

## Coronacohort bedden

inzet voor BO 28 sept met Actiz

Aanwezig

Actiz ( (10)(2e) (Laurens), (10)(2e) (Omrina), (10)(2e) (Actiz), (10)(2e) (Actiz)  
 ZN: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) ASR), (10)(2e) CZ) Zorgverzekeraars  
 Nederland



ZN is gevraagd de organisatie van beschikbare coronacohortbedden te ondersteunen door uitwerken van een passende financiering. Gewenste uitkomst van het overleg is overeenstemming over de financiering van de cohortbedden. Tijd is nu de vijand, dus verder uitstel is ongewenst.

Dilemma is dat met VWS eerder is besproken dat gelet op de omvang van de beschikbaarheidsbedragen (eerder geraamd op (10)(2b) deze verantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars komt te liggen. Inmiddels is de omvang van de bedragen dermate (10)(2b) dat zorgverzekeraars die afspraak niet meer vanzelfsprekend vinden. Daarmee kunnen wij alleen afspraken maken onder voorbehoud van bereiken van nadere overeenstemming met VWS.



## ActiZ heeft voorkeur voor ex-post afrekenen; bij ex-antemodel zet ActiZ in op hogere beschikbaarheidsvergoeding voor meer bedden

1

### Inzet ZN

#### Initieel

- Ex-ante met onderscheid in zorg en beschikbaarheid.
- Zorg in lijn met msz en msr met een opslag van (10)(2b)
- Beschikbaarheid (10)(2b) VWS is analoog aan IC daarvoor aan de lat. -> VWS(nog)niet ontvankelijk, uitruil met MECC en Ahoy, ook in tweede instantie niet nu de beschikbaarheidscomponent vele malen substantiëler is dat aanvankelijk voorzien. Verdere escalatie gewenst-> dit is inmiddels bij VWS (DGCZ) neergelegd

#### 2<sup>e</sup> instantie

- Insteek op afspraak voor 300 bedden <24 uur
- Leegstandstarief verhogen en zorgtarief daarmee verlagen. Daardoor is het risico kleiner.
- Hardheidsclausule toezeggen.
- Tijdsduur afspreken tot eind griepperiode (q1 2021) en dan evalueren.
- Risico is al voor een deel gedekt door meerkostenregeling lopend tot 31/12/20.

### Voorstel ActiZ

- Geen risico
- Ex post afrekenen
- Voor 850 bedden (dus zowel voor 300 binnen 24 uur als 550 extra binnen 72 uur; noodzakelijk i.v.m. realiseren benodigde inzet personeel)

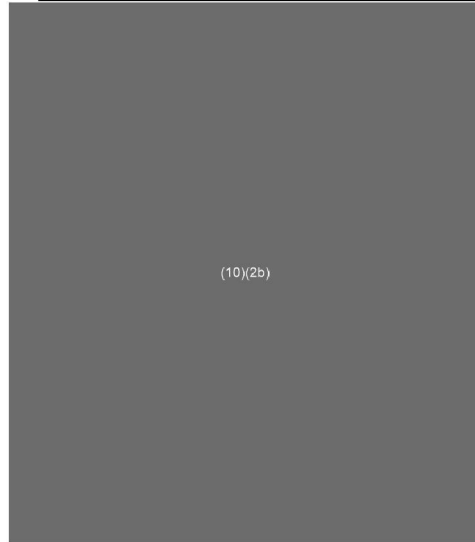
#### In geval van toch ex ante

- Tarief van (10)(2b) voor zorg is acceptabel maar pas toereikend bij 80% bezetting
- Risico-opslag voor beschikbaarheid uitkomend op een tarief tussen (10)(2b) per bed per dag
- Blijven uitgaan van 850 bedden

## Bij voorstel ActiZ gaat ZN op jaarbasis (10)(2b) uitgeven aan coronacohortzorg; verwachting netto impact is (10)(2b)

2

**Kosten ELV-coronacohortzorg - bandbreedte**  
[EUR mln per jaar]



**Netto impact ELV-coronacohortzorg – bandbreedte door  
mogelijke uitval / verdringing ELV en GRZ** [EUR mln per jaar]



### Toelichting lagere netto impact

- O.b.v. uitval in eerste golf, bevindingen klein aantal interviews<sup>1</sup> en ambitie om uitval in tweede golf te verlagen verwachten wij uitval van ELV en GRZ zorg bij de aanbieders van coronazorg
  - Minimaal 30%, maximaal 70% van bezette bedden uitval op GRZ/ELV
- Daarnaast is het denkbaar dat ook veel ELV- en GRZ-zorg uitvalt bij andere zorgaanbieders in het geval van een grote coronagolf
  - Als hier geen 'CB-regeling 2.0' voor komt, dan leidt tot een substantieel lagere schadelast<sup>2</sup> → dit mogelijke effect is hier niet meegenomen



1) Voor inschatting volumedaling in ELV en GRZ juli – september zijn 7 aanbieders geïnterviewd. Uit deze interviews blijkt dat aanbieders met cohortverpleging minder ELV en GRZ hebben geleverd.  
2) Echter, als ActiZ hier weer een aparte onderhandeling over opstart in 2021, dan is de kans op dubbel betalen voor grotendeels niet gebruikte capaciteit zeer groot.  
Bron: directieoverleg ActiZ/ZN (23/09/20), Prestatie- en tariefbeschikking eerstelijnsverblijf - TB/REG-20613-02; Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-20115a, analyse Gupta Strategists.

## Voorstel voor inzet BO

3

- **Ex post afrekenen<sup>1</sup>.** Een ex ante voorstel lijkt niet haalbaar zonder grote risico-opslagen. Dus ook geen ex ante tarief van (10)(2b) voor de zorg maar dit hanteren als een financieringstarief en achteraf afrekenen obv werkelijke kosten. Uitgaan dus dat reële kosten worden vergoed en geen van de partijen op voordeel uit is (*'de meeste mensen deugen'*).
- **Voor het aantal bedden dat in ROAZ verband is afgesproken.** Dat wil zeggen vasthouden aan opschaling (en afschaling) in tranches (300, 550) en dus niet op voorhand 850 bedden in een keer. Dit zal per ROAZ moeten worden bepaald op geleide van de besmettingsgraad in de betreffende regio. Beschikbaarheid dus regionaal geregeld, omdat one size fits all niet passend is: 300 bedden (<24 uur) in groene gebieden en 850 bedden (<72 uur) in oranje gebieden.
- **Geen dubbele bekostiging en transparantie over gepleegde inzet** (geleverde zorg en aantal lege bedden over de tijd; bestuurs-/ accountantsverklaring)
- **Doelmatigheidsvoorwaarden nodig:** regionale toetsbare afspraken over concentratie bij beperkt aantal locaties, opschaling naar volgende tranche op basis van bezettingsgraad, akkoord ROAZ.
- Afspraak ingaand **1 januari lopend tot 1 april 2021** (einde griepperiode). Dan evalueren. Huidige afspraken lopen door tot 1 januari. Dit geldt alleen voor de instellingen die in ROAZ verband zijn aangewezen om zorg te (blijven) leveren.



1) Uitgaande dat DE bottleneck voor zorg hoeveelheid personeel is, betekent extra inzet personeel op deze bedden vrijwel onmiddellijk lagere reguliere productie. De ex post dekt daarmee de doorlopende kosten voor eventuele derving van de reguliere productie dekt (wellicht tot een bepaalde grens van bv 80%)? Dit om een nieuwe landelijke CB-te voorkomen.

## Bijlage

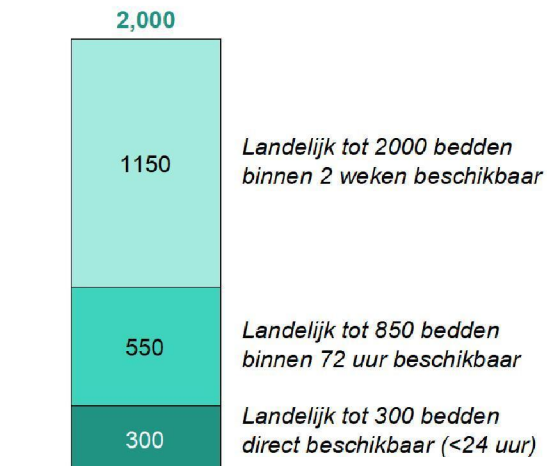
---



## ZN is gevraagd de organisatie van beschikbare coronacohortbedden te ondersteunen door uitwerken van een passende financiering

5

### Raming benodigde coronabedden buiten ziekenhuizen [aantal bedden]



### Toelichting

- Tijdelijke zorgcapaciteit buiten ziekenhuizen is bedoeld voor patiënten waarvoor:
  - Opname in het ziekenhuis niet (meer) gewenst of nodig is
  - Zorg thuis onveilig en/of inefficiënt is
- Op basis van inzichten uit de 1<sup>e</sup> coronagolf raamt GGD-GHOR het aantal bedden dat in de toekomst direct beschikbaar moet zijn op 300, met optie tot opschaling naar 850 tot 2.000 bedden
- Waar mogelijk leveren reguliere zorgaanbieders tijdelijke capaciteit; inzet grootschalige zorglocaties is laatste stap
- Vervolgstappen zijn:
  - DPG-en werken samen met aanbieders regionale opschalingsplannen uit vóór eind augustus
  - **ZN en zorgaanbieders werken financiering van coronacohortbedden en beschikbaarheid uit vóór 1 september**