



> Balanceren in tijden van crisis

Evaluatie Bonus-, COZO en IC-regeling

December 2024

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Michiel van der Gaag, Joëlle Groen, Roderik Ponds

Projectleider: Michiel Slag - michiel.slag@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Balanceren in tijden van crisis, December 2024.

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Foto voorblad

Robin Utrecht

ANP

Managementsamenvatting

De eerste golf van de covidpandemie leidde tot een zeer hoge werkdruk bij zorgpersoneel, extra taken voor zorgaanbieders door covidmaatregelen en een tekort aan IC-capaciteit. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) reageerde hierop met drie crisisregelingen:

- **Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (Bonusregeling)** om zorgmedewerkers te bedanken voor hun uitzonderlijke prestatie tijdens covid.
- **Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 (IC-regeling)** om IC-capaciteit op te kunnen schalen en (acute) reguliere zorg daarmee zoveel mogelijk te kunnen continueren.
- **Subsidieregeling coronabanen in de zorg (COZO-regeling)** om onbenut arbeidspotentieel in te zetten voor tijdelijke functies om zorgprofessionals te ontlasten.

De directie Financieel-Economische Zaken (FEZ) van VWS wil – in lijn met de wettelijke plicht - de doeltreffendheid en doelmatigheid van de regelingen en het doorlopen proces evalueren. Met de opgedane inzichten wil FEZ toekomstige (crisis)regelingen verbeteren.

Bij deze evaluatie is er expliciet aandacht voor het feit dat de regelingen zijn opgezet en uitgevoerd tijdens een crisisperiode waarin ook andere dringende vraagstukken speelden, zoals het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit leidde tot grote politieke en maatschappelijke druk op VWS, waarbij zij snel tot een regeling moest komen en een grotere rol innam dan gebruikelijk. Tegelijkertijd moest VWS een balans zoeken tussen deze druk en de verantwoordelijkheid om de regelingen doeltreffend, doelmatig en rechtmatig op te stellen en uit te voeren.

We concluderen dat de keuze voor subsidie als instrument logisch was. Met een subsidie kan VWS zelfstandig en relatief snel activiteiten in meerdere zorgdomeinen financieren. Voor de inzet van andere instrumenten, zoals reguliere bekostiging, is VWS afhankelijk van andere partijen. Bovendien wist VWS binnen de crisiscontext de regelingen redelijk goed op te zetten. Het proces om tot een regeling te komen is zorgvuldig en volgens gebruikelijke procedures doorlopen.

Overkoepelend stellen we vast dat de regelingen grotendeels doeltreffend waren, maar zijn er een aantal kanttekeningen. De beperkte doelmatigheid is daarvan de belangrijkste. De **Bonusregeling** bereikte merendeels haar doel, maar kende - mede doordat de doelgroep niet voldoende werd afgebakend - een overschrijding van €800 miljoen. Hierdoor maakten meer zorgprofessionals dan verwacht aanspraak op de bonus. Geïnterviewden geven aan dat zorgprofessionals de regeling als waardering ervoeren, hoewel dit minder was bij de tweede bonus. De **IC-regeling** stelde ziekenhuizen in staat op te schalen conform het LNAZ-opuschalingsplan en was daarmee doeltreffend. De oorspronkelijke verantwoordingseisen sloten alleen niet aan bij de registratiewijze van ziekenhuizen, wat financiële onzekerheid veroorzaakte. VWS paste haar interne procedures hierop aan, zoals het verplicht afstemmen van accountantsprotocollen voorafgaand aan publicatie van een subsidieregeling. De **COZO-regeling** bereikte minder zorgaanbieders dan verwacht, maar gebruikers ervoeren de regeling als effectief. Tegelijkertijd is een kwart van de verleende subsidiegelden aangemerkt als mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	1
1 Aanleiding en conclusie	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Conclusies	4
2 De keuze voor subsidie als instrument was logisch	5
2.1 Subsidie maakte tijdens covid snelle financiering mogelijk van tijdelijke activiteiten in meerdere domeinen	6
2.2 VWS bleek in staat om ook onder hoge tijdsdruk de regelingen redelijk goed op te zetten	7
3 Met kanttekeningen waren regelingen grotendeels doeltreffend	9
3.1 Met een grote overschrijding heeft de Bonusregeling haar doel grotendeels bereikt	9
3.2 De IC-regeling sloot goed aan bij de behoefte van ziekenhuizen op niet passende verantwoordingseisen na	15
3.3 De COZO-regeling had niet de beoogde impact	20
Bijlage A. Verantwoording	25
Onderzoeksproces	25
Aanpak literatuuronderzoek	26
Aanpak analyses over de maatschappelijke en politieke tendens	28
Bijlage B. Overzicht per regeling	31

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

De eerste golf van de covidpandemie leidde tot een zeer hoge werkdruk bij zorgpersoneel, extra taken voor zorgaanbieders door covid maatregelen en een tekort aan IC-capaciteit. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) reageerde hierop met drie crisisregelingen:

- **Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (Bonusregeling)** om zorgmedewerkers te bedanken voor hun uitzonderlijke prestatie in strijd tegen covid. Aanleiding voor de regeling was een unaniem gesteunde motie¹ in de Tweede Kamer om zorgverleners naast applaus ook een financiële blijk van waardering te geven. Zorgaanbieders konden een netto bonus van €1.000 aanvragen voor hun medewerkers (zowel in loondienst als derden) waarvan zij vonden dat deze tussen 1 maart en 1 september 2020 een uitzonderlijke prestatie leverden. In februari 2021 breidde VWS de regeling uit en konden ook de meeste pgb-zorgverleners² een bonus krijgen. Hierna volgde een tweede ronde (netto bonus van €385) om waardering te tonen voor de hele zorgsector voor het onder uitzonderlijke omstandigheden blijven bieden van zorg.
- **Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 (IC-regeling)** om IC-capaciteit voor covidpatiënten op te kunnen schalen en tegelijkertijd (acute) reguliere zorg zoveel mogelijk door te kunnen laten gaan. Voor de covidpandemie beschikte Nederland over circa 1.000 IC-bedden. In mei 2020 kreeg het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht om met betrokken veldpartijen een opschalingsplan op te stellen. Ziekenhuizen konden vervolgens via de IC-regeling vergoeding aanvragen voor de benodigde extra IC-capaciteit volgens dit opschalingsplan. Het opschalingsplan van de LNAZ valt buiten beschouwing van deze evaluatie.
- **Subsidieregeling coronabanen in de zorg (COZO-regeling)** om onbenut arbeidspotentieel in te zetten voor tijdelijke ondersteunende functies om zorgprofessionals te ontlasten. Deze functies waren gericht op taken die volgden uit de coronabeperkingen en -regels en vereisten geen of beperkte scholing. Al vanaf het voorjaar in 2020 ontstonden initiatieven zoals de Nationale Zorgklas en Extra Handen voor de Zorg om oud-professionals en mensen van buiten de zorg in staat te stellen om in de zorg te helpen.³ Via de regeling konden zorgaanbieders tijdelijk personeel voor coronabanen inhuren. De COZO-regeling werd drie keer ingezet: in voor- en najaar 2021 en voorjaar 2022 (aangepaste regeling).

Vanwege de wettelijke verplichting⁴ en om toekomstige (crisis)regelingen te kunnen verbeteren wenst de directie Financieel Economische Zaken (FEZ) van VWS inzicht in de doeltreffendheid en

¹ Motie Van Kooten-Arissen (18 maart 2020) over zorgverleners als blijk van waardering een bonus toekennen.

² Zij leveren zorg voor personen met een persoonsgebonden budget: een bedrag waarmee iemand zelf zorg of ondersteuning inkoop.

³ Zie voor meer informatie de [website](#) van de Nationale Zorgklas en de [evaluatie](#) van Extra handen voor de Zorg.

⁴ De Comptabiliteitswet schrijft voor dat al het beleid dat ten grondslag ligt aan de begroting periodiek geëvalueerd dient te worden door de verantwoordelijke ministers op doeltreffendheid en doelmatigheid.

doelmatigheid van de regelingen, met aandacht voor het doorlopen proces. Voor de Bonus- en COZO-regeling deed VWS ook een toezegging aan de Tweede Kamer voor een evaluatie.⁵

Eerder was de Algemene Rekenkamer (AR) kritisch op het financieel beheer van de regelingen.⁶ Ze constateerde dat het subsidiebeheer niet op orde was, vooral in het beleid om misbruik en oneigenlijk gebruik te voorkomen. Risicoanalyses waren volgens de AR onvoldoende uitgewerkt en het controlebeleid werd niet tijdig of adequaat uitgevoerd.

1.2 Conclusies

We benadrukken dat deze evaluatie plaatsvindt binnen de context van de covidcrisis. Onze conclusies moeten in het licht van deze bijzondere omstandigheden worden gezien.

We concluderen dat de keuze voor subsidie als instrument logisch was (Hoofdstuk 2). Met een subsidie kan VWS zelfstandig en relatief snel activiteiten in meerdere zorgdomeinen financieren ten opzichte van andere instrumenten. Bovendien wist VWS binnen de crisiscontext de regelingen redelijk goed op te zetten en doorliep zij het proces zorgvuldig via de gebruikelijke procedures.

Overkoepelend stellen we vast dat de regelingen grotendeels doeltreffend waren, maar zijn er een aantal kanttekeningen te plaatsen, waarvan de beperkte doelmatigheid de belangrijkste is (Hoofdstuk 3). De **Bonusregeling** bereikte grotendeels haar doel om waardering te tonen aan zorgmedewerkers, maar kende een forse financiële overschrijding, mede doordat de doelgroep niet voldoende werd afgebakend. De **IC-regeling** stelde ziekenhuizen in staat om op te schalen conform het LNAZ-opschalingsplan en was daarmee doeltreffend. Alleen sloten de oorspronkelijke verantwoordingseisen niet aan bij de registratiewijze van ziekenhuizen, wat financiële onzekerheid veroorzaakte. De **COZO-regeling** bereikte minder zorgaanbieders dan verwacht, maar gebruikers ervoeren de regeling als effectief. Tegelijkertijd is een kwart van de verleende subsidiegelden aangemerkt als mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik.

We lichten aanbevelingen voor toekomstige (crisis)regelingen uit in groene tekstvakken. Onze conclusies zijn gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en circa 25 interviews met brancheverenigingen, vakbonden, individuele zorgaanbieders en verschillende directies van VWS. In Bijlage A is de verantwoording van onze onderzoeksaanpak te vinden. In Bijlage B beschrijven we de bevindingen per regeling in meer detail.

⁵ VWS (25 oktober 2023) [Kamerbrief](#) 36 410 XVI Nr. 18.

⁶ Algemene Rekenkamer (2022) Verantwoordingsonderzoek Ministerie van VWS (XVI) Rapport bij het Jaarverslag 2021.

2 De keuze voor subsidie als instrument was logisch

Deze evaluatie vindt plaats binnen de context van de covidcrisis. Onze conclusies moeten dan ook in het licht van deze bijzondere omstandigheden worden gezien. We concluderen dat de keuze voor subsidie als instrument logisch was, omdat dit relatief snelle financiering van activiteiten in meerdere domeinen mogelijk maakte. Bovendien wist VWS binnen de crisiscontext de regelingen redelijk goed op te zetten. VWS doorliep daarbij het proces om tot een regeling te komen zorgvuldig en volgens de gebruikelijke procedures.

We evalueerden de regelingen binnen de bijzondere context van de covidcrisis waarin deze zijn opgezet en uitgevoerd. Onze conclusies moeten dan ook in het licht van deze specifieke omstandigheden worden gezien.

De Bonus-, COZO- en IC-regeling vonden plaats in een periode met grote maatschappelijke en politieke druk op VWS. Er speelden tegelijkertijd veel verschillende vraagstukken met hoge urgentie en veel media-aandacht, zoals het beleid rondom de lockdown, het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen en later ook de vaccinaties. Deze urgentie speelde ook bij de drie covidcrisisregelingen, wat onder andere tot uiting kwam in de politieke wens om veel sneller dan gebruikelijk de regelingen te organiseren.

Daarbij ontstond spanning tussen de maatschappelijke en politieke behoefte aan een centrale regierol voor VWS tijdens covid en de decentrale organisatie van het zorgsysteem. Binnen het Nederlandse zorgsysteem van gereguleerde marktwerking is de zorg in beginsel decentraal georganiseerd: zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten kopen zorg in bij aanbieders in zorg en welzijn. Binnen dit systeem heeft VWS een rol om met wet- en regelgeving de kaders voor financiers en zorgaanbieders vast te stellen (zoals de budgettaire kaders en inhoud van het basispakket) en hierop toezicht te houden. Vanwege de ernst en uniciteit van de covidpandemie kregen maatschappij, politiek en zorgpartijen vaker naar VWS om een coördinerende en meer interveniërende rol te nemen. Deze druk zorgde er mede voor dat VWS een grotere rol in ging nemen dan in de gebruikelijke situatie. Vanuit haar rol in het stelsel beschikt VWS echter over beperkte informatie over de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en heeft zij weinig mogelijkheden om deze gegevens eenvoudig te verkrijgen. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie over het exacte aantal IC-bedden of het aantal zorgmedewerkers per zorgaanbieder met direct patiëntencontact. Afhankelijk van het type informatie hebben zorgverzekeraars doorgaans meer inzicht dan VWS. Dit geldt uiteraard ook voor zorgaanbieders zelf. Deze informatieasymmetrie compliceerde het opstellen van de regelingen door VWS. Ook signaleren geïnterviewden dat de

kennis en expertise van beleidsmedewerkers over de specifieke werkwijze en bedrijfsvoering van zorgaanbieders niet altijd toereikend was.

Houd bij het opstellen van crisisregelingen rekening met ontbrekende kennis en informatie, vooral wanneer VWS een grotere rol vervult dan gebruikelijk. Zorg tijdens crisissituaties voor het benodigde inzicht in de werkwijze en bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Dit kan bijvoorbeeld door een klankbordgroep met accountants van zorgaanbieders te betrekken bij de totstandkoming van regelingen, zodat zij mee kunnen denken over de gevolgen van afbakening, definities en/of doelen voor de verantwoordingslasten in de praktijk.

2.1 Subsidie maakte tijdens covid snelle financiering mogelijk van tijdelijke activiteiten in meerdere domeinen

We concluderen dat de keuze voor een subsidieregeling logisch was. Een subsidie maakt het mogelijk om relatief snel de gewenste activiteiten en/of doelen te bekostigen. Daarbij kan VWS zelf meer sturen op realisatie van het doel, onder andere omdat ontvangers moeten verantwoorden over de specifieke inzet van middelen. Bovendien kan VWS een subsidie domeinoverstijgend inzetten. Andere instrumenten die VWS ter beschikking heeft bieden deze flexibiliteit niet. Dit geldt ook voor financiering via reguliere bekostiging.

Reguliere bekostiging verloopt – afhankelijk van het domein⁷ – via zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten (zij zijn de inkopers van zorg en welzijn). Zij maken afspraken met aanbieders in zorg en welzijn over de te leveren zorg en ondersteuning. De bekostiging van specifieke activiteiten of doelen vereist per domein een specifieke uitwerking wat extra tijd kost. Voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) is bijvoorbeeld aanpassing van tarieven of het opzetten van een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk, terwijl voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een specifieke uitkering (SPUK) voor gemeenten nodig is. Bij een SPUK moeten zij vervolgens de middelen verwerken in hun tarieven waarbij zij verschillende inkoopsystematieken hanteren. Aanvullend zou VWS per domein bestuurlijke afspraken moeten maken met de betrokken inkopers om te borgen dat aanbieders de extra middelen uitgeven aan de specifieke doelen. Vervolgens moeten inkopers dit organiseren met aanbieders, bijvoorbeeld in aanvullende contractafspraken. Daarmee heeft VWS via reguliere bekostigingsroutes veel minder grip op of de middelen (tijdig) op de juiste plek terecht komen. Ook is het noodzakelijk – gelet op de complexiteit en daarmee (uitvoerings)last die bij zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders zelf komt te liggen – dat zij hieraan mee willen werken.

Voor de verschillende regelingen heeft VWS wel alternatieven waaronder reguliere bekostiging onderzocht. Bij de Bonusregeling verkende VWS bijvoorbeeld ook directe uitkeringen van de overheid aan zorgverleners, bekostiging via ophoging van budgetten of pensioenfondsen, opname in de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA) en zelfs waardebonnen als instrument. Voor de IC-regeling onderzocht VWS diverse bekostigingsopties, zoals het verwerken in tarieven of het opzetten van een beschikbaarheidsbijdrage. Uiteindelijk bleken deze routes echter niet haalbaar vanwege tijdsdruk, afhankelijkheid van andere partijen,

⁷ Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning of Jeugdwet.

uitvoeringsproblemen, kwesties rondom rechtmatigheid en/of politieke voorkeuren. Daarom koos VWS voor het instrument van de subsidie, wat we logisch vinden in de context van de situatie toen.

2.2 VWS bleek in staat om ook onder hoge tijdsdruk de regelingen redelijk goed op te zetten

Ondanks de grote druk en vele uitdagingen tijdens de covidcrisis doorliep VWS bij het opstellen van de subsidieregelingen alle stappen van het Beleidskompas⁸ (probleemanalyse, doelstellingen, verkenning van mogelijkheden, risicoanalyse en het definiëren van een voorkeursoptie) en het Handboek Subsidies⁹. De diepgang waarmee elke stap doorlopen is verschilde echter per regeling. Dit beschrijven we in Hoofdstuk 3.

VWS bracht bij elke regeling verschillende mogelijkheden en de voor- en nadelen daarbij in kaart, zoals voor het te kiezen instrument en de mogelijke inrichting daarvan. Deze legde zij voor aan de minister. Dit gold ook voor de belangrijkste afwegingen bij het opzetten van een subsidieregeling. Het tijdig voorleggen van beslispunten lukte echter niet altijd, vooral doordat de ambtelijke top en de minister andere urgente onderwerpen, zoals het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen of vaccinaties, prioriteit gaven in de agenda's.

Geïnterviewde brancheverenigingen geven aan dat de verantwoordelijke beleidsdirecties van VWS hen goed betrokken bij de opzet van de regeling. Dit geldt voor interne stakeholders, zoals andere directies als FEZ, Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ) alsook voor uitvoeringsorganisaties DUS-I (onderdeel van VWS) en de SVB. Zij kijken positief terug op de samenwerking: de opzet en uitvoering van de subsidieregelingen verliep goed, zij werden tijdig en structureel betrokken en voldoende geïnformeerd. Uitvoeringsorganisaties DUS-I en SVB wisten de verlening en vaststelling van subsidieaanvragen effectief, tijdig en gestroomlijnd uit te voeren. Daarbij lukte het DUS-I en SVB om op tijd de extra benodigde capaciteit te organiseren. DUS-I heeft bijvoorbeeld voor de Bonus- en COZO-regeling 60 extra medewerkers geworven en ingewerkt, ruim drie keer zoveel vergeleken met het aantal medewerkers op hun grootste regeling voor de covidpandemie.

We signaleren dat de doelen van de geëvalueerde regelingen niet eenduidig te interpreteren zijn en achteraf niet of moeilijk (objectief) meetbaar zijn. Hieraan draagt bij dat de geëvalueerde regelingen verschillen van reguliere subsidieregelingen. De drie regelingen hadden naast een inhoudelijke doelstelling ook als doel om financiële middelen snel op de beoogde plek terecht te krijgen. Zo kwam de Bonusregeling voort uit een sterke politieke wens om zorgmedewerkers op korte termijn een financiële beloning toe te kennen. De IC-regeling was bedoeld om ziekenhuizen de financiële middelen te bieden om de IC-capaciteit op te schalen. Dit contrasteert met reguliere subsidieregelingen, die doorgaans gericht zijn op het realiseren van beleidsambities of daar een tijdelijke impuls aan te geven. Mogelijk waren de inhoudelijke doelstellingen van de drie regelingen daarom ook minder concreet dan gewenst. Hierdoor is het evalueren van deze doelstellingen bijzonder lastig omdat ze veel ruimte voor interpretatie laten.

⁸ Rijksoverheid Kenniscentrum voor beleid en regelgeving (2024) Beleidskompas. Beschikbaar via: [link](#).

⁹ VWS (2019) Handboek Subsidies: informatie voor subsidieprofessionals VWS.

Formuleer bij toekomstige regelingen duidelijke en meetbare doelstellingen door bijvoorbeeld afbakening, definities en streefwaarden vast te stellen. Leg publiekelijk uit wat de nadelige gevolgen zijn voor de doel- en rechtmatigheid wanneer dit niet gebeurt. Weeg deze nadelige gevolgen af tegen de mogelijke voordelen, zoals het kunnen realiseren van de gewenste snelheid.

De nadruk op snelheid en uitvoerbaarheid bij de totstandkoming en uitvoering van de regelingen, leidde tot knelpunten rondom verantwoording.¹⁰ VWS richtte de regelingen in binnen de logica van de crisiscontext. Daarbij koos zij bewust voor minimale controle vooraf en een snelle bevoorschotting, zodat zorgaanbieders en uitvoeringsorganisaties direct konden handelen om de impact van de crisis te beperken. Tegelijkertijd zocht VWS een balans tussen enerzijds deze snelle uitvoering en anderzijds de rechtmatige verstrekking van middelen. De focus op snelheid en flexibiliteit ging echter ten koste van de aandacht voor verantwoording. Uit onderzoek van de Auditdienst Rijk (ADR) en de AR¹¹ bleek bijvoorbeeld dat VWS bij de COZO-regeling de ingediende subsidieaanvragen onvoldoende toetste op de juiste inschrijving bij de Kamer van Koophandel (KvK) en juiste Standaard Bedrijfsindeling (SBI-)code op de peildatum.¹² Ook bij de Bonusregeling signaleerde de ADR in 2021 risico's bij het door VWS gekozen controlebeleid. VWS paste het controlebeleid vervolgens aan door een uitgebreide steekproef uit te voeren.¹³

Naar aanleiding hiervan heeft VWS aanpassingen doorgevoerd in haar standaardprocessen bij subsidieregelingen. Zo stelt de directie FEZ nu standaard het accountantsprotocol op voorafgaand aan de publicatie van een nieuwe regeling. Wanneer er bij een subsidieregeling bewust wordt afgeweken van het beoogde controlebeleid voor rechtmatige verstrekking van middelen moet hier toestemming voor worden gegeven door de secretaris-generaal. Daarnaast heeft DUS-I, op basis van lessen uit de covidcrisisregelingen, vastgelegd dat de voorschriften voor de verantwoording volledig op orde moeten zijn voordat een positieve uitvoeringstoets kan worden afgegeven.

¹⁰ Zo kondigde de minister bijvoorbeeld publiekelijk aan dat de bonus nog voor eind 2020 op de rekening van zorgmedewerkers zou staan. Dit leidde tot extra druk op de totstandkoming en uitvoering van de regeling.

¹¹ VWS Kamerstuk 36 100 nr. 8

¹² Auditdienst Rijk (2022) Auditrapport 2021

¹³ Auditdienst Rijk (2023) Auditrapport 2022

3 Met kanttekeningen waren regelingen grotendeels doeltreffend

De regelingen waren grotendeels doeltreffend, maar met kanttekeningen zoals beperkte doelmatigheid. Zorgverleners ervoeren de **Bonusregeling** grotendeels als blijk van waardering, maar mede door een gebrek aan afbakening ontstond een overschrijding van €800 miljoen. De **IC-regeling** stelde ziekenhuizen in staat op te schalen conform het LNAZ-opschalingsplan. De oorspronkelijke verantwoordings-eisen sloten alleen niet aan bij de registratiewijze van ziekenhuizen, wat financiële onzekerheid veroorzaakte. De **COZO-regeling** bereikte minder zorgaanbieders dan verwacht, maar gebruikers vonden de regeling effectief. Tegelijkertijd is een kwart van de subsidiegelden aangemerkt als mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik.

3.1 Met een grote overschrijding heeft de Bonusregeling haar doel grotendeels bereikt

In navolging van de motie¹⁴ van Van Kooten-Arissen besloot het kabinet in juni 2020 om een bonus toe te kennen aan zorgverleners die een 'uitzonderlijke prestatie' leverden in de strijd tegen covid. In navolging hiervan werd de Bonusregeling opgezet en uitgevoerd.

3.1.1 Gebrek aan afbakening doelgroep leidde tot forse overschrijding van het budget

Het budget van de eerste bonus is overschreden met €800 miljoen

Zorgaanbieders vroegen circa 400.000 bonussen meer aan dan verwacht waardoor het budget van de eerste bonus met zo'n €800 miljoen (56% van het oorspronkelijke budget) overschreden is (zie Figuur 1). Ten eerste vroegen zorgaanbieders voor 88% van hun personeelsbestand de bonus aan, fors meer dan de oorspronkelijke 67% die VWS schatte.¹⁵ Dit verklaart ongeveer €445 miljoen van de overschrijding. Ten tweede bleken er ook 200.000 medewerkers meer werkzaam in de sector dan oorspronkelijk geraamd (1,4 miljoen ten opzichte van 1,2 miljoen), wat de overige €355 miljoen van de overschrijding verklaart. Samen met de tweede bonus leidde dit tot een totaalbedrag van de subsidieregeling van bijna €3 miljard.

Zonder concrete afbakening van een begrip als 'uitzonderlijke prestatie' is het onduidelijk wat de beoogde doelgroep feitelijk is. Wanneer de overheid geen directe relatie heeft met de

¹⁴ In de motie (18 maart 2020) stelt Van Kooten-Arissen dat de zorgbonus zou moeten toekomen aan zorgverleners van wie een extra inzet werd gevraagd in de bestrijding van het coronavirus. Het begrip 'uitzonderlijke prestatie' of de hoogte van de bonus noemde Van Kooten-Arissen niet.

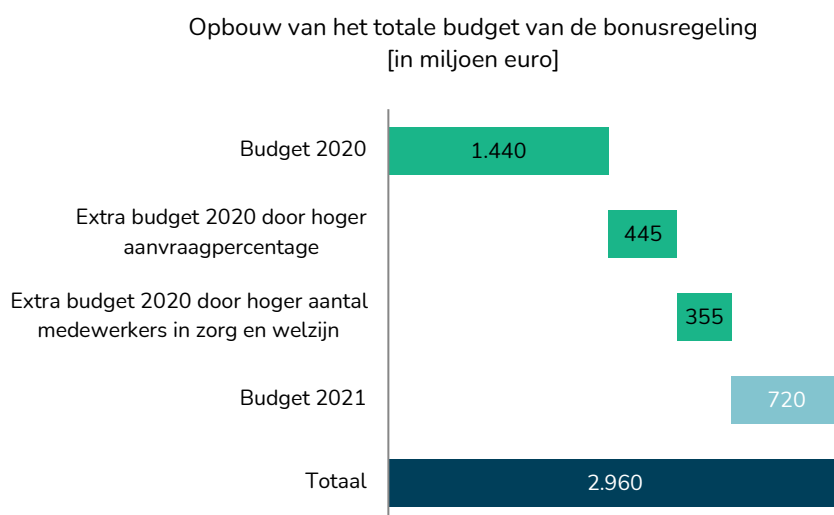
¹⁵ Op basis van de opgenomen beroepen en functies in handreiking ('Ja, mits' en 'Nee, tenzij' lijsten) maakte VWS deze schatting.

begunstigden (zorgmedewerkers) en dus niet over informatie over hun werkzaamheden beschikt, heeft zij vervolgens ook weinig mogelijkheden om hierop te sturen. Hierdoor is het risico op overschrijding en daarmee ondoelmatigheid groot.

Maak in situaties zonder directe relatie met de begunstigden en zonder sturingsmogelijkheden expliciet de keuze om een financiële regeling:

- ...aan alle mogelijke begunstigden toe te kennen, of
- ...volledig af te zien van een financiële regeling, of
- ...de doelgroep expliciet af te bakenen met risico op complexe uitvoering.

Realiseer daarbij dat een afbakening (bijvoorbeeld op basis van functies of type zorgverleners) zal leiden tot politieke en maatschappelijke onrust en hogere uitvoeringslasten voor zorgaanbieders en overheid. Betrek indien mogelijk de Tweede Kamer bij deze afweging om begrip en breed draagvlak te creëren.



Figuur 1. Het budget van €1,4 miljard voor de eerste bonus werd met €800 miljoen overschreden door het grotere aantal aanvragen. Voor de tweede bonus besloot VWS om binnen een totaalbudget van €3 miljard te blijven door het budget te maximeren op €720 miljoen.

Beleidsbepalers konden moeilijk bepalen aan wie zij bonus toekenden omdat zij geen zicht hadden op wie een uitzonderlijke prestatie leverde

Dat de minister van VWS in eerste instantie het begrip 'uitzonderlijke prestatie' niet nader specificerde, maakte de uitvoering van de beleidsopdracht complex. Ook brancheverenigingen en vakbonden wilden geen keuzes maken in wie voor de bonus in aanmerking kwam. Voorafgaand aan haar besluit om de bonus toe te kennen, stelde VWS een onafhankelijke verkenners aan om met brancheverenigingen en vakbonden te verkennen hoe de bonus eruit kon zien. De in totaal 16 betrokken partijen wilden niet aan een advies over de bonus meewerken en vonden dat het aan VWS was om tot een regeling te komen. Partijen vonden dat alle medewerkers in zorg en welzijn een bonus moesten krijgen, omdat zij niet alleen extra inspanning leverden maar ook extra gezondheidsrisico liepen. Ook waren zij van mening dat er in de gehele zorgsector een structurele

loonsverhoging nodig was. Op basis van de gesprekken met de partijen legde de onafhankelijke verkenner uiteindelijk drie scenario's voor aan de minister, waaronder een bonus van €1.000 voor een brede groep zorgmedewerkers.¹⁶ Dit scenario is uiteindelijk ook gekozen.

VWS wilde vervolgens de doelgroep wel afbakenen, ook om het risico op budgetoverschrijding te verkleinen, maar had onvoldoende mogelijkheden om hierop te sturen. Zorgprofessionals met een inkomen van meer dan twee keer modaal kwamen niet in aanmerking voor de regeling. Voor de overige medewerkers stelde VWS een handreiking op als richtinggevend kader met beroepen en functies die 'Ja, mits'¹⁷ of 'Nee, tenzij'¹⁸ in aanmerking kwamen.¹⁹ Zachte afbakeningscriteria hierin waren dat het om zorgmedewerkers moest gaan die zich hadden 'ingezet voor patiënten met covid en/of hebben bijgedragen aan de strijd tegen covid'. VWS kon deze afbakening zelf niet maken. Zij beschikt namelijk niet over de informatie over welke functie zorgprofessionals hebben en of zij direct patiëntcontact hadden in tijden van corona. Ter illustratie: er was geen discussie dat IC-verpleegkundigen die extra, en vaak lange diensten draaiden recht hadden op de bonus. Voor personeel in instellingen dat geen patiëntcontact had, maar wel indirect in contact kon komen met het coronavirus (bijvoorbeeld schoonmakers) was het al lastiger om goede informatie te verkrijgen. Daarvoor maakte het namelijk uit of een schoonmaker werkzaam was op een covidafdeling of op de kantoren. Het verzamelen van dergelijke informatie zou tot zeer zware administratieve lasten van zorgaanbieders en uitvoeringslasten voor DUS-I leiden. Daarom was dit praktisch onhaalbaar. Bovendien was het onwenselijk vanuit het uitgangspunt van VWS om de regeling goed uitvoerbaar te laten zijn.

De uiteindelijke keuze kwam bij individuele zorgaanbieders te liggen, die vervolgens ruimhartig aanvroegen

Doordat beleidsbepalers de doelgroep niet strikt afbakenden kwam de uiteindelijke keuze bij individuele zorgaanbieders terecht. Hoewel de geïnterviewde brancheverenigingen en zorgaanbieders begrijpen dat VWS de doelgroep niet kon afbakenen, bracht dit hen als werkgever in een moeilijke positie. Zorgaanbieders vonden het - ondanks de handreiking van VWS - lastig om onderscheid te maken tussen welke medewerkers wel of niet in aanmerking kwamen voor de bonus. Veel zorgaanbieders vonden dat veel medewerkers (ook medewerkers die geen direct patiëntencontact hadden) een belangrijke bijdrage hadden geleverd. Ook wilden zorgaanbieders voorkomen dat de bonus tot verdeeldheid zou leiden binnen hun organisatie. Vanuit dit perspectief riepen ook brancheverenigingen hun achterban op om de subsidie ruimhartig aan te vragen. Overigens was het voor zorgaanbieders niet alleen gevoelsmatig, maar ook praktisch moeilijk om aanvragen te differentiëren. Afbakenen bracht namelijk administratieve lasten met zich mee in een periode waarin tijd extra schaars was.

Het ontbreken van duidelijke afbakening heeft bijgedragen aan ondoelmatigheid van de Bonusregeling, doordat ook zorgverleners die duidelijk niet voldeden aan het criterium

¹⁶ De andere twee scenario's waren een 'selectiescenario' waarbij de overheid een specifiek kader opstelt voor wie in aanmerking komt en een 'gebaar' waarbij iedereen in aanmerking komt, maar de bonus uit een duidelijk lager bedrag bestaat mogelijk in de vorm van een waardebon vergezeld van een persoonlijk brief van de minister.

¹⁷ Bijvoorbeeld verpleegkundigen, verzorgenden, A(N)IOS'en, doktersassistenten en maatschappelijk werkers.

¹⁸ Bijvoorbeeld administratief personeel, verloskundigen en receptionisten.

¹⁹ VWS (2020) Handreiking Zorgbonus COVID-19.

'uitzonderlijke prestatie' toch een bonus ontvingen. Bijvoorbeeld studenten met een bijbaan die tijdelijk één dag per week in de schoonmaak werkten zonder patiëntencontact of inzet op covidafdelingen. Daarnaast is het mogelijk dat er dubbele aanvragen zijn ingediend voor zzp'ers die voor meerdere opdrachtgevers werkten. De omvang hiervan is echter onbekend.

Eén geïnterviewde geeft aan dat de discussie over structurele loonsverhoging - gezien de oproep vanuit het veld - naar verwachting heeft bijgedragen aan het hogere aanvraagpercentage van de Bonusregeling. Voorafgaand en parallel aan de covidpandemie speelde de discussie over het structureel verhogen van de lonen in de sector, mede in het kader van de cao-onderhandelingen. Mogelijk zag een deel van de zorgaanbieders de bonus als stap om extra financiële waardering toe te kennen aan hun medewerkers. Mede hierdoor werd de Bonusregeling soms ook onderwerp van de discussie. Zo gaf vakbond FNV bijvoorbeeld aan liever een structurele loonsverhoging te zien, dan een eenmalige bonus.²⁰

Om binnen het beschikbare budget te blijven koos VWS bij de tweede bonus voor een lager bedrag, waarbij ze de Tweede Kamer betrok in haar afweging

Bij de tweede bonus betrok de minister de Tweede Kamer bij verschillende mogelijkheden om af te bakenen. De minister legde twee varianten voor aan de Kamer om binnen het beschikbare budget van €720 miljoen te kunnen blijven:

- 1 Bonus van €500 netto (zoals aangekondigd tijdens Prinsjesdag 2020) voor maximaal 800.000 zorgmedewerkers met afbakening op bepaalde branches.²¹
- 2 Bonus van €200-€240 netto voor alle branches en alle zorgmedewerkers, afhankelijk van het aantal aanvragen.

De Tweede Kamer kon niet tot een keuze komen. De Kamer debatteerde over de voorgelegde dilemma's. Sommige partijen vonden dat er extra financiële middelen ter beschikking moesten worden gesteld om alle zorgmedewerkers de beloofde bonus van €500 toe te kunnen kennen.²² Hiervoor was echter onvoldoende draagvlak in de Kamer. Eind april 2021 besloot de minister voor optie 2 en maakte daarmee een expliciete keuze om niet de doelgroep, maar het bedrag af te bakenen.

Om geen zorgverleners uit te sluiten stelde VWS aparte Bonusregelingen voor pgb-zorgverleners op

Om alle zorgverleners een bonus te kunnen toekennen, stelde VWS voor pgb-zorgverleners aparte regelingen op. Voor deze zorgverleners was er een aparte uitwerking nodig omdat zij rechtstreeks voor pgb-budgethouders werken en niet in dienst zijn van een zorgaanbieder. Zowel

²⁰ FNV (2021) Drie miljard voor zorgbonus staat gelijk aan twee jaar structurele loonsverhoging.

²¹ Huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, ambulancezorg en verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg zouden wel in aanmerking komen (op basis van dat in deze branches relatief veel zorg voor covidpatiënten werd geleverd en/of er een relatief hoog ziekteverzuim was). Branches die niet in aanmerking zouden komen waren de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gemeentelijke gezondheidsdiensten (ggd), sociaal werk, jeugdzorg, apotheken en overige zorg en welzijn.

²² Kamerlid Marijnissen (SP) diende samen met 12 andere partijen een motie hiervoor in. Dit zou een extra budget van €765 miljoen vergen. De minister ontraadde deze motie omdat er geen dekking bij zat en de begroting vastgesteld was. De Kamer verwierp de motie.

voor pgb-zorgverleners in de Wmo, Wet langdurige zorg (Wlz) en Jeugdwet als voor pgb-zorgverleners in de Zvw was een aparte regeling nodig.

Hoewel uitwerking extra inspanning vergde, zijn geïnterviewden positief over de Bonusregeling voor pgb-zorgverleners in de Wmo, Wlz en Jeugdwet. VWS betrok partijen tijdig en nauw bij de uitwerking en de SVB was in staat om in maart 2021 het aanvraagloket te openen. Ook kon de SVB de regeling efficiënt uitvoeren: zij realiseerde slechts 60% van de begrote uitvoeringskosten.²³

Daarentegen zijn geïnterviewden sceptisch over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de Bonusregeling voor pgb-zorgverleners in de Zvw. Doordat het veel tijd en moeite kostte om de regeling op te zetten is het namelijk de vraag in hoeverre de doelgroep is bereikt en of de subsidiegelden in verhouding staan tot de uitvoeringskosten. Voor deze groep zorgverleners was namelijk een aparte, zeer intensieve uitwerking van de bonusregeling vereist. De helft van deze groep declareert namelijk niet bij SVB, maar direct bij zorgverzekeraars. Daardoor waren er voor deze zorgverleners onvoldoende gegevens beschikbaar om een aanvraag te kunnen beoordelen. Het was niet toegestaan om deze gegevens te delen vanwege privacywetgeving, aangezien dit ook ging om bijzondere (medische) persoonsgegevens. Het uitwerken van een oplossing vergde veel tijd, waardoor het aanvraagloket pas in september 2024 opende. Hoewel het aantal (toegekende) aanvragen nog niet bekend is, geven geïnterviewden aan dat de uitvoeringskosten waarschijnlijk niet in verhouding staan tot de toe te kennen subsidiegelden.

3.1.2 Geïnterviewden geven aan dat merendeel zorgverleners bonus als financiële blijk van waardering heeft ervaren ondanks de onrust die hiermee gepaard ging

De eerste bonus is als een substantiële blijk van waardering ervaren

Het doel van de eerste bonus was om een financiële blijk van waardering toe te kennen aan zorgmedewerkers voor hun uitzonderlijke prestatie in strijd tegen covid. De geïnterviewde brancheverenigingen, vakbond en individuele zorgaanbieders geven aan dat medewerkers de bonus ook als zodanig hebben ervaren. Zij vonden het bedrag van €1.000 passend en substantieel, ook ten opzichte van het gemiddelde salaris in de sector.²⁴ Hieraan heeft bijgedragen dat de bonus als nettobedrag werd uitgekeerd en daardoor geen invloed had op eventuele toeslagen van zorgprofessionals. Dit is geen gebruikelijke gang van zaken en vereiste een complexe uitwerking die VWS samen met de Belastingdienst mogelijk heeft gemaakt. Geïnterviewden geven aan niet te kunnen inschatten of de bonus met een (iets) lager of hoger bedrag hetzelfde of meer effect had gehad.

Doordat de bonus voor het merendeel van medewerkers in zorg en welzijn is aangevraagd (zie §3.1.1), heeft de regeling een sectorbrede werking gekregen. Hierbij zijn naast de beoogde doelgroep (zorgmedewerkers die een uitzonderlijke prestatie hadden geleverd) ook medewerkers in aanmerking gekomen aan wie bij het indienen van de oorspronkelijke motie niet direct is gedacht. In hoeverre dit effect is opgetreden is echter niet vast te stellen.

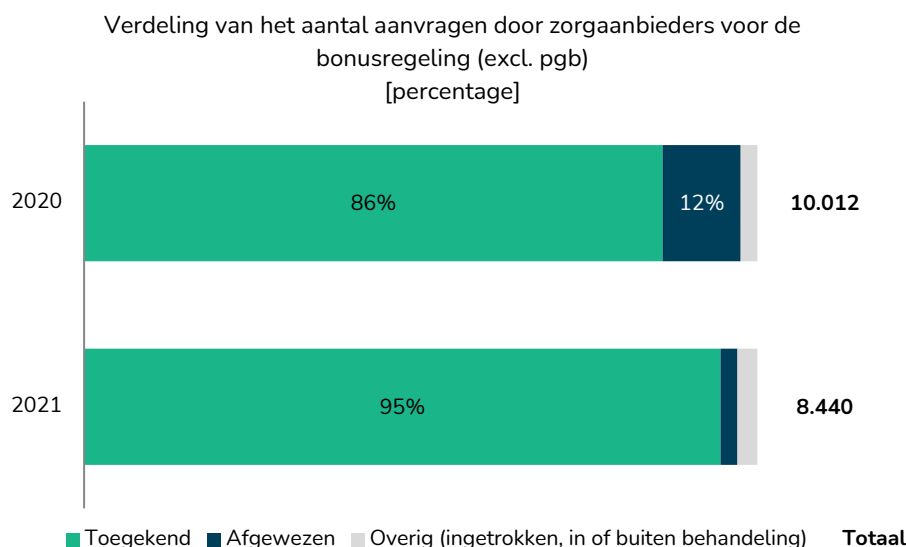
²³ Gerealiseerde uitvoeringskosten waren €1,4 miljoen ten opzichte van begrote uitvoeringskosten van €2,4 miljoen.

²⁴ Het bedrag van €1.000 volgde uit het voorgestelde scenario van de onafhankelijk verkenner en was mede gebaseerd op het bedrag dat in Duitsland en België gehanteerd werd van €1.500.

De keuze voor wie in aanmerking kwam bracht onrust teweeg

Door het ontbreken van strikte afbakeningscriteria (zie §3.1.1) werden verschillende keuzes gemaakt over wie voor de bonus in aanmerking kwam. Dit leidde zowel tot onrust tussen medewerkers binnen zorgaanbieders, als tussen medewerkers van verschillende zorgaanbieders. De keuze van individuele zorgaanbieders leidde soms tot verdeeldheid binnen organisaties wanneer zij voor sommige medewerkers wel en voor anderen geen bonus aanvroegen. Ook hanteerden zorgaanbieders uit dezelfde regio soms²⁵ verschillend beleid. Dit kon tussen organisaties ook voor onrust zorgen, wanneer organisatie A wel voor alle medewerkers de bonus aanvroeg en organisatie B niet. Daarnaast ontstond onrust doordat zorgaanbieders onzekerheid ervaarden over de uiteindelijke toekenning door VWS. Veel vroegen ruimhartig aan zonder zekerheid dat alles werd toegekend. Sommige grote en financieel gezonde zorgorganisaties schoten de bonus zelfs voor om hun medewerkers tijdig waardering te geven.²⁶

Uiteindelijk bleek dat het merendeel van de zorgmedewerkers voor wie zorgaanbieders een bonus aanvroegen in aanmerking kwam. VWS kende rond de 90% van de aanvragen toe (zie Figuur 2). De uitvoering door DUS-I verliep grotendeels effectief (zie ook §2.1). Zij keerde voor eind 2020²⁷ de subsidiegelden uit. Afwijzingen kwamen met name doordat de zorgaanbieder een ongeldige SBI-code had, er minder dan twee personen werkzaam waren, of de aanvraag te laat had ingediend.



Figuur 2. VWS keerde bij de eerste en tweede bonus respectievelijk 86% en 95% van de aanvragen uit.

Geïnterviewden geven aan dat medewerkers soms alsnog lang op hun bonus moesten wachten doordat zorgaanbieders zelf de middelen laat uitkeerden. Sommige zorgaanbieders wilden de bonus pas in 2023 uitbetalen, zodat zij meer duidelijkheid hadden over de definitieve toekenning

²⁵ In sommige regio's coördineerden zorgaanbieders het aanvraagbeleid om vergelijkbaar aan te vragen.

²⁶ NRC (30 september 2020) Ziekenhuizen vragen een coronabonus aan voor alle medewerkers. EenVandaag (24 september 2020) Ziekenhuisdirecteur negeert richtlijn en eist zorgbonus voor al zijn medewerkers. De Gelderlander (30 september 2020) Rijnstate vraagt coronabonus aan voor al zijn 4000 personeelsleden: 'Goedkeuring is aan ministerie'.

²⁷ Technisch gezien verplichtte de regeling DUS-I om binnen 13 weken aangevraagde subsidiegelden uit te keren aan zorgaanbieders. In de praktijk spraken VWS en DUS-I af dat uitkering nog voor het einde van 2020 plaats zou vinden: dit kwam de facto uit op minder dan 13 weken: het aanvraagloket was namelijk open tussen 1 oktober en 10 november 2020.

van subsidiegelden. Echter, de regeling verplichtte de zorgaanbieders de bonus binnen vijf maanden na verstrekking door DUS-I uit te keren.

Tweede bonus had lagere impact omdat deze niet aansloot bij verwachtingen

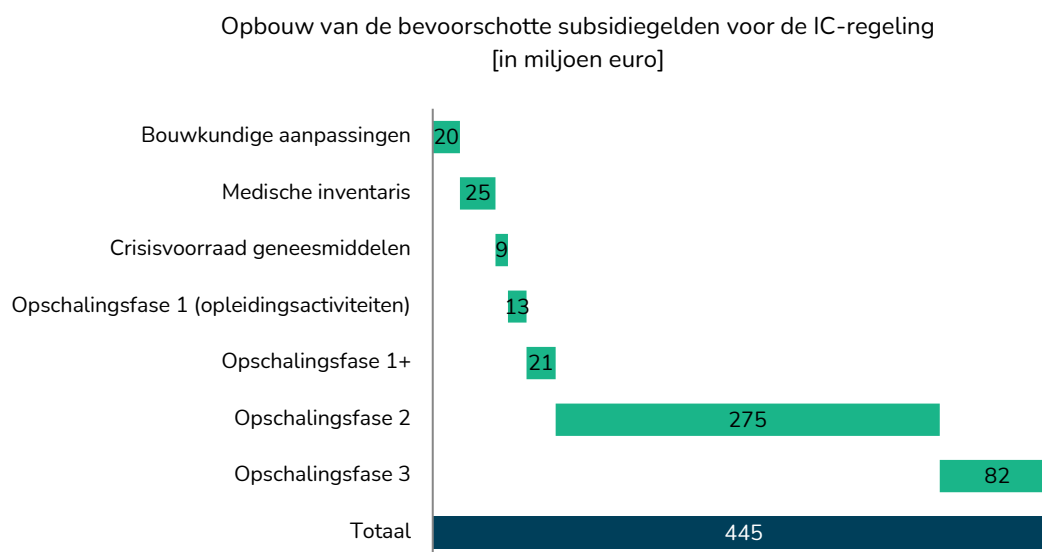
Bij de tweede bonus richtte VWS zich op een aangepast doel: ze wilde sectorbreed waardering tonen voor het blijven bieden van zorg onder uitzonderlijke omstandigheden. Het begrip 'uitzonderlijke prestatie' werd losgelaten en na afweging van een aantal varianten (zie §3.1.1) koos VWS bewust voor een brede, niet-afgebakende doelgroep.

Hoewel geïnterviewden aangeven dat zorgmedewerkers de tweede bonus als welkome waardering ontvingen, lijkt deze minder doeltreffend dan de eerste bonus. Volgens geïnterviewden zijn hier twee redenen voor: het bedrag was lager (dan verwacht) en kwam later in de tijd. De minister kondigde tijdens Prinsjesdag 2020 aanvankelijk een netto bedrag van €500 euro aan en verlaagde deze vervolgens naar €385 om binnen het budget van €720 miljoen te blijven. Het is achteraf niet vast te stellen of een hoger bedrag en zo ja, welk bedrag bij de tweede bonus wel de gewenste impact had kunnen hebben. Daarnaast kwam de tweede bonus logischerwijs later in de tijd, terwijl zorgmedewerkers al langer onder hoge druk werkten. Geïnterviewden geven aan dat voor zorgmedewerkers gevoelsmatig op dat moment een vergelijkbare of hogere bonus logischer was geweest.

3.2 De IC-regeling sloot goed aan bij de behoefte van ziekenhuizen op niet passende verantwoordingseisen na

De IC-regeling was ingesteld om ziekenhuizen financieel in staat te stellen om de IC-capaciteit op te schalen conform het LNAZ-opschalingsplan²⁸. Ziekenhuizen kregen een vergoeding voor bouwkundige aanpassingen, medische inventaris, de crisisvoorraad geneesmiddelen en de (flexibele) beschikbaarheid van IC- en klinische bedden. De eerste drie kostenposten vergoedde VWS als onderdeel van de subsidieregeling via maatwerkafspraken. De beschikbaarheid van IC- en klinische bedden bekostigden zorgverzekeraars en VWS via de fasen van het LNAZ-opschalingsplan. De zorgverzekeraars vergoedden de opschaling tot 1.150 IC-bedden (Fase 1). VWS vergoedde de opschaling tot 1.350 (Fase 2) en 1.700 IC-bedden (Fase 3). De vergoedingen voor Fase 2 vormden het grootste onderdeel van de bevoorschotte subsidiegelden (zie Figuur 3).

²⁸ LNAZ (2020) Opschalingsplan COVID-19.



Figuur 3. De IC-regeling vergoedde verschillende componenten. Opschalingsfase 2 vormde veruit de grootste kostenpost binnen de uitkering van de subsidiegelden.

Wij evalueren expliciet niet het opschalingsplan dat onder meer bepaalde hoe en op welke manier werd opgeschaald langs de verschillende fasen. Logischerwijs werkte het opschalingsplan door in de subsidieregeling doordat het aantal IC-bedden gekoppeld werd aan een financiële vergoeding hiervan.

3.2.1 De regeling bood ziekenhuizen het financiële comfort om op te schalen volgens het LNAZ-opshalingsplan

De regeling stelde ziekenhuizen in staat om extra IC-capaciteit te realiseren

We concluderen dat de IC-regeling haar doel behaald heeft. Ziekenhuizen konden dankzij de regeling extra structurele en flexibele IC-capaciteit creëren voor onverwachte piekbelasting door covid. Geïnterviewden geven aan dat zonder de subsidieregeling de gerealiseerde IC-opscaling niet mogelijk was geweest. Enkelen van hen geven aan dat het opstellen van de subsidieregeling langer duurde dan gewenst, waardoor zij niet tijdig voldoende personeel konden aantrekken of omscholen. Ondanks dat ziekenhuizen konden opschalen gedurende de covidperiode, waren zij niet gedurende de hele periode in staat om op te schalen conform Fase 3 van het LNAZ-opshalingsplan. Dit lag niet aan de regeling, maar kwam vooral doordat de covidperiode langer duurde dan verwacht en er onvoldoende (IC-)verpleegkundigen waren om voor langere tijd de benodigde zorg te leveren die bij dit aantal bedden hoorde. Bij het opstellen van het LNAZ-opshalingsplan is er niet van uitgegaan dat de covidcrisis zo lang zou duren. Na een evaluatie en actualisatie van het opschalingsplan paste het LNAZ de opschalingsfasering aan naar een maximum van 1.350 IC-bedden in november 2021 (Tekstbox 1).

Tekstbox 1. Uitkomsten van de evaluatie van het LNAZ-opschalingsplan.²⁹

Het LNAZ evalueerde haar opschalingsplan in het najaar van 2021 en rapporteerde hierover op 1 oktober 2021. Op dat moment concludeerde het LNAZ het volgende:

- Het opschalingsplan gaf invulling aan het beoogde doel met de bijbehorende samenwerking tussen de regio's en coördinatie en spreiding van patiënten door het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en de Regionale Coördinatiecentra Patiënt Spreiding (RCPS). Daarmee functioneerde het opschalingsplan goed.
- Het afschalen van reguliere zorg bleek nodig om zorgcontinuïteit te borgen. Het kader 'Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-covid zorg' van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) zorgde ervoor dat zorginhoudelijke keuzes in regio's hetzelfde waren.
- De omvang en duur van de opschaling begrenst de mate van zorgopshaling. Randvoorwaarde voor de zorgverlening is de beschikbaarheid van personeel.
- Betrokken partijen hebben in een crisissituatie vertrouwen en ruimte nodig om de juiste beslissingen te nemen.
- Solidariteit tussen ziekenhuizen maakte spreiding in en tussen Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) regio's mogelijk. Langdurige pieken en het afschalen van reguliere zorg zetten solidariteit onder druk.

Daarnaast keek het LNAZ in haar evaluatie vooruit en benoemde ze vijf belangrijke pijlers om pieken in het winterseizoen op te vangen:

- 1 Instroom beperken en ketencapaciteit benutten.
- 2 Landelijke spreiding van covidpatiënten.
- 3 Personeel optimaal inzetten/ondersteunen.
- 4 Ziekenhuizen opschalen tot 1.350 IC-bedden en tijdig afschalen van reguliere zorg.
- 5 Verplaatsen van zorg naar Duitsland.

Het LNAZ stelde dat de verwachte piek alleen kon worden opgevangen - waarbij tegelijkertijd de kwaliteit van zorg geborgd bleef en de reguliere zorg, inhaalzorg en zeker de kritiek planbare zo lang mogelijk doorgang konden blijven vinden - wanneer op alle vijf de aspecten maximaal werd ingezet. Een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden was op het evaluatiemoment door personele tekorten niet haalbaar.

Ook het feit dat de regeling verschillende kosten dekte (zie Figuur 3) droeg bij aan de doeltreffendheid.³⁰ Dit deed VWS enerzijds om ziekenhuizen duidelijkheid te verschaffen over vergoede kosten en anderzijds om uitvoeringslasten te beheersen. Ondanks deze opzet geven enkele geïnterviewden aan dat niet alle gemaakte kosten daadwerkelijk vergoed zijn, bijvoorbeeld omdat deze eerder zijn gemaakt en daardoor buiten de subsidiabele periode vielen.

²⁹ LNAZ (1 oktober 2021) Terugkijken en vooruitblikken op COVID-19. Zie [link](#).

³⁰ Naast vergoeding van het beschikbaar stellen en houden van bedden en personeel, dekte de regeling ook aanschaf van medische inventaris, bouwkundige aanpassingen, opleiden van medewerkers en het aanleggen van een crisisvoorraad geneesmiddelen.

De vergoeding was gebaseerd op zo objectief mogelijke kostenposten, maar mogelijk is een deel van de vergoeding voor Fase 3 van de subsidieregeling ondoelmatig

De hoogte van de vergoeding in de opschalingsfasen onderbouwde VWS zo objectief mogelijk. Ze bepaalde personeelskosten van een IC- en klinisch bed aan de hand van normatieve bedragen op basis van gegevens van het LNAZ en de kosten voor fysieke aanpassing van de IC op basis van kostprijzen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Vervolgens kende VWS aan opschalingsfasen 2 en 3 een normbedrag toe per teleenheid.³¹ Voor andere onderdelen van de regeling waarbij de hoogte van een vergoeding moeilijker te bepalen was, zoals de bouwkundige aanpassingen, tuigde VWS een proces op waarbij een externe commissie de aanvragen van ziekenhuizen beoordeelde. In deze commissie zaten experts vanuit drie perspectieven: financieel, bouwkundig en zorginhoudelijk. Gezamenlijk besloten zij, op basis van een inhoudelijk kader, werkwijze en regelement welke kosten vergoed konden worden. De hoogte van vergoedingen voor de opschalingsfasen leidde niet tot discussie tussen VWS en ziekenhuizen. Dit duidt erop dat de vergoeding in ieder geval voldoende is geweest om de kosten van opschaling te dekken. Het kan echter ook betekenen dat het bedrag te ruim is geweest.

In sommige regio's ontstond wel discussie over het aantal IC-bedden per ziekenhuis in de uitgangspositie van het opschalingsplan. Dit lag niet zozeer aan de opzet van de subsidieregeling, maar aan de onduidelijkheid over het aantal IC-bedden dat ziekenhuizen standaard beschikbaar hebben. Voor elk extra IC-bed dat beschikbaar kwam boven dat aantal kreeg een ziekenhuis een extra vergoeding. Volgens enkele ziekenhuizen in drie ROAZ-regio's ging VWS uit van een te hoog aantal standaard beschikbare bedden waardoor zij in hun ogen een te lage vergoeding zouden krijgen. De voorzitters van deze ROAZ-regio's hadden eerder wel ingestemd met dit aantal standaard beschikbare bedden. Deze ziekenhuizen waren van plan om hierover een rechtszaak te starten. VWS heeft vervolgens de subsidieregeling aangepast door een extra fase (Fase 1+) toe te voegen aan de regeling. Hierdoor kregen ziekenhuizen die een lager aantal bedden standaard beschikbaar hadden dan de uitgangspositie alsnog een vergoeding voor deze extra bedden. De betrokken ziekenhuizen waren tevreden met deze oplossing.

Voor de vergoeding van Fase 3 betwijfelen enkele geïnterviewden of deze geheel doelmatig is. De vergoeding bestond uit twee delen, een deel ter compensatie van beschikbaarheid van bedden en een deel ter compensatie van kosten bij daadwerkelijke inzet. Ziekenhuizen ontvingen een voorschot voor het eerste deel. Een deel van de ziekenhuizen heeft ook deze opschaling gerealiseerd. Toen het LNAZ-opshalingsplan werd aangepast (zie Tekstbox 1) bleek Fase 3 vanwege personeelstekort niet meer voor alle ziekenhuizen mogelijk. De ziekenhuizen die vanwege personeelsproblemen niet konden opschalen tot en met Fase 3 ontvingen wel een beschikbaarheidsvergoeding hiervoor.

³¹ De teleenheid van opschalingsfase 2 is één extra IC-bed en twee extra klinische bedden. De teleenheid van opschalingsfase 3 is één extra IC-bed en 0,8 extra klinisch bed.

3.2.2 Ziekenhuizen administreerden de inzet van personeel anders dan de oorspronkelijke verantwoordingseisen met onzekerheid over rechtmatigheid tot gevolg

De manier van verantwoorden zoals opgenomen in de oorspronkelijke subsidieregeling kwam niet overeen met de reguliere ziekenhuisadministratie. Voor het grootste deel van de subsidieregeling, opschalingsfase 2, vroeg VWS ziekenhuizen aan te tonen hoeveel vaste IC-bedden aanwezig waren inclusief de beschikbaarheid van vijf fte personeel.³² Wanneer ziekenhuizen minder dan vijf fte personeel per gerealiseerd vast IC-bed beschikbaar hadden kon de subsidie gekort worden. Ziekenhuizen registreren hun personele inzet echter niet aan de hand van fte-inzet per bed en konden deze vorm van registreren ook niet eenvoudig optuigen in crisistijd. Hierdoor ontstond onzekerheid voor ziekenhuizen. Het was voor ziekenhuizen lange tijd onduidelijk of zij uiteindelijk zouden voldoen aan de verantwoordingseisen of dat zij gekort zouden worden op hun bevoorschotte subsidieaanvraag. Ziekenhuizen geven aan dat ze dit bedrag daarom aanhielden als financiële reserve tot 2023. Bij opzet van de subsidieregeling had VWS zich moeten realiseren dat deze wijze van verantwoording niet aansloot op de reguliere verantwoordingssystematiek binnen ziekenhuizen.

Uiteindelijk besloot VWS, na overleg met ziekenhuizen, voor een verantwoording via een bestuursverklaring. De raad van bestuur van een ziekenhuis verklaart daarin dat de voorwaarden zijn nageleefd en dat zij de middelen aan het beoogde doel verstrekken. Hierin gaven ziekenhuizen een onderbouwing van de realisatie van IC-bedden in opschalingsfasen 2 en 3. Ziekenhuizen geven aan dat zij hiermee konden voldoen aan de verantwoordingseisen met minder administratieve lasten. Tegelijkertijd duurde het volgens zowel henzelf als VWS lang voordat VWS tot deze oplossing besloot. Deze aanpassing naar verantwoording via een bestuursverklaring maakte het voor VWS vervolgens moeilijker om de uitgaven voor de subsidieregeling goed te controleren. Daarmee was de rechtmatigheid van een groot deel van de uitgekeerde subsidiegelden niet te verifiëren. In een kamerbrief van 2023 geeft de minister van VWS aan dat daarom €207 tot maximaal €450 miljoen mogelijk onrechtmatig is uitgekeerd.³³ De AR rapporteerde vervolgens in 2024 hierover dat ze van €382 miljoen niet weet of het rechtmatig besteed is.³⁴

De verbeterpunten om dergelijke situaties te voorkomen zijn reeds doorgevoerd in de standaardprocessen, bijvoorbeeld doordat het accountantsprotocol afgestemd moet zijn voordat publicatie van de subsidie in de Staatscourant plaatsvindt (zie §2.1).

³² Een gerealiseerd vast IC-bed is in deze context een IC-bed dat fysiek aanwezig is in de instelling, inclusief bijbehorende voorzieningen en vijf fte personeel, dat direct voor zorg inzetbaar is.

³³ VWS (27 oktober 2023) Kamerstuk 36 410 XVI nr. 13. Volgens gegevens die wij ontvingen van DUS-I is het bevoorschotte bedrag €445 miljoen (zie Figuur 3).

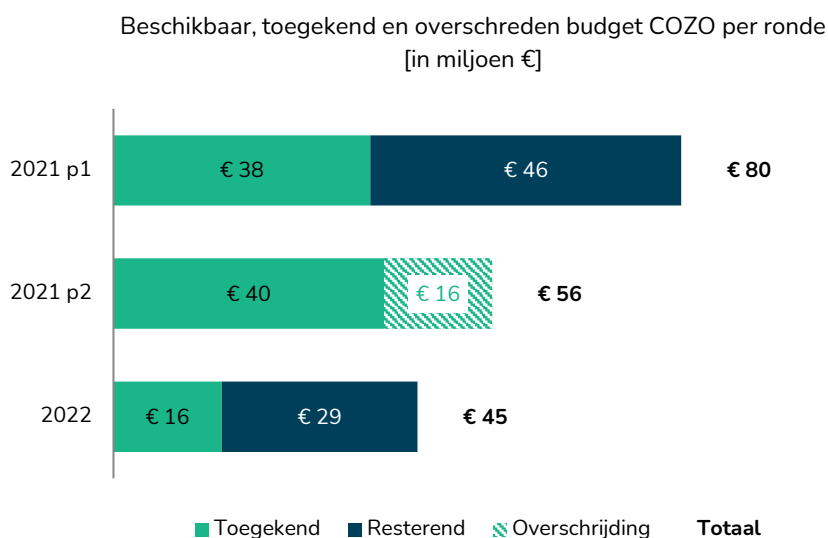
³⁴ Algemene Rekenkamer (mei 2024) Verantwoordingsonderzoek Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Rapport bij het Jaarverslag 2023

3.3 De COZO-regeling had niet de beoogde impact

3.3.1 De regeling bereikte minder zorgaanbieders dan verwacht, maar aanbieders die gebruik maakten van de regeling ervoeren deze als positief

De COZO-regeling is in twee van de drie rondes niet uitgeput en leidde daarmee tot minder gerealiseerde banen dan mogelijk was geweest

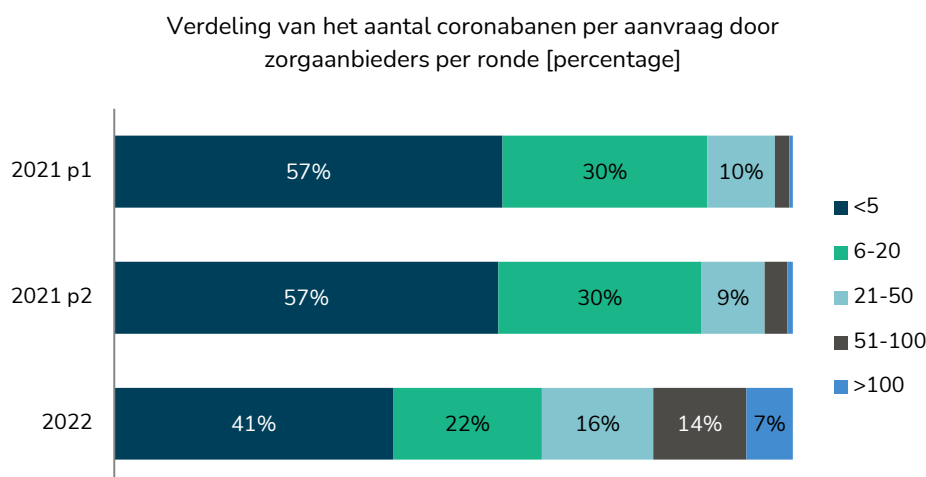
Met de COZO-regeling konden zorgaanbieders tijdelijk onbenut arbeidspotentieel inhuren voor ondersteunende functies³⁵ om de druk op zorgprofessionals te verlichten. Het gebruik van de regeling bleef echter achter bij de verwachtingen. Het budget werd in twee van de drie rondes niet volledig benut (zie Figuur 4). In 2021 vroegen ongeveer 380 zorgaanbieders in beide rondes de subsidie aan. In 2022 daalde dit naar slechts 73. Dit is een klein deel van de in totaal meer dan 21.000³⁶ zorgaanbieders in Nederland. Ook ging een groot deel van de aanvragen om relatief weinig coronabanen (zie Figuur 5).



Figuur 4. In twee van de drie rondes werd het budget voor de COZO-regeling niet volledig benut.

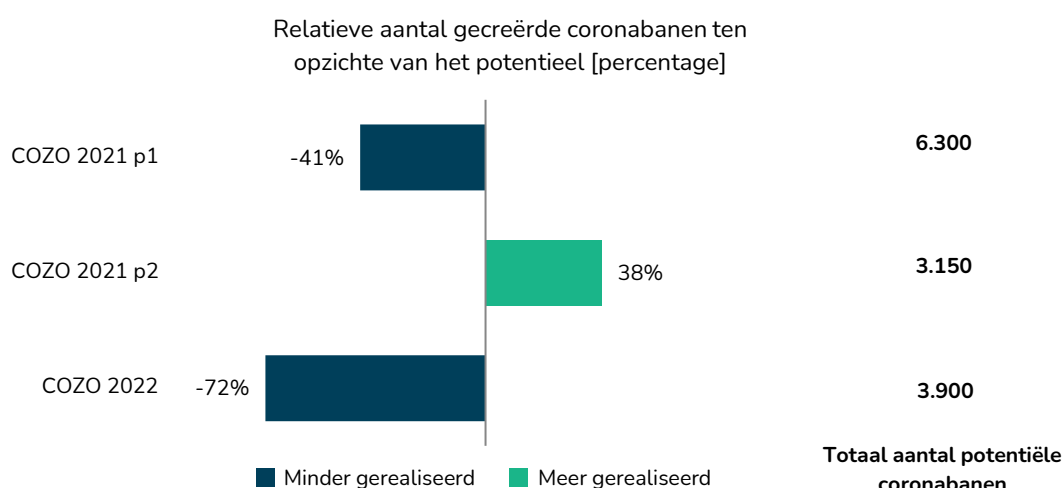
³⁵ Zoals ondersteuner zorgmedewerker, welzijnsassistent, zorgassistent/buddy, gastvrouw/gastheer, ADL-ondersteuner en ondersteuner veiligheid.

³⁶ CBS (2020) Kerncijfers zorginstellingen.



Figuur 5. Het merendeel van de aanvragen van zorgaanbieders ging om relatief weinig coronabanen per aanvraag.

In de periodes waarin het budget niet werd uitgeput werden ook minder coronabanen gecreëerd dan potentieel met de regeling mogelijk was (zie Figuur 6). Voor de eerste ronde in 2021 schatte VWS dat het budget van €80 miljoen voldoende zou zijn voor ongeveer 6.300 deeltijdbanen.³⁷ In werkelijkheid vroegen zorgaanbieders subsidie aan voor 3.740 coronabanen, zo'n 60% van de geschatte hoeveelheid.³⁸ In de derde ronde (2022) werden slechts 1.100 coronabanen gerealiseerd³⁹, ongeveer 30% van de verwachte 3.900 deeltijdbanen⁴⁰. Daarentegen overtrof de tweede ronde in 2021 juist de verwachting: zorgaanbieders realiseerden ongeveer 4.400 coronabanen⁴¹, waarvan 3.150 werd verwacht.⁴² Waarom dit hoger is dan verwacht kunnen we niet vaststellen, maar kan mogelijk verklaard worden doordat aanbieders bekend waren met opzet en voorwaarden van de regeling.



³⁷ Staatscourant (2021) Subsidieregeling coronabanen in de zorg.

³⁸ DUS-I (2021) Infographic COZO 2021 eerste ronde. Voor deze banen geldt een gemiddeld fte van 0,67.

³⁹ DUS-I (2023) Infographic COZO 2022. Voor deze banen is het gemiddeld aantal fte onbekend.

⁴⁰ Staatscourant (2022) Subsidieregeling coronabanen in de zorg 2022.

⁴¹ DUS-I (2022) Infographic COZO 2021 tweede ronde. Voor deze banen geldt een gemiddeld fte van 0,78.

⁴² Verwacht aantal gebaseerd op eerste periode van COZO 2021 waarin voor €80 miljoen 6.300 deeltijdbanen werden beoogd. In de tweede periode van COZO 2021 werd in eerste instantie een budget van €40 miljoen beoogd.

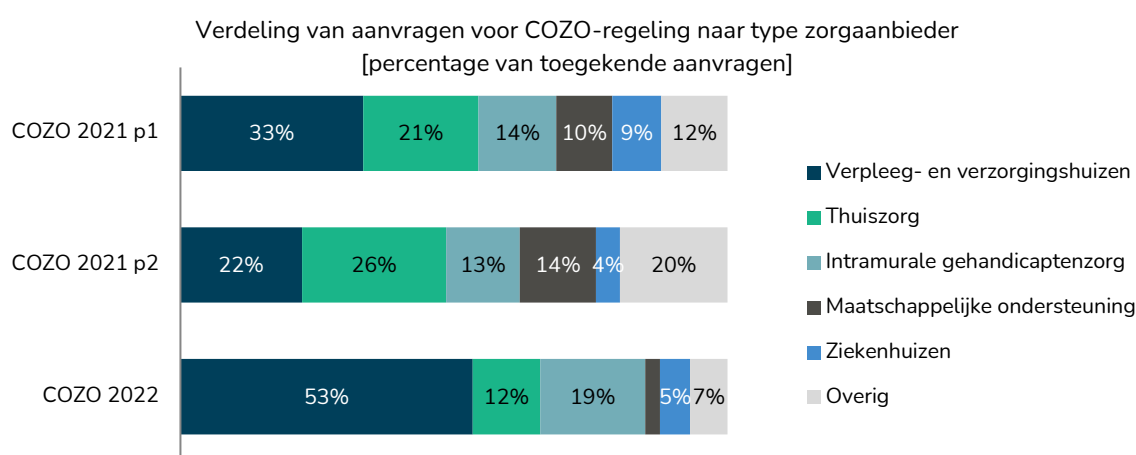
Figuur 6. In de eerste en derde ronde werden minder coronabaten gerealiseerd dan verwacht, terwijl zorgaanbieders in de tweede ronde juist meer coronabaten dan verwacht realiseerden met de regeling.

Sommige onderdelen van de regeling beperkten de potentiële impact. Dit gaven geïnterviewden aan en signaleerde VWS in april 2021 in haar brief aan de Tweede Kamer⁴³:

- De inspanningen voor het werven, inwerken en aanvragen van de subsidie wogen volgens sommige zorgaanbieders niet op tegen de baten. Dit kwam mede doordat zij tijdelijke medewerkers voor maximaal zes maanden konden inhuren. Dat de eerste ronde met een maand terugwerkende kracht kon worden aangevraagd, droeg bij aan deze complexiteit.
- Ook waren tijdelijke ondersteunende functies waarschijnlijk niet voor alle sectoren even relevant. In de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (vvt) en in de gehandicaptenzorg zijn er bijvoorbeeld meer taken waarbij tijdelijke krachten kunnen ondersteunen (bijvoorbeeld bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)) dan in de ziekenhuiszorg.
- Daarnaast speelde onzekerheid over de uiteindelijke subsidiehoogte een rol, omdat bij overschrijding het bedrag evenredig over de aanvragen zou worden verdeeld. Ook hadden zorgorganisaties een beperkt absorptievermogen voor tijdelijk personeel en gaven zij de voorkeur aan structurele oplossingen.
- Tot slot merkte de minister op dat een substantieel deel van het begrote budget van €80 miljoen in de eerste ronde gereserveerd was voor vaccinatieondersteuning, waarvoor later een andere bekostiging werd gevonden.⁴⁴ De omvang van dit substantiële deel is onbekend.

Gebruikers vonden de COZO-regeling effectief

Geïnterviewden geven aan dat zorgaanbieders die gebruik maakten van de regeling hier positief over zijn. De regeling stelde hen in staat om coronabaten te realiseren en heeft ook soms tot structurele instroom van nieuwe medewerkers (van buiten de zorg) geleid. De verstrekte bedragen ervoeren zij als passend.⁴⁵ Ook benoemen zij als positief punt dat VWS een opslag van 20% opnam om begeleidingscapaciteit te vergoeden.



Figuur 7. Vooral zorgaanbieders in de vvt en gehandicaptenzorg maakten gebruik van de COZO-regeling.

⁴³ VWS (13 april 2021) Stand van zakenbrief COVID-19.

⁴⁴ VWS (13 april 2021) Stand van zakenbrief COVID-19.

⁴⁵ Bij COZO 2021 bedroeg het maximale subsidiebedrag bij een voltijds coronabaan van zes maanden €25.440. Bij COZO 2022 was dit €25.800.

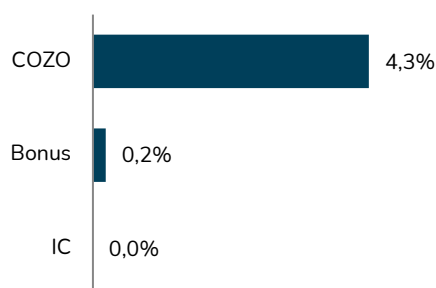
De meeste aanvragen kwamen van zorgaanbieders uit de sectoren vvt en intramurale gehandicaptenzorg (zie Figuur 7) wat gezien het type zorgvraag in deze sectoren volgens geïnterviewden logisch is. Volgens geïnterviewden ging de zorg in de vvt bijvoorbeeld onverminderd door, waar bijvoorbeeld in ziekenhuizen reguliere zorg werd afgeschaald. Daarnaast was er hoog verzuim, waardoor de urgentie om tijdelijk personeel te werven toenam. Ook konden tijdelijke krachten in deze sectoren vaak meer taken van regulier personeel overnemen.

Daarnaast kan volgens geïnterviewden ook de aandacht voor de regeling vanuit brancheverenigingen hebben bijgedragen aan dat vooral aanbieders in de vvt en gehandicaptenzorg de subsidie aanvroegen. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en ActiZ riepen de achterban op om de COZO-regeling aan te vragen, ook met het oog op potentiële structurele instroom van medewerkers. Zo informeerde VGN haar achterban over hoe de regeling werkte, organiseerde zij samen met ActiZ twee webinars en stelde zij een modelarbeidsovereenkomst beschikbaar die leden konden gebruiken.⁴⁶ VGN geeft aan dat deze structurele effecten ook zijn opgetreden. Het is onbekend welk gedeelte van tijdelijke coronabanen is omgezet naar structurele banen. We weten wel dat er voor de eerste en tweede ronde in 2021 respectievelijk rond de 950 en 840 mensen een mbo-deelcertificaat hebben behaald voor hun tijdelijke functie.⁴⁷

3.3.2 Een kwart van de verleende subsidiegelden is aangemerkt als mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik

Een groot probleem bij de regeling was misbruik en oneigenlijk gebruik met aanhoudingen tot gevolg. Ongeveer 170 dossiers zijn aangemerkt als gevoelig met een totale omvang van 25% (€21 miljoen) van het verleende subsidiebedrag. Dit deel van de subsidieverleningen is daarom waarschijnlijk niet doelmatig. Als gevolg van de vele gevoelige dossiers zien we dat de regeling tot relatief veel juridische beroepen leidde: 4,3% van het totale aantal toegekende aanvragen ten opzichte van bijvoorbeeld 0,2% voor de Bonusregeling en 0% voor de IC-regeling (zie Figuur 8).

Aantal beroepen ten opzichte van het aantal toegekende aanvragen per regeling [percentage]



Figuur 8. De COZO-regeling leidde tot relatief veel beroepen ten opzichte van de Bonus- en IC-regeling.

De keuze om snel tot een regeling te komen met weinig administratieve lasten voor zorgaanbieders en uitvoeringslasten voor DUS-I, heeft naar verwachting bijgedragen aan de

⁴⁶ VGN (2021) Coronabanen: wat en hoe.

⁴⁷ Infographics Coronabanen in de zorg (drie stuks).

(signalen van) fraude. De ADR concludeerde in haar rapport⁴⁸ in 2021 dat de ingediende aanvragen niet voldoende werden getoetst op de voorwaarde van de regeling dat de aanvrager op peildatum van 1 januari 2021 de juiste inschrijving bij de KvK en SBI-code bezat. In plaats hiervan toetste VWS op een latere peildatum. De ADR signaleerde dat een belangrijk risico op misbruik en oneigenlijk gebruik hierdoor niet afgedekt was, omdat aanvragers gemakkelijk de code konden aanpassen waardoor ze alsnog (ten onrechte) een subsidieaanvraag konden indienen. Ook signaleerde de ADR dat er geen toets plaatsvond op de hoogte van sociale lasten, het aantal werknemers dat bepalend is voor het aantal aan te vragen coronabaten en (type) organisatie van de subsidieaanvrager in relatie tot de hoogte van de subsidie.

Mede als gevolg hierop heeft VWS intern de diepgang van de risicoanalyses voorafgaand aan het opstellen van een subsidieregeling verbeterd. Ook zorgt zij nu voor een meer structurele monitoring van risico's gedurende de uitvoering van een regeling.

De minister van VWS besloot vanwege misbruik en oneigenlijk gebruik om de COZO-regeling 2021 niet te verlengen, maar een nieuwe regeling voor 2022 op te stellen met strengere eisen. De grootste veranderingen waren extra waarborgen omtrent de authenticiteit van zorgaanbieders, zoals voldoen aan Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza-)verplichting) en verantwoording van aanvraag, zoals loonstroken en activiteitenverslag. Ook vond de subsidieverlening plaats in plaats van 100% bevoorschotting.⁴⁹ Deze strengere eisen hebben naar verwachting bijgedragen aan het feit dat de laatste COZO-regeling nog minder is aangevraagd ten opzichte van de eerdere rondes (73 aanvragen ten opzichte van ongeveer 380 in de rondes in 2021).

⁴⁸ Auditdienst Rijk (2021) Auditrapport 2021 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI).

⁴⁹ Staatscourant (2022) Subsidieregeling coronabaten in de zorg 2022.

Bijlage A. Verantwoording

Onderzoeksproces

We voerden de evaluatie uit in drie fases: 1) Verkennen 2) Verdiepen en 3) Rapporteren. Het project liep van augustus tot en met december 2024 en werd begeleid door een begeleidingscommissie met afgevaardigden van VWS-directies Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) en FEZ, onder voorzitterschap van een onafhankelijk voorzitter.

Fase 1. Verkennen

In deze fase (augustus tot en met september) voerden we uitgebreid literatuuronderzoek uit (zie volgende paragraaf). Op basis hiervan stelden we eerste feitelijke overzichten per regeling op. Vervolgens hielden we circa 20 interviews met de organisaties uit Tabel 1 en verwerkten we de inzichten in de overzichten. Daarnaast analyseerden we krantenkoppen en moties om de maatschappelijke en politieke tendens in kaart te brengen. Deze aanpak beschrijven we verderop in meer detail.

Fase 2. Verdiepen

We voerden in deze fase (oktober tot medio november) 5 aanvullende interviews met beleidsmedewerkers en management van VWS. Verder deden we extra literatuuronderzoek en cijfermatige analyses (zoals beschrijvende statistieken van subsidiegelden, uitvoeringskosten en bezwaren en beroepen). Op basis hiervan scherpten we de overzichten per regeling aan. Deze legden we ter toetsing voor aan geïnterviewden. In een werksessie met VWS-beleidsmedewerkers en DUS-I toetsten we voorlopige conclusies en bespraken we mogelijke lessen voor de toekomst.

Fase 3. Rapporteren

In deze fase (medio november tot en met december) stelden we de rapportage op. De conceptrapportage bespraken we met de begeleidingscommissie, waarna we eind december 2024 het definitieve rapport opleverden.

Tabel 1. We voerden in totaal ongeveer 25 interviews met onderstaande organisaties, waarbij we sommige organisaties meerdere malen interviewden en/of betrokkenen op verschillende beleidsniveaus spraken.

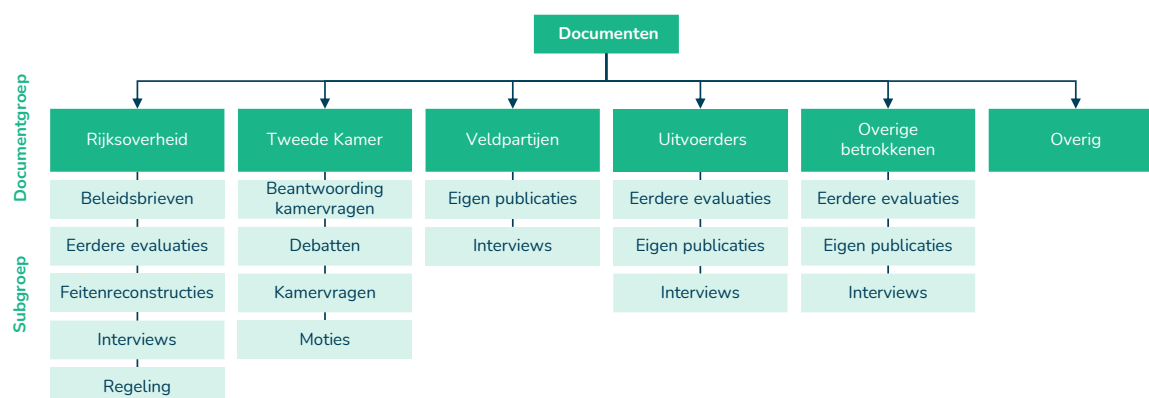
Geïnterviewde organisaties / organisatieonderdelen	Type
ActiZ	Branchevereniging
Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV)	Branchevereniging
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	Branchevereniging
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Branchevereniging
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	Branchevereniging

Geïnterviewde organisaties / organisatieonderdelen	Type
Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)	Beroepsvereniging
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Beroepsvereniging
Christelijk Nationaal Vakverbond (CNV)	Vakbond
Algemeen ziekenhuis	Zorgaanbieder
Huisartsenpraktijk	Zorgaanbieder
Topklinisch ziekenhuis (2x)	Zorgaanbieder
VVT-instelling	Zorgaanbieder
Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I)	Uitvoeringsinstelling
Sociale Verzekeringsbank (SVB)	Uitvoeringsinstelling
VWS directie Macro-Economische Vraagstukken & Arbeidsmarkt (MEVA)	Overheid
VWS directie Financieel-Economische Zaken (FEZ)	Overheid
VWS directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ)	Overheid
VWS directoraat-generaal Langdurige Zorg	Overheid
Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)	Overige betrokkene
Zorgmarkten	Overige betrokkene

Aanpak literatuuronderzoek

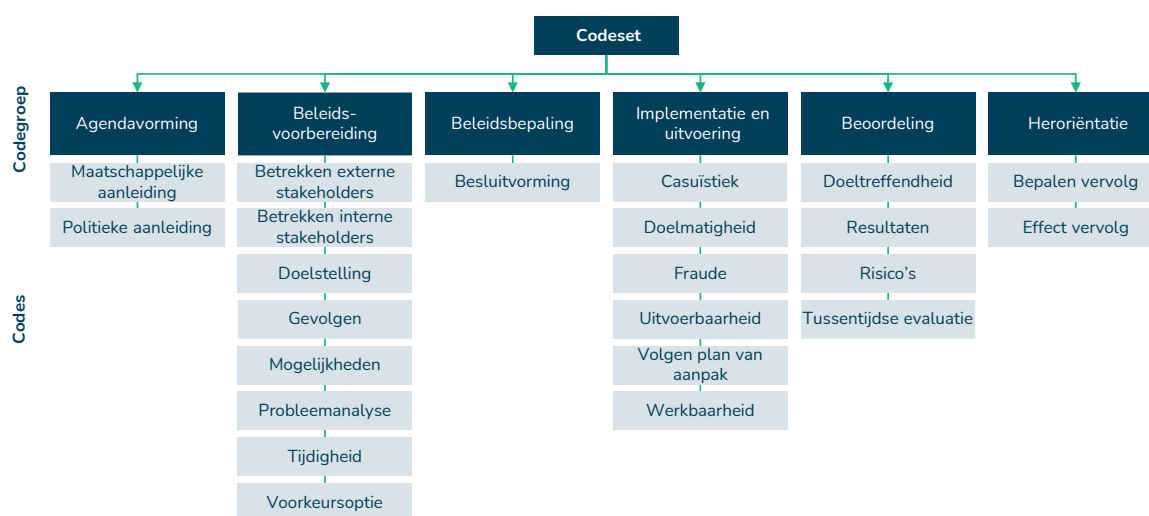
Als onderdeel van dit onderzoek voerden we een literatuurstudie uit op basis van met name VWS-documentatie. We gebruikten het softwareproduct Atlas om deze documenten te analyseren. Onze analyse bestond uit het coderen van de documenten. Dit houdt in dat we stukken tekst uit verschillende documenten, maar die over hetzelfde onderwerp gingen, een label gaven zodat we per onderwerp de beschikbare informatie uit de verschillende documenten konden halen. We brachten daarnaast documentgroepen aan in Atlas om in een vergelijkbare set van documenten te kunnen zoeken. Onze analysestructuur in Atlas bestond daarmee uit een indeling voor documentgroepen en een coderingsstructuur. We pasten de analysestructuur toe op alle drie de covidcrisisregelingen.

We maakten een indeling van de documenten naar de organisatie die het document publiceerde. Relevante organisaties waren bijvoorbeeld de Rijksoverheid, de Tweede Kamer en veldpartijen. Deze organisaties publiceren echter verschillende documenten. Daarom brachten we ook subdocumentgroepen aan. Als subgroepen hielden we voor de Rijksoverheid bijvoorbeeld onder andere de regeling, beleidsbrieven en feitenreconstructies aan. Hieronder is een overzicht opgenomen van de groepen en hun subgroepen opgenomen.



Figuur 9. Per documentgroep gebruiken we verschillende subgroepen om de documenten te categoriseren.⁵⁰

Na het indelen van de documenten in de (sub)groepen doorliepen we de verschillende documenten om de tekst te coderen. Dit deden we aan de hand van een codestructuur. Deze structuur baseerden we primair op de beleidscyclus van de Rijksoverheid. Dat betekent dat we onderwerpen categoriseerden aan de hand van onder andere de volgende stappen: agendavorming, beleidsvoorbereiding en beleidsbepaling. Ook in dit geval zijn er subonderwerpen die we hebben onderscheiden. Binnen de agendavorming onderscheidten we bijvoorbeeld de politieke en maatschappelijke aanleiding. Een overzicht van de codestructuur geven we hieronder.



Figuur 10. We categoriseerden inhoud uit de verschillende documenten aan de hand van de stappen van de beleidscyclus en onderliggende onderwerpen.⁵¹

Na indeling en codering van de documenten gebruikten we het Atlas-bestand van een regeling om een eerste opzet te maken van het hoofdstuk over deze regeling in Bijlage B.

⁵⁰ Onder beleidsbrieven vallen in dit overzicht onder andere beleidsnota's, nota's van wijziging, besluiten en kamerbrieven. Verder scharen we partijen als de NZa onder overige betrokkenen.

⁵¹ Projectmedewerkers pasten soms een afwijkende code toe wanneer ze inhoud tegenkwamen die niet binnen dit raamwerk paste. Voor de overzichtelijkheid van de figuur hebben we deze codes niet opgenomen in het overzicht.

Aanpak analyses over de maatschappelijke en politieke tendens

We wilden zowel de maatschappelijke als politieke tendens in relatie tot de covidcrisisregelingen laten zien. Daarnaast wilden we inzichtelijk maken welke thema's relevant waren per regeling. We verzamelden daarom openbare informatie vanaf het internet. We baseerden ons op verschillende nationale kranten om de maatschappelijke tendens in kaart te brengen. Om de politieke tendens te schetsen gebruikten we de moties die in de Tweede Kamer zijn ingediend. Hieronder geven we een overzicht van de krantenwebsites die we hebben geraadpleegd.

Tabel 4. Om de maatschappelijke opinie over de covidcrisisregelingen in beeld te brengen raadpleegden we de volgende nieuwswebsites.

Kranten
Algemeen Dagblad
Financieel Dagblad
NOS
Het Parool
De Telegraaf
Trouw
De Volkskrant

We verzamelden de relevante informatie door deze te 'scrapen' vanaf de nieuwswebsites en de website van de Tweede Kamer. We doorliepen de volgende stappen om de relevante krantenkoppen en moties te verzamelen.



Figuur 11. We achterhaalden een dataset van krantenkoppen en moties aan de hand van vier stappen.

We lichten hieronder de verschillende stappen van het proces toe.

Moties en krantenkoppen scrapen

Per website scrapeten we de krantenkoppen en moties van de nieuwswebsites en website van de Tweede Kamer. Dit deden we door de zoekresultaten te verzamelen die hoorden bij van tevoren opgestelde zoekopdrachten.⁵² Dit deden we in eerste instantie voor de website van de Tweede Kamer en daarna voor de website van de Volkskrant. We gebruikten de zoekwoordenlijst voor de Volkskrant-website voor alle nieuwswebsites. De zoekwoorden die we gebruikten toetsten we bij VWS om na te gaan of ze een volledig overzicht boden. Per zoekresultaat verzamelden we de volgende informatie van de nieuwswebsites en de website van de Tweede Kamer.

Tabel 5. Per zoekresultaat verzamelden we de volgende informatie.

Nieuwswebsites	Website van de Tweede Kamer
Krantenkop	Motienaam
Artikelcategorie (wanneer mogelijk)	Motienummer
Publicatiedatum	Motie-omschrijving
URL van artikel	Publicatiedatum
URL van zoekopdracht	URL van motie
	URL van zoekopdracht

Per resultaat gaven we vervolgens aan bij welke regeling en bij welke website het resultaat hoorde.

Dubbele resultaten verwijderen

Om te voorkomen dat artikelen of moties meerdere keren voorkwamen in het uiteindelijke resultaat, verwijderden we deze dubbele resultaten. We deden dit op basis van de URL van het artikel of de motie.

Resultaten van voor 1 januari 2020 verwijderen

We filterden de resultaten vervolgens op datum om de resultaten verder op te schonen. We verwijderden de artikelen die voor 1 januari 2020 zijn gepubliceerd omdat de covidcrisis en de covidcrisisregelingen in 2020 startten.

Items die niet over regeling gaan verwijderen

Als laatste voerden we een handmatige controle uit op de resultaten om ervoor te zorgen dat enkel relevante resultaten overbleven. Dit betekent dat we controleerden of de onderwerpen van de artikelen en moties inderdaad gerelateerd waren aan één van de drie crisisregelingen en of zij ingedeeld waren bij de juiste crisisregelingen.⁵³

⁵² Vanwege technische uitdagingen konden we enkel de eerste vijftig zoekresultaten van de Telegraaf-website te verzamelen per zoekopdracht.

⁵³ In deze fase verwijderden we ook liveblogs van de NOS-website uit de resultaten omdat deze inhoudelijk verschillen van de nieuwsartikelen.

Uiteindelijk resultaat

Na het doorlopen van bovenstaande stappen hielden we een set krantenkoppen en moties over. Hieronder geven we de ordegrootte van de datasets weer per stap van het proces.

	Scrape- resultaten	Zonder dubbelingen	Na 1 januari 2020	Gerelateerd aan regeling	Eindresultaat
Bonus	15.035	3.735	2.980	149	
COZO	11.718	1.816	1.574	22	
IC	27.573	2.103	1.983	67	
Totaal	54.326	7.654	6.537	238	+

Figuur 12. Artikel van nieuwssites betroffen met name de Bonus- en IC-regeling.

	Scrape- resultaten	Zonder dubbelingen	Na 1 januari 2020	Gerelateerd aan regeling	Eindresultaat
Bonus	459	173	73	22	
COZO	215	71	55	4	
IC	332	51	50	30	
Totaal	1.006	295	178	56	+

Figuur 13. Moties in de Tweede Kamer betroffen met name de Bonus- en IC-regeling.

We gebruikten de resulterende datasets om per covidcrisisregeling maatschappelijke en politieke onderwerpen te onderscheiden. In de eerste plaats brachten we in kaart hoeveel nieuwsartikelen of moties er waren per tijdsperiode. We brachten vervolgens thema's in kaart die speelden op de momenten dat de covidcrisisregelingen in het nieuws kwamen of onderwerp van gesprek waren in de politiek. Het resultaat van deze analyses is te vinden in Bijlage B.



> Bijlage B. Overzicht per regeling

Overzicht per regeling op basis van literatuuronderzoek en interviews



December 2024



In deze bijlage geven we per regeling de bevindingen op basis van literatuuronderzoek en interviews weer

Bijlage met bevindingen per regeling op basis van literatuuronderzoek en interviews



Per regeling geven we de bevindingen voor de volgende onderwerpen:

- Tijdlijn
- Maatschappelijke tendens
- Politieke tendens
- Beleidstheorie en doeltreffendheid
- Resultaten (aanvragen, financiële effecten, juridische effecten,
- Beleidscyclus
 - Agendavorming
 - Beleidsvoorbereiding (procesmatig)
 - Beleidsbepaling
 - Implementatie & uitvoering
 - Beoordeling
 - Heroriëntatie

Deze bevindingen vormen de basis voor de conclusies in het rapport



- We analyseerden eerst alle documenten uit de map van de Programmadirectie Covid Zorg (PDCZ), aangevuld met openbare documenten.
- Op verzoek is hierna nog extra interne documentatie van VWS verstrekt en geanalyseerd. Dit betreft met name informatie van voor de oprichting van de PDCZ.
- Vervolgens vulden we de bevindingen aan op basis van interviews met betrokken beleidsdirecties, uitvoerders, veldpartijen en zorgaanbieders.
- Mede op basis van de bevindingen in deze bijlage kwamen we tot overkoepelende conclusies voor het rapport.



Bonusregeling

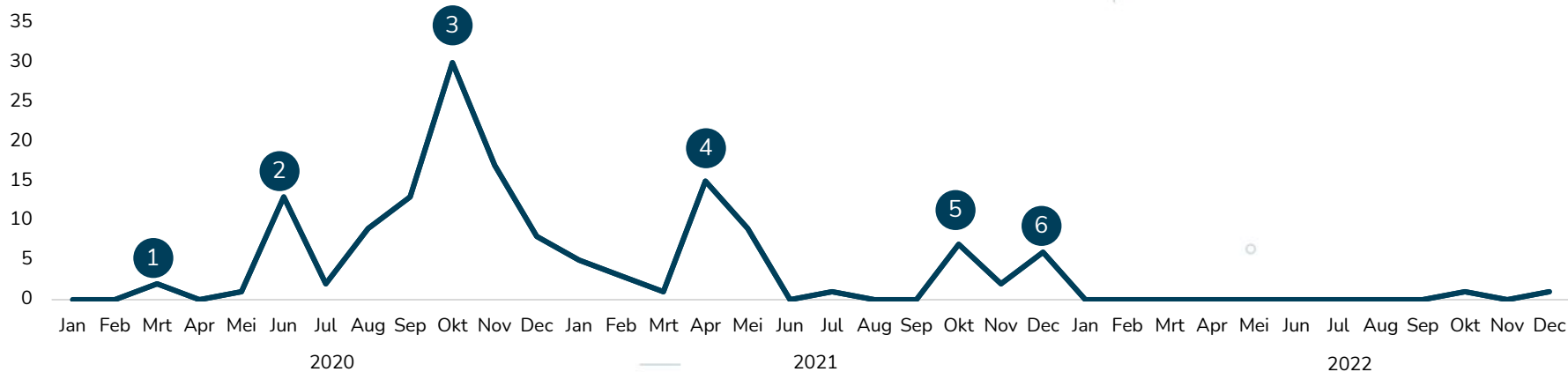
Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19

Tijdljn



Maatschappelijke tendens

Maatschappelijke tendens bonusregeling [aantal krantenartikelen per maand]

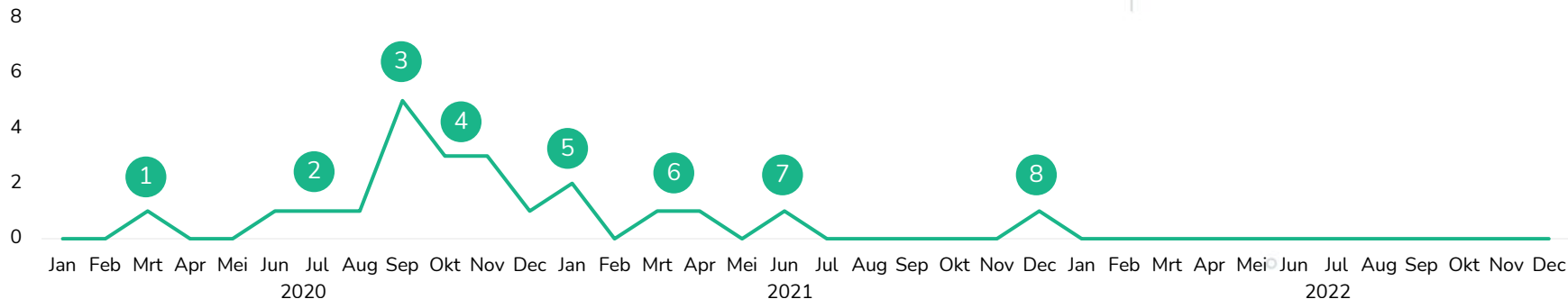


1. Klappen voor de zorg en kamer unaniem voor bonus.
2. Aankondiging eerste zorgbonus (€1.000). Discussie afbakening doelgroep en bonus als opstap voor structurele beloning zorgpersoneel.
3. Onduidelijkheid ontstaat over wie zorgbonus ontvangt, daardoor groeit goedbedoeld gebaar uit tot bron van onrust. Zorgaanbieders vragen ruimhartig aan, een deel zelfs voor alle medewerkers. Ook keren sommige zorgorganisatie bonus al uit voor toekenning door DUS-I.

4. Politieke onduidelijkheid over wie tweede zorgbonus ontvangt en hoe groot de bonus is. Motie voor extra budget tweede bonus afgewezen.
5. Aankondiging uitkering van tweede zorgbonus (€385).
6. Media berichten over zorgbonusfraude na onderzoek door RTL Nieuws.

Politieke tendens

Politieke tendens bonusregeling [aantal moties per maand]



1. Motie van van Kooten-Arissen c.s. om zorgverleners van wie extra inzet werd gevraagd in de bestrijding van het coronavirus een financiële blijk van waardering te geven.
2. Moties van Marijnissen en Asscher (juni) en Wilders (augustus) over verzoek aan regering om met plan te komen voor structurele waardering voor zorgverleners.
3. Moties van o.a. (1) Marijnissen c.s. over structurele loonsverhoging voor zorgmedewerkers, (2) Marijnissen en van Kooten-Arissen over het uitkeren van de zorgbonus aan iedereen die in de zorg actief is en (3) van Kooten-Arissen over het uitkeren van de zorgbonus aan zorgverleners die in september startten.
4. Moties van o.a. (1) van Kooten-Arissen over bredere aanvraagmogelijkheden van de zorgbonus voor zzp'ers, freelancers en pgb-zorgverleners en over het verlengen van de aanvraagperiode en (2) van Kooten-Arissen over het vrijstellen van de bonus van loonbeslag.

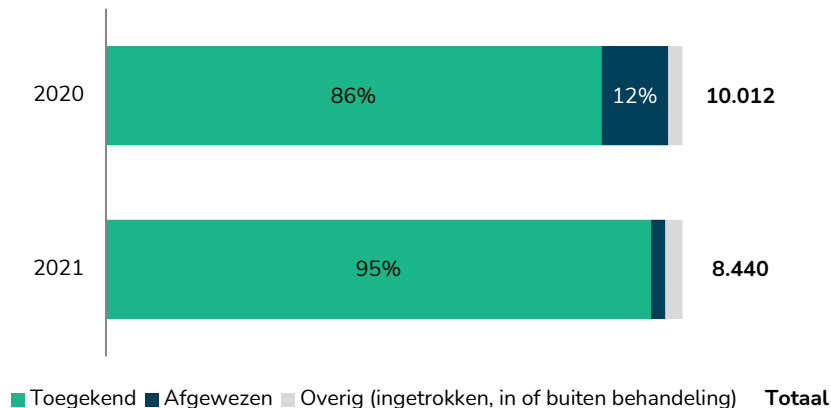
5. Moties van (1) van Kooten-Arissen en Marijnissen over afspraken met deurwaarders, rechters en bewindvoerders over de zorgbonus en (2) Klaver over structurele loonsverhoging voor zorgmedewerkers.
6. Moties van (1) Marijnissen c.s. om het bonusbedrag op €500 te handhaven en (2) van Kooten-Arissen om de zorgbonus ook uit te keren aan pgb-zorgverleners in de familiesfeer.
7. Motie van van der Plas c.s. om de aanvraagtermijn van de zorgbonus te verruimen.
8. Motie van Hijink c.s. om zorgverleners in 2022 een zorgbonus van €1.000 toe te kennen.

Beleidstheorie en doeltreffendheid

Doelstelling 	Beleidstheorie 	Doeltreffendheid 
Eerste bonus Waardering tonen aan medewerkers in de zorg¹ voor hun uitzonderlijke prestatie in strijd tegen corona. Tweede bonus Sectorbreed waardering tonen voor het onder uitzonderlijke omstandigheden blijven bieden van zorg.	Van Kooten-Arissen stelde in haar motie dat de waardering voor extra inzet niet alleen met een applaus, maar ook in financiële zin moest worden geuit. De bonusregeling is de uitwerking daarvan en voorziet werkgevers in de financiële middelen om zorgverleners een bonus toe te kennen. Uitgangspunten  • Rechtvaardig, evenwichtig en goed uitvoerbaar (zowel voor werkgevers als overheid). • De regeling is ingericht binnen de logica van de crisiscontext, dus zonder zware controle vooraf en met bevoorschotting. • Professionals die bijdroegen aan covidzorg komen in aanmerking, zorgaanbieders besluiten voor wie ze bonus aanvragen. • Professionals in de zorg met een inkomen van >2 keer modaal komen niet in aanmerking. • Zorgaanbieder moet uiterlijk vijf maanden na ontvangen subsidiegelden de bonus uitkeren aan medewerker.	• In eerste instantie zag het veld de bonus als mooi en terecht gebaar. • Bij de uitwerking ontstond onrust over of en wanneer de regeling in werking zou treden en voor wie. Tijdens uitvoering nam de onrust toe: ◦ Enerzijds omdat zorgaanbieders moesten bepalen welke medewerkers in aanmerking kwamen, wat hen in een moeilijke positie bracht. ◦ Anderzijds omdat VWS ter ondersteuning een handreiking publiceerde. Hierin stonden beroepen die 'ja, mits' of 'nee, tenzij' in aanmerking kwamen. Zorgprofessionals die op de 'nee, tenzij' lijst of geen van de lijsten voorkwamen voelde zich juist niet gewaardeerd. • Ook zorgde bonus voor verdeeldheid op de werkvloer, wanneer de een wel de bonus kreeg en de ander niet (zowel binnen als tussen organisaties). • Doordat eerste bonus voor merendeel zorgprofessionals is aangevraagd, kreeg de bonus het karakter van een generieke loonsverhoging voor iedereen en raakte het oorspronkelijke doel op de achtergrond. • Daarnaast speelde parallel de discussie over de noodzaak tot structurele loonsverhoging in de sector. Deze heeft volgens een geïnterviewde naar verwachting bijgedragen aan het hogere aanvraagpercentage en daarmee de budgetoverschrijding. • Desalniettemin geven geïnterviewde branches, vakbonden en individuele zorgaanbieders aan dat m.n. de eerste bonus als waardering is ervaren door zorgverleners, mede vanwege het substantieel ervaren bedrag van €1.000.

Resultaten | aanvragen (deel 1)

Aantal aanvragen bonusregeling (excl. pgb)



- 'Overig' bestaat voornamelijk uit ingetrokken aanvragen (>90%).
- **Belangrijkste redenen voor afwijzen aanvragen:** niet zijn van zorgaanbieder (SBI-code), aantal werkzame personen minder dan twee of te late aanvraag.

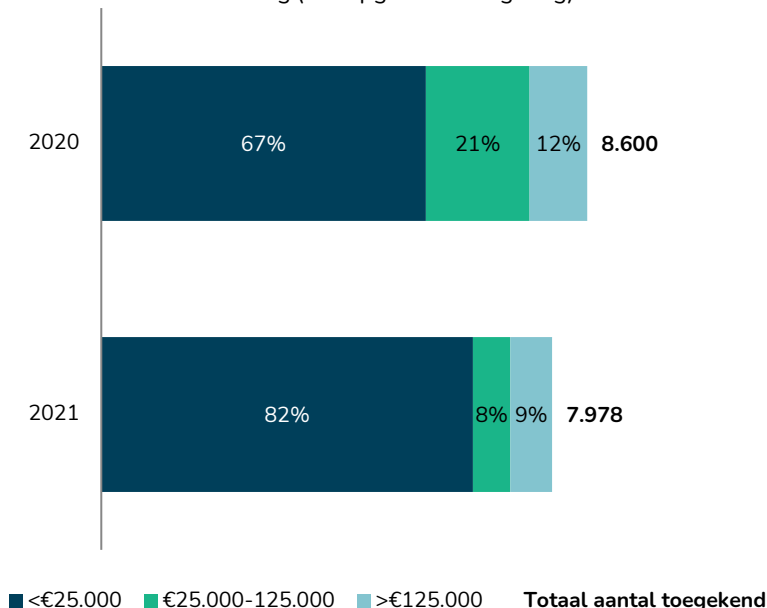
Verdeling aantal aanvragen pgb-bonusregeling 2020 (excl. Zvw-pgb-bonusregeling) [n = 18.341 complete aanvragen]¹⁻²



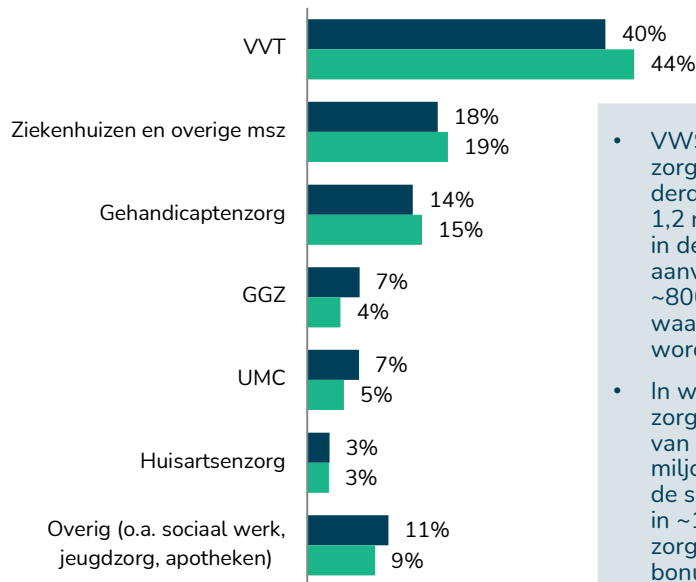
- 'Dubbel' bevat aanvragen van meerdere pgb-budgethouders voor dezelfde zorgverlener (een zorgverlener kan voor meerdere budgethouders werkzaam zijn). Deze dubbelingen heeft de SVB kunnen filteren.
- **Belangrijkste redenen voor afwijzingen:** overeenkomst van opdracht met familielid of zorginstelling, geen zorg geleverd in de betreffende periode of aanvrager was zowel vertegenwoordiger als zorgverlener.
- Voor pgb-bonus 2020 en 2021 stortten respectievelijk 63 en 12 pgb-zorgverleners de bonus terug, vaak omdat zij al een bonus via een andere werkgever (zorginstelling) hadden ontvangen.

Resultaten | aanvragen (deel 2)

Aantal aanvragen naar totale subsidie-omvang per aanvraag (excl. pgb-bonusregeling)



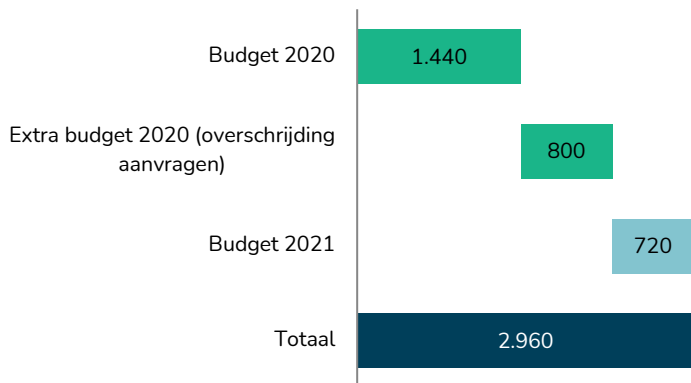
Verdeling sectoren waarin zorgverleners werken voor wie bonus is aangevraagd [~1,2 miljoen zorgverleners in 2020 en ~1,0 miljoen zorgverleners in 2021]¹



- VWS verwachtte dat zorgaanbieders voor twee derde van de geschatte 1,2 miljoen zorgverleners in de sector de bonus aanvragen. Resultierend in ~800.000 zorgverleners waarvoor bonus zou worden aangevraagd.
- In werkelijkheid vroegen zorgaanbieders voor 88% van de werkelijke 1,4 miljoen zorgverleners in de sector aan. Resultierend in ~1,2 miljoen zorgverleners waarvoor bonus werd aangevraagd.

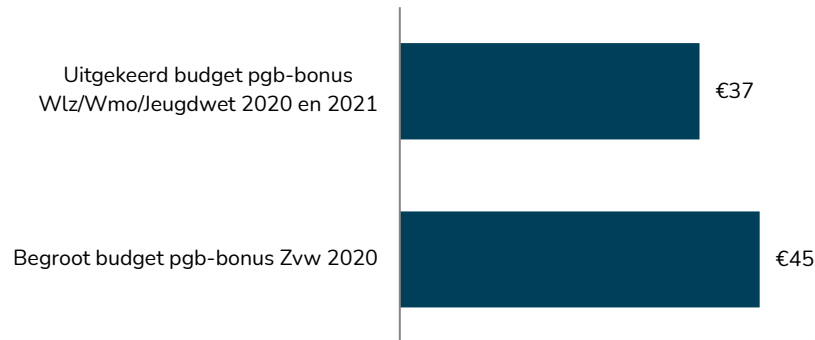
Financiële effecten | uitgegeven subsidiegelden

Opbouw totale budget bonusregeling [in miljoen €]



- Voor de eerste bonus was oorspronkelijk ca. €1,44 miljard begroot. Omdat er voor 400.000 zorgverleners meer dan verwacht de bonus werd aangevraagd (zie vorige pagina), werd het budget aangevuld met €800 miljoen.
- Voor de tweede bonus werd een maximum budget van €720 miljoen afgesproken om binnen een totaalbudget van €3 miljard te blijven voor de gehele bonusregeling.

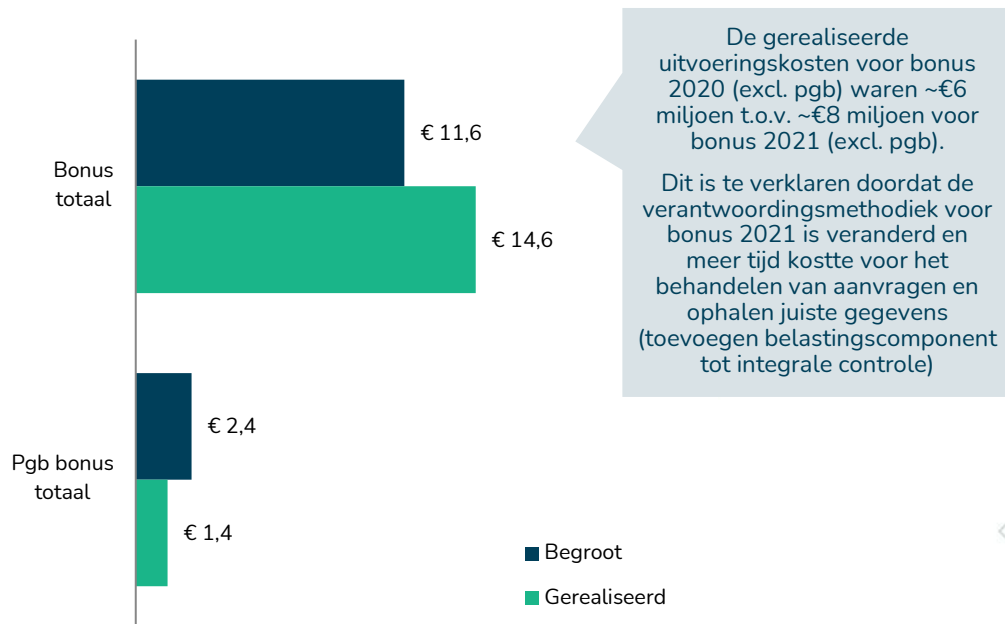
Totaal uitgekeerd budget pgb-bonus Wlz/Wmo/Jeugdwet en begroot budget pgb-bonus Zvw 2020 [in miljoen €]



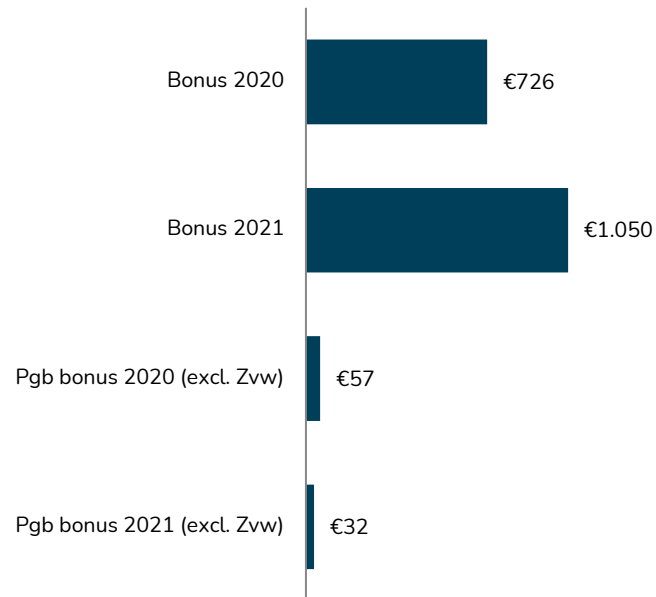
- Het begrote budget voor de Zvw-pgb-bonusregeling 2020 is €45 miljoen. Het begrote budget voor Zvw-pgb-bonus 2021 is onbekend.
- Omdat de Zvw-pgb-bonusregeling recent is geopend (september 2024) is het toegekende budget nog niet bekend.

Financiële effecten | uitvoeringskosten

Begrote uitvoeringskosten t.o.v. gerealiseerde uitvoeringskosten [in miljoen €]

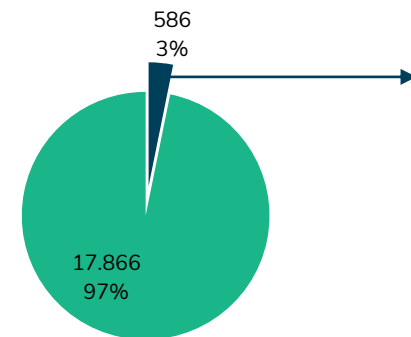


Gerealiseerde uitvoeringskosten per toegekende aanvraag* [in €]



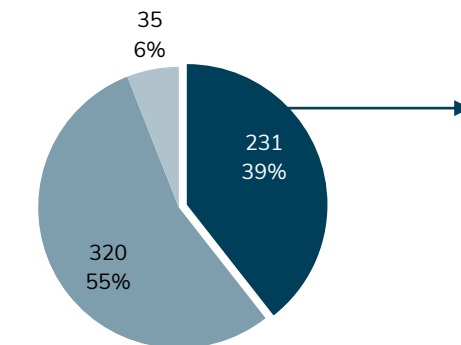
Juridische effecten | bezwaren en beroepen

Aanvragen waar wel/geen
bezwaar voor is ingediend
[% van totaal aantal aanvragen
voor bonus 2020 en 2021, n =
18.452]



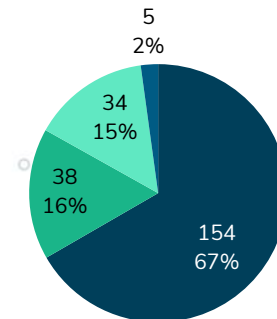
■ Bezwaar ■ Geen bezwaar

Verdeling aantal bezwaren naar
afhandeling [% van totaal aantal
bezwaren, n = 586]



■ Afgedaan
■ Ingetrokken voor behandeling
■ In behandeling

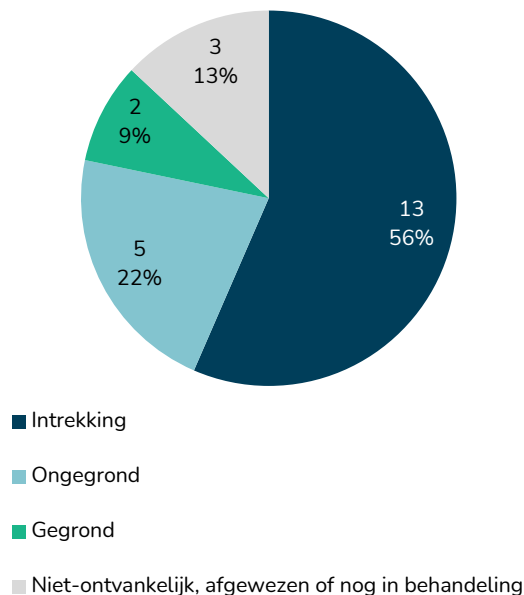
Inhoud besluit op bezwaar
[% van in totaal 231 afgedane
bezwaren bonusregeling]¹



■ (Kennelijk) ongegrond
■ (Kennelijk) niet ontvankelijk
■ (Kennelijk) gegrond
■ Deels (on)gegrond

Juridische effecten | beroepen

Resultaat beroepen [% van totaal aantal beroepen, n = 23]



- Van de 159 (kennelijk) ongegronde of deels ongegronde bezwaren (zie vorige pagina) gingen 23 aanvragers in beroep.
- Ongegronde uitspraken (n=5) betroffen allemaal aanvragen waarbij organisatie geen zorgaanbieder bleek (bijv. schoonmaakbedrijf en holding ter ondersteuning huisartsen)
- Gegronde uitspraken (n=2):
 - Rechtbank oordeelde dat hardheidsclausule had moeten worden toegepast en de organisatie wél een zorgaanbieder is (ondanks onjuiste SBI).
 - RvS oordeelde dat aanvullende aanvraag onterecht werd afgewezen, maar organisatie ook eigen schuld had wegens te laat indienen en kent 50% toe. Deze uitspraak had gevolgen voor de werkwijze voor te late aanvragen.

Aanleiding en context

Maatschappelijke aanleiding



- Op 17 maart 2020 was er een landelijk initiatief om minutenlang te applaudisseren als steunbetuiging voor zorgverleners.
- Het initiatief ontstond in navolging van Italië en Spanje waar dit al in de voorgaande dagen gedaan werd.

Politieke aanleiding



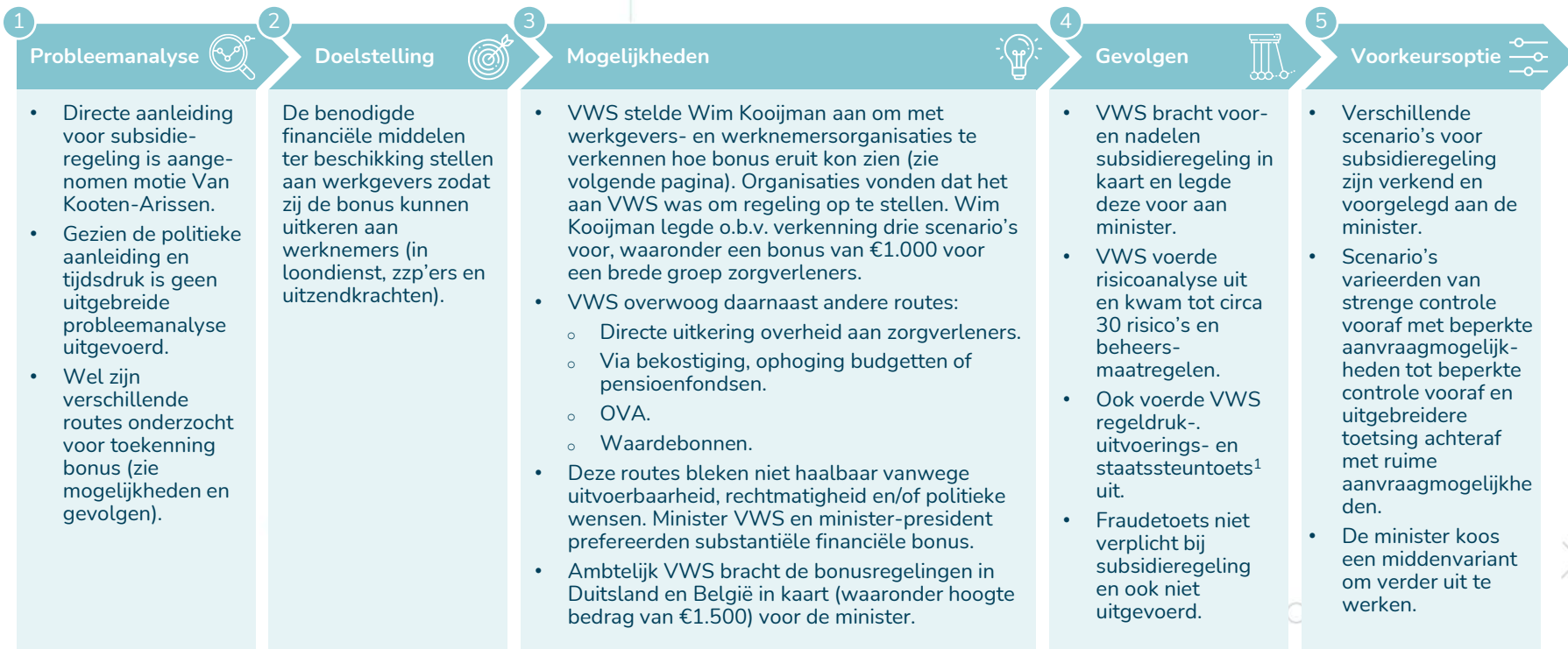
- De bonusregeling kwam tot stand naar aanleiding van de motie van kamerlid Van Kooten-Arissen op 18 maart 2020. In mei van dat jaar stelde de PvdA Kamervragen over (het uitblijven van) de zorgbonus.
- Zij verzocht de regering te onderzoeken om zorgverleners, van wie extra inzet werd gevraagd in bestrijding van het covidvirus, als blijk van waardering een bonus toe te kennen.
- Volgens haar verdienen deze zorgverleners, naast welgemeend applaus (zie links), een financiële blijk van waardering voor hun bijzondere prestatie.
- De motie werd kamerbreed gesteund.

Bijzondere context



- De beloning van zorgprofessionals was al langer onderwerp van gesprek.
- Zo werden er in 2019 vragen door de PvdA gesteld over het loon van zorgprofessionals en benadrukken ook andere politieke partijen dit punt.
- Vlak voor de covidpandemie waren al onderhandelingsgesprekken met werknemersorganisaties gaande over structurele loonsverhoging voor zorgverleners (vooral verpleegkundigen en verzorgenden).
- Deze discussie heeft naar verwachting bijgedragen aan het hogere aanvraagpercentage voor de bonus en daarmee de budgetoverschrijding

Beleidsvoorbereiding volgens de vijf stappen van het Beleidskompas



Bron: VWS (24 december 2020) Kamerbrief, VWS (25 juni 2020) Kamerbrief, Ambtelijk VWS (2020) Bijlage PvA bonusregeling zorg vastgesteld, VWS (2020) Staatssteuntoets, VWS intern document (2020) Toelichting risicoanalyse bonus 2020, DUS-I (augustus 2020) Uitvoeringstoets, VWS (11 mei 2021) Nota ter beslissing wijzigingsregeling bonus 2021, VWS (2021) Feitenreconstructie Bonusregeling. Ambtelijk VWS (4 mei 2020) Nota ter beslissing. VWS (15 juli 2020) Startnota bonusregeling. 1. N.B.: de Europese Commissie stelde tijdens de covidpandemie vast dat steun aan zorgaanbieders om de covid-crisis het hoofd te bieden niet als staatssteun is aan te merken.

Betrokkenheid stakeholders, planning en besluitvorming

Betrokkenheid stakeholders



Externe stakeholders

- Bij verkenning zijn werkgevers- en werknemersorganisaties betrokken.¹ Volgens hen moest VWS tot een regeling komen. Zij wensten geen actieve rol in verdere uitwerking.
- Belangrijkste discussie bij verkenning was afbakening doelgroep. Hierin wilden de werkgevers- en werknemersorganisaties geen keuzes maken. Ook vanuit opvatting dat zorgbreed een blijk van (structurele) financiële waardering nodig was.
- Organisaties bleven wel geïnformeerd tijdens structurele overleggen i.h.k.v. de covidpandemie.

Interne stakeholders

- Ondanks tijdsdruk is brede groep interne stakeholders nauw en structureel betrokken bij uitwerking regeling.
- Vanuit VWS: MEVA, WJZ, FEZ, DCo, CZ, MO, LZ, Jeugd.
- Ook uitvoerders DUS-I en SVB zijn tijdig en structureel betrokken.
- Vanuit Financiën: IRF, ADR, FZ, AFEP.
- Andere ministeries dachten eenmalig mee: Defensie, J&V, SZW.
- Een derde partij ter ondersteuning inrichting feitelijke regeling op grond van gedragscode.

Tijdigheid



- Streven is behaald om aanvraagloket op 1 oktober 2020 voor eerste bonus te openen.
- Hoewel minister VWS publiekelijk aankondigde dat bonus nog voor einde 2020 bij zorgverleners op de rekening zou staan, was dit praktisch moeilijk haalbaar.
- De regeling verplichtte DUS-I om voor januari 2021 subsidie uit te keren² en zorgaanbieders om vervolgens binnen 5 maanden de bonus uit te keren.
- Mede afhankelijk van moment aanvraag en uitkering door de eigen zorgorganisatie duurde het soms relatief lang voordat zorgverleners bonus ontvingen.
- Zeker voor Zw-pgb-zorgverleners, waarvoor door uitvoeringsknelpunten het aanvraagloket pas in september 2024 opende, komt de bonus laat.

Besluitvorming



- 25 juni 2020: minister VWS informeert Kamer met besluit dat bonus er komt.
- 1 juli 2020: nota van wijziging voor budgettaire verwerking zorgbonus.
- 13 juli 2020: nota met verschillende scenario's voor uitwerking voorgelegd aan minister VWS. Minister besluit middenvariant uit te werken.
- 15 juli 2020: startnota aan Expertisecentrum Subsidieregelingen.
- 30 juli 2020: VWS publiceert contouren voor de regeling met de eerste doelgroepen die aanmerking komen.
- 3 september 2020: uitwerking regeling en handreiking voorgelegd aan aan minister VWS voor akkoord.
- 17 september 2020: regeling gepubliceerd in Staatscourant.

Uitvoerbaarheid voor DUS-I en SVB, volgen plan van aanpak doelmatigheid

Uitvoerbaarheid



- DUS-I was de uitvoerende organisatie voor de eerste en tweede bonus voor zorgverleners in dienst bij zorgorganisaties. SVB was dit voor pgb-zorgverleners.
- Beide uitvoerders waren tijdig en nauw bij uitwerking regeling betrokken door VWS. Er is goede integrale samenwerking met de verschillende directies geweest.
- Ondanks tijdsdruk en politieke druk geven uitvoerders aan dat er met hen mee is gedacht om afwegingen te maken t.b.v. de uitvoerbaarheid (en werkbaarheid voor aanvragers).
- Over het algemeen ervaren DUS-I en SVB de uitvoerbaarheid als positief en is – ondanks de crisissituatie – het beoordelen en toekennen van aanvragen goed verlopen.
- Het heeft wel veel extra inzet van hen gevraagd. Ook hebben zij hiervoor veel extra capaciteit moeten werven en trainen. DUS-I heeft bijvoorbeeld 60 extra medewerkers geworven (ruim 3 keer zoveel als hun grootste regeling tot dan toe).

Volgen plan van aanpak



- Een deel van de veldpartijen riep – ondanks de afstemming met VWS – de achterban op de subsidie ruimhartig aan te vragen. Deze oproep heeft een aanzuigende werking gehad en bijgedragen aan de overschrijding van het budget.
- Werkgeversorganisaties konden moeilijk onderscheid maken in voor welke medewerkers zij wel of niet de bonus aanvroegen.
- Het aanvraagloket stond initieel 4 weken open. Op aandringen van de Kamer is het loket verlengd. Zorgaanbieders zouden te weinig tijd hebben om – met name voor derden (zzp'ers, uitzendkrachten) – aan te vragen. Op basis van interviews horen we geen geluiden over problemen met de aanvraagtermijn.

Doelmatigheid



- Zie uitvoeringskosten op slide financiële resultaten.
- Er zijn nog geen uitvoeringskosten en toegekende subsidiegelden voor de Zvw- pgb-bonusregeling bekend.¹ O.b.v. interviews lijkt deze regeling een zeer lage doelmatigheid te kennen, vanwege de hoge uitvoeringslasten/-kosten en het tot nu toe lage aantal aanvragen.²

Werkbaarheid voor aanvragers, casuïstiek en fraude

Werkbaarheid



- Het bepalen voor welke medewerkers wel/niet de bonus aan te vragen was een groot knelpunt voor zorgaanbieders. Ondanks de handreiking van VWS vonden (vooral grotere) zorgorganisaties het moreel en praktisch ingewikkeld om deze afweging te maken.
- Hierdoor hanteerden zorgorganisaties en branchepartijen onderling verschillend beleid. Veel organisaties vroegen voor alle medewerkers aan, terwijl sommigen strenger afbakenden.
- Voor medewerkers bracht dit onrust mee. Bijv. wanneer organisatie wel voor een collega aanvraagde, maar niet voor hen. Of wanneer hun organisatie niet de bonus voor hen aanvraagde, maar een vergelijkbare organisatie in de buurt dat wel deed.
- Daarnaast onduidelijkheid en onrust over wanneer subsidie werd uitgekeerd aan zorgaanbieders en vervolgens aan medewerkers (zie ook casuïstiek). Vooral bij eerste bonus werd de toekenning van de bonus als laat ervaren.
- Los van het afbakenvraagstuk is het technische aanvraagproces over het algemeen als werkbaar ervaren.

Casuïstiek



- Sommige ziekenhuizen besloten om – tegen de richtlijn in – bonus voor alle medewerkers (onder twee keer modaal) aan te vragen.
- Meerdere ziekenhuizen schoten bonus voor vanuit eigen middelen, vanwege lange onduidelijkheid over wie wel/niet in aanmerking kwam. Zij wilden medewerkers tijdig de waardering toekennen. Alleen grote, financieel gezonde ziekenhuizen waren hiertoe in staat, waardoor verschillen in het veld ontstonden voor medewerkers afhankelijk bij wat voor organisatie zij werkten.
- CNV vroeg medewerkers zich te melden wanneer hun werkgever geen bonus aanvraagde en dreigde met juridische stappen.
- Voor een deel van de zzp'ers gold dit omdat opdrachtgevers deze aanvragen ingewikkeld vonden. Daarentegen ontving een deel van de zzp'ers bonus van meerdere opdrachtgevers.

Fraude



- ADR rapporteerde bij uitwerking regeling toegenomen risico op misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O) door focus op snelheid en minimaliseren van administratieve lasten.
- In totaal 62 fraudegevoelige dossiers met subsidiebedrag van €3,7 miljoen.
- Relatief (t.o.v. COZO-regeling) minder geluiden van M&O. DUS-I ontving vooral vragen over zorgaanbieders die niet (op tijd) de bonus uitkeerden aan medewerkers.

Bron: FNV (6 november 2020) Tergooi ziekenhuis komt belofte zorgbonus niet na, EenVandaag (23 oktober 2020) Waar blijft die zorgbonus?, EenVandaag (24 september 2020) Ziekenhuisdirecteur negeert richtlijn en eist zorgbonus voor al zijn medewerkers, OM (10 november 2020) Man aangehouden voor fraude met Covid-19 zorgbonus subsidie en TOGS-regeling, VWS (2 februari 2021) Stand van zaken COVID-19, VWS (25 augustus 2021) Regeldruktoets, ADR (17 september 2021) Interim-auditrapport VWS. Tweede Kamer (4 november 2020) Debat over ontwikkelingen coronavirus.

Tussentijdse evaluatie en voorziene en opgetreden risico's

Tussentijdse evaluatie	Grootste voorziene risico's	Beheersmaatregel	Opgetreden
VWS voerde een interne tussentijdse evaluatie uit. Zie hieronder de belangrijkste resultaten. Succesfactoren - Doel, doelgroep en uitgangspunt uitzonderlijke prestatie positief ervaren. - Duidelijke, eenvoudige regeling (weinig administratieve lasten). - Harde eisen in regeling en zachtere vereisten in handreiking. - Verantwoordingsregime en controle accountant als onderdeel jaarrekening. Uitvoering was in control. - Projectteam met uitvoerders, WJZ en beleidsdirecties. Verbeterpunten - Duidelijkere (toepasbare) beleidsdoelen, afweging instrumentkeuze en uitgangspunten formuleren. - Mede hierdoor zijn de verwachte problemen uitgekomen: de groep was nauwelijks af te bakenen, uitbetaling alleen mogelijk via (lastige) tussenstap werkgever, duurd lang, controle achteraf is ingewikkeld en fiscaal moest er nog worden afgerekend.	Identiteit aanvrager (niet doelgroep, dubbele aanvraag etc.) Aanvraag voor onjuiste doelgroep Aanvraag voor mensen die >2x modaal verdienen Dubbel voor zzp'ers door aanvraag meerdere aanbieders Onbegrip over zelfde hoogte bonus ongeacht hoogte contract Uitvoeringsrisico's (onvoldoende capaciteit, doorlooptijd, etc.) Zorgaanbieders te laat met indienen (volledige) aanvraag	Aanvraagportaal vangt af, KvK controle Handreiking voor werkgevers Criterium in regeling, bestuursverklaring, controle achteraf ... Geen beheersmaatregel mogelijk Uitvoeringstoets (1 augustus) Communicatie en rekening houden met evt. nabetalingen	Beperkt Ja Nee Ja Ja Nee¹ Nee

Bepalen van wijzigingen en/of vervolg en effect daarvan

Bepalen vervolg: tweede zorgbonus



- Op Prinsjesdag in 2020 kondigde kabinet tweede bonus aan ter hoogte van €500 netto.
- Kabinet besloot binnen totaalbudget van €3 miljard te blijven. De tweede bonus moest binnen het overgebleven beschikbare budget van €720 miljoen blijven.
- Met drie werkgeversorganisaties zijn in totaal negen verschillende varianten verkend.
- Minister betrok Kamer bij dilemma's uitwerking via kamerbrief:
 - Optie 1: Bonus €500 netto, aan max. 800.000 zorgverleners. Afbakening op bepaalde branches.
 - Optie 2: Bonus beschikbaar voor alle branches en alle zorgverleners (max. twee keer modaal). Budget toereikend voor netto bonus tussen €200-240 afhankelijk van aantal aanvragen.
- Op 15 april 2021 besloot minister voor optie 2.

Bepalen vervolg: eerste en tweede bonus voor pgb-zorgverleners

- Eind oktober 2020 informeert de minister de Kamer over dat pgb-zorgverleners nog niet in aanmerking komen voor de eerste zorgbonus. Er volgt een aparte uitwerking voor pgb-zorgverleners in de Wmo, Wlz en Jeugdwet met de SVB als uitvoerder. Vanaf 1 maart 2021 is het aanvraagloket geopend. Bij de tweede bonus kan deze groep mee met dezelfde aanvraagtermijn als voor niet-rgb-zorgverleners.
- Zvw pgb-zorgverleners konden voor beide bonussen destijds niet worden meegenomen. De helft van deze groep is namelijk niet in beeld bij SVB omdat zij rechtstreeks bij zorgverzekeraars declareren. De uitwerking vergde daarom (veel) tijd. In september 2024 is het aanvraagloket voor hen geopend.

Effect vervolg



Tweede bonus

- Zie resultaten op eerdere pagina.
- Pgb-bonusregeling Wmo, Wlz en Jeugdwet (excl. Zvw)**
- 16.055 bonussen uitgekeerd door SVB.
 - Kosten incl. belastingen: €28,1 miljoen.

IC-regeling

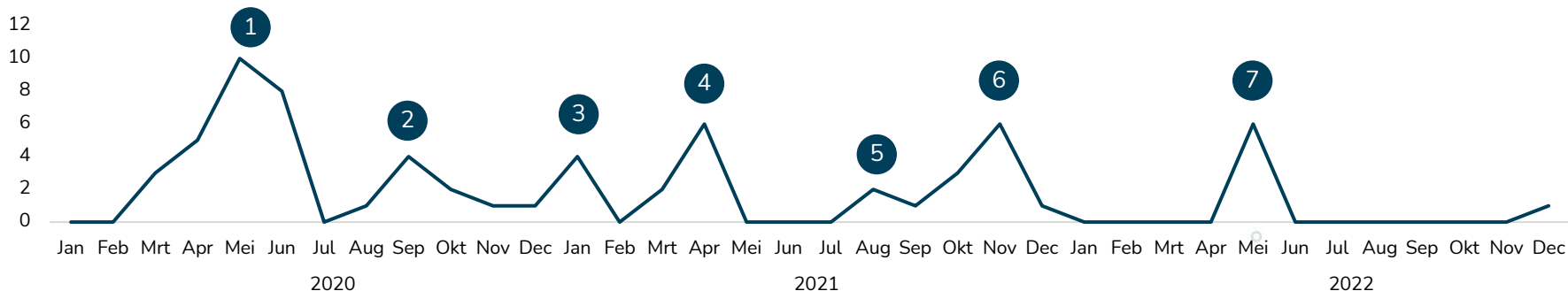
Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19

Tijdljn



Maatschappelijke tendens

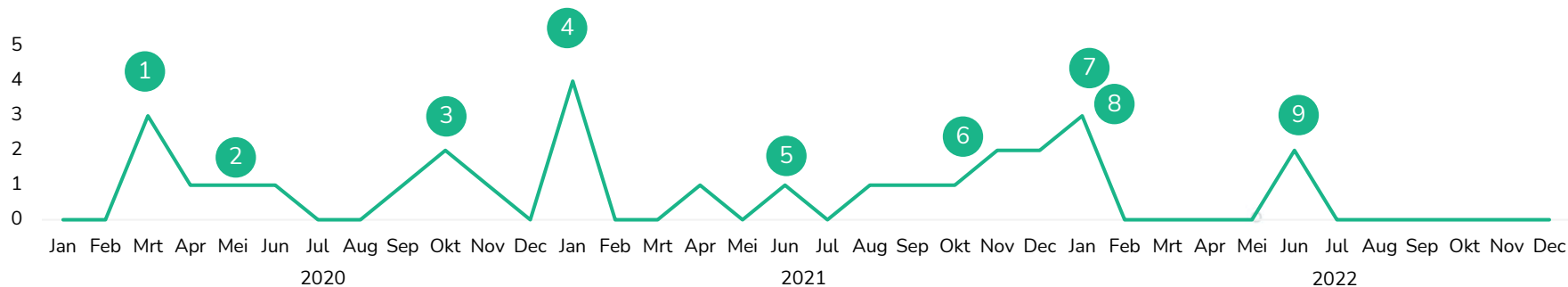
Maatschappelijke tendens IC-regeling [aantal krantenartikelen per maand]



1. Maatschappelijk debat over IC-opscaling ontstaat. Veldpartijen reageren kritisch op opschalingsplannen (bijv. eerste kabinetsplan om op te schalen tot 3.000 IC-bedden). Discussie ontstaat ook over structurele uitbreiding IC-capaciteit en financiering.
2. IC-capaciteit stijgt, maar personeelstekorten maken opschaling lastig.
3. Ziekenhuizen willen rechtszaak starten tegen VWS over vergoeding IC-bedden.
4. Druk op ziekenhuiszorg stijgt. Rechtszaak tussen ziekenhuizen en VWS over opschalingslijst gaat niet door.
5. Opschaling gaat moeizaam. Veldpartijen geven aan dat opschaling tot 1.700 bedden niet realistisch is.
6. Druk op ziekenhuiszorg stijgt weer. LNAZ presenteert evaluatie en actualisatie opschalingsplan: piekcapaciteit is lager met afschaling van reguliere zorg.
7. Onrust over handelen VWS bij opschaling IC's n.a.v. publicatie NRC. Minister Kuipers reageert op publicatie.

Politieke tendens

Politieke tendens IC-regeling [aantal moties per maand]



1. Moties van (1) Wilders en Asscher en (2) Wilders c.s. met het verzoek om alles in werk te stellen om genoeg IC-capaciteit te bewerkstelligen.
2. Motie van Wilders en Asscher verzoeken regering om plan te delen om op te schalen tot bijv. 3.000 IC-bedden.
3. Motie van van der Staaij en Veldman met verzoek aan regering om plan op te stellen over concentratie van covidzorg.
4. Moties van o.a. (1) Jetten over triage tijdens Fase 3 van opschalingsplan (code zwart) en (2) van Gerven en Hijink over compensatie opschalingskosten voor ziekenhuizen.
5. Motie van Wilders met verzoek regering om het aantal IC-bedden, intensivisten en IC-verpleegkundigen (structureel) uit te breiden.
6. Motie van Westerveld en Bikker met verzoek aan regering om in gesprek te gaan met Duitse ziekenhuizen over eerdere samenwerking t.b.v. acute en inhaalzorg.
7. Moties van Agema, Wilders en Mulder over het (structureel) verhogen van de IC-capaciteit tot het Europese gemiddelde.
8. Motie van Paulusma en van den Berg met verzoek om minder intensieve coronazorg voor volwassenen anders te organiseren.
9. Moties van (1) Westerveld en Kuiken met verzoek aan regering om IC-basiscapaciteit van 1.150 bedden na te streven en (2) van Houwelingen met verzoek om IC-capaciteit te verdubbelen.

Beleids­theorie en doeltreffendheid

Doelstelling



Benodigde financiële middelen die direct gekoppeld zijn aan het opschalingsplan te verstrekken aan ziekenhuizen¹.

Met andere woorden, de regeling is bedoeld om de IC-capaciteit flexibel te kunnen opschalen als COVID-19 onverwacht weer tot piekbelasting leidt. Dit heeft tegelijkertijd als doel de (acute) reguliere zorg zoveel mogelijk door te laten gaan.

Beleids­theorie



- Ziekenhuizen kunnen subsidie aanvragen voor gevraagde IC-opschaling van het opschalingsplan van LNAZ. In dit plan staan de opschalingsdoelen per fase vermeld. Met de middelen konden o.a. extra personeel en verbouwkosten betaald worden die nodig waren om invulling te geven aan dit plan.
- Alternatieve instrumenten (o.a. bekostiging, bijv. via beschikbaarheidsbijdrage) overwogen.

Uitgangspunten



- Vergoedingen moeten aansluiten bij de gemaakte/verwachte kosten en voorkomen dubbele bekostiging (rechtmatigheid).
- Zorgverzekeraars betalen voor de zorg die zonder covid op piekmomenten ook zou zijn geleverd (de uitgangssituatie en Fase 1 van het opschalingsplan).
- Uitvoerings- en verantwoordingslasten moeten beperkt blijven.

Doeltreffendheid



- Regeling heeft ziekenhuizen in staat gesteld gevraagde opschalingen te realiseren en daarmee haar doel bereikt. Zonder de subsidieregeling was opschaling niet mogelijk geweest.
- Landelijke opschaling t/m Fase 2 van het opschalingsplan heeft plaatsgevonden. Opschaling volgens Fase 3 heeft landelijk niet plaatsgevonden, maar wel (gedeeltelijk) in sommige ziekenhuizen/regio's.
- Voor ziekenhuizen was de regeling doeltreffend omdat ze financiering ontvingen, maar ze ervoeren wel onzekerheid over betaling vanwege verantwoordingslasten. De doeltreffendheid had volgens enkele geïnterviewden voor de afdelingen van de ziekenhuizen vergroot kunnen worden door de subsidiegelden eerder uit te betalen.
- Het bleek in de uitvoering bijvoorbeeld lastig om gekwalificeerd personeel te vinden. Zorgaanbieders geven zelfs aan dat verloop van personeel na covid hoger was dan daarvoor. Daar droeg late vaststelling van de uitbetaalde subsidiegelden zijdelings aan bij. Een deel van de ziekenhuizen kon zo niet tijdig genoeg investeren in bijv. het opleiden van personeel. Omdat in de regeling terugkwam dat personeel als onderdeel van de regeling moest worden aangetrokken, is het de vraag of deze doelstelling is gehaald.

Extra toelichting

Onderdelen

De subsidieregeling ter opschaling van IC-afdelingen van ziekenhuizen tijdens de covidperiode bestaat, de facto, uit twee onderdelen

- Een inhoudelijk plan van het LNAZ voor hoe opschaling van IC-afdelingen moet verlopen: “Opschalingsplan COVID-19” (opschalingsplan).¹ Dit plan is tweemaal geactualiseerd: in oktober 2021 en december 2022.
- Een financieel plan voor de kosten die verbonden zijn aan opschaling van de IC-afdelingen en de vergoeding daarvan: “Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19” (IC-regeling).
 - In dit onderzoek focussen we ons op de subsidieregeling.

Tijdens de evaluatie van het opschalingsplan in oktober 2021 is “Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg” door FMS (van 30 oktober 2020) opgenomen in het opschalingsplan.

Proces

- In mei 2020 verzoekt VWS het LNAZ om met een plan te komen om de benodigde zorg aan covidpatiënten te kunnen bieden zonder dat dit ten koste gaat van de reguliere non-covidzorg.
- LNAZ treedt vervolgens in nauw overleg met partners om dit plan op te stellen: ze doet dit o.a. met V&VN, NVIC, FMS, ZN, NZa, en AZN. In juni 2020 levert ze het plan op aan VWS.
- In oktober 2020 treedt de subsidieregeling in werking om ziekenhuizen in staat te stellen de benodigde opschaling te financieren.
- Op 15 september 2021 verzoekt VWS LNAZ het opschalingsplan te evalueren en actualiseren. Op 11 oktober verzoekt VWS LNAZ ook om de mogelijke winsten van het concentreren van covidzorg in gespecialiseerde centra hierin mee te nemen.
- Per 4 oktober 2021 wijzigt de subsidieregeling naar aanleiding van voortschrijdend inzicht en toepasbaarheid.
- LNAZ evalueert en actualiseert het opschalingsplan in oktober 2021 en deelt dit op 1 november 2021 met VWS. De geleerde lessen staan in het document “Terugblikken en vooruitkijken op COVID-19”. In haar begeleidende brief geeft LNAZ aan dat concentratie geen (haalbare) oplossing is voor missende IC-capaciteit.
- In december 2022 presenteert LNAZ een herziene versie van het opschalingsplan over het omgaan met de covidpandemie in 2022 en 2023.

Extra toelichting regeling [1/2]

A

Maatwerkafspraken per ziekenhuis

- VWS maakte maatwerkafspraken per ziekenhuis over bouwkundige aanpassingen, medische inventaris en de crisisvoorraad geneesmiddelen.
- Voor bouwkundige aanpassingen hanteerde VWS grensbedragen van €75.000 per teleenheid¹ in Fase 1 en 2 en €25.000 per teleenheid in Fase 3. Wanneer de kosten groter waren dan de grensbedragen werd de aanvraag ter advies voorgelegd het comité bouwkundige aanpassingen.
- VWS hanteerde een maximumbedrag van €60.000 per teleenheid in Fase 1 en 2 en €30.000 per teleenheid in Fase 3.
- VWS vergoedde kosten voor de crisisvoorraad geneesmiddelen conform bedragen van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG).

B

Vaste vergoeding

- Daarnaast keerde VWS per opschalingsfase van het opschalingsplan een vaste vergoeding per teleenheid.
- Op de volgende pagina geven we meer informatie over deze vergoedingen.

Aantal bedden per fase IC-regeling [aantal, totaal]

Fase 1 (reguliere bedden)	1.150	1.150
Fase 2 (opschaling structurele bedden)	200	1.350
Fase 3 (opschaling flexibele bedden)	350	1.700

Extra toelichting regeling [2/2]

	Fase 1	Fase 1+	Fase 2	Fase 3
Periode		1 jul 2020 tot 1 jan 2023	1 okt 2020 tot 1 jan 2023	1 jan 2021 tot 1 jan 2023
Vergoeding	Vergoeding vond plaats via zorgverzekeraars	• Normbedrag (€205.738 per teleenheid ¹ per jaar)	• Normbedrag (€ 539.059 per teleenheid ² per jaar)	• Normbedrag (€ 67.001 per teleenheid ³ per jaar) • Gebruiksafhankelijke vergoeding (€882/dag)
Wie vergoedde de kosten?		VWS (vanuit subsidieregeling)	VWS (vanuit subsidieregeling)	VWS (vanuit subsidieregeling)

- Daarnaast werden opleidingsactiviteiten per teleenheid vergoed: €30.000 (2020), €60.000 (2021), €30.000 (2022), ook voor Fase 1.
- De gemaakte kosten voor de geleverde zorg werden vergoed volgens de reguliere dbc-vergoeding.
- De normbedragen vloeien voort uit verschillende kostenposten. Het voornaamste verschil tussen de kosten in Fase 2 en 3 zijn de personele kosten. In Fase 2 ging VWS uit van vaste beschikbaarheid van personeel. In Fase 3 van flexibele beschikbaarheid, personele kosten zijn dan ook grotendeels verwerkt in de gebruiksafhankelijke vergoeding.

1. Dit is een beschikbaarheidsbijdrage voor twee klinische bedden. 2. De teleenheid bestaat uit één extra IC-bed (inclusief personeelskosten) en twee extra klinische bedden. 3. De teleenheid bestaat uit één extra IC-bed (inclusief personeelskosten) en 0,8 extra klinisch bed. Bron: Zorgmarkten (2022) Subsidie Covid-19: Opschaling en beschikbaarheid Intensive Care en klinische capaciteit, Minister voor Medische Zorg in Staatscourant (30 oktober 2020) Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19; Minister voor Medische Zorg in Staatscourant (8 oktober 2021) Wijziging van Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19.

Resultaten | opschaling IC-capaciteit en aantal aanvragen

Beoogde resultaten

- De beoogde resultaten van het LNAZ-opuschalingsplan zijn met de tijd herijkt.
- In de eerste plaats waren de beoogde resultaten als volgt:
 - Bedden uit Fase 1 uiterlijk 1 juli 2020 beschikbaar;
 - Bedden uit Fase 2 uiterlijk 1 oktober 2020 beschikbaar;
 - Bedden uit Fase 3 uiterlijk 1 januari 2021 beschikbaar.
- In Fase 2 en 3 wil VWS ook klinische covidbedden opschalen: in Fase 2 met 400 bedden en in Fase 3 met 700 bedden.
- November 2021 (evaluatie en actualisatie): LNAZ beschrijft hoe op een verantwoorde manier tot 1.350 IC-bedden kan worden opgeschaald. Het was niet meer mogelijk op te schalen tot Fase 3 door personele krapte. Leerpunten zijn meegenomen in het document 'Terugkijken en vooruitblikken op COVID-19'.

Behaalde resultaten

- 1 oktober 2020: beoogde doel van 1.350 IC-bedden en 400 klinische bedden behaald. Door snelle toename besmettingen en grotere uitval van ziekenhuismedewerkers vindt (lichte) afschaling van reguliere zorg al plaats.
- 9 november 2020: het LCPS verandert werkwijze en laat fases uit opuschalingsplan los. Ze baseert zich op actuele prognoses en bijbehorende benodigde bedden capaciteit.
- September 2021: partijen nemen waar dat opschaling naar meer dan 1.350 IC-bedden niet mogelijk is vanwege personeelstekort.
- November 2021: LNAZ geeft aan dat in huidige omstandigheden met bijbehorende maatregelen in de piek een opschaling naar maximaal 1.350 IC-bedden kortdurend mogelijk is. De opschaling 1.700 (flexibele) IC-bedden is in de huidige inrichting niet haalbaar. Verdere opschaling is ook niet mogelijk bij concentratie van covidzorg. Daarmee lijkt het opuschalingsplan van 2020 op onderdelen niet meer uitvoerbaar.

N.B. Het aantal toegekende aanvragen is gelijk aan het aantal ingediende aanvragen door ziekenhuizen (67).

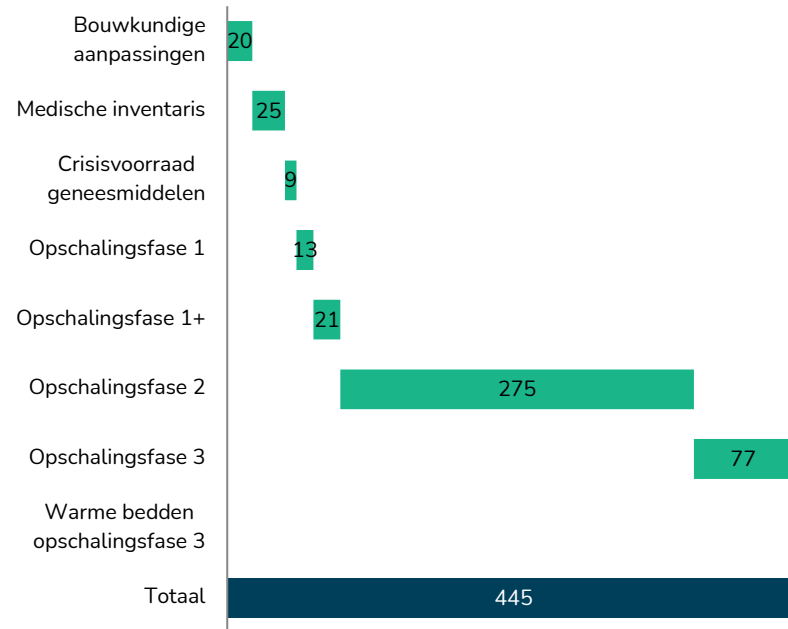
Financiële effecten | uitgegeven subsidiegelden

Beschikbaar en toegekend budget IC-regeling [in miljoen €]



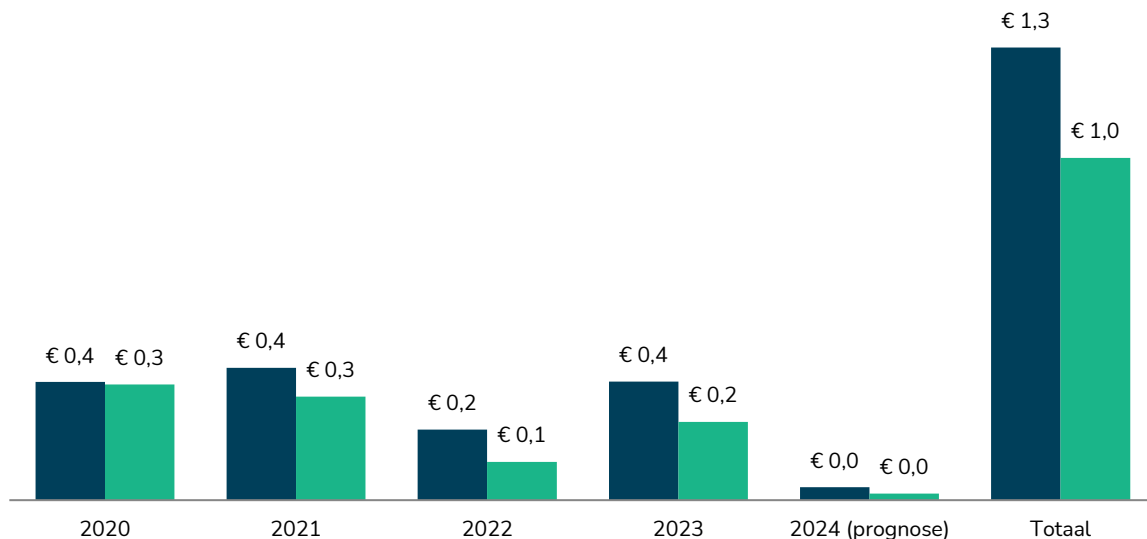
- Op basis van de aanvragen werd in eerste instantie €445 miljoen van het budget bevoorschot aan de ziekenhuizen.
- In 2023 volgde bij de ziekenhuizen een eindafrekening en verantwoording. Op basis daarvan konden de werkelijk gemaakte kosten worden bepaald en werd €15 miljoen teruggevorderd.

Opbouw bevoorschotte subsidiegelden IC-regeling [in miljoen €]



Financiële effecten | uitvoeringskosten DUS-I

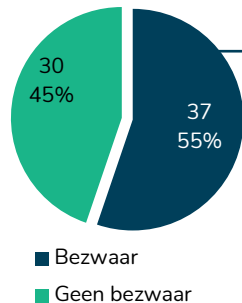
Begrote en gerealiseerde uitvoeringskosten DUS-I IC-regeling
[in miljoen €]



- De gerealiseerde uitvoeringskosten van DUS-I zijn over de periode van 2020 – 2024 in totaal €1,0 miljoen. Deze vallen €0,3 miljoen lager uit dan begroot.
- Per aanvraag (totaal = 67) komen de gemiddelde uitvoeringskosten op €15.200 uit.

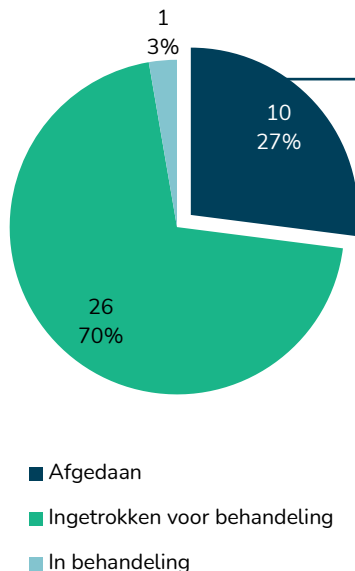
Juridische effecten | bezwaren en beroepen

Percentage aanvragen waar wel of geen bezwaar voor is ingediend [% van totaal aantal aanvragen IC-regeling, n = 67]

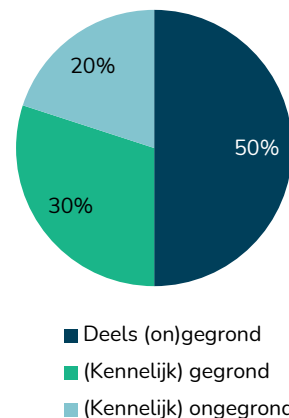


Zie volgende pagina over de redenen voor de bezwaren door ziekenhuizen.

Aantal bezwaren IC-regeling naar afhandeling [n totaal = 37]



Inhoud besluit op bezwaar [% van in totaal 10 afgedane bezwaren]



Voor de (kennelijk) ongegronde bezwaren (n=2) is geen van de zorgaanbieders in beroep gegaan.

Juridische effecten | achtergrond bezwaren

Reden voor bezwaren



- Er is lang een dreiging geweest van een rechtszaak door een aantal ziekenhuizen. Zij hebben hun zaak ook aangemeld bij de rechtbank maar deze is uiteindelijk niet voorgekomen.
- De bezwaren gingen over de opschalingslijst van het opschalingsplan. Deze lijst bevatte het aantal IC-bedden per ziekenhuis in de uitgangssituatie en hoeveel zij moesten opschalen per fase.
- Bedden in de uitgangssituatie waren al in ziekenhuizen aanwezig en vielen dus onder reguliere bekostiging door de zorgverzekeraar. Volgens ziekenhuizen ontvingen zij daarmee geen (aanvullende) vergoeding voor wat eigenlijk een opschaling van hun IC was.
- De ziekenhuizen waren het niet eens met het aantal bedden dat werd toegekend aan hun uitgangssituatie en de bijbehorende bekostiging van deze bedden.

Resultaat bezwaren



- De bezwaren hebben geresulteerd in andere bekostiging: VWS voegde Fase 1+ toe aan de bekostiging. Dit betrof bedden die volgens de ziekenhuizen ten onrechte in de uitgangssituatie van het opschalingsplan waren opgenomen.
- Deze bedden vielen onder de opschaling van Fase 1. Tegelijkertijd ontvingen ziekenhuizen een aanvullende VWS-subsidie.
- Verder betaalde VWS voor deze bedden ook opleidingsgelden van €120.000 per bed.
- Ziekenhuizen waren tevreden met de oplossing.

Aanleiding en context

Maatschappelijke aanleiding



- Vanaf 15 maart 2020 stijgt het aantal patiënten met covid dat IC-zorg nodig heeft zeer snel.
- Het NVIC benadrukt ook de urgentie van situatie in een briefing aan de Tweede Kamer op 25 maart 2020. Nagenoeg alle IC's hebben het maximum van hun normale capaciteit bereikt.
- De eerste golf overviel de zorg en zorgde door zeer snel stijgende ziekenhuisopnames voor een enorme piek in de IC-bezetting.

Politieke aanleiding



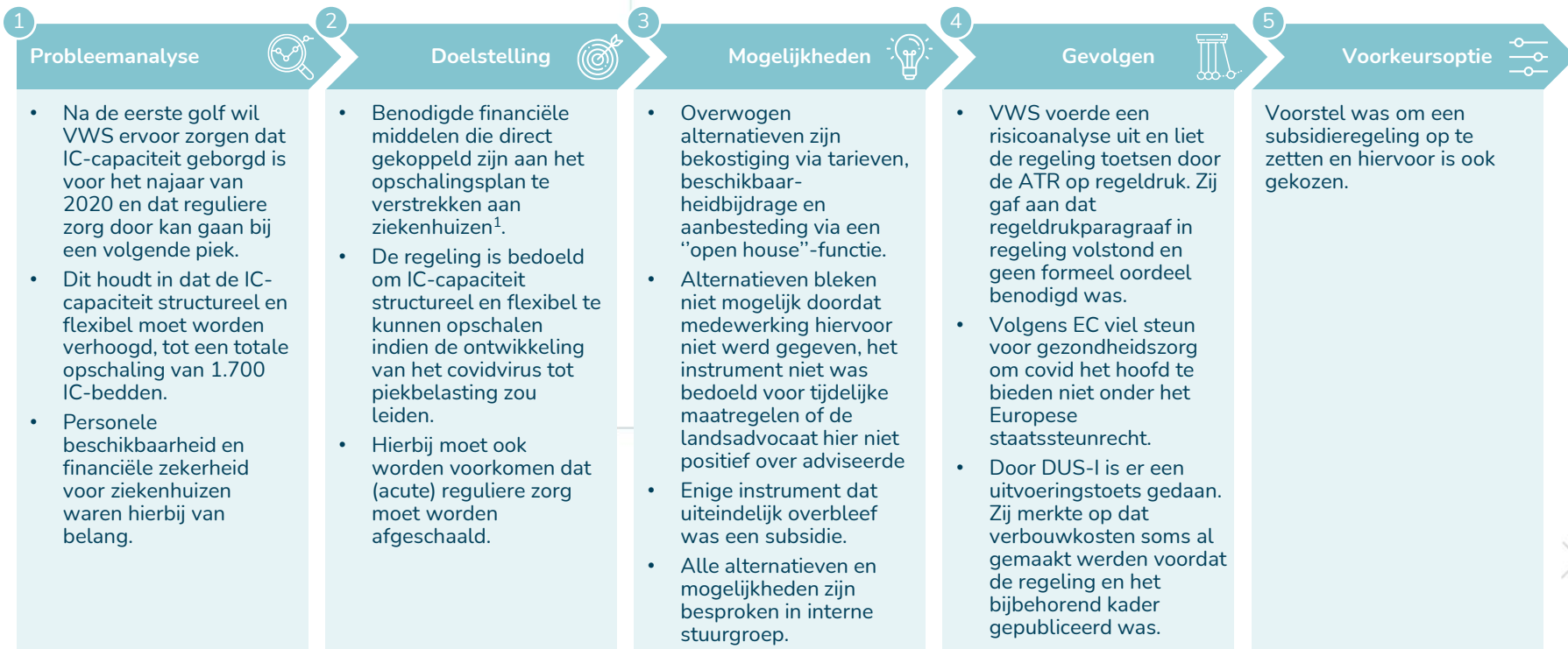
- Op 5 maart 2020 vindt in de Tweede Kamer debat plaats over de (eerste) ontwikkelingen van het covidvirus in Nederland.
- Asscher en Wilders verzoeken regering om alles in werk te stellen om genoeg IC-capaciteit te realiseren op 12 maart 2020. Minister Bruins zegt vervolgens toe dat het kabinet zich met de zorgsector maximaal inspant om de benodigde IC-bedden te realiseren.
- Minister De Jonge herhaalt dit door aan te geven er alles aan te doen om de IC-capaciteit zoveel mogelijk te vergroten op 25 maart 2020.
- Op 26 maart 2020 volgt een debat waarbij de verschillende woordvoerders hun zorgen uiten over het aantal ziekenhuis- en IC-bedden.
- Het LNAZ krijgt op 18 mei 2020 opdracht om, i.o.m. betrokken veldpartijen, een plan te maken voor structurele en flexibele IC-opschaling. De structurele uitbreiding richt zich op 1.700 bedden¹.

Bijzondere context



- Personele bezetting vraagt vanaf begin opschalingsplan (augustus 2020) aandacht.
- Na grote inspanning, kunnen ziekenhuizen aan begin opschalingsplan (augustus 2020) bijna allemaal de beademingsapparatuur krijgen die ze nodig hebben. De kosten voor beademingsapparatuur waren niet-subsidiabel omdat de apparatuur eerder door het ministerie van VWS aan de ziekenhuizen was verstrekt.
- Door COVID-19 komt reguliere ziekenhuiszorg onder druk te staan. Hiertoe stelt minister van Ark het "tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van de acute zorg in de COVID-19 pandemie" op in oktober 2020.

Beleidsvoorbereiding volgens de vijf stappen van het Beleidskompas



Beleidsvoorbereiding volgens de vijf stappen van het Beleidskompas

Betrokkenheid stakeholders



Externe stakeholders zijn veelal betrokken (geweest) bij het LNAZ-opstalingsplan (door LNAZ). Het gaat voor de eerste versie van het opstalingsplan om de volgende partijen: AZN, FMS, NVIC, NZa, V&VN en ZN.

Ambtelijk VWS organiseert op 24 september 2020 een bestuurlijk overleg met LNAZ, NFU, NVZ en ZN om hen te betrekken bij en in te lichten over het voorgestelde model voor een subsidieregeling. De uitgangspunten bespreekt ze 13 oktober met de ziekenhuizen en ROAZ-voorzitters.

Interne stakeholders

Binnen VWS waren de directies FEZ, MEVA en WJZ nauw betrokken. Financiën was nauw betrokken bij opzet regeling.

Tijdsheid



- Het LNAZ-opstalingsplan was leidend voor opstellen subsidieregeling. Los daarvan zijn ziekenhuizen veelvuldig betrokken bij (informerende) sessies over de regeling.
- De ROAZ-regio's zijn voor publicatie van de regeling betrokken bij de voortgang. Dat geldt bijv. voor het opstalingsplan en de bijbehorende opstalingslijst.
- Alhoewel vaststelling plaatsvond in oktober 2020, kwamen kosten die ziekenhuizen hadden gemaakt vanaf het publicatiemoment van het opstalingsplan in aanmerking voor vergoeding. Kosten daarvoor kwamen niet in aanmerking.

Besluitvorming



- Op 30 juni biedt minister van Rijn het opstalingsplan aan de Tweede Kamer aan.
- Op 7 oktober 2020 wordt de opstalingslijst van het opstalingsplan en de subsidieregeling in een bestuurlijk overleg van ambtelijk VWS met alle functionarissen ROAZ vastgesteld. De directie CZ deelt deze lijst op 20 oktober met de NVZ, NFU, ZN en functionarissen ROAZ met de melding dat niet op wijzigingsverzoeken kan worden ingegaan.
- Op 30 oktober 2020 wordt de subsidieregeling gepubliceerd in de Staatscourant.
- De gewijzigde subsidieregeling wordt op 8 oktober 2021 gepubliceerd in de Staatscourant.

Uitvoerbaarheid, volgen plan van aanpak doelmatigheid

Uitvoerbaarheid



- De regeling was moeilijk uitvoerbaar op twee onderwerpen.
 - Het was lastig om na te gaan of bedden daadwerkelijk gerealiseerd waren.
 - Ook was het lastig om te controleren of ziekenhuizen 5 fte extra aan zorgpersoneel hadden aangenomen. De registratie van ziekenhuizen was hier niet op ingericht.
- Kosten van verbouwingen, de crisisvoorraad geneesmiddelen en medische inventaris waren wel te verantwoorden door de ziekenhuizen en hier was controle ook mogelijk. DUS-I constateerde in haar uitvoeringstoets dat het uitblijven van een kader voor toetsing van bouwkundige kosten een risico vormde. Het kader werd later wel toegevoegd.
- Voor verbouwkosten boven een normbedrag bestond een bouwkundig comité bestaande uit twee financiële experts, twee bouwkundige experts en twee intensivisten. Zij beoordeelden aanvragen door ziekenhuizen.
- De uitvoeringskosten zijn al met al €0,3 miljoen lager uitgevallen dan oorspronkelijk begroot.

Volgen plan van aanpak



- VWS stelde een plan van aanpak op en hield vervolgens bereikte mijlpalen bij in een overzicht.
- Doordat het LNAZ-opstalingsplan wijzigde was het niet meer mogelijk om tot 1.700 IC-bedden op te schalen.

Doelmatigheid



- VWS heeft tijdens het opstellen van de regeling nauw contact gehad met de NZa om de kostprijs van een IC-bed te bepalen. Deze prijzen zijn verwerkt in de regeling. Daarnaast baseerde ze personeelskosten op normatieve bedragen van LNAZ.
- Voor bouwkundige aanpassingen hanteerde VWS grensbedragen van €75.000 per teleenheid in Fase 1 en 2 en €25.000 per teleenheid in Fase 3. Wanneer de kosten groter waren dan de grensbedragen werd de aanvraag ter advies voorgelegd het comité bouwkundige aanpassingen.
- VWS hanteerde een maximumbedrag van €60.000 per teleenheid in Fase 1 en 2 en €30.000 per teleenheid in Fase 3.
- VWS vergoedde kosten voor de crisisvoorraad geneesmiddelen conform bedragen van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG).

Werkbaarheid voor aanvragers, casuïstiek en fraude

Werkbaarheid



- Vlak na publicatie van de subsidieregeling ontvingen ziekenhuizen een aanvraagformulier van DUS-I dat van te voren gedeeltelijk door DUS-I was ingevuld.
- Voor veel ziekenhuizen kwam zekerheid over de betaling van subsidiegelden (te) laat. Ze ervoeren onzekerheid over het uitkeren van de subsidieregeling door het uitblijven van informatie over de verantwoordingsvereisten. Ziekenhuizen hielden subsidiegelden daarom lange tijd als reserves aan.
- De verantwoordingseisen zouden bij de oorspronkelijke verantwoordingssystematiek voor hoge administratieve lasten zorgen. Ook was er risico op dubbele bekostiging met andere regelingen, wat zorgde voor extra administratieve lasten.
- Er is met een zestal ziekenhuizen gesproken om alternatieve verantwoording te onderzoeken. Dit leidde tot het voorstel en besluit om een bestuursverklaring te gebruiken.
- Ziekenhuizen stelden ook vragen over de periode waarin kosten moesten vallen voor vergoeding via de regeling. Ziekenhuizen ontvingen vergoeding voor de kosten gemaakt na publicatie van het opschalingsplan. In de eerste golf deden zij echter ook al investeringen, bijv. in verbouwingen.

Casuïstiek



- Er is een bezwaarschrift van een ziekenhuis over bouwkundige lasten afgehandeld.
- Er is daarnaast lang een dreiging geweest van een rechtszaak door een aantal ziekenhuizen. Zij hebben hun zaak ook aangemeld bij de rechtbank maar deze is uiteindelijk niet voorgekomen.
- De aantijgingen betroffen de opschalingslijst van het opschalingsplan. Bedden in de "uitgangssituatie" van de opschalingslijst werden aangenomen in ziekenhuizen aanwezig te zijn en vielen dus onder reguliere bekostiging door de zorgverzekeraar. Sommige ziekenhuizen waren het daar niet mee eens, zij gaven aan dat ze minder bedden in het ziekenhuis beschikbaar hadden dan werd aangenomen.
- De aantijgingen hebben geresulteerd in een wijziging in de bekostiging: VWS voegde Fase 1+ toe. Dit betrof bedden die volgens de ziekenhuizen ten onrechte in de uitgangssituatie waren opgenomen en niet onder reguliere bekostiging vielen.

Fraude



Er zijn geen fraudemeldingen gedaan of fraudesignalen gemeld bij VWS.

Tussentijdse evaluatie en voorziene en opgetreden risico's

Tussentijdse evaluatie	Grootste voorziene risico's	Beheersmaatregel	Opgetreden
<i>Geïdentificeerde risico's uit een interne risico-analyse van VWS staan hier rechts opgenomen.</i> Hiernaast heeft VWS in september 2021 gevraagd aan LNAZ of zij het opschalingsplan wilt evalueren en actualiseren. Belangrijke lessen: - Het opschalingsplan gaf invulling aan het beoogde doel met de bijbehorende samenwerking tussen de regio's en coördinatie en spreiding van patiënten door het LCPS en de RCPS. Daarmee functioneerde het opschalingsplan goed. - De omvang en duur van de opschaling begrenst de mate van opschaling in de zorg. Randvoorwaarde voor de zorgverlening is de beschikbaarheid van personeel. Extra waakzaamheid voor hun weerbaarheid is geboden bij piekmomenten. - Betrokken partijen hebben in een crisissituatie vertrouwen en ruimte nodig om de juiste beslissingen te nemen. - Het afschalen van reguliere zorg bleek nodig om zorgcontinuïteit te borgen. Het FMS-kader 'Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-covid zorg' zorgde ervoor dat zorginhoudelijke keuzes tussen regio's hetzelfde waren. - Solidariteit tussen ziekenhuizen maakte spreiding in en tussen ROAZ-regio's mogelijk. Langdurige pieken en het afschalen van reguliere zorg zetten solidariteit onder druk.	Rechtmatigheidsrisico's (grootste risico), bv. vergoeding niet-subsidiabele kosten	Groot aantal, waaronder expliciete beoordeling door subsidiemedewerker	Ja
	Politieke/bestuurlijke risico's	Geen beheersmaatregel opgenomen	Nee
	Communicatierisico	Benadering via ROAZ, informatie voor aanvragerperiode via webinars en tijdens via e-mail.	Ja
	Budgetoverschrijding	Impliciet financieel plafond is aanwezig in subsidieregeling (door vaste/max. vergoedingen)	Nee
	Juridische risico's	Intensieve afstemming tussen CZ, WJZ, DUS-I en betrokken partijen.	Nee
	Capaciteitsrisico's	Capaciteitsplanning DUS-I i.r.t. persoonsinzet. Anders inzet andere medewerkers of externen.	Nee
	Onenigheid over opschalingslijst	Vraag aan ROAZ: betrek achterban goed. In lijst verhoudingsgewijze/ evenredige opschaling.	Ja

Bepalen van wijzigingen en/of vervolg en effect daarvan

Bepalen vervolg



- VWS keek met NZa naar vervolg van regeling voor het borgen van de IC-capaciteit. Daar is geen concreet plan uit voortgekomen. Opschaling tot 1.150 IC-bedden is wel onderdeel van het kader MSZ en vermeld in het IZA. €35 miljoen van het kader is bedoeld om eventuele meerkosten van IC-opschaling tot 1.150 bedden te bekostigen.
- Na het aflopen van de regeling zijn er gesprekken gestart over de bekostiging van de beschikbaarheidsfunctie van de IC in het kader van voorbereiding op rampen en crises. Gesprekken tussen betrokken partijen, waaronder zorgverzekeraars en VWS, zijn ten tijde van ons onderzoek nog lopend.

COZO-regeling 2021 & 2022

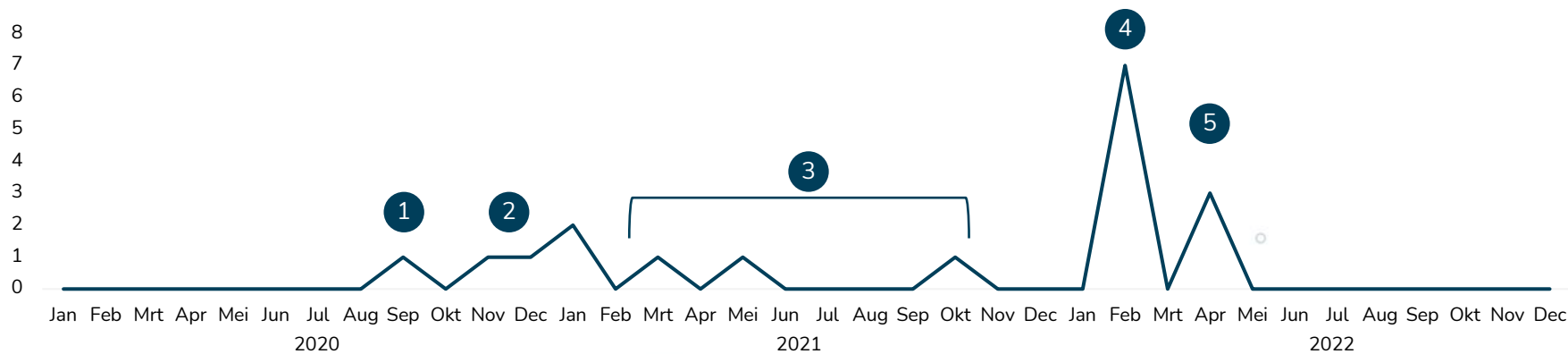
Subsidieregeling coronabaten in de zorg

Tijdljn



Maatschappelijke tendens

Maatschappelijke tendens COZO-regeling [aantal krantenartikelen per maand]

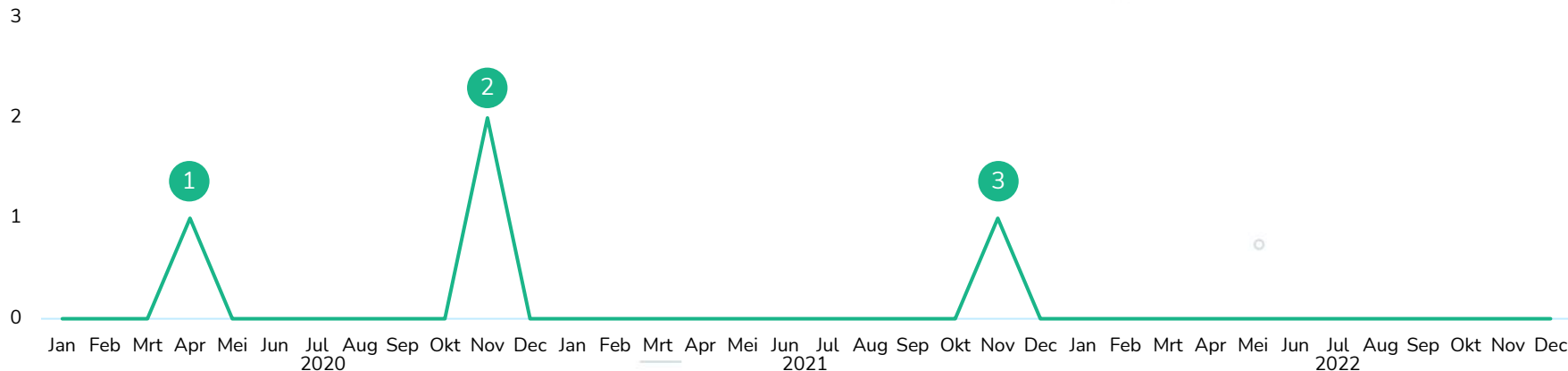


1. Rekenkamer waarschuwt kabinet: meer controle vooraf nodig bij coronasteun.
2. Zorgaanbieders kunnen regeling niet gebruiken door gebrek aan tijd voor inwerken.
3. Positieve voorbeelden van coronabanen in de zorg.
4. COZO-regeling stopgezet vanwege fraudemeldingen.
5. COZO-regeling hervat met beheersmaatregelen.

Bron: Analyse SiRM op basis van Nederlandse landelijke kranten (excl. NRC, incl. Algemeen Dagblad, Financieel Dagblad, Parool, Telegraaf, Trouw en Volkskrant) en NOS.

Politieke tendens

Politieke tendens COZO-regeling [aantal moties per maand]



1. Motie van Krol, Van Kooten-Arissen en Van der Staaij met verzoek aan de regering om te onderzoeken of meer mensen kunnen deelnemen aan de Nationale Zorgklas en daarna aan het werk kunnen binnen het zorgveld.
2. Moties van (1) Asscher en Palland met verzoek aan de regering om met een eerste uitwerking voor zoveel mogelijk tijdelijke crisisbanen als nodig en in te gaan op het benodigde budget en (2) van Brenk om NOW-werkgevers volledig te compenseren voor personeelskosten van personeel dat in de zorg werkt tijdens de coronacrisis.

3. Motie van Westerveld, Gündoğan en Kuiken met verzoek aan de regering om:
 - in gesprek te gaan met werkgevers buiten de zorg om gekwalificeerde zorgverleners tijdelijk uit te lenen;
 - te onderzoeken hoe gediplomeerde zorgverleners die (tijdelijk) willen terugkeren naar de zorg positief gestimuleerd kunnen worden;
 - goed te communiceren dat herregistratie in deze fase van de coronapandemie niet plaatsvindt.

Beleidsstheorie en doeltreffendheid

Doelstelling



Door middel van tijdelijk ondersteunende functies zorgprofessionals te ontlasten en benutten van tijdelijk onbenut arbeidspotentieel, met mogelijk duurzame instroom tot gevolg.

Beleidsstheorie



- Middels een subsidie kunnen zorgaanbieders tijdelijk personeel inhuren. Dit personeel kan de druk op zorgprofessionals verlichten door bepaalde taken uit te voeren.
- Alternatieven, zoals aansluiting bij bestaande regelingen of direct in dienst nemen van mensen, zijn overwogen, maar werden niet kansrijk geacht.

Uitgangspunten



- Vraag werkgevers naar tijdelijke coronabanen is bepalend.
- Directe link coronabanen met impact coronacrisis.
- Goed uitvoerbaar voor aanvragers en uitvoerders.
- De regeling is ingericht binnen de logica van de crisiscontext, dus zonder zware controle vooraf en met bevoorschotting.

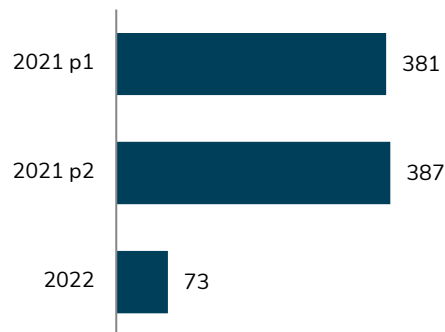
Doeltreffendheid



- Het is niet exact vast te stellen in hoeverre zorgprofessionals daadwerkelijk ontlast zijn door tijdelijk ondersteunende functies.
- Wel zijn er signalen die op beperkte doeltreffendheid wijzen:
 - De regeling is in twee van de drie rondes niet uitgeput.¹
 - Slechts een beperkt aantal zorgaanbieders heeft subsidie aangevraagd: er zijn alleen al meer dan 2.000 (middel)grote (meestal instellingen met 10 werknemers of meer) zorginstellingen. Voor COZO 2021 zijn er ca. 380 aanvragen geweest en COZO 2022 zijn er ca. 73 aanvragen geweest.
 - Een kwart van de uitgegeven subsidiegelden is aangemerkt als mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik.

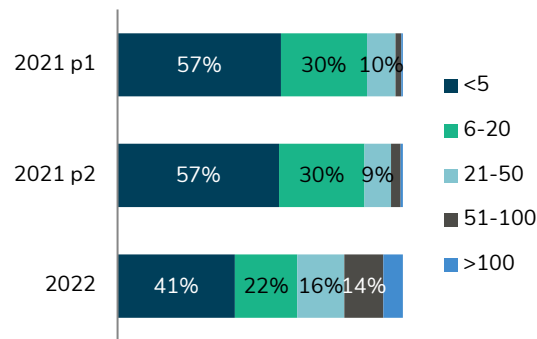
Resultaten | aantal aanvragen

Aantal toegekende aanvragen COZO-regeling per ronde



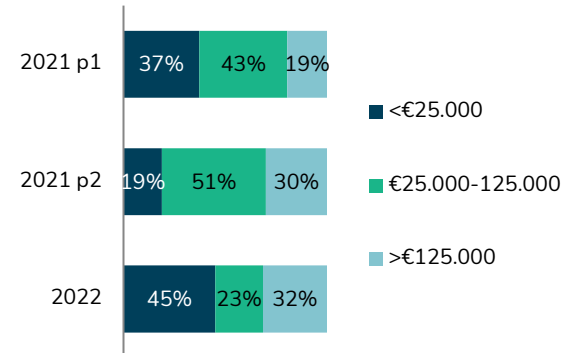
- COZO 2021 werd in beide rondes door een vergelijkbaar aantal aanbieders aangevraagd (~380).
- COZO 2022 werd door duidelijk minder aanbieders aangevraagd (73).

Verdeling aantal coronabanen per aanvraag COZO-regeling per ronde



- Voor COZO 2021 vroegen zorgaanbieders in beide rondes vooral voor <5 of tussen 6-20 coronabanen aan.
- Voor COZO 2022 deed nog steeds een groot deel van de zorgaanbieders een aanvraag voor <5 of tussen 6-20 coronabanen, maar nam het aantal zorgaanbieders dat voor 21-50 coronabanen een aanvraag deed iets toe.

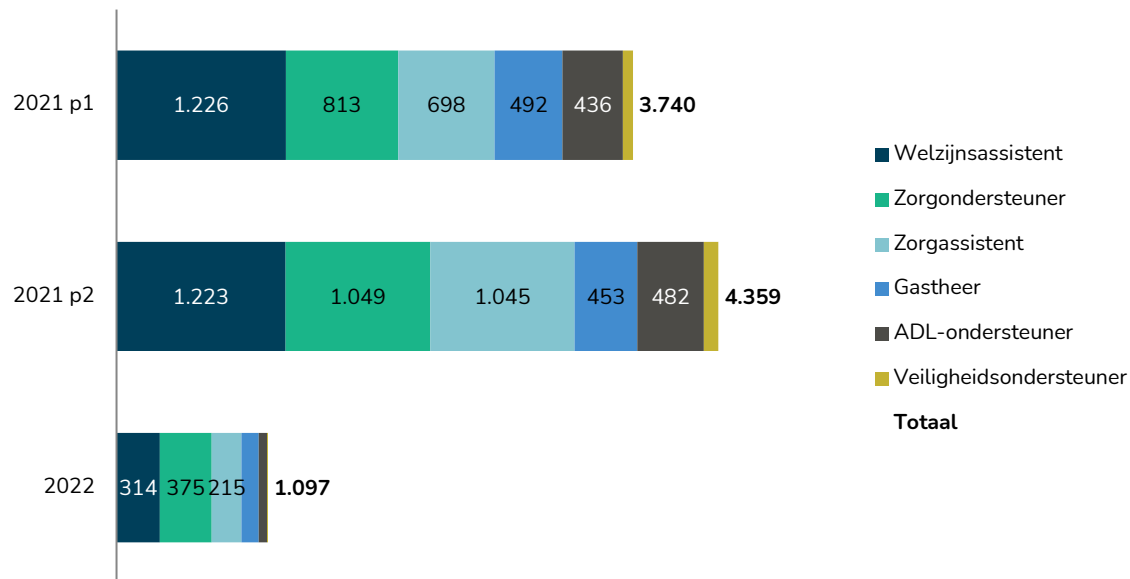
Verdeling aanvragen COZO-regeling naar omvang in € per aanvraag



- Voor alle rondes was ongeveer 70% van de aanvragen <€125.000.
- Een mogelijke verklaring voor het verschil in bovenstaande figuur voor COZO 2021 p1 en p2 kan zijn dat tijdens p1 weinig zorgaanbieders aanvragen deden voor medewerkers die zes maanden in dienst waren, aangezien zij hiervoor met terugwerkende kracht deze mensen in dienst moesten hebben.

Resultaten | type aanvragen (deel 1)

Verdeling aanvragen per type coronabaan COZO-regeling per ronde



Tijdelijke coronabanen

- Als gevolg van de COZO-regeling zijn er per periode van de regeling respectievelijk 3.740, 4.359 en 1.097 banen gerealiseerd (zie figuur).
- Vooral ondersteuner zorgmedewerker en welzijnsassistent komen per periode veel voor.
- Het grootste gedeelte van de tijdelijke banen is gerealiseerd in VVT-instellingen.

Structurele effecten

- Welk gedeelte van de tijdelijke banen daadwerkelijk is omgezet naar structurele banen is onbekend en niet exact vast te stellen.
- Een deel van het totaal aantal tijdelijke banen dat gerealiseerd wordt, wordt ingevuld door mensen die hiervoor een opleiding doen en een mbo-deelcertificaat ontvangen. In 2021 – periode 1 gaat het om 947 mensen (totaal: 3.740 mensen). In 2021 – periode 2 gaat het om 842 mensen (totaal: 4.359 mensen).

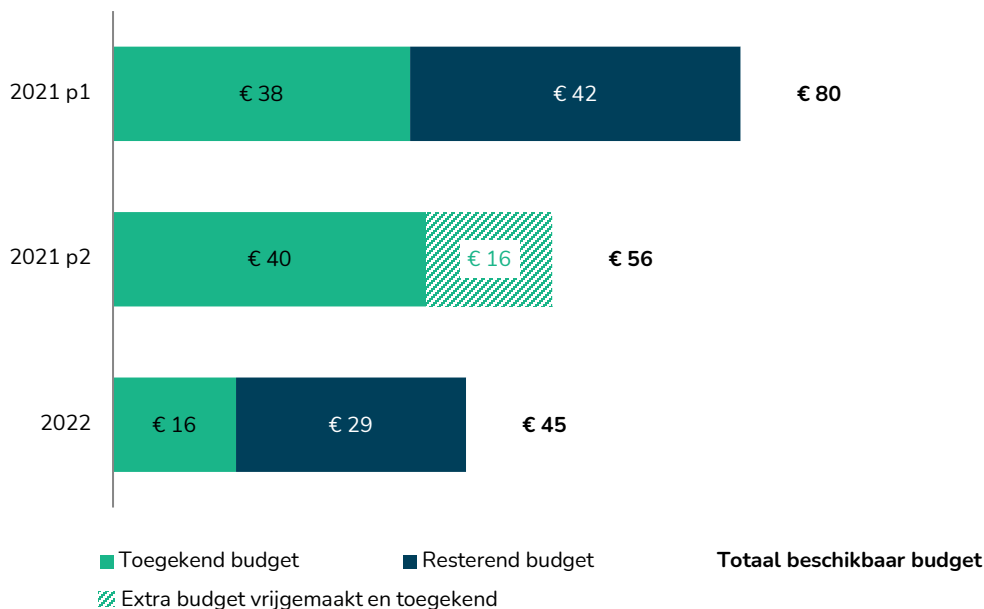
Resultaten | type aanvragen (deel 2)

Verdeling aanvragen naar type zorgaanbieder [% van toegekende aanvragen]



Financiële effecten | uitgegeven subsidiegelden

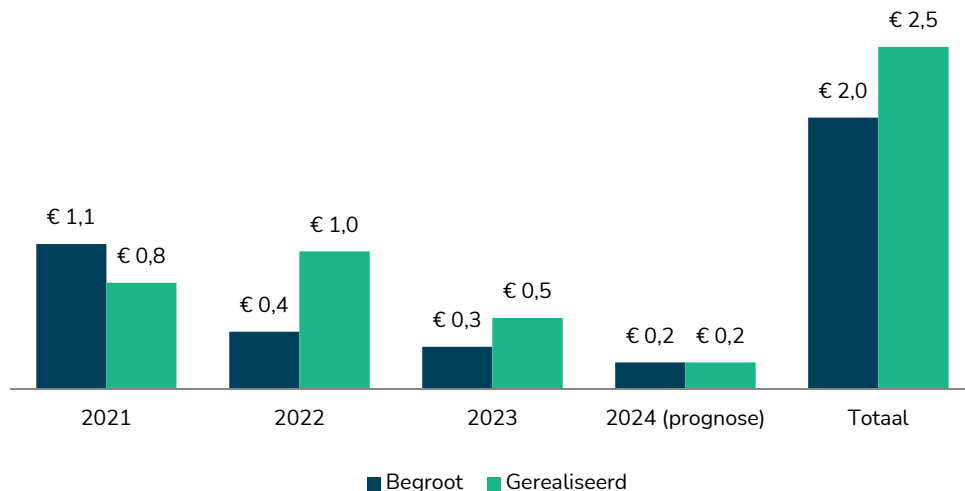
Beschikbaar en toegekend budget COZO per ronde [in miljoen €]



- Het beschikbare budget is niet elke ronde volledig aangevraagd (zie figuur).
- Volgens VWS komt een deel van de onderuitputting in periode 1 van COZO 2021 doordat een substantieel aantal banen is opgenomen voor vaccineren die uiteindelijk op een andere manier zijn bekostigd.
- In periode 2 van COZO 2021 is het budget verhoogd van €40 miljoen naar €56 miljoen. Dit gebeurde nadat het begrote budget werd overschreden met alle ingediende aanvragen.

Financiële effecten | uitvoeringskosten DUS-I

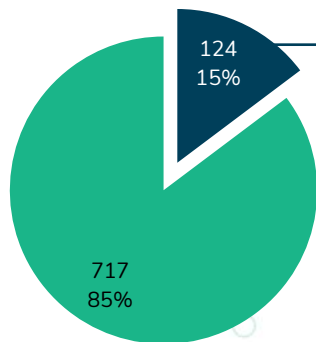
Begrote en gerealiseerde uitvoeringskosten DUS-I over tijd en totaal voor COZO 2021 en 2022 [in miljoen €]



- De gerealiseerde uitvoeringskosten van DUS-I voor de COZO-regeling (alle rondes) waren in totaal €0,5 miljoen hoger dan begroot. Een mogelijke verklaring hiervoor zijn de signalen over misbruik en oneigenlijk tijdens p2 van COZO 2021 en vervolgens de herziening van de regeling voor COZO 2022.
- Gemiddeld zijn de uitvoeringskosten €3.000 per aanvraag (gebaseerd op de totale uitvoeringskosten en het totale aantal toegekende aanvragen of COZO 2021 en 2022, namelijk n = 841).

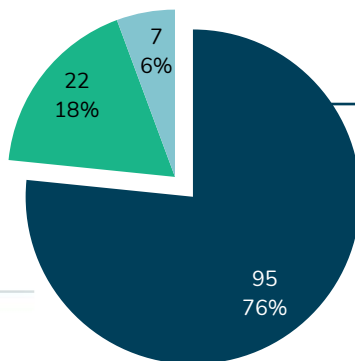
Juridische effecten | bezwaren

Percentage aanvragen waar wel of geen bezwaar voor is ingediend [% van totaal aantal toegekende aanvragen COZO 2021 en 2022, n = 841]



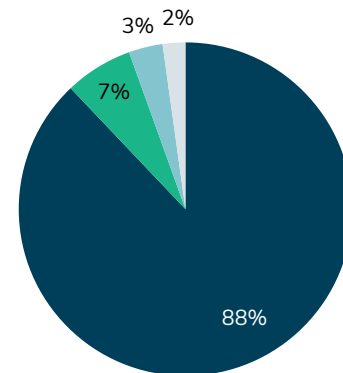
■ Bezwaar
■ Geen bezwaar

Aantal bezwaren COZO-regeling naar afhandeling [n totaal = 124]



■ Afgedaan
■ In behandeling
■ Ingetrokken voor behandeling

Inhoud besluit op bezwaar [% van in totaal 95 afgedane bezwaren]



■ (Kennelijk) ongegrond
■ (Kennelijk) gegrond
■ (Kennelijk) niet ontvankelijk
■ Deels (on)gegrond

Aanleiding en context

Maatschappelijke aanleiding



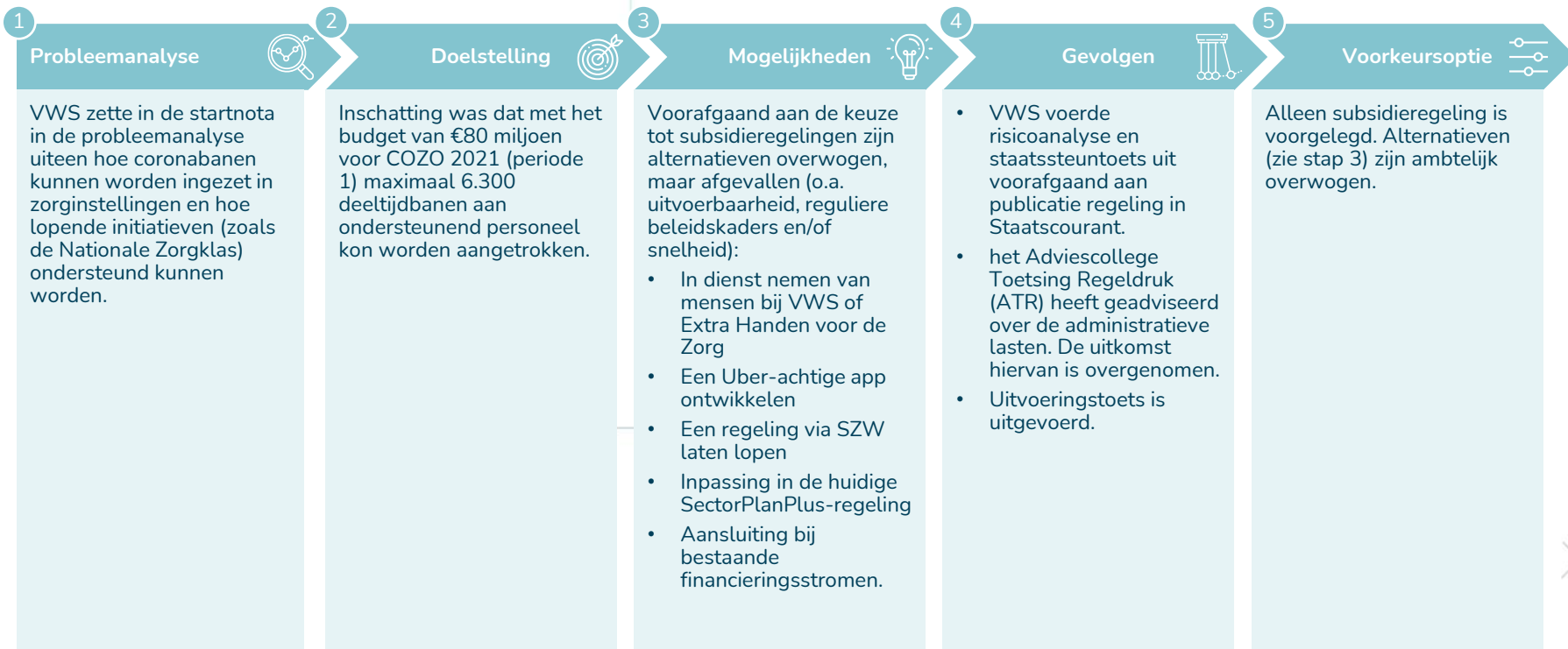
- Als respons op de druk op zorgprofessionals tijdens de eerste golf van de covidpandemie ontstaan meerdere maatschappelijke initiatieven, zoals onder meer de Nationale Zorgklas en Extra Handen voor de Zorg. Deze initiatieven hebben tot doel om het reguliere zorgpersoneel te ontlasten.
- VWS ondersteunde deze initiatieven door de COZO-regeling op te stellen.²

Politieke aanleiding



- De regeling geeft invulling aan de motie van de leden Asscher en Palland³ (maart 2020) die het kabinet oproept om met een uitwerking te komen voor zo veel mogelijk tijdelijke crisisbanen (waaronder in de zorg) als nodig, inclusief een bijbehorend budget.
- Op 4 november 2020 wordt kamerbreed een motie van de leden Wilders en Pieter Heerma¹ aangenomen. Deze motie verzoekt de regering onderzoek te doen naar de introductie van een nationale reserve aan zorgmedewerkers die kunnen worden ingezet bij o.a. een pandemie.
- In opvolgende brieven² in december geven de bewindslieden van VWS aan dat aan deze motie o.a. invulling wordt gegeven middels de COZO-regeling. Met deze subsidie wordt spoor 1 (optimale inzet van huidige reserve bij Extra Handen voor de Zorg) nader ondersteund en wordt ook invulling gegeven aan de coronabanen.

Beleidsvoorbereiding volgens de vijf stappen van het Beleidskompas



Beleidsvoorbereiding volgens de vijf stappen van het Beleidskompas

Betrokkenheid stakeholders



Externe stakeholders

- Vooral afstemming met ActiZ, CNV en RegioPlus. Waar nodig en mogelijk ook met andere brache- en werknemerspartijen.
- Interdepartementaal is afgestemd met Financiën, SZW, J&V en OCW.
- Bij het voordoen van fraudesignalen is afgestemd met NLA, OM, en is er ook afgestemd en met de IGJ.
- Bij vormgeving COZO 2022 is interdepartementaal afgestemd met NLA, OM. De ATR heeft advies uitgebracht en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants is geconsulteerd.

Interne stakeholders

- COZO 2021-1: MEVA, WJZ, FEZ, DUS-I, DCO, DLZ, DCZ, PDC19, DJeugd, DMO.
- COZO 2021-2: FEZ, WJZ, DUS-I en PZo.
- COZO 2022: FEZ, WJZ, DUS-I en de IGJ.

Tijdigheid



- Publicatie van COZO-regeling 2021 periode 1 medio februari 2021 en openstelling met terugwerkende kracht lijkt te duiden op beperkte tijdigheid.
- Publicatie van COZO-regeling 2021 periode 2 was tijdig, voorafgaand aan openstelling regeling.
- Vanwege fraudesignalen is er voor de COZO 2022 een gewijzigde regeling opgetuigd. Hierdoor is deze pas in november 2022 gepubliceerd (met terugwerkende kracht voor 1 januari t/m 30 juni 2022).

Besluitvorming



- Op 17 februari 2021 heeft de minister voor Medische Zorg de COZO-regeling vastgesteld, deze is op 19 februari in de Staatscourant gepubliceerd.
- Op 26 mei informeert de minister voor Medische Zorg de Tweede Kamer per brief dat de COZO-regeling ook voor het najaar wordt ingesteld, met ongewijzigde voorwaarden. Hiertoe wordt op 7 juni een wijziging van de regeling gepubliceerd in de Staatscourant.
- COZO 2022 is uitgesteld in februari 2022. Hierover heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport de Tweede Kamer geïnformeerd. Een nieuwe subsidieregeling wordt vervolgens opgetuigd. Deze is gepubliceerd in de Staatscourant op 10 november 2022.

Uitvoerbaarheid voor DUS-I, volgen plan van aanpak en doelmatigheid

Uitvoerbaarheid



- DUS-I was de uitvoerende organisatie voor de COZO-regelingen. Zij is tijdig en nauw bij de uitwerking van de regeling betrokken door VWS. Er is goede integrale samenwerking met de verschillende directies geweest.
- Ondanks tijdsdruk en politieke druk geven uitvoerders aan dat er met hen mee is gedacht om afwegingen te maken t.b.v. de uitvoerbaarheid (en werkbaarheid voor aanvragers).
- Over het algemeen ervaart DUS-I de uitvoerbaarheid als positief. Het heeft wel veel extra inzet van hen gevraagd en DUS-I heeft tijdelijke extra capaciteit moeten creëren.

Volgen plan van aanpak



- Ondanks tijdige betrokkenheid bleek uitvoer van de regeling tegen problemen aan te lopen, met name door snelheid van totstandkoming en complexiteit van de regeling.
- Ter illustratie: complexiteit van aan te vragen hoogte subsidiebedrag leidde tot meerdere versies van bestand waarin hoogte van aanvraag kon worden bepaald.

Doelmatigheid



- Zorgaanbieders die wel gebruik hebben gemaakt van de regeling stellen dat deze hen wel in staat heeft gesteld de coronabaten te realiseren.
- Het verstrekte bedrag vonden zij hiervoor passend.
- De gerealiseerde uitvoeringskosten waren €2,5 miljoen t.o.v. de oorspronkelijke €2 miljoen uitvoeringskosten die begroot waren.

Werkbaarheid voor aanvragers, casuïstiek en fraude

Werkbaarheid



- Hoewel het doel om regeling eenvoudig werkbaar te laten zijn, valt dit volgens zorgaanbieders tegen. Zij geven aan dat de inspanningen (werven personeel, subsidie aanvragen) niet opwegen tegen de baten.
- Dit is in overeenstemming met de belemmeringen die VWS signaleert. Aanvullend worden genoemd:
 - Onzekerheid over de uiteindelijke hoogte van de subsidie (in geval van overtekening).
 - Absorptievermogen van zorgaanbieders voor tijdelijk personeel is beperkt.
- ActiZ geeft als belangrijke reden dat er maximaal voor 6 maanden gebruik mag worden gemaakt van de regeling en dat deze laat is opgesteld (in februari 2021 aangekondigd, met terugwerkende kracht voor januari).

Casuïstiek



- De reacties in het veld zijn verschillend. Enkele ziekenhuizen geven aan dat ze wel gebruik hadden willen maken van de regeling, maar de voorwaarden te beperkt zijn. Zo geeft het St. Antonius Ziekenhuis aan dat hoewel ze met zorgbuddy's werken, ze hiervoor geen subsidie kunnen krijgen. Dit komt door de contractvorm die zij hebben met zorgbuddy's en de looptijd van de regeling.
- Andere zorgorganisaties, zoals Archipel in Eindhoven, zijn juist blij met de regeling waardoor ze tijdelijk extra mensen in dienst kunnen nemen.

Fraude



- Voor COZO 2021 zijn 68 dossiers (omvang: €13,9 miljoen) als fraudegevoelig gelabeld na signalering door de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA), mede op basis van signalen vanuit de bancaire wereld. Dit is door VWS aangevuld o.b.v. selectiecriteria, en geeft een totaal van 169 gevoelige dossiers (€20,6 miljoen). Dit is circa 25% van het verleende subsidiebedrag.
- Een 60-jarige Nederlandse man is vermoedelijk, als accountant, betrokken bij een groot aantal zorgondernemingen waarvoor in 2021 COZO-subsidie is aangevraagd. Hij wordt verdacht van het opmaken van valse jaarrekeningen en documenten ten behoeve van aanvraag/verantwoording van COZO-subsidies. Hiernaast zijn ook nog minimaal zeven andere verdachten aangehouden.

Tussentijdse evaluatie en voorziene en opgetreden risico's

Tussentijdse evaluatie	Grootste voorziene risico's	Beheersmaatregel	Opgetreden
Voor de COZO (2021) zijn zowel bij periode 1 als periode 2 een risicoanalyse uitgevoerd. Deze risico's zijn meegenomen in de nota ter besluitvorming. Hiernaast bestaat een document dat de risico's van de regeling in 2021 beschrijft en dat ten tijde van de opgetreden fraudesignalen is geactualiseerd. Voor de COZO (2022) is een risicoanalyse uitgevoerd conform het Handboek Subsidies op 27 mei 2022. De risico's vermeld bij beide regelingen zijn vermeld aan de rechterzijde van deze slide. Dit betreffen de risico's die voorafgaand aan de aanvullende controles/beheersmaatregelen midden of hoger scoren (op schaal: laag – midden – hoog zoals vermeld in 'samenvatting & conclusie strategisch en tactische risico's).	Financieel risico ('21)	Plafonds en accountsproduct	Ja (fraude '21)
	Risico dubbele financiering ('21, '22)	Diverse, o.a.: afspraken over controle (ZN en aanbieders) en bepaalde functieomschrijving	Onbekend
	Politiek-bestuurlijke risico's ('21, '22)	Beperkte mogelijkheid tot verlaging vanwege aard risico's.	Ja (fraude '21)
	ICT-risico's ('21)	ICT wordt beheerd door betrouwbare overheidsdiensten.	Nee
	Doelbinding ('22)	Beperkte mitigatie mogelijk zonder hogere admin. lasten.	Nee

Bepalen van wijzigingen en/of vervolg en effect daarvan

Bepalen vervolg: verlenging regeling 2021 ▶▶

- Voortzetting van de regeling in 2021 onder vrijwel dezelfde voorwaarden. Wijzigingen waren de Algemeen Gegevensbeheer-registratie (AGB-code) en dat medewerkers uiterlijk 1 oktober 2021 in dienst moesten komen.
- Ook voor de verlenging van de regeling is een staatsteuntoets uitgevoerd.

Bepalen vervolg: nieuwe regeling 2022 ▶▶

- In 2022 is vanwege fraudesignalen besloten een nieuwe regeling op te tuigen in plaats van de voorgaande regeling te verlengen. Belangrijke wijzigingen zijn:
 - Zorgaanbieder dient te beschikken over toelatingsvergunning o.b.v. Wet toetreding zorgaanbieders of contract met zorgverzekeraar, -kantoor of gemeente.
 - Zorgaanbieder moet kunnen aantonen materieel zorgaanbieder te zijn.
 - Subsidieverlening is achteraf in plaats van bevoorschotting.
 - Samenloop met andere regelingen wordt beperkt doordat geen subsidie verstrekt wordt indien kosten van coronabaten al wordt vergoed vanuit Subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg 2020-2022 of SectorplanPlus.
 - Specifieke wijzigingen voor detacheerders (lid brancheorganisatie/ kwaliteitskeurmerk) en enkele technische wijzigingen (o.a. tijdvak waarvoor subsidie kan worden aangevraagd).
- Regeldruktoets is uitgevoerd (28 september 2022). Door bovengenoemde wijzigingen stijgt de regeldruk (~10% van subsidiebedrag). Staatsteuntoets is uitgevoerd. Conclusie was dat er geen sprake is van ongeoorloofde staatsteun aangezien overheidssteun aan gezondheidsdiensten om covid het hoofd te bieden buiten de staatsteunregels valt. Uitvoeringstoets COZO 2022 is uitgevoerd door DUS-I.
- Alternatieve instrumenten zoals een bekostigingsregel zijn overwogen. Niet hiervoor gekozen omdat het een bijdrage onder voorwaarden betreft.

Effect vervolg

Zie resultaten op eerdere pagina.