

Vergaderjaar 2019–2020

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1077

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 augustus 2020

De Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA) heeft op 27 mei 2020 Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een brief gestuurd. Daarin stelt de NCA een aantal vragen over de uitvoerbaarheid van de continuïteitsbijdrage-regeling (cb-regeling) en de gevolgen daarvan voor haar leden. Op verzoek van de vaste commissie VWS reageer ik op deze brief.

De cb-regeling die zorgverzekeraars hebben vastgesteld, is een generieke regeling. Daardoor wordt niet voorzien in maatwerk per individuele zorgaanbieder of beroepsgroep. Ik heb begrip voor de problemen die dit kan opleveren voor chiropractoren, die vaak ongecontracteerde en aanvullend verzekerde zorg leveren. Daarom heb ik de zorgverzekeraars verzocht zich in voldoende mate in te spannen om de regeling ook voor hen uitvoerbaar te houden. De antwoorden van ZN op de verschillende vragen van de NCA die ik onderstaand kort aanhaal, zullen daar zeker aan bijdragen.

- **Onduidelijkheid in bedragen:** *De bedragen die de zorgaanbieder mag verwachten, zij aan de hand van de eigen administratie, in combinatie met de informatie die door ZN beschikbaar is gesteld, goed in te inschatten.*
- **Doorlooptijd:** *De uitbetaling van de continuïteitsbijdrage (cb) loopt niet via ZN, maar via de zorgverzekeraar(s). Zij kunnen als branchevereniging dan ook geen uitspraken over doen of garanties geven over de doorloop-tijd. De inspanningen van de zorgverzekeraars was er in ieder geval op gericht de eerste uitbetaling (de cb over de maanden maart en april) te realiseren in de maand mei. En dat is in veel gevallen ook gelukt. Maar er zullen ook voorbeelden zijn waar dit helaas niet is gelukt en de betaling langer heeft geduurd. Wanneer de eerste uitbetaling kan plaatsvinden hangt uiteraard af van het moment van aanvragen. In zijn algemeenheid geldt dat binnen 5 tot 10 werkdagen na aanvragen de zorgverzekeraar een zorgaanbieder laat weten of deze in aanmerking komt voor de cb, waarna het bedrag wordt overgemaakt.*

Mocht maatwerk nodig zijn, bijvoorbeeld wanneer er wijzigingen zijn in het Algemeen GegevensBeheer (AGB), dan is het niet altijd te voorkomen dat deze termijn wordt overschreden.

- **Juridische complexiteit:** *De cb is een bedrag waarmee de zorgaanbieder de vaste lasten kan dragen tijdens de crisis voor dat deel van de zorg dat vergoed wordt uit de basisverzekering of een aanvullende verzekering. De cb-regeling compenseert het overgrote deel van de omzetsdaling door de coronacrisis en gaat bijvoorbeeld verder dan de dekking van loonkosten in de rijksregelingen. Het is reëel dat zorgverzekeraars voorwaarden verbinden aan het toekennen van de cb, nu collectief opgebracht premiegeld wordt ingezet voor het betalen van niet geleverde zorg.*
- **Normomzet 2019 en verwachte omzet 2020:** *Voor wijzigingen in de AGB ten opzichte van vorig jaar vanwege fusie, rechtsvormverandering/ nieuwe AGB of een in 2020 nieuw gestarte praktijk is maatwerk nodig. De zorgaanbieder kan bij de aanvraag aangeven welke van deze wijzigingen van toepassing zijn.*
- **Declaraties voor de rest van 2020:** *De eis voor rechtstreeks declareren is bewust door zorgverzekeraars in de betaalovereenkomst opgenomen. Welke eisen zorgverzekeraars precies stellen aan deze declaraties kan door de zorgaanbieder worden teruggevonden in de declaratieparagrafen van de overeenkomst. Veel zorgverzekeraars zullen de declaratie digitaal willen ontvangen. Over digitaal declareren zijn in de uitgebreide Q&A op de website van ZN ook de nodige vragen en antwoorden opgenomen: <https://www.zn.nl/corona/q-en-a-regeling-continuïteitsbijdrage>.*
- **Samenhang met rijksregelingen:** *Zorgaanbieders kunnen een beroep kunnen doen op de rijksregelingen voor het deel van het omzetverlies dat niet voor een cb in aanmerking komt, bijvoorbeeld omdat het geen zorg uit de Zorgverzekeringswet en/of aanvullende ziektekostenverzekering betreft. De overheid verwacht wel dat zorgaanbieders zich voor de financiële ondersteuning eerst richten tot de cb-regeling van de zorgverzekeraars. Het gaat hierbij nadrukkelijk om een voorkeursroute, die niet wettelijk is verankerd. Zorgaanbieders die afzien van de cb-regeling kunnen in (een van) de regelingen van de rijksoverheid een alternatief vinden.*

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark