

hun opleidingsbeleid. Voor meer flexibiliteit in de besteding van KIPZ middelen wordt afgesproken dat:

1. Ziekenhuizen zo goed als mogelijk hun opleidingsactiviteiten uitvoeren passend binnen hun ambities van het strategisch opleidingsplan en het jaarplan 2021.
2. Ziekenhuizen ook in 2021 de mogelijkheid hebben om alternatieve opleidingsactiviteiten uit te voeren die passen binnen de regeling. Deze wijzigingen ten opzichte van het opleidingsplan dienen verantwoord te worden in hun activiteitenverslag.
3. Als ziekenhuizen wel kosten hebben gemaakt ter voorbereiding op een KIPZ-activiteit, maar zij deze activiteit niet volledig hebben kunnen uitvoeren als gevolg van COVID-19, en een alternatieve activiteit niet mogelijk is, dan kunnen de reeds gemaakte kosten, conform de regeling en de werkwijze 2020, worden opgevoerd in de verantwoording. Een voorbeeld zijn de reeds ingeboekte verletkosten voor de betreffende geplande en niet volledig uitgevoerde opleidingsactiviteit. Mits de verantwoording van deze kosten voldoet aan de daarvoor gestelde eisen dan wordt niet teruggevorderd.
4. VWS ook voor 2021 en 2022 een lichter verantwoordingsregime zal hanteren. Dat betekent concreet dat ook voor 2021 en 2022 ipv een controleverklaring een zgn. beoordelingsverklaring van de accountant noodzakelijk is. Ziekenhuizen kunnen daarnaast rapporteren op deelname aan activiteit, in plaats van op daadwerkelijk gemaakte uren.
5. Voor de zomer van 2021 zullen VWS, NVZ en NFU een overleg voeren over de besteding van de KIPZ-gelden door de ziekenhuizen in 2020 en 2021. De koepelorganisaties worden gevraagd om deze informatie op te halen bij hun achterban. Mocht uit deze informatie blijken dat door COVID-19 opleidingsactiviteiten niet kunnen plaatsvinden en/of door COVID de verantwoording lastig is en dat daardoor onderrealisatie verwacht wordt, zullen waar nodig, aanvullende afspraken over 2021 worden gemaakt.

Afspraken tussen NVZ, NFU en ZN:

Bij de afspraken die verzekeraars en aanbieders denken te maken voor de contractering MSZ 2021 gaat het onder meer om meerkosten, vraaguitval en inhaalzorg. We begrijpen dat er nog discussie is over het vergoedingspercentage voor inhaalzorg, de wijze waarop P*Q-contracten doorrollen en dure geneesmiddelen. Ook maken partijen afspraken over de beschikbaarheid van IC-bedden in opschalingsfase 1 (met 109 bedden naar 1150 IC-bedden. We hebben daarbij telkens benadrukt dat dit een zaak van verzekeraars en ziekenhuizen is. Het gaat daarbij om bedden die fysiek aanwezig zijn, maar door onderbezetting niet benut werden. We begrijpen de te maken afspraken als volgt. In lijn met de VWS-regeling voor de opschalingsfasen 2 en 3 garanderen verzekeraars voor de beschikbaarheid van deze bedden een vergoeding van 70% van de personeelskosten (gaat om 5.1.2b per IC-bed) die verzekeraars als meerkosten kunnen inbrengen in de catastrofereregeling. Als een bed 100% door Covid-patiënten wordt bezet, declareren ziekenhuizen hiervoor reguliere tarieven en vervalt de vergoeding voor beschikbaarheid; verzekeraars kunnen de vergoedingen op basis van reguliere tarieven als meerkosten type 1 inbrengen in de catastrofereregeling. Als een bed 100% door non-Covid-patiënten wordt bezet, declareren ziekenhuizen reguliere tarieven en vervalt de vergoeding voor beschikbaarheid; verzekeraars kunnen de vergoedingen op basis van reguliere tarieven inbrengen in de risicoverevening. Als een bed 100% onbezet blijft, behoudt het ziekenhuis de vergoeding voor beschikbaarheid.

Dat is waar we nu staan. Ik houd jullie op de hoogte van het vervolg en de hopelijk spoedige uitkomst.

Groeten van 5.1.2e