

Brief procesafspraken Corona-units / Coronacentra

1. Inleiding

Vanwege de toenemende druk op de zorg als gevolg van COVID-19 en het waarborgen van een veilige en efficiënte zorgverlening aan kwetsbare patiënten kiest de minister van VWS voor een regionale domein-overstijgende aanpak. Deze aanpak is bedoeld voor kwetsbare patiënten die 1) thuis of in een (kleinschalige) instelling wonen, of in beschermd wonen verblijven, of 2) in het ziekenhuis verblijven. Het kan gaan om kwetsbare patiënten:

1. Met (verdenking van) COVID-19 en lichte klachten, waardoor er geen medische noodzaak is voor ziekenhuisopname, maar waaraan de zorg niet veilig of efficiënt thuis geleverd kan worden;
2. Met (verdenking van) COVID-19 die ernstig ziek zijn, maar niet behandeld willen worden in het ziekenhuis of waarbij dat medisch niet zinvol is (w.o. palliatieve zorg, als deze niet veilig in de thuissituatie geleverd kan worden);
3. Zonder (verdenking van) COVID-19 waarvoor geen medische noodzaak is voor langer verblijf in het ziekenhuis, maar die nog niet terug naar huis of de instelling kunnen vanwege de complexiteit van de zorg.
4. Aangewezen op ziekenhuiszorg maar waarbij ziekenhuizen tegen de grenzen van hun (gezamenlijke) capaciteit aanlopen (zie verder onder ROAZ).
5. Overige (kwetsbare) personen waarvoor cohortverpleging de beste optie is.

In het licht van deze aanpak heeft de minister van VWS op 31 maart aan de

5.1.2e

5.1.2e gevraagd onder andere de volgende taken op te pakken:

- De opgave als gevolg van COVID-19 voor de regio in beeld te brengen op basis van scenario's, gekoppeld aan RIVM- projecties en te zorgen dat op basis daarvan afspraken worden gemaakt over de in te richten cohorten (capaciteit) en de inzet van het beschikbare personeel.
- Erop toe te zien dat er -gelet op de opgave- voldoende plekken worden gerealiseerd voor kwetsbare patiënten buiten het ziekenhuis en waar nodig tijdelijke zorglocaties (Coronacentra) voor cohortverpleging in de regio te realiseren en daarbij afspraken te maken met de exploitant en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor over de financiering. Deze opdracht vloeit voort uit het OMT advies nr. 57 dd. 28 februari 2020.
- Te bevorderen dat partijen samenwerken bij/opdracht te geven tot het realiseren van een centraal coördinatiepunt in iedere regio voor toeleiding naar de juiste zorg op de juiste plek, waarin voldoende deskundigheid beschikbaar is voor deze taak.
- Te bevorderen/opdracht te geven de informatievoorziening bij het coördinatiepunt zodanig in te richten dat actueel inzicht mogelijk is in de beschikbare/bezette plekken in de regio per cohort.
- Te faciliteren dat over de financiering van de zorgverlening in verband met COVID-19 in de regio afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraar(s) en het zorgkantoor (o.a. de zorglevering in Coronacentra- en units, het coördinatiepunt en andere extra kosten als gevolg van COVID-19).

De 5.1.2e zorgaanbieders in de regio en zorgverzekeraar/zorgkantoren hebben deze handschoen in veel regio's al voortvarend opgepakt. In veel regio's zijn en worden al diverse initiatieven gestart om de capaciteit te verhogen en opvang te bieden aan kwetsbare patiënten. Dit gebeurt deels in bestaande instellingen door het inzetten van bestaande (of onbenutte) capaciteit (Corona-units), deels door het realiseren van extra capaciteit (Coronacentra) in (tijdelijke) nieuwe locaties. Onduidelijkheid over financiering en besluitvorming vormt een risico voor de voortgang bij het realiseren van voldoende capaciteit. In dit memo gaan we daarom in op:

- Een besluitvormingsstructuur waardoor beslissen (over extra capaciteit) en financiering in samenspraak plaatsvinden;
- Duidelijke afspraken over de financiering die partijen voldoende zekerheid bieden;
- Afspraken over het te volgen proces die het voor iedere partij praktisch werkbaar maakt.

Dit document, dat is opgesteld in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, de 5.1.2e en Actiz heeft als doel deze helderheid te geven, opdat partijen die in de regio hun verantwoordelijkheid nemen zich met deze afspraken gesteund voelen in hun stevige opgave.

2. Besluitvorming

De 5.1.2e hebben van de minister van VWS de opdracht gekregen om de opgave in de regio in beeld te brengen. De 5.1.2e ontwikkelen hiertoe een model voor scenario-analyses over de ontwikkeling van de zorgvraag van de kwetsbare patiënten op basis van data van het RIVM, ervaringen uit regio's als Noord-Brabant en Limburg en een regionale doorvertaling per regio.

Het vullen van het model levert vervolgens scenario's op voor de zorgvraag per regio. Het is de taak van de 5.1.2e om in zijn/haar regio de toepassing van het model en de uitkomsten te toetsen bij de betrokken zorgpartijen en de zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor. De 5.1.2e zorgt dat er een overwogen, gedragen keuze wordt gemaakt voor het te hanteren scenario.

De 5.1.2e heeft de opdracht ervoor te zorgen dat er voor iedere regio een coördinatiepunt gerealiseerd is, waarin actueel inzicht mogelijk is in de beschikbare/bezette plekken in de regio. De beleidsinformatie die in dit coördinatiepunt beschikbaar is, wordt geconfronteerd aan de verwachte zorgvraag. Het saldo is de extra capaciteit die nodig is.

De 5.1.2e inventariseert of uitbreiding van capaciteit binnen bestaande instellingen (covid-units) waar zorg veilig en doelmatig geleverd kan worden mogelijk is (voorkeur). Daarnaast brengt de 5.1.2e in beeld welke (tijdelijke) nieuwe locaties mogelijk zijn. Hierbij hebben locaties waar de benodigde infrastructuur al aanwezig is de voorkeur omwille van doelmatigheid en snelheid.

De 5.1.2e ontwikkelt op basis van de het regionale scenario en deze inventarisatie een voorstel op welke wijze voldaan kan worden aan de verwachte zorgvraag in de regio (aantal plekken, aantal en welke cohorten en waar te realiseren) en brengt daarbij ook de mogelijkheden van 1) geleidelijke opschaling en 2) het gebruikmaken van (over)capaciteit in andere/aangrenzende regio's in beeld. Daarbij worden efficiënte inzet van mensen en PBM meegenomen in de afweging. Dit voorstel wordt besproken met het samenwerkingsverband en de zorgverzekeraar(s)/het zorgkantoor. Na overleg met het samenwerkingsverband en de zorgverzekeraar(s)/het zorgkantoor neemt de 5.1.2e een besluit over de wijze waarop de extra capaciteit in de regio wordt gerealiseerd. Dit wordt naar de regio, het ROAZ, LOT-c en het LCPS gecommuniceerd.

De 5.1.2e zoekt in samenspraak met de zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor (een) zorgaanbieder(s) om de extra capaciteit in de regio te realiseren. Op basis van de uitgangspunten in dit document worden met deze zorgaanbieder(s) financiële afspraken gemaakt (zie hierna).

3. Financiering

De basis van de financiering zijn de reguliere afspraken tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Voor de hierboven genoemde doelgroepen gelden de volgende afspraken:

1. Voor patiënten met (verdenking op) COVID-19 die kunnen worden ontslagen uit het ziekenhuis maar nog te ziek zijn om naar huis te gaan en voor patiënten met (verdenking op) COVID-19 die te ziek zijn voor verblijf in thuissituatie maar te 'goed' voor opname in een ziekenhuis, wordt de een aparte prestatiecode binnen de ELV financiering gebruikt. Dit is prestatiecode A0012 Corona Cohortverpleging binnen het ELV.
2. Ook mensen met een Wlz-indicatie kunnen worden opgenomen in een voorziening waar Corona cohortzorg wordt geboden wanneer deze opname het best past bij hun zorgvraag. Met partijen wordt gekeken naar de meest pragmatische wijze hoe deze zorg te bekostigen. In deze crisissituatie kunnen dit ook patiënten zijn die onder de Wmo vallen. Hiervoor vindt achteraf verrekening plaats tussen financiers, zonder de betrokken zorgaanbieders hiermee te belasten. Bij onduidelijke scheiding tussen zorg (Zvw) en sociale opvang (Wmo), zullen

gemeente(n) en verzekeraars dit gezamenlijk oplossen en samen afstemmen hoe verrekening onderling geregeld wordt (ZN stemt dit af met VNG).

3. Aangezien het op dit moment niet mogelijk is een precieze inschatting te kunnen maken van de werkelijke kosten, kan voor de zorg en (beperkte) meerkosten de prestatie A0012 Corona Cohortverpleging gedeclareerd worden tegen het max/max NZa tarief ELV hoog complex per verblijfsdag (€282,92). De verwachting is dat de werkelijke kosten inclusief extra inzet personeel, extra medicatie en persoonlijke beschermingsmiddelen (deels) met dit tarief kunnen worden gedekt.
4. Op basis van maatwerk en onderbouwde en regionaal afgesproken investeringsopgaven kunnen de meerkosten gedeclareerd worden op één of meerdere prestaties binnen een nieuwe brede regeling vanuit de Zvw die nu opgesteld wordt door NZa (in nauw overleg met VWS, ZN en het Zorginstituut). Hieronder kunnen vallen de opstartkosten (inclusief beperkte leegstand in de opstartfase), projectkosten, eventuele afschalingskosten, andere zorggerelateerde kosten, materialen, personeel, hulpmiddelen of bedden. Met partijen wordt nader uitgewerkt hoe deze meerkosten achteraf vergoed kunnen worden. Bij het berekenen van de nacalculatie wordt ook gekeken naar compensatie die via andere steunmaatregelen heeft plaatsgevonden. De verdere uitwerking van deze prestatie(s) wordt gezamenlijk opgepakt door ZN en NZa.
5. VVT aanbieders met een ELV-contract kunnen deze prestatie declareren nadat zij dit overeen zijn gekomen met de 1e en 2e marktleider zorgverzekeraar.
6. Er is één VVT-aanbieder die als kassier werkt en declareert bij de verzekeraar waar de cliënt is verzekerd. De kassier verrekent onderling met andere organisaties die daar ook zorg leveren (indien van toepassing). De kassier loopt hierin geen financieel risico. Partijen blijven VVT en verzekeraars met elkaar in gesprek om de gemaakte kosten te monitoren en eventuele niet voorziene problemen met elkaar te bespreken. De kassier fungeert tevens als aanspreekpunt voor de 5.1.2e bij opvang van andere doelgroepen op de zorglocatie.
7. Voor (3) patiënten met (verdenking op) COVID-19 in de palliatieve fase is de reguliere bekostiging van palliatieve zorg van toepassing (ELV palliatief terminale zorg of palliatieve zorg vanuit de wijkverpleging). Indien de palliatieve unit extra kosten heeft gemaakt, kan dit bekostigd worden op basis van de brede regeling zoals wordt opgesteld door de NZa vanuit de Zvw. Zie hiervoor punt 4 van deze paragraaf.
8. Voor (4) patiënten met (verdenking op) COVID-19 in een Wlz-instelling (Gehandicaptenzorg en VVT) geldt de reguliere bekostiging van Gehandicaptenzorg of VVT. Indien hiervoor extra kosten zijn gemaakt, wordt dit op basis van nacalculatie bekostigd op basis van de beleidsregel Wlz Covid-19. Zie hiervoor punt 4 van deze paragraaf.
9. Voor patiënten waarbij het van belang is dat de revalidatie al aanvangt in een Corona-unit of Coronacentrum, dan kan de Specialist Ouderengeneeskunde GRZ indiceren. Hiervoor is geen geriatrich assessment van de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde op de poli van het ziekenhuis nodig. Verzekeraars hanteren hiervoor de reguliere bekostiging GRZ. Indien hiervoor extra kosten zijn gemaakt, kan dit bekostigd worden op basis van de brede regeling zoals wordt opgesteld door de NZa vanuit de Zvw. Zie hiervoor punt 4 van deze paragraaf.

De reeds opgeschaalde initiatieven en lopende initiatieven worden op bovenstaande wijze met terugwerkende kracht gefinancierd, wanneer dit door de 5.1.2e in het samenwerkingsverband akkoord bevonden is.

4. Proces

Eerder in dit document is beschreven hoe besluitvorming over extra capaciteit door het realiseren van corona-units (binnen bestaande instellingen) of coronacentra (tijdelijke nieuwe zorglocaties) in de regio dient te verlopen.

Als dit proces is doorlopen, zoekt de 5.1.2e in samenspraak met de zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor (een) zorgaanbieder(s) om de extra capaciteit in de regio te realiseren. Deze aanbieder heeft de volgende taken:

1. Het plan voor de realisatie van een corona-unit of een coronacentrum voorleggen aan de preferente verzekeraar ter toetsing.
2. Om de initiatieven te kunnen toetsen is het wenselijk dat het plan minimaal de volgend informatie bevat:
 - Naam initiatief
 - Regio
 - Naam van organisatie(s) die het initiatief opstart(en)
 - Contactpersoon met e-mail & telefoonnummer
 - AGB code
 - Analyse huidige capaciteit
 - Analyse benodigde capaciteit
 - Opschalingsmodel
 - Doelgroep(en) type corona COVID-19 patiënten
 - Omschrijving van de te leveren zorg
 - Hoofdbehandelaar(s)
 - Locatiekeuze inclusief afwegingen conform uitgangspunten
 - Hoeveelheid bedden
 - Inschatting (meer)kosten
3. De preferente verzekeraar neemt het besluit over de financiering en de overige verzekeraars volgen de gemaakte afspraken.