Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

5.1.2e
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team A

Bezoekadres:
Parnassuspleln 5
2511 VX Den Haag
T 5.1.2e
F
www.rijksoverheid.nl

Datum
30 juli 2020

Aantal pagina's
5

memo

Financieringsvoorstellen opschaling IC-capaciteit

Doel

Dit memo gaat in op de wijze van financiering van diverse aspecten, zogenoemde percelen, die gerelateerd zijn aan de opschaling van de capaciteit t.a.v. zorg voor COVID-19 patiënten.

Beslispunt

- Van het 5.1.2e wordt als stuurgroep een principebesluit gevraagd t.a.v. de onderstaande voorstellen betreffende de financiering van de verschillende percelen.

Kanttekeningen vooraf

- Bij de financiering van de IC-opschaling en de benodigde extra capaciteit lijkt een beschikbaarheidbijdrage een voor de hand liggende route, maar dit is voor nu geen optie. Het voldoet namelijk niet aan de eisen van tijd (wijziging van AMvB is een traag proces) en tijdelijkheid (de uitbreiding van de IC-capaciteit is tijdelijk).
- Ten aanzien van het starten van een eventueel parallel traject – naast de voorgestelde financieringswijzen per perceel – is het advies om de komende maanden af te wachten hoe nodig de bedden zijn die we nu gaan inkopen via de open house. Bij inkoop van de open house tot 2022, is er de komende maanden de tijd om te kijken of een beschikbaarheidbijdrage op termijn mogelijk is. Dit zou dan ook bezien kunnen worden in het licht van andere aanpalende dossiers zoals de ramingen van het capaciteitsorgaan.
- Bekostiging via een subsidie (m.u.v. de opleidingen) is niet gewenst: het opstellen en uitvoeren van een subsidieregeling vraagt veel tijd, het ontbreekt aan capaciteit bij DUS-I (gezien de uitvoering van de Bonus-regeling) en uitvoering van de activiteiten uit een subsidie is niet afdwingbaar (ziekenhuizen kunnen afzien van het verrichten van de activiteit).
- De buffercapaciteit betreft niet enkel de uitbreiding van het aantal IC-bedden, maar ook de daarmee samenhangende uitbreiding van het aantal klinische bedden.
- De uitwerking van de diverse voorstellen zal veel vragen van de capaciteit van VWS en de HIS. In de reguliere situatie zouden de routes van reguliere ziekenhuisbekostiging en beschikbaarheidbijdragen verder van VWS af georganiseerd worden dan in de voorgestelde opzet.
-

Voorstellen t.a.v. financiering per perceel

A. Perceel opleidingen

Voorstel: dit kan worden gefinancierd via SectorPlanPlus van MEVA; COVID-19 subsidie (subsidie voor scholing (inwerktrajecten) van de extra instroom in het kader van het coronavirus) en de KIPZ.

Het is van groot belang dat er (aanvullend) personeel wordt opgeleid. Het is, wat de vergoeding van de kosten voor het opleiden betreft, dan ook geen probleem als ziekenhuizen in een eerdere fase van het opschalingsplan ook alvast personeel gaan opleiden dat voor een latere fase van het opschalingsplan noodzakelijk is. Ook staat het ziekenhuizen vrij om vanuit het Opschalingsplan opgeleid (aanvullend) personeel ook in te zetten voor non-Covid zorg.

B. Perceel beademingsapparatuur

Voorstel: De beademingsapparatuur is reeds ingekocht door VWS. Het voornemen is deze beademingsapparatuur te schenken aan ziekenhuizen. Hier zijn staatssteunrisico's aan verbonden. WJZ is bezig met een traject met de Europese Commissie om goedkeuring voor deze schenking te krijgen. Verwachte duur van het traject is 2 à 3 weken.

Alternatief: Keurt de Europese Commissie de schenking niet goed, dan wordt de sale & leaseback-constructie uitgewerkt.

C. Perceel infrastructuur

De volgende percelen worden gezamenlijk besproken onder de noemer 'infrastructuur':

- Perceel bedden en aanvullende apparatuur; zowel de uitbreiding van het aantal IC-bedden als de daarmee samenhangende uitbreiding van het aantal 'gewone' bedden.
- Perceel verbouwingskosten.
- Perceel beschikbaarheid personeel en voorzieningen.

Voorstel: Voor deze percelen zal een Open House-constructie worden ingericht. Open House is een systeem van afspraken waarbij VWS gedurende de gehele looptijd overeenkomsten kan sluiten met ieder ziekenhuis die zich ertoe verbindt om de betrokken dienst te leveren tegen vooraf vastgestelde voorwaarden (zoals aan reistijd, etc.). Er vindt dus geen selectie plaats onder de belangstellenden, waardoor er geen sprake is van een aanbesteding.

Randvoorwaarden

- Open House is geen wettelijk voorgeschreven inkoopprocedure, maar een wijze van contracteren die onder bepaalde voorwaarden niet onder de reikwijdte van de Aanbestedingswet 2012 valt. De fundamentele beginselen van het aanbestedingsrecht gelden echter wel: non-discriminatie, gelijke behandeling en transparantie.
- Openbare vooraankondiging is vereist.
- VWS formuleert de geschiktheids- en minimumeisen (kwaliteit en inhoud) voor toetreding tot de Open House en stelt de voorwaarden voor het sluiten en uitvoeren van de overeenkomst.

- Voorwaarden van de overeenkomst worden eenzijdig (door VWS) vastgesteld. Alle ziekenhuizen krijgen in principe dezelfde overeenkomst. Voorwaarden in de overeenkomst moeten o.a. zijn:
    - Toelating vindt plaats maar aan de hand van inschrijving met aantal IC-bedden waarvoor men zich heeft gecommitteerd in het LNAZ-plan en het overzicht van de op te schalen IC-bedden per ziekenhuis. Minder (dan in lijst bepaald) kan niet en meer ook niet, behalve als de ziekenhuizen onderling binnen de eigen ROAZ-regio ruilen en dat beide schriftelijk bevestigen richting ROAZ, en VWS daar over schriftelijk geïnformeerd wordt.
    - Waarborgen dat ziekenhuizen eerst (en vóór 1 oktober 2019) de reeds bestaande 1150 IC-bedden structureel beschikbaar maken (fase 1). Deze 1150 IC-bedden kunnen worden gebruikt voor alle patiënten die IC-zorg nodig hebben, zowel Covid als non-Covid patiënten. De investeringen die nodig zijn om structureel 1150 IC-bedden te realiseren voor IC-zorg aan alle patiënten vallen onder de normale verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar en zullen moeten worden gefinancierd via de reguliere contractering.
    - Waarborgen dat de inkoop van 200 extra IC-bedden en 400 extra klinische bedden (fase 2) bovenop de bedden uit fase 1 komen. Zolang Covid-19 nog substantieel invloed kan hebben op de ziekenhuiszorg zorgen de ziekenhuizen ervoor dat deze bedden fysiek aanwezig en qua personeel inroosterbaar zijn per uiterlijk 1 oktober 2020. Ook waarborgen dat de ziekenhuizen deze extra bedden alleen beschikbaar houden en gebruiken voor de behandeling en verpleging van Covid-19 patiënten. Als de Covid-pandemie voorbij is (zodra er een werkzaam vaccin is waarmee de Nederlandse bevolking beschermd is, of een geneesmiddel, of Covid-19 nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg), zullen de ziekenhuizen de capacitaire uitbreiding ten behoeve van fase 2 weer terugschalen tot een maximum van 1150 bedden.
    - Ten behoeve van fase 3 uit het Opschalingsplan zijn er op 1 januari 2021 in de Nederlandse ziekenhuizen totaal 1700 IC-bedden beschikbaar. Dat geldt ook voor de bijbehorende capaciteit in de kliniek. Deze (bovenop de 1350 IC-bedden) extra 350 IC-bedden en bijbehorende extra bedden in de kliniek (ongeveer 700 extra) zijn flexibel en hoeven dus niet constant fysiek binnen de ziekenhuizen aanwezig te zijn. Ze moeten wel snel gerealiseerd en opgebouwd kunnen worden binnen de muren van het ziekenhuis, als er onverhoopt een piekbelasting vanwege Covid-19 aankomt. De opschaling van 1350 naar 1700 IC-bedden in geval van piekbelasting vanwege Covid-19 zal naar verwachting gepaard gaan met (enige mate van) afschaling van de reguliere zorg; de mate waarin zal onder meer worden bepaald door de beschikbaarheid van personeel. Voor de opschaling tot 1700 IC-bedden gelden eveneens de hierboven beschreven voorwaarden over de tijdelijkheid en de exclusieve bezetting door Covid-19 patiënten.
    - Enkel bouwkundige aanpassingen of verbouwingen binnen het ziekenhuis zijn (conform het LNAZ-plan) geoorloofd, voor zover die nodig zijn om deze extra capaciteit tot 1700 IC-bedden (plus klinische capaciteit) te realiseren. Nieuwbouw is volgens het plan niet nodig en zal dus ook niet vergoed worden.
-

- De Raden van Bestuur van de betrokken ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de opschaling en dienen zich daarin ook toetsbaar op te stellen. Naast kwaliteit van zorg moeten de Raden van Bestuur de opschaling ook op doelmatigheid toetsen.
- Waarborgen dat het niet aantrekkelijker is om bedden via de Open House vrij te houden in plaats van te bezetten met Covid-19 patiënten; aansluiten bij de huidige bekostiging.
- VWS biedt een vaste vergoeding per extra IC-plaats met de mogelijkheid van opslagen in nader omschreven gevallen (bijv. regionale toeslag); over de opslagen kunnen binnen grenzen onderhandelingen plaatsvinden.
- De overheid zal het beschikbaar maken en beschikbaar houden van de extra bedden (fase 2 en fase 3) financieren. De zorgverzekeraars zullen (zoals gebruikelijk) betalen voor het gebruik, voor de zorg aan patiënten die voor Covid-19 op de IC of een klinisch bed worden behandeld. Dit geldt ook als dit zorg aan een patiënt op een extra bed betreft. Achteraf zal overheid een eindafrekening plaatsvinden, waarbij de opbrengsten agv gebruik in mindering worden gebracht op de inkoop van beschikbaarheid vanuit de overheid.
- Aangezien de extra opschaling van IC-bedden boven de 1150 reguliere IC-bedden uitsluitend plaats vindt in het licht van Covid-19, is gebruikmaking van deze bedden voor (extra) non-covid-patiënten niet toegestaan. De verzekeraars zullen deze bedden niet (mogen) contracteren en indien ziekenhuizen alsnog van deze bedden gebruik maken voor de reguliere patiëntenzorg, dan zal hiervoor een zekere mate van terugbetaling aan VWS op plaatsvinden. Hetzelfde geldt voor de extra klinische bedden die specifiek bedoeld zin voor COVID.
- Verantwoordingseisen voor eindafrekening mogelijk; gescheiden boekhouding, documentatie, werkelijk gemaakte kosten, gebruik IC-plek door patiënten (hierbij is een punt van aandacht hoe VWS (al dan niet via een accountantscontrole) uit de verantwoording kan afleiden of een IC-plek is gebruikt of niet). De uitwerking van de controle achteraf moet nog plaatsvinden.
- Overeenstemming met alle betrokken ziekenhuizen over de verdeling van benodigde IC-bedden, de eisen voor toetreding en voorwaarden voor het sluiten en uitvoeren van overeenkomst.
- De kosten van noodzakelijke verbouwing worden separaat begroot en vergoed en niet omgeslagen per IC-bed. Alleen uitbreidingen die zonder verbouwing zijn te realiseren, worden gefinancierd.
-
-

D. Perceel zorgkosten

Voorstel: Dit is het perceel gebruikskosten bij patiëntopname; deze kosten zullen via de zorgverzekeraars lopen. Dit betreft een integrale vergoeding van zorg zoals gebruikelijk in de ziekenhuisbekostiging. Dit betekent concreet dat de inkomsten die ziekenhuizen hiermee genereren moeten worden verrekend met de beschikbaarheidsvergoeding vanuit VWS voor het vaste deel (zie boven)

E.Perceel coördinatie

Voorstel:
- Beschikbaarheidbijdrage ROAZ-en aan traumacentra zou verhoogd kunnen worden. Dat lijkt wel te passen binnen de tekst van het Besluit beschikbaarheidbijdrage zoals die nu is en zoals die wordt per 1-7-21.

- Er kan een addendum komen op de huidige overeenkomst tussen VWS en het LNAZ tbv het LCPS. In maart is deze overeenkomst afgesloten en is op basis van deze overeenkomst een voorschot van €4 miljoen aan het LNAZ verstrekt. In het addendum kunnen de werkzaamheden tbv landelijke en regionale coördinatie van patiëntenstromen opgenomen worden. Ook kan daarin dan worden opgenomen dat het LNAZ de middelen over de ROAZ-en verdeelt. De benodigde financiële middelen kunnen dan in het addendum worden opgenomen (kan met een voorschot en/of garantstelling). De mogelijkheid van verdeling van de middelen over de ROAZ'en is nog niet bij WJZ gecheckt. Dit kan bij een eventuele uitwerking worden gedaan.

F. Perceel vervoer
G.

H. *Kanttekening*
I. Op basis van een overleg op 30-07 om 14.00u met CZ, WJZ en PZo over het perceel vervoer wijzigt onderstaande mogelijk nog. Tijdens het overleg met de stuurgroep om 15.00u zullen wijzigingen ten aanzien van onderstaande zo nodig worden toegelicht.

J.

Voorstel:
- 25 ambulances begeleid IC transport inclusief opleiding ambulanceverpleegkundigen: exploitatiekosten via reguliere bekostiging ambulancezorg, RAV en verzekeraars dienen gezamenlijke aanvraag in bij NZa (beleidsregels ambulancezorg NZa 5.1.2 flexibilisering S&B-vergoeding). NB AZN gaat alleen uit van exploitatiekosten, niet van investeringsuitgaven en komt op een bedrag van max. 2,25 mln jaarlijks voor de ambulances en 0,7 mln incidenteel voor de opleidingen. Dit is excl. inzet IC-artsen op het begeleid IC transport.
- Aanpassing IC-bus: via overige kosten (beleidsregels ambulancezorg NZa 5.5.7)
- Opschaling MICU-capaciteit: via reguliere bekostiging MICU ritten (NZa beleidsregels ambulancezorg).
- MMT (extra vlieguren reeds beschikbare helikopter): via beschikbaarheidbijdrage MMT. Rechtmatigheid kan verhoogd worden door in de tekst van het Besluit beschikbaarheidbijdrage op te nemen: "Tot uiterlijk 31-12-2022 of zoveel eerder als het COVID-19 virus in hoge mate is bestreden, gaat het ook om zorg aan en vervoer van COVID-19 patiënten." Dit kan gerealiseerd worden per 1-1-21 via het Besluit ambulancezorgvoorzieningen. Er is dan snelle besluitvorming nodig, omdat dit besluit op 17 augustus aangeleverd moet worden voor de CWIZO.
- IC-houdende ziekenhuizen moeten voldoen aan de NVIC-richtlijn voor interklinisch transport: meenemen bij de open house constructie voor infrastructuur.
- Voor bovengeschetste opties die aansluiten bij de reguliere prestatiebekostiging is aandachtspunt dat de kosten die worden gemaakt in het kader van het IC-opschalingsplan apart worden geregistreerd (aangezien verzekeraars deze kosten kunnen/zullen inbrengen in de catastroferegeling).