

# Regeling continuïteitsbijdrage

## Inleiding

Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk de regeling Continuïteitsbijdrage (hierna: CB regeling) in het leven geroepen. Met deze regeling willen zorgverzekeraars er voor zorgen dat zorgaanbieders in deze moeilijke tijd het hoofd boven water kunnen houden en daarmee zeker stellen dat verzekerden, ook na de coronacrisis, de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Een groot deel van de betrokken zorgaanbieders heeft namelijk de afgelopen weken geen of minder zorg kunnen verlenen. Zij kunnen daardoor ook geen of minder zorgkosten declareren bij de zorgverzekeraars, terwijl hun kosten wel doorlopen. De CB-regeling zorgt voor financiële continuïteit van de zorgaanbieders: voor de doorlopende kosten inclusief praktijkinkomen en resultaat wordt een ruime vergoeding uitgekeerd. Deze hoeft niet te worden terugbetaald. Daarnaast houdt de regeling zoveel mogelijk specifiek rekening met de omzetsituatie van de desbetreffende zorgaanbieder voor zover dat uitvoeringstechnisch mogelijk is. Hierdoor wordt zo goed mogelijk aangesloten bij de situatie van de zorgaanbieder en wordt de kans op over- en onderfinanciering geminimaliseerd. Het uitgangspunt van de regeling is, dat zorgbieders er financieel niet op achteruitgaan, maar er ook niet beter van worden ten opzichte van de situatie zonder coronacrisis. Zorgverzekeraars verwachten dat de zorgaanbieders die geld krijgen terwijl zij nu beperkt of geen zorg leveren, straks hun verantwoordelijkheid ten opzichte van de premiebetalers nemen en eventuele inhaalzorg leveren voor een lagere vergoeding. De CB wordt verrekend met de inhaalzorg gedurende zes maanden na de laatste CB uitkering. Op die manier houden we samen de zorg betaalbaar.

Hieronder staat in het kort beschreven hoe de CB regeling werkt.

## Afbakening

Deze CB-regeling is globaal gesproken gericht op de zorgaanbieders die een omzet hebben van minder dan € 10 miljoen en die niet tot de kerninfrastructuur behoren.

De CB-regeling heeft alleen betrekking op de verzekerde zorg op grond van de basis- en aanvullende verzekering (polis 2020). De regeling loopt met terugwerkende kracht van 1 maart tot en met 30 juni 2020. Het ZN-bestuur kan afhankelijk van de omstandigheden besluiten de regeling te verlengen.

Een voorwaarde voor toekennen van de continuïteitsbijdrage bij een individuele zorgverzekeraar is dat de zorgaanbieder over de maanden januari tot en met maart 2020 zorgprestaties heeft geleverd, met een minimum van totaal 5% over die drie maanden van de bij de zorgverzekeraar bekende zorgkosten op jaarbasis.

## Fases

De CB regeling kent een aantal fases.

1. Vooruitbetaling – In de periode t/m 8 mei 2020 kunnen aanbieders een vooruitbetaling op de CB aanvragen
2. Voorlopige CB – De voorlopige bijdrage wordt maandelijks berekend en uitgekeerd over de maanden waarin de CB regeling van kracht is. Uitbetaling van de CB vindt plaats in de maanden mei, juni en juli.
3. Voorlopige afrekeningen – Na de laatste betaling van de voorlopige CB zullen er één of meerdere voorlopige afrekeningen plaatsvinden.

4. Definitieve vaststelling CB – Medio 2021 wordt de definitieve CB vastgesteld en wordt er afgerekend op basis van het verschil met de voorlopige CB en de eerder gedane voorlopige afrekeningen.

In de volgende paragrafen werken we de verschillende fases uit. Voor de duidelijkheid beginnen we met de definitieve vaststelling van de CB, daarna de voorlopige CB en de voorlopige afrekening. Fase 1, de vooruitbetaling laten we hier buiten beschouwing.

#### Definitieve vaststelling van de CB

De definitieve CB wordt in de loop van 2021 door Vektis vastgesteld op basis van:

- a. De omzet die de zorgaanbieder normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in 2020 zonder coronapandemie (**normomzet**).
- b. De gerealiseerde omzet in de maanden waarin de CB regeling van kracht is (**gerealiseerde omzet tijdens CB**).
- c. Het vergoedingspercentage voor de gedeerde omzet (**vergoeding CB**). Deze is sectorspecifiek vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1)<sup>1</sup>.
- d. De gerealiseerde omzet in de 6 maanden na beëindigen van de CB regeling (**gerealiseerde omzet na CB**).
- e. Het vergoedingspercentage voor de inhaalzorg (**vergoeding inhaalzorg**) (zie bijlage 1).

Stap 0 is het voor iedere zorgaanbieder (AGB-code) bepalen van de normomzet. Vektis beschikt voor iedere zorgaanbieder<sup>2</sup> over alle declaraties van alle zorgverzekeraars. De normomzet per maand wordt vervolgens berekend door de jaaromzet van de verzekerde zorg<sup>3</sup> van de zorgaanbieder over het jaar 2019 te delen door 12 en vervolgens op te hogen met de zorgkosteninflatie 2019-2020<sup>4</sup>. Deze zorgkosteninflatie is overgenomen van de circulaire “Zorgkostenontwikkeling Zvw 2018, 2019 en 2020” opgesteld door ZN d.d. 23 september 2019. De percentages per rubriek zoals vermeld in bijlage 4 van deze zorgkostencirculaire zijn toegepast, waarbij eerst de zorgaanbieders zijn toebedeeld aan een van deze rubrieken.

Stap 1 in de bepaling van de definitieve CB is het vaststellen van de definitieve continuïteitsbijdrage voor de omzeterderving in de periode waarin de CB regeling van kracht is, van 1 maart tot en met 30 juni 2020. Voor iedere maand in deze periode is de **CB omzeterderving** gelijk aan:  $vergoeding\ CB \times (normomzet - gerealiseerde\ omzet\ tijdens\ CB)$ . Vektis stelt dit bedrag per AGB per zorgverzekeraar vast op basis van de marktaandeelen 2019 en corrigeert dit voor de verzekerdenmutatie 2019-2020.

Als de **bruto CB** voor een zorgverzekeraar op concernniveau ( $vergoeding\ CB \times normomzet \times marktaandeel\ zorgverzekeraar$ ) lager is dan € 50 op maandbasis, dan wordt de definitieve CB voor

---

<sup>1</sup> Een aanbieder die zorg uit verschillende sectoren levert krijgt voor iedere zorgsoort het bijbehorende vergoedingspercentage. Bij de voorlopige continuïteitsbijdrage wordt hier op grond van uitvoeringsoverwegingen deels van afgeweken. Zo wordt bijvoorbeeld voor alle paramedische zorg het vergoedingspercentage voor fysio- en oefentherapie gebruikt. Voor AGB's waarbij in de Vektis data de zorgsoorten binnen dezelfde prestatiecodelijst valt wordt uitgegaan van de belangrijkste zorgsoort voor deze AGB.

<sup>2</sup> Zorgaanbieders van alternatieve geneeswijzen, zittend ziekenvervoer en podologie vormen een uitzondering. Hiervoor zal de normomzet door de zorgverzekeraars vastgesteld worden in plaats van door Vektis.

<sup>3</sup> Voor apothekers wordt alleen de farmaceutische zorg (en dus niet de medicatie) als basis gehanteerd voor de normomzet. Op een vergelijkbare wijze worden de kosten van add-on geneesmiddelen niet meegenomen in de basis voor de normomzet van de medisch specialistische zorg.

<sup>4</sup> Een aantal zorgverzekeraars zal bij ongecontracteerde zorgaanbieders het tarief voor het bepalen van de normomzet aanpassen aan het gemiddelde gecontracteerde tarief.

alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op € 0 gesteld. Hiertoe is besloten om de regeling uitvoerbaar te houden. De zorgaanbieder die geen continuïteitsbijdrage ontvangt van een zorgverzekeraar hoeft de inhaalzorg uit stap 2 niet te verrekenen met deze zorgverzekeraar.

Stap 2 is het vaststellen van het bedrag waarmee de definitieve CB voor omzetsderving (uit stap 1) wordt verrekend voor de geleverde inhaalzorg. Dit bedrag is gelijk aan de som van de volgende formule voor iedere van de zes maanden na de laatste maand waarin de CB regeling van kracht is:  $(100\% - \text{vergoeding inhaalzorg}) \times (\text{gerealiseerde omzet na CB} - \text{normomzet})$

Hierbij gelden twee regels:

- De formule kan niet leiden tot een negatieve uitkomst voor enige maand.
- De som over de zes maanden kan niet groter zijn dan de definitieve CB voor de omzetsderving uit stap 1.

In het geval dat een zorgaanbieder al gedurende één of meerdere maanden in de periode dat de CB regeling van kracht is in staat is om inhaalzorg te leveren, dan zal ook in deze maanden de inhaalzorg op basis van bovenstaande formule worden verrekend. De totale verrekening op basis van inhaalzorg kan nooit hoger zijn dan het bedrag van de definitieve CB voor omzetsderving uit stap 1.

Stap 3 is het vaststellen van de definitieve CB door de bedragen uit de stappen 1 en 2 van elkaar af te trekken. Per AGB wordt dit bedrag op basis van de marktaandeelen 2019 plus een correctie voor de verzekerdenmutatie 2019-2020 over de zorgverzekeraars verdeeld.

#### Voorlopige CB

Bij de uitbetaling van de voorlopige CB is nog niet duidelijk hoe groot de omzetsderving exact is. Deze wordt geschat door de zorgverzekeraar op basis van de declaraties die de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar heeft ingediend. De manier waarop dit gebeurt is toegelicht in bijlage 4.

Voor de bepaling van de voorlopige CB levert Vektis van iedere zorgaanbieder (AGB-code) de volgende informatie op aan de zorgverzekeraars:

- a. De gemiddelde omzet per maand in 2019 met een indexatie<sup>5</sup> (voor enkele branches wordt een afwijkende periode gekozen) (**voorlopige normomzet**)
- b. Het vergoedingspercentage voor de gedeerde omzet (**vergoeding CB**). Deze is sectorspecifiek vastgesteld op basis van extern onderzoek door adviesbureau Gupta. De vergoeding CB is gelijk aan de in paragraaf "Definitieve vaststelling van de CB" genoemde vergoeding CB.

De voorlopige normomzet wordt door Vektis per AGB per zorgverzekeraar bepaald en vervolgens gecorrigeerd voor de verzekerdenmutaties 2019-2020.

Net als bij de definitieve CB ontvangt een zorgaanbieder ook in deze fase geen continuïteitsbijdrage van de zorgverzekeraar met het oog op de uitvoering als de **bruto voorlopige CB** ( $\text{vergoeding CB} \times \text{voorlopige normomzet}$ ) lager is dan € 50. De drempel wordt hierbij net als bij de definitieve vaststelling toegepast op concernniveau voor de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraar corrigeert iedere maand de normomzet met de uitbetaalde declaraties. De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de vergoeding CB. Dit resulteert in de **voorlopige CB**:  $\text{vergoeding CB} \times (\text{voorlopige normomzet} - \text{uitbetaalde declaraties})$

Dit bedrag kan van maand tot maand variëren, afhankelijk van de declaraties die de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar heeft ingediend. De declaraties die de zorgverzekeraar hanteert om tot een inschatting van de omzetsderving te komen staan in bijlage 3 vermeld.

---

<sup>5</sup> Deze is gelijk aan de zorgkosteninflatie 2019-2020 zoals ook gehanteerd wordt bij de definitieve vaststelling van de CB.

De voorlopige CB over de maanden maart en april wordt eind mei door de zorgverzekeraars uitbetaald. Als de zorgaanbieder een vooruitbetaling op de CB heeft ontvangen zal deze worden verrekend met de voorlopige CB. De voorlopige CB over de maanden mei en juni worden respectievelijk eind juni en eind juli uitgekeerd. Indien de vooruitbetaling op de CB in mei nog niet volledig is verrekend zal het restant verrekend worden met de uitbetaling in juni en eventueel juli.

#### Voorlopige afrekening(en)

Bij het vaststellen van de voorlopige CB wordt geen rekening gehouden met eventuele inhaalzorg. Om te voorkomen dat er bij de definitieve vaststelling van de CB grote bedragen verrekend moeten worden (bijvoorbeeld in verband met de inhaalzorg), zullen de zorgverzekeraars na het uitbetalen van de laatste voorlopige CB eind juli, overgaan tot één of meerdere voorlopige afrekeningen. Bij de voorlopige afrekeningen worden de rekenregels gehanteerd zoals beschreven in de paragraaf 'Definitieve vaststelling van de CB'.

BIJLAGE 1: Percentages vergoeding continuïteitsbijdrage en vergoeding inhaalzorg

Sector	Vergoeding CB	Vergoeding inhaalzorg		
Kraamzorg	87%	44%	*)	
Wijkverpleging	87%	44%	*)	
Apotheken (farmaceutische zorg, excl. alle ziekenhuizen met dienstapotheken)	86%	45%		
Fysio- en oefentherapie	86%	45%	*)	
Huidtherapie	85%	45%		
Diëtetiek	85%	45%		
(Medische) pedicure	85%	45%		
Alternatieve geneeswijzen	85%	45%		
Optometrie	85%	45%		
Podotherapie/Podologie	85%	45%		
Logopedie	85%	45%		
Zintuigelijk GH - Auditief	84%	46%	*)	
Audiologie	84%	46%	*)	
Ergotherapie	84%	46%		
Zintuigelijk GH - Visueel	82%	47%	*)	
Verloskunde	82%	47%		
Epilepsie	82%	47%	*)	
Long-astma	82%	47%	*)	
Mondzorg	81%	48%	*)	
Geriatrische revalidatiezorg	79%	49%	*)	
Radiotherapie	78%	50%	*)	
Zittend ziekenvervoer	75%	51%	*)	
ZBC's	75%	52%	*)	
Eerstelijns diagnostiek	68%	56%	*)	
Trombose	68%	56%	*)	
Dialyse	67%	56%	*)	
Gecontracteerde audiciens (gehoorzorg)	55%	64%		
Hulpmiddelen leveranciers:				
- uitleen	81%	47%	*)	**)
- gebruik	55%	64%	*)	**)

\*) Omzet onder de EUR 10 miljoen.

\*\*) Bij de voorlopige CB wordt een gewogen gemiddelde gehanteerd.

## Bijlage 2: Rekenvoorbeeld

Regeling continuïteitsbijdrage										Mutatie omzet -16,7%	
Vergoeding CB	86%		cb maanden		kasstromen (+ = ontvangst, - = betaling)		Mutatie inkomsten -1,0%		Omzetverlies corona 250		
Vergoeding inhaalzorg	45%						Inhaalzorg post corona 20,0%				
Normomzet (jaarbasis)	1.200										
Vooruitbetaling CB	70%										
			Vooruitbetaling		Voorlopig			Definitief			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I		
	norm-omzet	omzet 2020	vooruitbetaling cb	correctie ivm declaraties	uitbetaling voorlopige CB	definitieve CB omzert-derving	correctie ivm inhaalzorg	definitieve CB	afrekening CB	totaal ontvangst ZA	
jan	100	100								100	
feb	100	100								100	
mrt	100	50	70	40	52	43		43	-9	102	
apr	100	10		13	75	77		77	3	85	
mei	100	30		28	62	60		60	-2	92	
jun	100	60		54	40	34		34	-5	100	
jul	100	100								100	
aug	100	120						-11	-11	120	
sep	100	120						-11	-11	120	
okt	100	110						-6	-6	110	
nov	100	100								100	
dec	100	100								100	
TOTAAL	1.200	1.000	70	135	228	215	-28	188	-41	1.188	

In dit rekenvoorbeeld nemen we een fysiotherapiepraktijk die een normomzet heeft van 100 per maand. De vergoeding continuïteitsbijdrage is volgens de tabellen in bijlage 1 gelijk aan 86% en de vergoeding voor inhaalzorg 45%. De praktijk heeft een vooruitbetaling op de continuïteitsbijdrage (hierna: CB) aangevraagd en ontvangen. De praktijk in dit voorbeeld ontvangt uiteindelijk over heel 2020 een bedrag gelijk aan 1.188, d.w.z. 12 minder dan wanneer er geen corona pandemie was geweest.

In kolom A staat de omzet die de praktijk in 2020 realiseert vanuit de reguliere declaraties. In de maanden maart t/m juni heeft de praktijk een omzet gelijk aan 150, dus een omzetverlies van 250. In de maanden na de corona periode weet de praktijk 50 van de zorg weer in te halen, dus 20% van het omzetverlies. De zorgverzekeraar betaalt de ingediende declaraties conform de eigen polisvoorwaarden uit.

In kolom B staat dat de praktijk over de maand maart een vooruitbetaling van de CB heeft ontvangen ter grootte van 70% van de normomzet, dus 70.

In de kolommen C t/m E wordt de voorlopige CB vastgesteld op basis van de formules die in de paragraaf "Voorlopige bijdrage" staan. In kolom D wordt de voorlopige CB berekend als vergoeding CB x (normomzet – kolom C). In kolom C staan de declaraties waarmee het verlies aan omzet wordt geschat. De zorgverzekeraar betreft hierbij de declaraties die hij heeft uitbetaald aan de zorgaanbieder op de wijze zoals beschreven in bijlage 3. In dit voorbeeld hebben we verondersteld dat van de uiteindelijke omzet van 30 over mei, bij het vaststellen van de voorlopige CB over mei 24 al is uitbetaald door de zorgverzekeraar. Daarnaast is er in de afgelopen maand nog 3 over maart betaald en 1 over april. De normomzet wordt voor de maand mei dus gecorrigeerd met 24+3+1=28. De betaling van de voorlopige CB staat in kolom E. Deze is gelijk aan kolom D minus de vooruitbetaling volgens kolom B. De uitbetaling van de voorlopige CB over maart en april zal gelijktijdig plaatsvinden in mei.

In de kolommen F t/m I wordt de definitieve CB inclusief de vergoeding voor inhaalzorg en de afrekening berekend conform de formules uit de paragraaf “Definitieve vaststelling van de CB”. In kolom F wordt de definitieve CB voor de omzetzijde bepaald volgens de formule:

$vergoeding\ CB \times (normomzet - kolom\ A)$ .

In kolom G wordt berekend welke correctie op de definitieve CB wordt uitgevoerd i.v.m. inhaalzorg.

Dit gebeurt volgens de formule:  $(100\% - vergoeding\ inhaalzorg) \times (kolom\ A - normomzet)$ . Ter verduidelijking nemen we augustus als voorbeeld. De inhaalzorg over de maand augustus is gelijk aan  $120 - 100 = 20$ . De fysiopraktijk krijgt hiervan 45% vergoed, dus 9. De overige 11 verrekenet de zorgverzekeraar met de eerder ontvangen continuïteitsbijdrage.

Kolom H bevat de definitieve continuïteitsbijdrage en is de som van de kolommen F en G. De praktijk heeft in dit voorbeeld recht op een definitieve continuïteitsbijdrage van 188. In kolom I staat de afrekening van de definitieve CB met de voorlopige CB. Kolom I is het saldo van de definitieve CB per maand in kolom H en de voorlopige CB per maand in kolom D ( $kolom\ H - kolom\ D$ ). De praktijk heeft 41 teveel voorlopige CB ontvangen. Dit wordt veroorzaakt door de inhaalzorg in de maanden augustus t/m oktober die verrekenet wordt en met de afwijkingen in de schatting van het omzetverlies in de maanden maart t/m april.

## Bijlage 3: Selectie declaraties

### Zorgsoorten zonder DBC structuur of traject bekostiging

<b>CB maand</b>	<b>Behandel datum van</b>	<b>Behandel t/m</b>	<b>Alle declaraties van de oude maanden afgehandeld vanaf (peildatum vanaf)</b>	<b>Alle declaraties afgehandeld t/m (peildatum t/m)</b>	<b>Betaalmaand</b>
<b>Maart</b>	1 maart	31 maart		15 mei	Mei
<b>April</b>	1 april	30 april		15 mei	Mei
<b>Mei</b>	1 maart 1 mei	30 april 31 mei	16 mei	15 juni 15 juni	Juni
<b>Juni</b>	1 maart 1 juni	31 mei 30 juni	16 juni	15 juli 15 juli	Juli

#### Toelichting:

Voor de continuïteitsbijdrage over de maand mei corrigeert de zorgverzekeraar de normomzet met alle declaraties over de maand mei die tot en met 15 juni door hem zijn uitbetaald plus de tussen 16 mei en 15 juni uitbetaalde declaraties over de maanden maart en april.

Als toelichting daarop kijken we naar de CB over de maand mei. Hiervoor betreft de zorgverzekeraar de declaraties die hij tot en met 15 juni heeft uitbetaald over behandelingen die in mei zijn uitgevoerd. Daar voegt hij de declaraties die hij na de vaststelling van de voorlopige CB over de maand april nog heeft uitbetaald over de zorg die in maart en april is geleverd. Oftewel, hij voegt de declaraties die hij tussen 16 mei en 15 juni heeft uitbetaald over behandelingen die in maart en april zijn uitgevoerd toe.

### Zorgsoorten met DBC structuur of traject bekostiging

Voor de zorg die geleverd wordt door ZBC's, voor GRZ en Verloskunde wordt gebruik gemaakt van het geschatte niveau waarop tijdens de coronacrisis zorg geleverd kan worden. Deze percentages zullen iedere maand door ZN vastgesteld worden op basis van expertise van Gupta. In de onderstaande tabel staan de percentages die geldig zijn voor de maanden maart en april.

<b>Zorgsoort</b>	<b>Verwachte omzet tijdens corona</b>	<b>Verwachte omzetzijdeling tijdens corona</b>
<b>ZBC's</b>	34%	66%
<b>Geriatrische revalidatiezorg</b>	65%	35%
<b>Verloskunde</b>	95%	5%

Voor de continuïteitsbijdrage corrigeert de zorgverzekeraar de normomzet met de geschatte declaraties, d.w.z. met het percentage verwachte omzet tijdens corona x normomzet.