

Continuïteitsregelingen (stand 24 juni 2020)

	Zvw	Wlz	Sociaal domein	Pgb
Relevante documenten	<ul style="list-style-type: none"> Brieven ZN (17 maart, 25 maart, 5 april, 28 mei) Nieuwsberichten ZN (1 mei, 4 mei en 15 mei) Voorhang zakelijke inhoud aanwijzing aan NZa (15 april, TK 25295, nr. 274) NZa-regelgeving continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (1 mei) 	<ul style="list-style-type: none"> Brieven ZN aan aanbieders Wlz (17 maart, 23 maart en 16 april) Opdrachtbrieven VWS aan de NZa (16 april; addendum 18 mei en PM voor verlening en mondzorg) NZa beleidsregel SARS-CoV-2 virus (19 mei; addendum PM) Brief van Zorginstituut Nederland aan CAK en zorgkantoren (31 maart; addendum voor mondzorg op 16 juni) Brief VWS aan ZN met weergave afspraken voor leveranciers van mobiliteits- en persoonsgebonden hulpmiddelen (15 juni 2020) Brieven over Wlz-kader (20 april, TK 34104 nr. 278; 10 juni, TK 34104 nr. 282) Brief aan TK over perspectief compensatie omzetting Wlz (12 juni, TK 34104 nr. 296) 	<ul style="list-style-type: none"> Afspraken VWS en VNG (25 maart) Nadere uitwerking afspraken continuïteit financiering (16 april) 	<ul style="list-style-type: none"> Brief VWS aan VNG (pgb in het sociaal domein) (3 april) Brief VWS aan ZN (Wlz-pgb) (7 april) Brief VWS aan ZN (Zvw-pgb) (9 april)
Reikwijdte	<ul style="list-style-type: none"> Zvw-zorg en forensische zorg Zowel basisverzekering als aanvullende verzekering Zowel gecontacteerde als niet-gecontacteerde zorg 	<ul style="list-style-type: none"> Wlz-zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> Alle door gemeenten gecontracteerde aanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> Alle budgethouders, ongeacht de contractvorm die de budgethouder heeft met zorgverlener
Looptijd	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart – 30 juni 2020 Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de regeling in de zorgverzekeringswet en zij besluiten dus ook over het wel of niet verlengen. Omdat de Zvw-zorg inmiddels weer goed opgestart is, lijkt het niet nodig de regeling te verlengen na 1 juli. Wel kan maatwerk voor een specifieke sector van de kant van verzekeraars nodig zijn indien de continuïteit van zorg in specifieke gevallen niet geborgd is. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart – 30 juni 2020 voor overig Wlz (incl. mondzorg en hulpmiddelen) 1 maart – 31 juli voor intramurale gehandicaptenzorg (incl. extramurale dagbesteding) en intramurale ggz 1 maart – 31 augustus voor intramurale ouderenzorg (incl. vpt) 	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart – 30 juni 2020 1 maart - 1 september 2020 voor het (sociaal-recreatieve) vervoer in de Wmo. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart – 30 juni 2020

(Prestatie) definitie	<ul style="list-style-type: none"> Bijdrage waarmee zorgaanbieders onderdekking van doorlopende kosten, die een direct gevolg is van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, in rekening kunnen brengen. <ul style="list-style-type: none"> Doorlopende kosten zijn gedefinieerd als kosten die ondanks een daling in de productie blijven doorlopen. Zorgverzekeraar Eucare heeft een eigen regeling bekend gemaakt, waar sprake is van bevoorschotting en niet van een formele bijdrage. 	<ul style="list-style-type: none"> Compensatie van omzetzijdering als gevolg van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus. De compensatie voor de omzetzijdering betreft een vergoeding voor de doorlopende kosten van zorgaanbieders die ze moeten maken voor overeengekomen productie die zij ondanks het coronavirus wel realiseren. 	<ul style="list-style-type: none"> Financiering van de omzet wordt doorgezet op het niveau van voor de coronacrisis. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Wlz/Zvw/sociaal domein:</i> Zorgverleners die ten laste van een pgb zorg aan de budgethouder leveren worden ook vergoed indien deze zorg niet conform RIVM-richtlijnen geleverd kan worden.
Nadere uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> De bijdrage bedraagt (voor aanbieders met een omzet < 10 mln) het verschil tussen de normomzet en de gerealiseerde omzet, vermenigvuldigd met een sectorspecifiek vastgesteld percentage continuïteitsbijdrage. Voor aanbieders met een omzet > dan 10 mln (met enkele uitzonderingen) worden specifieke afspraken gemaakt. De verwachting is dat deze afspraken op 1 juli 2020 afgerond zijn. Deze zullen gelden met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020. Voor GGZ-aanbieders met omzet kleiner dan 10 mln heeft de uitwerking van de regeling iets langer geduurd en wordt het loket om aan te vragen eind juni geopend. De uitbetaling gebeurt vanaf begin juli. 	<ul style="list-style-type: none"> De NZa heeft een rekenregel voor de compensatie omzetzijdering uitgewerkt in de beleidsregel SARS-CoV-2 virus. De compensatie bedraagt in beginsel het verschil tussen de gerealiseerde omzet in de representatieve periode en de gerealiseerde omzet in de omzetzijderingsperiode. Zorgkantoren hebben de ruimte om de uitkomst van de rekenregel te corrigeren op basis van aanbidersspecifieke omstandigheden. De omzetzijdering mag niet de bovengrens van de goedgekeurde productie 2020 bij de herschikking overschrijden. Voor de mondzorg wordt in de Wlz een aparte rekenregel uitgewerkt door de NZa. De vergoeding voor de hulpmiddelenleveranciers loopt ook bovenbudgettair. Wlz-hulpmiddelen vallen niet onder de reikwijdte van de regulering door de NZa. Deze continuïteitsregeling wordt door de zorgkantoren zelf uitgevoerd en is geen onderdeel van de beleidsregel van de NZa. 	<ul style="list-style-type: none"> Financiering op basis van 100% van de omzet van voor de crisis, ongeacht de daadwerkelijk gerealiseerde omzet. (Bij vervoer wordt 80% van de omzet gefinancierd.) Verantwoording na afloop zal plaatsvinden op basis van de feitelijk gerealiseerde kosten die een aanbieder heeft gemaakt. Als de gerealiseerde kosten aanzienlijk afwijken van de financiering van de omzet moet daarover worden afgerekend. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministeriële regeling en nog op te stellen compensatieregelingen voor de Wlz en de Zvw.

Verrekening met inhaalzorg	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverzekeraars verwachten dat zorgaanbieders waar mogelijk inhaalzorg gaan leveren. Op het moment dat zorgverleners de niet-verleende zorg gaan inhalen bovenop de reguliere zorg, geldt daarvoor een aangepaste vergoeding gebaseerd op een specifiek percentage per zorgsector. 	<ul style="list-style-type: none"> Er is geen verrekening met inhaalzorg omdat deze in de Wiz als minimaal wordt verondersteld. 	<ul style="list-style-type: none"> Voor de zomer gaan Rijk en gemeenten in gesprek over de compensatiemogelijkheden van de effecten die optreden na afloop van de coronacrisis. Dan gaat het om de per saldo extra uitgaven over het geheel van 2020 voor zover die gerelateerd kunnen worden aan een evident uitstel van noodzakelijke zorg. Hierbij wordt ook rekening gehouden met wat onder de gebruikelijke omzet kan worden gerealiseerd. In het steunpakket voor medeoverheden (27 mei) is een voorschot voor de inhaalzorg verleend aan gemeenten. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Sociaal domein:</i> Gesprek over inhaalzorg dient plaats te vinden tussen budgethouder en zorgverlener. Het uitgangspunt is dat de financiële positie van de zorgaanbieder wordt geneutraliseerd en de budgethouder de ondersteuning krijgt die hij/zij nodig heeft.
Samenloop met andere regelingen	<ul style="list-style-type: none"> Zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening worden gebracht, mogen niet via de prestatiebeschrijvingen voor de continuïteitsbijdrage worden gedeclareerd. Voorwaarde dat de zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen, behalve eventueel voor het deel omzetzaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding die de zorgaanbieder ontvangt op basis van de prestatie continuïteitsbijdrage. De cijfers van het gebruik van de Rijksregelingen laten zien dat er binnen de sector Zorg en Welzijn circa 14 duizend aanvragen zijn gedaan voor de NOW-regeling (tot aan 3 juni). Voor de TOGS-regeling (tegemoetkoming in vaste lasten) gaat het om vergelijkbare totaalcijfers. De aanvragen bij de TOGS zijn naar deelsector uitgesplitst en opvallend daarbij is dat tot op heden op deze regeling 	<ul style="list-style-type: none"> De compensatie omzetzaling is voorliggend ten opzichte van de rijksbrede regelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> Samenhang tussen de verschillende regelingen is evident noodzakelijk ter voorkoming van dubbele financiering. Het bieden van gegarandeerde omzet ten tijde van de coronacrisis is als eerste uitwerking noodzakelijk, maar enkel houdbaar wanneer dit ultimo 2020 geen van de betrokken partijen financieel voordeel oplevert. Deze regelingen zijn voorliggend op relevante rijksregelingen. 	<ul style="list-style-type: none"> Maatregelen voor het pgb lopen in de basis gelijk op met de maatregelen voor de betreffende wet voor de zorg in natura, pgb is immers een leveringsvorm. Aansluitend daarop wordt samenhang gezocht tussen de Jeugdwet, Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet, en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de onderliggende regelingen.

	juist meer tandartsen dan fysiotherapeuten een beroep hebben gedaan.			
Overige bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> Voor de continuïteitsbijdrage en de prestatie voor meerkosten geldt geen eigen risico of eigen bijdrage. 'Goed rentmeesterschap' is van belang. Verwacht wordt dat zorgaanbieders maatregelen nemen om zorg te continueren en de noodzaak voor extra bijdrage te voorkomen. Het macrobeheersingsinstrument is niet van toepassing op de prestatie continuïteitsbijdrage. 	<ul style="list-style-type: none"> Een aanvraag om vergoeding van compensatie omzetsderving kan uitsluitend tweezijdig (dus door zorgkantoor en zorgaanbieder gezamenlijk) bij de NZa worden ingediend. 	<ul style="list-style-type: none"> Gemeenten hebben beleidsvrijheid om van deze richtlijn af te wijken. De regeling loopt op 1 juli definitief af. Dit sluit aan bij de routekaarten die vanuit VWS voor de zorgsectoren zijn ontwikkeld. 	<ul style="list-style-type: none"> Wijze van compensatie pakt binnen de leveringsvorm per domein weer net ander uit.

Meerkosten (stand 24 juni 2020)

	Zvw	Wlz	Sociaal domein	Pgb
Relevante documenten	<ul style="list-style-type: none"> Brief ZN (17 maart) Voorhang zakelijke inhoud aanwijzing aan NZa (15 april, TK 25295, nr. 274) NZa-regelgeving continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (1 mei) 	<ul style="list-style-type: none"> Brieven ZN aan aanbieders Wlz (17 maart, 23 maart en 16 april) Opdrachtbrief VWS aan de NZa (16 april; addendum 18 mei) NZa beleidsregel SARS-CoV-2 virus (19 mei) Brief van Zorginstituut Nederland aan CAK en zorgkantoren (31 maart) Brief aan de betrokken brancheorganisaties in de zorg, GGD- GHOR, NVAB en OVAL over het wegnemen barrières testen zorgpersoneel. (20 april met kenmerk: 1678005-204499-PG) 	<ul style="list-style-type: none"> Afspraken VWS en VNG (25 maart) Nadere uitwerking meerkosten (3 juni) 	<ul style="list-style-type: none"> Brief VWS aan VNG (pgb in het sociaal domein (3 april)) Brief VWS aan ZN (Wlz-pgb) (7 april) Brief VWS aan ZN (Zvw-pgb) (9 april) Brief VWS aan NZa (Wlz-pgb) (8 juni 2020)
Reikwijdte	<ul style="list-style-type: none"> Zvw zorg, forensische zorg Zowel basisverzekering als aanvullende verzekering (de laatste voor zover het gaat om kosten die worden gemaakt voor niet-covid-19-patiënten als gevolg van het bestaan van covid-19) 	<ul style="list-style-type: none"> Wlz-zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders (en valt onder de contracteerruimte) en Wlz-hulpmiddelen. 	<ul style="list-style-type: none"> Alle door gemeenten gecontracteerde aanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> Alle budgethouders ongeacht contractvorm met zorgverlener
Looptijd	<ul style="list-style-type: none"> Zorgverzekeraars en zorgaanbieders bepalen in het contract de feitelijke looptijd. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart 2020 – 31 december 2020 	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart 2020 – 31 december 2020 	<ul style="list-style-type: none"> 1 maart – 31 december 2020
Prestatie (definitie)	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten die zorgaanbieders maken voor het leveren van zorg als gevolg van de corona-uitbraak. 	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten die gemaakt zijn vanaf 1 maart 2020 en het gevolg zijn van de uitbraak van het coronavirus en samenhangen met de adviezen van het Outbreak Management Team. 	<ul style="list-style-type: none"> De meerkosten die direct voortkomen uit de coronamaatregelen van het kabinet en het volgen van de richtlijnen van het RIVM worden vergoed. 	<ul style="list-style-type: none"> Extra kosten voor pgb-zorgverleners als gevolg van duurdere en/of vervangende zorg worden vergoed via het pgb van de budgethouder.
Nadere uitwerking	<ul style="list-style-type: none"> Het betreft kosten die verband houden met het SARS-CoV-2 virus voor het kunnen leveren van directe zorg aan patiënten, ongeacht of de patiënt (vermoedelijk) besmet is met het SARS-CoV-2 virus, voor zover daar nog geen prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel – wanneer er wel een bestaande prestatie- 	<ul style="list-style-type: none"> Deze vergoeding betreft de extra kosten die zorgaanbieders vanwege het SARS-CoV-2 virus redelijkerwijs moeten maken om productie te kunnen realiseren. Het kan daarbij niet alleen gaan om extra kosten voor de directe zorglevering, maar ook om de extra kosten als gevolg van het SARS-CoV-2 virus die gemaakt worden 	<ul style="list-style-type: none"> De meerkosten zijn een duidelijk gevolg van de coronamaatregelen van het Rijk en/of RIVM-richtlijnen en zouden onder reguliere omstandigheden niet zijn gemaakt. De zorgaanbieder is in het maken van meerkosten doelmatig te werk gegaan en de kosten zijn niet al op andere wijze gecompenseerd. 	

	<p>beschrijving beschikbaar is – het tarief of de overeengekomen vergoeding voor laatstgenoemde prestatiebeschrijving niet toereikend is.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. De zorgaanbieder kan alleen extra kosten in rekening brengen waarvan hij kan aantonen dat extra kosten zijn gemaakt in verband met het SARS-CoV-2 virus. 	<p>om deze zorg veilig en verantwoord te kunnen leveren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Meerkosten moeten aantoonbaar zijn (bijv. d.m.v. factuur). Uitgangspunt van proportionaliteit en exclusiviteit. <ul style="list-style-type: none"> Proportionaliteit impliceert bijvoorbeeld dat extra ruimte creëren niet gelijkstaat aan een grootscheepse en luxe verbouwing van de ruimte, Exclusiviteit dat meerkosten (vanzelfsprekend) slechts via één maatregel kunnen worden gedeclareerd. 	
<p>Samenloop met andere regelingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dubbele bekostiging moet worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening worden gebracht, mogen niet via de prestatiebeschrijving voor meerkosten worden gedeclareerd. 	<ul style="list-style-type: none"> De maatregel vergoeding extra kosten is voorliggend ten opzichte van de rijksbrede regelingen. De financiering van het testen van zorgmedewerkers kan via het OZG-budget lopen of via de beleidsregel van de NZa. Voor de personele kosten van het zorgpersoneel is het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg voorliggend op de beleidsregel. Pas als het kwaliteitsbudget niet toereikend is, wordt het meerdere vergoed op basis van deze beleidsregel. Een deel van de extra kosten die voortvloeien uit het SARS-CoV-2 virus wordt mogelijk al vergoed op grond van andere opbrengsten (bijv. Transitiebudgetten verpleeghuiszorg of de kwaliteitsbudgetten verpleeghuiszorg, vergoedingen 	<ul style="list-style-type: none"> Alle regelingen (continuïteit financiering, meerkosten, inhaalzorg) zijn met elkaar verweven en moeten in samenhang gezien worden om dubbele compensatie te voorkomen. 	<ul style="list-style-type: none"> Maatregelen voor het pgb lopen in de basis gelijk op met de maatregelen voor de betreffende wet voor de zorg in natura, pgb is immers een leveringsvorm. Aansluitend daarop wordt samenhang gezocht tussen de Jeugdwet, Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet, en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de onderliggende regelingen.

		vanuit verzekeringen en subsidieregelingen zoals de Stimuleringsregeling E-health Thuis). Deze extra kosten zijn daardoor uitgesloten van vergoeding.		
Overige bijzonderheden	<ul style="list-style-type: none"> Onverzekerde zorg; er vinden gesprekken plaats met onder andere NZa om te kijken hoe de bekostiging van onverzekerde zorg plaats moet gaan vinden, bijvoorbeeld in de mondzorg. De extra kosten van zorgaanbieders die samenhangen met de zorg voor de patiënt zullen zorgverzekeraars niet op zich nemen, maar door patiënten betaald worden. Hier moet de bekostiging nog op aangepast worden. 	<ul style="list-style-type: none"> Een aanvraag om vergoeding van extra gemaakte kosten kan uitsluitend tweezijdig (dus door zorgkantoor en zorgaanbieder gezamenlijk) bij de NZa worden ingediend. 		<ul style="list-style-type: none"> Werkwijze en wijze van compensatie pakken binnen de leveringsvorm pgb per domein anders uit.