i>“inclusief de zorgcapaciteit die extra gecreëerd is voor zorg in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus.”</i> Volgens ons gaat het hier zowel om de zorg die extra gecreëerd is voor coronapatiënten als voor niet-coronapatiënten, maar wel met het idee dat er dan in het ziekenhuis meer ruimte is (en minder besmettingsgevaar) voor coronapatiënten (zoals de bevalhotels). Graag expliciteren.</p>	<p>ROAZ-verband is gebeurd.</p> <p>Het voorbeeld omtrent het scheiden van patiëntenstromen hebben wij overgenomen.</p> <p>Met het oog op uw laatste opmerking hebben we in de beleidsregel aansluiting gezocht bij de tekst van de aanwijzing, die luidt: ‘Deze prestatiebeschrijving kan ook in rekening worden gebracht voor zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor coronapatiënten, en extra gecreëerde zorgcapaciteit voor coronazorg, als dit op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties is gebeurd.’ Met daarbij de hierboven genoemde toevoeging (c.q. de passage ‘of op grond van afstemming in ROAZ-verband’). Wat u stelt over het voorbeeld van de bevalhotels, delen wij. Dus inderdaad, die kosten vallen onder de meerkosten. Dit valt onder bovenstaande formulering in de beleidsregel, vanwege het woordje ‘ook’.</p>
ZiNL	20-04-2020	Algemeen	<p>Het Zorginstituut is nauw betrokken geweest bij de vormgeving van deze stukken. In algemene termen kunnen wij instemmen met de aanpak en oplossingsrichting. Onze opmerkingen betreffen geen fundamentele punten, maar hebben betrekking op details en/of willen een accent aangeven of aandacht vragen voor bijzondere situaties (zonder op voorhand te willen pretenderen volledig te zijn).</p> <p>Ter verduidelijking/toetsing:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Koppeling aan pandemie en looptijd tot eind 2021.</i> De prestaties zijn gemaakt voor de aan corona te wijten kosten of verminderde productie/omzet/vaste kosten. Er is een absoluut einde per eind 2021 voor deze prestaties. Als gevolg van een coronabesmetting is het zeer wel mogelijk dat er een (zeer) langdurige periode van revalidatie nodig is. Gaan deze kosten vallen onder corona gerelateerde kosten (meerkostensoort 1), ook al is de pandemie (in Nederland) teneinde? Zo ja, als de behandeling nog na eind 2021 voortduurt, waar gaan die alsdan onder vallen? 3. <i>Eigen risico</i> Er wordt in de NZa stukken niet gemeld dat het Eigen risico van de verzekerden 	<p>Ad 2.: Het klopt dat in de aanwijzing een einddatum is opgenomen van 31 december 2021. Dit heeft te maken met de looptijd van de catastrofereregeling, die ziet op 2020 en 2021. Binnen VWS zal naar wij begrepen ook nagedacht gaan worden over hoe om te gaan met kosten in 2022. Mogelijk zal hier dan een nieuwe aanwijzing van de minister van VWS voor nodig zijn.</p> <p>Ad 3: De uitzondering op het eigen risico is toegevoegd aan de beleidsregel.</p> <p>Ad 5: Voor deze vraag verwijzen wij u door naar de ziektekostenverzekeraars/ZN.</p> <p>Ad 6. De NZa acht het van belang dat</p>

			<p>door deze prestaties niet zullen worden geraakt. Het lijkt raadzaam om dat ook ergens op te nemen (bijv. in de Beleidsregel). Wellicht kan in de toelichting worden gemeld dat het eigen risico wel wordt geraakt, indien er wel een reguliere prestatie wordt geleverd, de kosten daarvoor individueel zijn bepaald en via de gebruikelijke prestatie wordt gedeclareerd. Dit is immers van belang voor de verwerking door de zorgverzekeraars.</p> <p>5. <i>Nederlandse verzekerden in het buitenland en buitenlandse verzekerden in Nederland</i> Welke kosten van buitenlanders, die in Nederland zorg krijgen, worden verhaald op de buitenlandse zorgverzekeraars? En omgekeerd: welke buitenlandse zorgkosten van Nederlandse corona patiënten worden wel/niet via deze prestaties meegenomen?</p> <p>6. <i>Onderscheid van meerkosten en continuïteitsbijdrage</i> Voor het Zorginstituut is het onderscheid naar de aparte (vijf) meerkostensoorten en de continuïteitsbijdrage belangrijk. De NZa geeft een tweetal opties aan (afspraken maken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders of voorschrift vanuit de NZa voor zorgaanbieders). Het Zorginstituut streeft naar een consistente (marktbrede) uitvoering van de identificatie van de verschillende kostensoorten. Een voorschrift van de NZa maakt uniformering op voorhand mogelijk en draagt bij aan de mogelijkheid tot betere handhaving. Afspraken maken tussen partijen maakt het mogelijk om naast uniformering ook in te spelen op niet bedachte c.q. onvoorziene situaties en lijkt wellicht flexibeler.</p> <p>Het Zorginstituut heeft vanwege consistentie/uniformiteit de voorkeur voor een door de NZa opgesteld voorschrift, waarbij naast de 'letter' ook de 'geest' van het voorschrift in gedachten moet worden gehouden.</p> <p>Aanvullende punt:</p> <p>7. <i>Impact van alternatieve oplossingen op verzekerde zorg.</i> Het Zorginstituut ziet dat alternatieve vormen van zorg worden gegeven (zoals e-health toepassingen) die voor nu het meest haalbaar zijn en dat die bovendien nu worden aangemerkt als verzekerde zorg, ongeacht of bewezen/aangetoond is of deze verleende zorg (even) effectief is als reguliere verzekerde zorg die onder normale omstandigheden zou zijn geleverd. Deze alternatieven worden nu voorlopig wel als verzekerde zorg gezien. Het Zorginstituut oriënteert zich nu op de wenselijkheid en mogelijkheid om "criteria" te (laten) formuleren om deze alternatieven systematisch en gecontroleerd te laten vallen onder verzekerde zorg. Dit vraagt meedenken van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een paar medewerkers van het Zorginstituut is daar nu mee gestart.</p>	<p>(brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
--	--	--	--	---

		Continuïteitsbijdrage	Ter verduidelijking/toetsing: 8. <i>Focus op vaste kosten</i> Is duidelijk in hoeverre de aanduiding ‘vaste kosten’ voldoende dekking biedt voor inhuur van zorgverleners via bijv. maatschappen of uitzendbureaus?	In de beleidsregel is het begrip vaste kosten vervangen door doorlopende kosten. Dit zijn kosten die ondanks een daling in de productie blijven doorlopen. De honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten kunnen bijvoorbeeld in principe onder de doorlopende kosten worden geschaard.
		Meerkosten	Ter verduidelijking/toetsing: 9. <i>Het testen van eigen personeel op Corona.</i> Kan de NZa expliciet aangeven dat het testen van eigen personeel onder de meerkosten van corona valt (vergelijkbaar met extra beschermende middelen voor de uitvoering van de zorg [meerkostensoort 2])?	In beginsel vallen deze kosten onder de meerkosten. Verder verwijzen we naar ad 6. hierboven.
VGN	20-04-2020	Algemeen	<p>Het is van groot belang dat er snel duidelijkheid komt voor de zorgaanbieders in alle domeinen over de vergoeding van omzetsderving en de vergoeding van extra kosten in verband met de corona-uitbraak.</p> <p>De zorgaanbieders die binnen de gehandicaptensector vooral veel zorg leveren via de Zvw zijn de aanbieders van zorg voor zintuigelijke beperkingen (ZG). Aangezien de ZG-aanbieders voor een groot deel van hun omzet afhankelijk zijn van de Zvw, is het zeer urgent dat er snel duidelijkheid komt over met name de continuïteitsbijdrage. De ZG-sector (zijnde VIVIS en SIAC) komt met een eigen schrijven als reactie op de conceptregelgeving (Beleidsregel en Nadere regel) continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het coronavirus. Als VGN ondersteunen wij deze reactie.</p> <p>Daarnaast valt de zorg van AVG-artsen aan niet Wlz-cliënten sinds dit jaar onder de Zvw (GZSP) en leveren zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg soms ook andere vormen van Zvw-zorg. De voorliggende regelingen gelden ook voor de forensische zorg. Onze opmerkingen hebben daarop ook betrekking.</p> <p><i>Algemeen</i> De VGN heeft als uitgangspunten bij de regelingen dat ze zo eenvoudig mogelijk en met zo weinig mogelijk extra administratieve belasting en verantwoording zijn voor de zorgaanbieders. Daarbij is uniformiteit in de uitvoering, zowel binnen elk domein, als tussen de domeinen van groot belang, omdat veel zorgaanbieders in de gehandicaptensector te maken hebben met de verschillende domeinen. Voor de beleidsregel en regeling corona Zvw betekent dit, dat de zorgverzekeraars deze uniform moeten uitvoeren en dat de regelingen zoveel mogelijk in lijn met de regelingen in de andere domeinen zijn.</p>	In de voorhangbrief van de minister is aangegeven dat een zo veel mogelijk uniforme methode wordt gehanteerd door ziektekostenverzekeraars, waarbij de administratieve lasten zo laag mogelijk zijn. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven hiervoor gebruik te willen maken van het zorginkoopportaal voor zorgaanbieders, VECOZO, en zo veel als mogelijk standaardcontracten te zullen hanteren per sector. Uw aandachtspunten hierbij en t.a.v. overige aspecten in uw reactie m.b.t. de uitvoering, kunt u neerleggen bij ziektekostenverzekeraars/ZN, voor zover nog niet gedaan. Wij zullen die – voor zover dit met u is afgestemd - ook bij ziektekostenverzekeraars/ZN onder de aandacht brengen middels publicatie/toezending per circulaire van de reacties uit de consultatie.
		Continuïteitsbijdrage	We zien dat de <i>continuïteitsbijdrage</i> een andere vorm van vergoeding van omzetsderving is dan in de Wlz en het sociaal domein wordt gehanteerd. De continuïteitsbijdrage in de Zvw is een toeslag voor de vaste kosten die per sector wordt vastgesteld. Aangezien nog	De genoemde passage in de toelichting over hoe de omzetsderving kan worden bepaald, hebben wij geschrapt. Zorgaanbieders en

			<p>niet duidelijk is wat de hoogte van deze toeslag per sector is, is de impact moeilijk te bepalen en te vergelijken met de andere domeinen. Ook de periode waarmee wordt vergeleken voor de vaststelling van de bijdrage verschilt.</p> <p>Voor zorgaanbieders die te maken hebben met verschillende domeinen, vormt deze verschillende wijze van vergoeding een extra belasting voor de administratie en verantwoording.</p> <p>Daarnaast zien we dat bij de vaststelling van de continuïteitsbijdrage geen rekening wordt gehouden met geplande veranderingen in productie ten opzichte van het jaar 2019.</p> <p><i>Specifieke sectoren in de Zvw</i></p> <p>Voor de ZG sector verwijzen we u, zoals eerder aangegeven, naar de brief die VIVIS/SIAC zelf heeft opgesteld.</p> <p>Voor de GZSP zorg geldt dat deze vorig jaar niet onder de Zvw viel en er andere tarieven golden. Hierdoor kan de gedeclareerde omzet in t-1 niet als referentie gelden voor de continuïteitsbijdrage voor deze zorgsoort.</p>	<p>ziektekostenverzekeraars hebben de ruimte om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.</p>
		Meerkosten	<p>Wat betreft de regeling voor <i>extra kosten</i> zien we dat deze nog weinig is uitgewerkt. In de Wlz regeling worden soorten van personele en materiele kosten genoemd die in ieder geval tot de extra kosten behoren. Het lijkt ons praktisch als hierbij in de Zvw wordt aangesloten. Verder valt op dat in de regeling Zvw niets wordt gezegd over de manier waarop de zorgaanbieders de extra kosten kunnen opgeven en hoe en wanneer deze worden vergoed.</p>	<p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzeterderving en extra kosten.</p> <p>Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
Actiz	21-04-2020	Algemeen	<p>Ten aanzien van de uitwerking hebben we evenwel fundamentele opmerkingen t.a.v. de effectiviteit en uitvoerbaarheid, mede in het licht van eerdere toezeggingen.</p> <p>In dit kader hebben we een reactie gestuurd aan VWS m.b.t. de bijbehorende voorhangbrief, aangezien wij van mening zijn dat die brief te veel beperkende voorwaarden stelt voor de uitwerking in de beleidsregel en nadere regel. Hierdoor komt de uitwerking niet tegemoet aan eerdere toezeggingen en dreigt de verantwoording van meerkosten en omzeterderving administratief buitengewoon complex te worden. Onze reactie is daarom een pro forma reactie in afwachting van de reactie van VWS.</p> <p>Een en ander roept ook het beeld op dat er met alle goede bedoelingen een regeling wordt opgesteld om meerkosten en omzeterderving in verband met de coronacrisis terug te brengen tot vaste categorieën binnen bestaande legitimatiekaders, die niet aansluiten op de complexiteit van de werkelijkheid bij zorgorganisaties als gevolg van de</p>	<p>Gestreefd is naar een regeling die ruimte laat aan zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar om e.e.a. nader uit te werken in de te maken afspraken. Daarbij is ook ruimte om zo veel mogelijk rekening te houden met de samenhang tussen de afzonderlijke vergoedingsregelingen voor sectoren en domeinen. Deze opzet van de regeling maakt ook dat we op dit moment geen noodzaak zien voor hardheidsclausules in de NZa-regelgeving, aangezien er veel ruimte is in de regelgeving om maatwerk af te spreken in de uitvoering.</p>

		<p>coronacrisis.</p> <p>Context: uitwerking conform toezeggingen en domeinoverstijgend</p> <p>Wij constateren dat er momenteel verschillende regelingen naast elkaar ontstaan voor de verschillende domeinen van Wlz en Zvw, waarnaast nog – voor onze leden relevant – de Wmo, Jeugdwet en Wet Publieke Gezondheid. Echter, het totale plaatje hiervan is er nog niet terwijl we wel onderdelen zien ontstaan, die niet zonder meer op elkaar aansluiten.</p> <p>Risico is dat hiermee een ingewikkeld stelsel van regelingen gaat ontstaan. Voor ons staat centraal dat deze regeling met name de meerkosten en omzetsderving moet <u>legitimeren</u>, zonder voor te schrijven hoe dat precies moet plaatsvinden.</p> <p>Dat vraagt tevens om een domeinoverstijgende aanpak, aangezien de effecten van de coronacrisis door alle zorgdomeinen heen loopt, waarbij meerkosten en omzetsderving uiteindelijk zo goed mogelijk toegerekend moeten gaan worden. Op zich is het begrijpelijk dat per financieringsstroom een compensatiekader wordt opgesteld, maar uiteindelijk zal op het totaal een evaluatie en afrekening moeten plaatsvinden, zodat voorkomen wordt dat er gaten vallen of dubbele vergoeding plaatsvindt. In dit kader is van belang dat deze beleidsregel in lijn moet liggen met de Covid-regel WLZ.</p> <p>Voor de uitvoering hiervan is ook nodig dat dit plaatsvindt met een representatiemodel zodat dit niet met alle financiers afzonderlijk besproken hoeft te worden, wat zowel voor zorgorganisaties als financiers een ondoenlijke opgave is.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belangrijk is dat afspraken via een representatiemodel gaan lopen, zodat elke zorgaanbieder met één zorgverzekeraar de afspraak maakt over het vrije tarief en de verdeling daarvan naar de diverse financiers en dat dit tevens domeinoverstijgend plaatsvindt. Daar zijn zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar erg bij geholpen. <p>Het lijkt ons bovendien belangrijk dat deze regeling in de uitvoering wordt voorzien van een escalatiemogelijkheid als zorgorganisatie en zorgverzekeraar het niet eens kunnen worden en een hardheidsclausule voor onvoorziene situaties, mede vanwege de hoge mate van onzekerheid/ onduidelijkheid die een crisis eigen is.</p>	<p>De Wlz kent een geheel eigen bekostigingssysteem, zodat een aparte uitwerking van de bekostiging voor coronakosten nodig is.</p> <p>ZN heeft aangegeven de uniformiteit te willen bevorderen en administratieve lasten zo veel mogelijk te willen beperken, o.m. door zo veel mogelijk te werken met standaard contracten per sector. Dat zou het mogelijk kunnen maken dat niet met elke verzekeraar apart hoeft te worden onderhandeld.</p>
	<p>Continuïteitsbijdrage</p>	<p>Reikwijdte</p> <p>De reikwijdte van de regeling schiet in onze ogen nog tekort:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als de zorgcontinuïteit leidend is, zijn de bankconvenanten met zorgorganisaties bepalend wat voldoende is. Dat is in de regel een klein positief 	<p>Voor de contouren van de regeling is NZa gehouden de aanwijzing van de minister te volgen. Dat is een gegeven voor de NZa en laat geen ruimte voor een fundamenteel andere opzet.</p> <p>We zien dat uw reactie een aantal</p>

		<p>saldo. Om die reden zullen naast de reguliere zorg en de categorieën meerkosten en omzetzerving bij deze laatste ook omzetzerving van overige (aan zorg gerelateerde) activiteiten meegenomen moeten worden zoals parkeren en restaurant. In dit licht moet ook het doel van de regeling aangescherpt worden (toelichting pag 4. BR): namelijk de financiële gevolgen <i>neutraliseren</i> in plaats van <i>zo veel mogelijk beperken</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daar hoort ook bij compensatie van derden (zoals in de Wlz regeling benoemd) om onze leveranciers (mede) overeind te houden. Onduidelijk is nu of dit hier onder valt. • Dit impliceert ook dat met betrekking tot de continuïteitsbijdrage alle omzetzerving (met aftrek van kostenreducties) meegenomen moet worden, dus niet een (sectoraal vastgesteld) percentage hiervan. Gelet op de beperkte marges lopen de verliezen dan al snel op. Uiteraard is het een verantwoordelijkheid van zorgorganisaties om (variabele) kosten – waar mogelijk – te reduceren. • Het helpt hierbij als duidelijk onderscheid gemaakt wordt in continuïteitsbijdrage als bekostiging/vergoeding voor omzetzerving en een regeling voor de bevoorschotting om liquiditeit op peil te houden. Ons beeld is dat deze twee elementen in de uitwerking door elkaar lopen. De bevoorschotting (in verband met omzetverlies) moet snel geregeld worden om financiële problemen / faillissementen te voorkomen; de bekostiging en verantwoording daarvan met betrekking tot de daadwerkelijke omzetzerving vraagt meer tijd om te komen tot betere uitwerking in het licht van alle gevolgen en alle regelingen en zal pas achteraf per zorgorganisatie definitief vastgesteld kunnen worden. • Verder staat nog in de toelichting van de NZa staat dat voor het deel dat niet wordt gecompenseerd een beroep kan worden gedaan op ToZo en NOW regeling. Dit gaat niet werken, omdat op deze wijze pas in 2021 blijkt dat de zorgorganisatie nu een beroep op Tozo of NOW had moeten doen. <p>Uitvoerbaarheid</p> <p>Ons beeld is dat niet wordt overzien wordt wat gevraagd in relatie tot het voornemen de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderscheid meerkosten en continuïteitsbijdrage <p>De vraag is of dit onderscheid in de praktijk zo strak te hanteren is. Een voorbeeld</p>	<p>aandachtspunten voor de uitvoering bevat, zoals de vraag welke meerkosten precies vergoed zullen worden, hoe meerkosten en continuïteitsbijdrage in de praktijk onderscheiden gaan worden en hoe de continuïteitsbijdrage berekend gaat worden. Uw aandachtspunten kunt u aan de orde brengen bij de ziektekostenverzekeraar. Wij zullen die aandachtspunten ook - voor zover dit met u is afgestemd - (middels publicatie en/of verspreiding per circulaire van de reacties) overbrengen aan de verzekeraars/ZN. Wij zullen de uitvoering blijven monitoren en ontvangen met het oog daarop graag signalen over zaken die niet goed gaan of beter kunnen, zodat wij met het veld kunnen bezien of en hoe die kunnen worden verbeterd en continuïteit van zorg geborgd kan worden.</p>
--	--	---	---

			<p>kan dit verduidelijken: er staat een volledig team klaar staan voor de ingerichte Corona Cohort afdeling. Omdat deze nog beperkt bezet is, springt het personeel bij op afdelingen waar hoger verzuim is. Daar worden geen urenregistraties per team (in- en uitleen personeel) van bijgehouden; men werkt daar waar op dat moment de zorg nodig is. Ander voorbeeld: de wijkverpleging levert zorg aan corona cliënten (al dan niet in corona routes) met extra beschermingsmiddelen, wordt tevens door afschaling geconfronteerd met omzet verlies en zet tegelijk medewerkers elders in (naast een hoger ziekteverzuim).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuïteitsbijdrage: het criterium wordt gelegd langs vaste kosten, terwijl het in feite gaat om omzetzijnde kosten (waarbij kosten doorlopen). Het bepalen hiervan door kosten te definiëren is niet mogelijk, omdat in de boekhouding nooit zichtbaar kan worden welke vaste kosten van overhead via productie gedekt worden en wat via omzetzijnde kosten gedekt moet worden. De enige praktische uitwerking is het declareren van omzetzijnde kosten door te vergelijken met de verwachte omzet 2020 (zonder corona en met verrekening van kostenreducties). De regeling wordt onnodig ingewikkeld door dit te willen op te bouwen vanuit een onduidelijk begrip van vaste kosten (met alle discussies van dien over definities). Ter illustratie: het gaat in de wijkverpleging ook om productiviteitsverlies a.g.v. afschaling en specifieke coronaroutes omdat reistijd toeneemt. Ook gaat het om meerkosten i.v.m. het creëren van zorgcapaciteit buiten de regeling voor covid-units. 	
		<p>Meerkosten</p>	<p>Uitvoerbaarheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mate van gedetailleerdheid van verantwoording van meerkosten (begeleidende notitie - pagina 6): Deze dienen in 5 categorieën te worden verdeeld. Het is niet mogelijk om dit op een eenvoudige manier in beeld te brengen, omdat administraties hier niet op zijn ingericht (extra uren op aparte kostenplaatsen boeken met als gevolg diverse roostercodes voor medewerkers). Achteraf verdelen is mogelijk, maar alleen heel grofmazig (ook omdat diverse meerkosten al in meerdere categorieën zijn onder te brengen). Meerkosten dienen niet voorzien te worden van een limitatieve lijst (vanuit de NZa); wel is het mogelijk landelijk tot een checklist te komen die houvast biedt aan het veld om kosten zo goed mogelijk toe te kunnen delen. Ter illustratie: het gaat ook om meer inzet van bedrijfsartsen, juridische ondersteuning, psychische ondersteuning van medewerkers, extra coördinatiekosten/overhead, etc.. Onduidelijk is bovendien of hoger ziekteverzuim (en meer inhuur PNIL) onder meerkosten valt of onder continuïteitsbijdrage (die uitgaat van vaste kosten). Meerkosten zijn veelal niet toerekenbaar aan individuele cliënten of groepen cliënten: PBM wordt centraal ingekocht en bij meerdere zorgsoorten (ELV, wijkverpleging) ingezet. Hoger ziekteverzuim treft de hele organisatie. • Audit trail: De huidige crisis brengt met zich mee dat alles vloeibaar is geworden, en 	<p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetzijnde en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p> <p>Met betrekking tot de eisen in artikel 4 lid 2 van de nadere regel omtrent de administratie, geldt dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zelf nadere invulling geven aan hiertoe geschikte wijzen. Dat is in de regeling opgenomen. De term</p>

			ja er wordt ook nog steeds veel geregistreerd, maar het achteraf met terugwerkende kracht aantonen van zaken die pas volgende maand in een beleidsregel zullen staan is niet realistisch. Voor materiele kosten is dit nog enigszins te doen, maar voor personele meerkosten is dit heel lastig.	'audit trail' is geschrapt in de nadere regel.
NVRG	20-04-2020	Algemeen	Dank, heb inmiddels de stukken doorgelezen en voor zover ik nu kan zien, zie ik mooie initiatieven om zowel gecontracteerden als niet-gecontracteerden in de gezondheidszorg tegemoet te komen. Complimenten! Inhoudelijk heb ik geen opmerkingen (wetende dat ik het nu niet intern heb voor kunnen leggen). Zodra de regeling effectief wordt besteden wij hier graag aandacht aan richting onze leden.	n.v.t.
NFU	22-04-2020	Algemeen	De ziekenhuizen en umc's maken in deze lastige tijd snelle beslissingen om zorg op te schalen daar waar nodig en af te schalen daar waar noodzakelijk. Daarbij worden extra kosten gemaakt die niet onder de normale bedrijfsvoering passen en wordt capaciteit niet of minder gebruikt waarvoor de kosten wel doorlopen. In de regeling die ter consultatie was voorgelegd, en met name in de toelichtende notitie, stond een aantal punten waar we vanuit de NFU vragen en/of opmerkingen bij hadden. Relatie met afspraken met zorgverzekeraars specifiek voor ziekenhuizen en umc's: alle partijen zijn het er over eens dat deze afspraken leidend zijn en dat de voorliggende regeling daar ondersteunend en niet knellend in moet zijn. De NFU vindt het heel belangrijk is dat er landelijke afspraken worden gemaakt tussen umc's en ZN. Op deze wijze kan invulling worden gegeven worden aan de toezegging in de brief van ZN van 17 maart 2020, waarin wordt gesteld dat de gevolgen van de Corona-crisis voor de financiële positie van ziekenhuizen en umc's worden geneutraliseerd. Tenslotte vragen wij uw aandacht voor het feit dat umc's meerdere kerntaken hebben. Ook de functie van de umc's als werkplaats voor onderwijs en onderzoek is stevig geraakt door het opschalen van COVID- zorg en afschalen van reguliere zorg. Wij vertrouwen er op dat ook deze kosten gecompenseerd worden via de geëigende paden. Bovenstaande punten hebben we kunnen bespreken in een extra ingelast overleg. De afspraken zoals vastgelegd in het verslag van dit overleg geven ons voldoende vertrouwen dat de (aangepaste) regeling ook voor umc's gehanteerd kan worden. Met inachtneming van de gedane toezeggingen, kunnen wij instemmen met de voorgestelde regeling.	N.v.t.
		Continuïteitsbijdrage	<u>Continuïteitsbijdrage</u> : er wordt gesproken over het eenzijdig vaststellen van een percentage door zorgverzekeraars voor het vergoeden van de gedeerde omzet. De NFU ziet hierin een risico voor de balans en ongelijke behandeling van zorgaanbieders. Wij zien hier een evenwichtige rol weggelegd voor landelijke, tripartite afspraken zodat er	De genoemde passage in de toelichting over hoe de omzetsderving kan worden bepaald, hebben wij geschrapt. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben de ruimte

			<p>generiek afspraken gemaakt kunnen worden over te vergoeden kostencategorieën en de wijze van verantwoorden.</p>	<p>om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.</p>
		Meerkosten	<p><u>Rol van de ROAZ</u>: in de regeling was genoemd dat voor specifieke kosten het nodig was dat deze in ROAZ-verband waren afgesproken. In het overleg bleek dat de relatie met ROAZ nodig was voor verzekeraars, om aanspraak te kunnen maken op het zogeheten Catastrofefonds.</p> <p><u>Administratieve lasten</u>: de NZa heeft een aantal kostencategorieën uiteengezet. De kosten zouden ook in die categorieën gerubriceerd moeten worden. In de praktijk lopen deze kosten door elkaar, waardoor de umc's zich zorgen maken over de verantwoording en met name de controle op de rubricering door de accountants.</p>	<p>M.b.t. uw opmerking over de rol van ROAZ: In de toelichting bij de beleidsregel is voor de meerkostenprestatie nu het volgende opgenomen: 'Deze prestatiebeschrijving kan ook in rekening worden gebracht voor zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor coronapatiënten, en extra gecreëerde zorgcapaciteit voor coronazorg, als dit op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties of op grond van afstemming in ROAZ-verband is gebeurd.</p> <p>De NZa acht het van belang dat (brancheorganisaties van) aanbieders en verzekeraars een gemeenschappelijk proces inrichten voor het bespreken van generieke vraagstukken en casuïstiek rondom omzetting en extra kosten. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden separaat geïnformeerd over kostencategorieën die van belang zijn voor de controle en verantwoording voor de Catastroferegeling en de meerkosten die in die categorieën vallen.</p>
DJI	23-04-2020	Algemeen	<p><u>Begeleidende notitie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ De begeleidende notitie is opgesteld in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en hierbij is niet gekeken naar de forensische zorg, ook al wordt DJI wel genoemd onder de noemer zorgverzekeraar. Dat maakt dat deze begeleidende notitie hierdoor niet op alle onderdelen van de forensische zorg van toepassing kan zijn. <p><u>Concept beleidsregel</u></p> <p>Artikel 1e: minister van Veiligheid en Justitie vervangen door minister van Justitie en Veiligheid.</p> <p>Onder ad2 en dan onder a. staat dat er gedeclareerd wordt aan justitiabelen met een FZ titel. Dit is niet juist. Er wordt niet rechtstreeks gedeclareerd aan een justitiabele maar aan DJI. Dit moet worden aangepast.</p> <p>Er staat in de toelichting in de laatste paragraaf dat een einddatum nog niet bekend is</p>	<p>Uw opmerkingen bij de beleidsregel en nadere regel hebben wij verwerkt.</p>

		<p>maar in de begeleidende notitie staat er wel een einddatum (31-12-2021)....</p> <p><u>Concept nadere regel</u> Artikel 1c: minister van Veiligheid en Justitie vervangen door minister van Justitie en Veiligheid.</p>	
	Continuïteitsbijdrage	<p><u>Begeleidende notitie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Zo is bij H3 (continuïteitsbijdrage) aangegeven dat voor declaraties vanaf mei de zorgaanbieders zich bij VECOZO moet melden door het invullen van een formulier en dat daar ook de standaardovereenkomst is in te zien. Zowel de inhoud van dit formulier als de standaardovereenkomst zijn bij DJI niet bekend. <p>Voor de forensische zorg geldt dat er geen contracten worden gesloten met ongecontracteerde zorgaanbieders. De DJI ziet dan ook geen mogelijkheden om vooruitbetalingen te doen aan zorgaanbieders waarmee geen contract is. Het verstrekken van een voorschot kan in overleg met DJI worden verstrekt. Hiervoor zijn echter nog geen voorwaarden aan verbonden, maar zal niet geheel overeen kunnen komen met hetgeen door ZN is opgesteld in het document van 5 april. Hiervoor komt DJI hoogstwaarschijnlijk nog met een aparte regeling. Declaratie en voorlopige betalingen gaan op basis van een percentage en wordt mede op advies van een onafhankelijke partij vastgesteld. DJI verneemt graag van de NZa op welke wijze de NZa dit voor de forensische zorg voor zich ziet dan wel de DJI hier van uit sluiten.</p> <p>Er staat in dit hoofdstuk beschreven dat een verrekening aan het eind van het jaar wordt opgesteld op basis van een schadelast (-verhouding BV/AV). Dit is niet van toepassing op de forensische zorg.</p>	<p>De genoemde passage in de toelichting over hoe de omzetsderving kan worden bepaald, hebben wij geschrappt. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars c.q. DJI hebben de ruimte om dit in de afspraken nader in te vullen, binnen de kaders van de regelgeving.</p>
	Meerkosten	<p><u>Begeleidende notitie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ In H4 (meerkosten) wordt niet duidelijk of kosten van vervanging van ziek personeel als gevolg van corona ook tot de meerkosten gerekend mogen worden. Het zou goed zijn hiervoor iets aan te geven, bv. boven een bepaald percentage verzuim zijn meerkosten van vervanging declarabel o.i.d. ▫ In H5 staat opgenomen dat de bijzondere route van declareren maakt dat zorgverzekeraars de eventuele meerkosten verantwoorden aan het Zorg Instituut extra aandacht behoeft. Hieruit valt op te maken dat zorgverzekeraars deze kosten aan het Zorg Instituut verantwoorden. Dit is niet van toepassing voor de forensische zorg. <p>Al met al dient DJI de ruimte te krijgen om in de uitvoering af te wijken van zaken die in de begeleidende notitie zijn benoemd (zie ook opmerkingen begeleidende notitie onder Algemeen en CB). Het is wellicht goed dit in deze notitie specifiek aan te geven zodat dit ook voor DJI uitvoerbaar wordt.</p>	<p>Uw aandachtspunten bij de notitie zullen wij betrekken bij de verdere communicatie.</p>