



Info IC-opschaling vanuit zorgverzekeraars

13 januari 2020

Bestuurlijke afspraken ZN-NVZ-NFU over vergoeding van IC-zorg zijn onderdeel van brede regelingen inzake covid-19

Kernpunten inzake IC uit de regelingen 2020 en 2021

Regeling 2020 | *bedden aantallen in het IC-opschalingsplan zijn geen input geweest*

- Vergoeding alle geproduceerde IC-dagen conform regulier tarief.
- Een extra vergoeding voor geleverde COVID-zorg aan de hand van IC-dagen en verpleegdagen COVID-patiënten, bovenop de gedeclareerde IC-dag
- Hardheidsclausule, wanneer een ziekenhuis van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID effecten op ZVW en AV opbrengsten.

Regeling 2021 | *bedden aantallen in de subsidieregeling zijn input geweest voor het vaststellen van het aantal bedden t.b.v. de beschikbaarheidsvergoeding*

- Beschikbaarheidsvergoeding 70% personeelskosten door zorgverzekeraars over 109 bedden
- Vergoeding alle gedeclareerde COVID-zorg tegen aan aangepast tarief 2021, zodat hogere kosten i.v.m. covid gedekt worden.
- Verrekening beschikbaarheidsvergoeding met gedeclareerde IC-zorg
- Hardheidsclausule: Partijen gaan in representatie in gesprek wanneer een instelling van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID 19 effecten op ZVW en AV opbrengsten.

Vanaf 2022

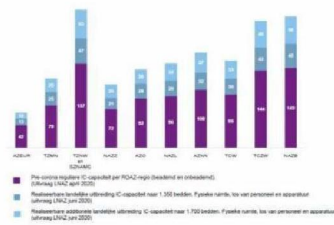
- Vanaf 2022 zijn een catastroferegeling of branche-afspraken niet meer aan de orde
- ZN, NVZ en NFU trekken in 2021 samen op om beschikbaarheidsvergoeding voor 109 bedden vanaf 2022 ev. te organiseren.
- Uitkomsten rechtszaken afwachten alvorens een besluit te nemen over het al dan niet uitbreiden van 109 naar 142 bedden.

Contractering zorgverzekeraars pre-corona: in de praktijk weinig tot geen specifieke afspraken over de IC-capaciteit

- Zorgverzekeraars betalen IC-add-ons aan ziekenhuizen. Ze maken geen afspraken over aantallen bedden en hebben daarom geen inzicht in de hoeveelheid bedden per ziekenhuis pre-corona.
- Afhankelijk van de soort contract kan het zo zijn dat een zorgverzekeraar aparte afspraken maakt over de hoeveelheid te declareren IC-add-ons. Maar ook kan het zo zijn dat er aan afspraak is gemaakt over een aanneemsom, waar er geen afspraken zijn gemaakt over te onderscheiden vormen van zorg. Dit zegt nog steeds niet over de hoeveelheid IC-bedden.
- Mogelijke contractvormen zijn:
 - Open P*Q: er is een afspraak gemaakt over tarieven, er is geen afspraak gemaakt over volume
 - Plafond (met of zonder open staffel): er is een afspraak over tarieven en maximaal volume. Bij contracten met een open staffel kan er toch een afspraak gemaakt zijn over vergoeding van overproductie.
 - Aanneemsom: Voor een vast bedrag levert het ziekenhuis de zorg die gevraagd wordt vanuit de verzekerden van de betreffende verzekeraar. Volume is tot op zekere hoogte onbegrensd.
- ZN heeft als branchepartij geen inzicht in welke afspraken zorgverzekeraars met de verschillende ziekenhuizen hebben gemaakt. Het kan dus zijn dat verzekeraar A met Gelderse Vallei een aanneemsom heeft afgesproken en verzekeraar B een open P*Q. En dat dit voor Rivierenland precies andersom is.
- Vanuit het declaratieverkeer kunnen zorgverzekeraars zien hoeveel IC-add-ons er voor hun eigen verzekerden per ziekenhuis zijn gedeclareerd.
- Vektis heeft inzicht in landelijke cijfers voor alle zorgverzekeraars. Deze cijfers laten zien dat er in 2018 in totaal 399.600 IC-add-ons zijn gedeclareerd bij zorgverzekeraars
- In de richtlijn voor de IC's staat dat er idealiter een bezetting op de IC 80% is, omdat dit met goede kwaliteit in verband wordt gebracht.
- Er zijn seizoenspatronen voor het gebruik van de IC, waardoor de bezetting per periode kan verschillen.
- Het aantal gedeclareerde IC-add-ons is slechts een zeer grove schatting van het aantal bedden (add-ons/365 dagen) omdat de regels van de NZa het toestaan dat er voor één bed twee add-ons op één dag worden gedeclareerd.

Hoe zorgverzekeraars vermoeden dat de onduidelijkheid over beddenaantallen is ontstaan.

De LNAZ heeft de ROAZ-en dit voorjaar in het kader van het opstellen van het opschalingsplan, gevraagd aan te geven hoeveel IC-bedden er landelijk pre-covid beschikbaar waren en met hoeveel bedden dit kon worden uitgebreid. De resultaten van deze uitvraag staan in onderstaande figuur uit het opschalingsplan (p.26 en 30). Het betreft een totaal van **1038** (beademde en onbeademde) bedden pre-corona



Figuur 5.2. Reguliere IC-capaciteit en realiseerbare uitbreiding van IC-capaciteit per ROAZ regio om te komen tot een capaciteit van 1.350 en 1.700 IC-bedden

- De LNAZ heeft fases in opschaling geformuleerd.
- Fase 1 = het 100% beschikbaar maken van bestaande capaciteit (p. 26 van het opschalingsplan)
- Dit wekt de indruk dat de pre-corona capaciteit **1150** bedden betreft.
- In het plan van de LNAZ komt de verdeling in het aantal bedden per fase niet overeen met de door de ROAZ-en doorgegeven pre-corona reguliere IC-capaciteit

Realiseren van structurele en flexibele opschaling van IC-capaciteit in drie stappen:

Stap 1	Capaciteit: 100% structureel beschikbaar = 1.150 bedden Toelichting: door formatie tekort wordt er nu structureel met een tekort-gewerkt.
Stap 2	Capaciteit: 120% structureel beschikbaar = 1.350 bedden Toelichting: extra operationele bedden binnen de muur van de IC. In overleg met regio en zorgverzekeraars.
Stap 3	Capaciteit: 150% flexibel beschikbaar = 1.700 bedden Toelichting: extra operationele bedden buiten de muren van de IC. In overleg met regio en zorgverzekeraars.

- Zorgverzekeraars hebben de getallen uit figuur 5.2 van het opschalingsplan niet handmatig opgeteld, waardoor wij niet tot de conclusie zijn gekomen dat er gewerkt werd met twee verschillende invalshoeken.
- Voor zorgverzekeraars is niet (meer) te achterhalen waarom de LNAZ dit op deze manier in het plan heeft verwerkt.

Alle aantallen bij elkaar laten verschillende invalshoeken zien

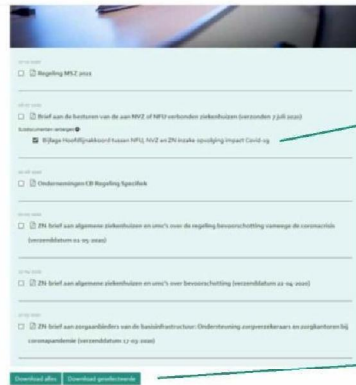
LNAZ-plan: uitvraag uitbreidingsmogelijkheden		Pre-corona reguliere IC-capaciteit	Realiseerbare uitbreiding naar 1350 bedden	Realiseerbare uitbreiding naar 1700 bedden
Aantal bedden		1038	1351	1691
Bedden plan LNAZ		Fase 1 = capaciteit 100% structureel beschikbaar maken	Fase 2 = capaciteit 120% structureel beschikbaar maken	fase 3 = capaciteit 150% flexibel beschikbaar maken
Aantal bedden		1150	1350	1700
VWS subsidieregeling, gepubliceerd in de Staatscourant	Uitgangssituatie	Uitbreiding IC bedden van uitgangssituatie naar 1150 (fase 1)	Uitbreiding IC bedden van 1150 naar 1.350 (fase 2)	Uitbreiding IC bedden van 1.350 naar 1.700 (fase 3)
	1032*	1141*	1347*	1690*
<i>Standpunt procederende ziekenhuizen (schatting)</i>	999	999	1347	1690

Bijlage: aanvullende informatie regelingen 2020 en 2021



Regeling 2020

De volledige regeling 2020 staat op de website van ZN.
In de sheets hierna een selectie betreffende de IC-bekostiging



Aanvinken

Kies "download geselecteerde"

Blok 1 dekt met aanneemsom kosten voor reguliere zorg, blok 2 is voor COVID-meerkosten en blok 3 is vangnet bij continuïteitsproblemen

11

2020

Drie bouwblokken

Toelichting

1

Reguliere zorg

Anneemsom op 97,6%;
extra vergoeding als
productie 2020 > 80%

2

COVID-zorg

Vaste vergoeding
(1,3%), aanvullende
vergoeding o.b.v. ex
ante model, mogelijk
extra vergoeding o.b.v.
realisatie ex post

3

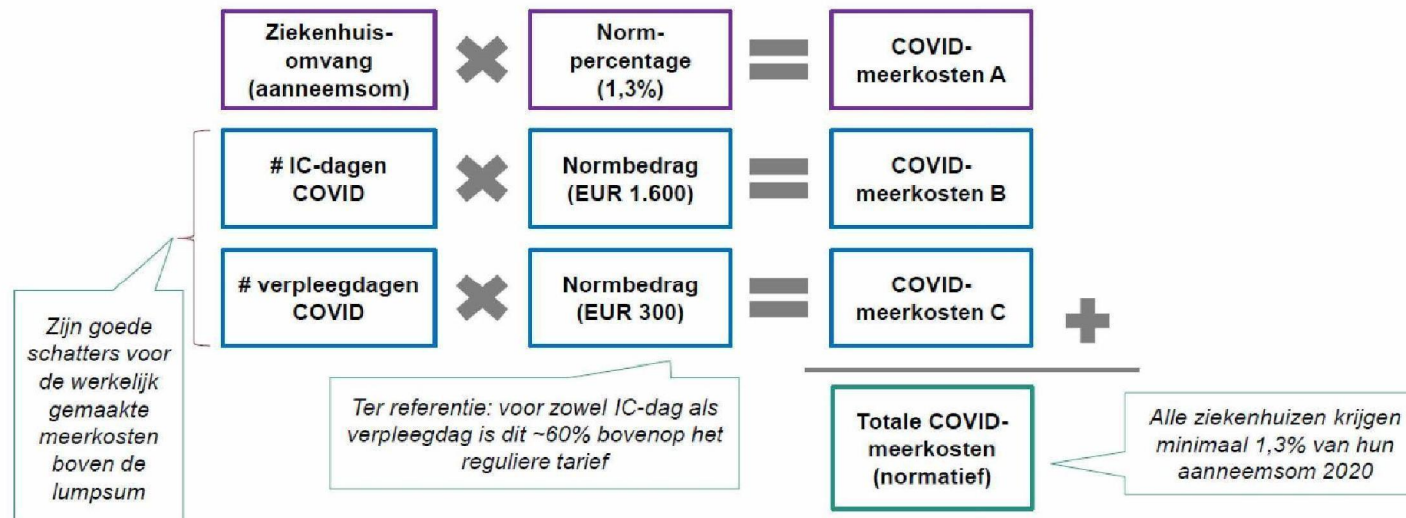
Hardheidsclausule

- Volledige vergoeding van doorlopende kosten en variabele kosten voor de reguliere zorg
 - Basis voor de aanneemsom is het volume 2019 vertaald naar 2020 op basis van het contract 2020 – dus inclusief het effect van plafonddafspraken 2020 en prijsindexatie, exclusief dure geneesmiddelen (die worden op basis van P*Q vergoed)
 - Vervolgens aftrek van minderkosten van 80% productie (20% daling): 2,4% (uitgaande van 12% variabele kosten)
 - Resulteert in aanneemsom voor de reguliere zorg van 97,6%
 - Als volume 2020 voor een ziekenhuis toch hoger is dan 80%, dan is er voor al het volume boven de 80% een extra vergoeding bovenop de aanneemsom uitgaande van 14% variabele kosten.
- Elk ziekenhuis krijgt een vaste vergoeding voor COVID-meerkosten van 1,3% in blok 2
- Daar bovenop krijgt een ziekenhuis extra vergoeding gebaseerd op het # ligdagen in de kliniek (EUR 300) en het # ligdagen op de IC (EUR 1.600)
 - Op deze manier worden ook de kosten gecompenseerd bij een eventuele 2^e COVID-golf meegenomen
 - Produceert een ziekenhuis minder dan 75% (vooral waarschijnlijk bij een grote tweede COVID-golf), dan wordt voordeel lagere variabele kosten afgetrokken van de extra variabele compensatie boven de 1,3% vergoeding
- Tenslotte krijgt ziekenhuis mogelijk extra vergoeding als realisatie COVID meerkosten hoger is dan ontvangen ex ante vergoeding
 - Landelijk team zal realisatie COVID meerkosten toetsen aan redelijkheid, mede door beoordeling specifieke omstandigheden die kunnen maken dat kosten hoger uitvallen dan verwacht op basis van uitkomsten ex ante model
- Partijen zullen in representatie in gesprek gaan wanneer een instelling van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten. Wanneer zorgverzekeraars van mening zijn dat een bovenmatig positief resultaat het directe gevolg is van een sterke overcompensatie van COVID-effecten op ZVW en AV opbrengsten gaan partijen ook in representatie in gesprek.
 - Landelijk team toetst in het geval partijen in representatie niet tot een vergelijk komen aan redelijkheid, mede door beoordeling specifieke omstandigheden die kunnen maken dat COVID-effecten hoger uitvallen dan verwacht op basis van uitkomsten ex ante model

2020

Blok 2 meerkosten COVID: berekeningswijze van de ex ante vergoeding

Berekeningswijze COVID meerkosten: vaste component + EUR 1.600 per IC-dag COVID + EUR 300 per verpleegdag COVID



Scope betreft COVID patiënten en COVID verdachte patiënten die op een (cohort) afdeling zijn verpleegd

Regeling 2021

De volledige regeling 2021 staat op de website van ZN
 In de sheets hierna een selectie betreffende de IC-bekostiging



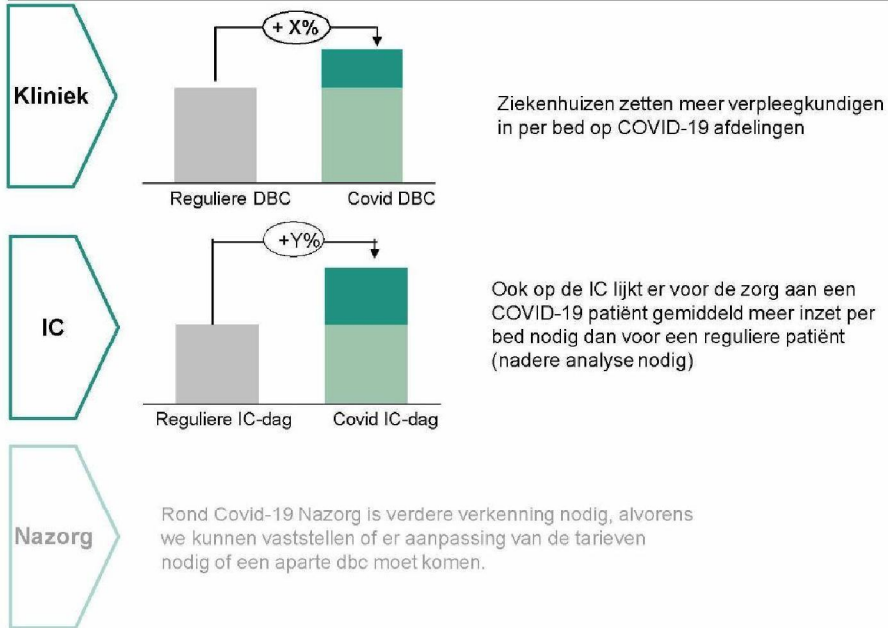
Aanvinken

Kies "download geselecteerde"

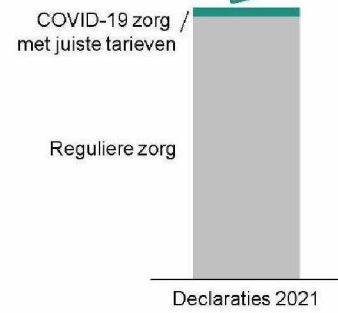
1.2 COVID-19 zorg | Reguliere tarieven (dbc's en IC-dagen) voor COVID-19 moeten kostendekkend zijn en automatisch meelopen in

afspraken
 Tarieven declaraties COVID-19 patiënten moeten omhoog, zodat ze verschil in personeelsinzet met de zorg voor reguliere patiënten reflecteren...

...en meelopen in reguliere declaraties, met zekerheid van vergoeding, ook boven plafond



Als declaraties 2021 vanwege COVID-19 zorg boven plafond uitkomen, dan is er zekerheid nodig dat ziekenhuizen een volledige vergoeding krijgen voor de COVID-19 zorg. Dit geeft ziekenhuizen de zekerheid dat inzet personeel wordt vergoed, ook als dat is gerealiseerd door middel van extra personeel / PNIL / flexibele schil



1.2 COVID-19 zorg | Procesafspraken rond herijking reguliere tarieven (dbc's en IC-add-ons)

Voor het herijken van de reguliere tarieven van de verpleeg- en IC-dag zijn de volgende procesafspraken gemaakt:

- NVZ en NFU doen begin januari een voorstel voor een shortlist van partijen die kunnen helpen bij het vaststellen van tarieven van de COVID-19 IC-add ons en COVID-19 dbc (kliniek). Samen met ZN wordt uiterlijk half januari een keuze gemaakt voor de partij¹.
- In periode tot half februari 2021 wordt door de gekozen partij een voorstel uitgewerkt voor de initiële herijking van de tarieven.
- NVZ, NFU en ZN nemen een gezamenlijk besluit over de initiële tarieven in februari. Op basis van deze tarieven kunnen de declaraties plaatsvinden.
- Uiterlijk 1 september 2021 wordt de aanpak vastgesteld voor de definitieve herijking van de tarieven 2021. De opzet en aanpak wordt afgestemd met de NZa.
- Uiterlijk eind oktober 2021 worden de definitieve tarieven 2021 in gezamenlijkheid vastgesteld. In de definitieve afrekening worden eventuele tariefsverschillen gecorrigeerd.
- Dossier en onderbouwing van de herijkte tarieven worden overgedragen aan NZa ten behoeve van de maximum tarieven IC (dbcs en add-ons) 2022.

¹) Mogelijk is er één partij aan te wijzen voor zowel generieke meerkosten als voor het herijken van de tarieven IC-dagen en verpleegdagen

2.3 Beschikbaarheidsvergoeding fase 1 IC-opstapeling | Compensatie voor benodigde beschikbaarheid fase 1 opstapeling IC

Beschikbaarheidsvergoeding

- Maximaal 70% vergoeding van de normatieve personeelskosten (= 249.940 euro per IC fase 1 bed) onder de voorwaarde dat opstapeling daadwerkelijk gerealiseerd is.
- Verrekening van de declaratieopbrengsten die voor deze IC bedden worden ontvangen met de beschikbaarheidsvergoeding om dubbele financiering te voorkomen. Zie bijlage J.
- Indien na het jaar blijkt dat er voor fase 2 sprake is van overfinanciering vanuit de VWS subsidie (bijvoorbeeld omdat deze toch kan worden aangewend voor de beschikbaarheid in fase 1) dan wordt dit eveneens verrekend

Basis / uitgangspunten

- Vergoeding voor de opstapeling van 109 IC bedden in fase 1
- Personeelskosten die conform de normen van het LNAZ voor de bezetting per IC bed zijn vastgesteld op 357.056 per IC bed zoals ook gebruikt als basis voor de IC subsidie voor fase 2 van VWS.
- Nadat de discussie van de ziekenhuizen met VWS over de aantallen IC bedden in de verschillende fasen is beslecht gaan NVZ/NFU en zorgverzekeraars hierover met elkaar in gesprek over de consequenties.

Voorwaarden

- Voorwaarde voor daadwerkelijke vergoeding is:
 - Aanwezigheid extra personeel,
 - Passend opleidingsniveau van het extra personeel
 - Vereisten NZa ten aanzien van de verantwoordingsvereisten t.b.v. artikel 33 (Catastrofe regeling)
- Naleving van de voorwaarden zal middels een controleprotocol worden vastgesteld.
- Het betreft hier een eenmalige, gemaximeerde bijdrage over 2021.
- We maken de afspraak om gezamenlijk richting VWS op te trekken om de beschikbaarheidsvergoeding van de IC per 2022 ev. te organiseren.

3.1 Hardheidsclausule | Bedoeld als de intentie van de Regeling MSZ 2021 onvoldoende tot zijn recht komt

26

2021

- Partijen gaan in representatie in gesprek wanneer een instelling van mening is dat een negatief resultaat een direct gevolg is van een significant achterblijvende compensatie van COVID-19 effecten op ZVW en AV opbrengsten. De scope hierbij is het geheel van Deel 1 en Deel 2 en dit wordt in samenhang gezien.
- Wanneer zorgverzekeraars van mening zijn dat een bovenmatig positief resultaat het directe gevolg is van een sterke overcompensatie van COVID-19 effecten op ZVW en AV opbrengsten gaan partijen ook in representatie in gesprek. De scope hierbij is het geheel van Deel 1 en Deel 2 en dit wordt in samenhang gezien.
- De commissie hardheidsclausule toetst in het geval partijen in representatie niet tot een vergelijk komen aan redelijkheid, mede door beoordeling van specifieke omstandigheden die kunnen maken dat COVID-19 effecten hoger uitvallen dan verwacht