

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Datum**  
30 september 2020

**Aantal pagina's**  
8

# memo

Voortgang financiering opschaling IC- en klinische  
capaciteit in het kader van COVID-19

## Vorige notulen

In de vorige stuurgroep hebben de extern ingehuurd experts **5.1.2e** en **5.1.2e** een model voor de bekostiging van de beschikbare bedden toegelicht. Er is geconcludeerd dat er nog aandachtspunten en uitwerkpunten zijn maar dat het voorgestelde model wordt gesteund en hiermee verder kan worden gewerkt. Zie bijgaand de voorgaande notulen.

## Perceel beschikbaarheid IC- en klinische bedden

Op basis van het eerder toegelichte model voor de beschikbaarheid van bedden, wordt momenteel de subsidieregeling uitgewerkt. Deze uitwerking gaat gepaard met diverse vraagstukken. Hieronder worden enkele beslispunten aan u voorgelegd ten aanzien van deze vraagstukken.

### Beslispunten:

- 1 Akkoord om te verlenen en vast te stellen op basis van p \* q met activiteitenverslag zoals toegelicht bij optie 2?
- 2A Akkoord met de richtinggevende grensbedragen voor de vergoeding van noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen voor fase 1, 2 en 3?
- 2B Akkoord met de vaste maximumbedragen voor de vergoeding van noodzakelijke inventaris?
- 2C Akkoord om de overgebleven crisisvoorraad te schenken?
- 3 Akkoord om in de subsidieregeling ook een 'haakje' op te nemen zodat eventueel te zijner tijd nadere afspraken over de financiële gevolgen van afschaling kunnen worden verbonden?
- 4 Akkoord met het hanteren van deze normbedragen voor opleiden?

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 september 2020

### **1. Subsidievaststelling (lichte of zware variant)**

De subsidie voor de bouwkundige aanpassingen, inventaris en COVID-19 crisisvoorraad geneesmiddelen wordt verleend conform de aanvraag op basis van normbedragen tot een bepaald maximum. De vaststelling van deze subsidie vindt plaats op basis van werkelijk gemaakte kosten tot het maximaal verleende bedrag.

De subsidie voor opschalingsfase 2 en 3 wordt verleend op basis van een normbedrag per IC-bed ( $p * q$ ). Dit normbedrag is de som van verschillende kostensoorten (onder andere personeelskosten, materiële kosten en opleidingskosten). De vraag is hoe de subsidie moet worden vastgesteld. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden:

#### Optie 1. Verlenen en vaststellen o.b.v. $p * q$

Bij de vaststelling wordt enkel het aantal gerealiseerde IC-bedden geteld. Er is dus geen inzicht in hoe de activiteiten zijn uitgevoerd.

##### *Voordelen*

- Uitvoeringstechnisch de makkelijkste optie; relatief makkelijk uit te voeren.
- Verantwoording voor ziekenhuizen is beperkt.
- Controle door DUS-I is beperkt.

##### *Nadelen*

- Ziekenhuizen krijgen subsidie per gerealiseerd bed, ongeacht wat er van het personeel/opleidingen terecht is gekomen.
- Deze optie doet geen recht aan de werkelijke gemaakte kosten van ziekenhuizen (als een ziekenhuis goedkoper bedden kan inkopen, dan houden ze geld over).
- Dus: risico op overcompensatie.

#### Optie 2. Verlenen en vaststellen o.b.v. $p * q$ , met activiteitenverslag

Bij de vaststelling wordt het aantal gerealiseerde IC-bedden geteld. Tevens wordt bij de vaststelling een activiteitenverslag gevraagd ter kwalitatieve verantwoording; aan de achterkant wordt inzicht gegeven in hoe de activiteiten zijn uitgevoerd. VWS verbindt daar echter geen financiële consequenties aan (bijvoorbeeld lager vaststellen).

De  $q$  (aantal gerealiseerde IC-bedden) wordt gecontroleerd door de accountant. Kwalitatieve verslaglegging door activiteitenverslag.

##### *Voordelen*

- Relatief eenvoudig uit te voeren.
- Verantwoording voor ziekenhuizen is vrij beperkt.
- Controle door DUS-I is vrij beperkt.

##### *Nadelen*

- Ziekenhuizen krijgen subsidie per gerealiseerd bed, ongeacht wat er van het personeel/opleidingen terecht is gekomen.
- Deze optie doet geen recht aan de werkelijke gemaakte kosten van ziekenhuizen (als een ziekenhuis goedkoper bedden kan inkopen, dan houden ze geld over).
- Dus: risico op overcompensatie.
- Risico kan mogelijk worden gemitigeerd als de tussentijdse rapportageverplichting en meldingsplicht aanleiding kunnen geven voor herziening van de subsidie.

- Toegevoegde waarde van het activiteitenverslag is twijfelachtig als er geen consequenties aan worden verbonden.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

Optie 3. Verlenen o.b.v. p \* q met activiteitenplan en vaststellen o.b.v. p \* q met activiteitenverslag

Datum  
30 september 2020

Optie 3 kent dezelfde systematiek als optie 2, met het verschil dat er bij de aanvraag al een activiteitenplan (bijvoorbeeld een overzicht van de voorgenomen personele maatregelen en opleidingen met bijbehorende kosten) wordt aangeleverd. Het activiteitenverslag met bijbehorende gerealiseerde kosten dat bij de verantwoording wordt aangeleverd, wordt dan gespiegeld aan het activiteitenplan van de aanvraag om te controleren of de activiteiten daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Het verschil tussen voorgenomen en (lagere) gerealiseerde kosten wordt bij de subsidievaststelling in mindering gebracht.

*Voordelen*

- Aan de voorkant en achterkant is er inzicht in hoe de activiteiten worden/zijn uitgevoerd; er is vergelijkingsmateriaal.
- Minder risico op overcompensatie.

*Nadelen*

- Er is nog steeds risico op overcompensatie (ziekenhuizen kunnen beperkt activiteitenplan indienen om daarmee risico op verrekening op basis van activiteitenverslag te voorkomen).
- Aanzienlijk hogere lasten voor ziekenhuizen bij aanvraag én verantwoording.
- Aanzienlijk hogere controlelasten voor DUS-I.
- DUS-I krijgt meerdere activiteitenplannen en –verslagen. Samenwerking met beleidsdirectie noodzakelijk om deze inhoudelijk te beoordelen.

Optie 4. Verlenen o.b.v. p \* q – Vaststellen o.b.v. werkelijk gemaakte kosten

Geeft inzicht in werkelijk gemaakte kosten bij de diverse kostenposten bij de opschaling van IC-bedden. Sluit aan bij de gedachte dat subsidie een sluitpost is. Dit is qua verantwoording en vaststelling de meeste zware variant.

*Voordelen*

- Doet het meest recht aan de werkelijke kosten die door ziekenhuizen worden gemaakt bij de IC-opschaling.
- Geen overcompensatie.

*Nadelen*

- Zeer hoge administratieve lasten voor ziekenhuizen.
- Zeer bewerkelijk voor DUS-I.
- Samenwerking met beleidsdirectie noodzakelijk om verantwoording te kunnen beoordelen.
- De mogelijkheid bestaat dat subsidie moet worden teruggevorderd.

**Advies:** Alles overwegende adviseren wij optie 2. Deze optie lijkt voor alle partijen het meest werkbaar. Hierbij vragen wij echter wel specifiek aandacht voor het risico op overcompensatie.

**Beslispunt 1: Akkoord om te verlenen en vast te stellen op basis van p \* q met activiteitenverslag zoals toegelicht bij optie 2?**

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 september 2020

## 2. Verbouwingskosten en inventaris (deel 0)

Het maatwerkdeel voor het opschalen van de IC-capaciteit en klinische capaciteit t.b.v. de Covid-patiënten (deel 0) bestaat uit 3 onderdelen:

- A. Vergoeding van noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen binnen bestaande ziekenhuisgebouwen
- B. Vergoeding van noodzakelijke inventaris voor de opschaling t.b.v. de Covid-patient
- C. Vergoeding voor aanleggen Covid (crisis)voorraad geneesmiddelen (conform plan LCG)

Ten aanzien van A en B wordt voorgesteld om het volgende vast te stellen:

- A. Vergoeding van noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen binnen bestaande ziekenhuisgebouwen

Voor de vergoeding van noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen zijn voor fase 1, 2 en 3 richtinggevende grensbedragen bepaald per teleenheid (= opgeschaald IC-bed):

- Richtinggevend grensbedrag per teleenheid fase 1 en 2: 5.1.2b
- Richtinggevend grensbedrag per teleenheid fase 3: 5.1.2b
- Wanneer een aanvraag voor subsidiedeel 0 boven het totale richtinggevende grensbedrag (= aantal teleenheden x bedrag per fase) uitkomt, zal een aanvullende toets op noodzakelijkheid worden uitgevoerd door het onafhankelijke beoordelingscomité.

In onderstaande tabel de berekening van het richtinggevende grensbedrag fase 1 en 2. Voor fase 3 gaan we uit van 1/3 van dit bedrag.

<b>Onderdeel</b>	
Verbouw per m2	
W-installaties per m2	
E-installaties per m2	
T-installaties per m2	
<b>Totaal</b>	
Indirect 24%	
<b>Totaal</b>	5.1.2b
Aantal m2 patiëntenhuisvesting	
Opslag intensive care 20%	
<b>Totaal m2</b>	
Totaal per bed	

- B. Vergoeding van noodzakelijke inventaris voor de opschaling t.b.v. de Covid-patient

Voor de vergoeding van noodzakelijke inventaris zijn vaste maximumbedragen bepaald. Hierbij is meegenomen dat beademingsapparatuur (inclusief monitor en capno-module) eerder al door VWS aan de ziekenhuizen is geschonken.

- Maximumbedrag per teleenheid fase 1 en 2: 5.1.2b
  - Maximumbedrag per teleenheid fase 3: € 5.1.2b
- In de onderstaande tabel staat als toelichting de opbouw van deze maximumbedragen.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 september 2020

Inventaris - onderdelen	Maximum fase 1 & 2	Maximum fase 3
IC-bed (incl. matras en toebehoren)	5.1.2b	5.1.2b
Apparatuur per IC-bed (denk aan: PC, beademingsballon, 2 volumetrische pompen, 6 spuitpomp, infuuspaal, voedingspomp, hoogvacuumklok, laagvacuumklok)		
Overige kosten IC-bed (o.a. centrale post)		
Overkoepelende apparatuur IC-bed (transportkar & toebehoren, dialyse-apparaat/CVWH, Ech-apparaat -> 1 per 10 bedden)		
Kosten inventaris klinische capaciteit		
<b>maximumbedrag</b>		

**Beslispunt 2A: Akkoord met de richtinggevende grensbedragen voor de vergoeding van noodzakelijke verbouw en bouwkundige aanpassingen voor fase 1, 2 en 3?**

**Beslispunt 2B: Akkoord met de vaste maximumbedragen voor de vergoeding van noodzakelijke inventaris?**

C. Vergoeding voor aanleggen Covid (crisis)voorraad geneesmiddelen (conform plan LCG)

De opbouw van de crisisvoorraad geneesmiddelen wordt betaald vanuit de subsidie van VWS (grotendeels in totaal 5.1.2b). Er komt een inspanningsverplichting voor ziekenhuizen om deze crisisvoorraad op peil te houden (bekostigd vanuit de inkomsten die ze ontvangen voor de zorg die ze verlenen – m.a.w. ze gebruiken geneesmiddelen bij de zorgverlening, krijgen daarvoor betaald en met dat geld kunnen ze voorraad weer aanvullen). Hoogstwaarschijnlijk is aan het einde van de subsidieperiode de voorraad dus min of meer intact.

Deze voorraad geneesmiddelen kan door ziekenhuizen na de subsidieperiode deels/grotendeels in de reguliere zorg worden ingezet. Daarvoor ontvangen ze dan via de reguliere wijze vergoeding. M.a.w. dan worden die geneesmiddelen tweemaal betaald: eerst hebben we het betaald vanuit subsidieregeling en daarna wordt er nog eens door verzekeraars voor betaald via reguliere bekostiging.

Wat betreft de overgebleven crisisvoorraad geneesmiddelen zijn er drie opties:

1. Verrekenen na afloop (restwaarde bepalen per ziekenhuis en dan moeten ziekenhuizen dat bijvoorbeeld na 1 à 2 jaar (eerst gebruiken en betaald krijgen in reguliere zorg) terugbetalen aan VWS)

2. Niets; het is een gift (net als beademingsapparatuur)
3. Nader te bepalen (we geven richting ziekenhuizen aan dat ze te zijner tijd mee moeten werken aan de oplossing)

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 september 2020

**Advies:** Optie 2 heeft vanuit administratief oogpunt de voorkeur. Echter dit kost dus wel geld (ministerie van Financiën zal hier tegen zijn). Hierna gaat de voorkeur uit naar optie 3 en tenslotte optie 1.

**Beslispunt 2C: Akkoord om de overgebleven crisisvoorraad te schenken?**

***Tussentijdse afschaling***

De looptijd van de subsidieregeling betreft de periode t/m eind 2022. Het valt te hopen dat corona voor die tijd de wereld uit is en eerdere afschaling van de IC-capaciteit mogelijk is. Om aan een afschaling ook financiële consequenties te kunnen verbinden, moet daarvoor een 'haakje' in de subsidieregeling worden opgenomen. Dat luistert nauw, want de looptijd t/m eind 2022 is juist ook bedoeld om ziekenhuizen financieel comfort te geven.

In de Augustusbesluitvorming zijn voor de IC-opschaling (m.u.v. opleidingen) alleen middelen voor 2020 en 2021 geregeld. Om een subsidieregeling t/m eind 2022 mogelijk te maken is een aanvulling daarop noodzakelijk. De minister van Financiën is akkoord met het beschikbaar stellen van middelen voor 2022, mits de ambtelijke toezegging in overleg op 25 september jl. dat wordt afgeschaald zodra corona onder controle is, goed wordt vastgelegd in bestuurlijke afspraken en landt in de subsidieregeling.

CZ, WJZ en FEZ werken aan een dergelijke bepaling in de subsidieregeling. We willen in de subsidieregeling opnemen dat als wordt vastgesteld dat afschaling verantwoord is, de minister onverwijld in overleg treedt met de opschalingsziekenhuizen, waarbij wordt bezien of door afschaling subsidiabele kosten op basis van de regeling kunnen worden vermeden. Voor onvermijdelijk doorlopende kosten houden ziekenhuizen recht op vergoeding t/m eind 2022. Verrekening van vermijdbare kosten wordt betrokken bij de afwikkeling van de subsidieregeling.

Om administratieve rompslomp te voorkomen is het wenselijk voor vermijdbare kosten van een zekere normering uit te gaan. Daarop lopen we echter nu nog niet vooruit. Ten eerste omdat we nog niet kunnen aangeven hoe die normering eruit zou zien. Ten tweede omdat het mogelijk afbreuk doet aan de zekerheid die ziekenhuizen verlangen. De op te nemen bepaling is daarom vooral een voet tussen de deur om t.z.t. nadere afspraken over de financiële gevolgen van afschaling te kunnen maken.

**Beslispunt 3: Akkoord om in de subsidieregeling ook een 'haakje' op te nemen zodat eventueel te zijner tijd nadere afspraken over de financiële gevolgen van afschaling kunnen worden gemaakt?**

### Opleiden

De opleidingsplannen die door ziekenhuizen zijn ingediend zijn zeer divers, zowel qua bedrag als doorlooptijd. Daarom is het voorstel om voor dit onderdeel van de subsidie uit te gaan van normatieve vergoedingen op basis van gemiddelden. Dit leidt tot een zo eerlijk mogelijke verdeling van middelen.

Op basis van de ingediende opleidingsplannen zijn de gemiddelde kosten berekend voor het opleiden van extra personeel per opgeschaald IC-bed (= teleenheid). Omdat de meeste opleidingsplannen een looptijd hebben van meer dan 1 jaar, zijn de opleidingskosten per periode van 2 jaar berekend. Deze zijn afgerond 5.1.2b euro. Omdat in veel plannen nog geen rekening is gehouden met het opleiden van de Basisopleiding Acute Zorg (BAZ) is aan het normbedrag nog een extra bedrag toegevoegd van 5.1.2b voor het opleiden van 2 BAZ'en per teleenheid.

Het totaalbedrag van 5.1.2b voor een periode van 2 jaar is omgerekend naar normbedragen per kalenderjaar. Fase 1 en 2 zijn berekend uitgaande van de start op 1 juli 2020 en een doorlooptijd van 2 jaar. Voor fase 3 is uitgegaan van de start op 1 januari 2021 en een doorlooptijd van 1,5 jaar.

	2020	2021	2022	Totaal
Deel 1 - opleidingen (vanaf 1 juli 2020 – 1 juli 2022)				
Deel 2 - opleidingen (vanaf 1 juli 2020 – 1 juli 2022)	5.1.2b	5.1.2b	5.1.2b	5.1.2b
Deel 3 - opleiding (vanaf 1 januari 2021 – 1 juli 2022)				

### **Beslispunt 4: Akkoord met het hanteren van deze normbedragen voor opleiden?**

#### Ter info - overige percelen

Onderstaand een korte stand van zaken van de overige percelen.

#### Zorgkosten

Aandachtspunt bij de uitwerking van de subsidieregeling voor de beschikbaarheid van IC-bedden is voorkomen van dubbele bekostiging met de financiering van zorgkosten door verzekeraars. Voor reguliere IC-bedden geldt bekostiging via DBC's en IC-add-ons. Het risico van dubbele bekostiging wordt beperkt doordat de DBC's voor behandeling van Covid-19-patiënten in rekening worden gebracht bij de verzekeraars, terwijl de kosten die normaliter gedekt worden via de IC-add-ons nu in fase 2 en 3 worden vergoed via de subsidieregeling van VWS. Strikt genomen neemt VWS daarmee ook bepaalde variabele kosten van zorg voor haar rekening. Het is echter een pragmatische oplossing, waarbij de administratieve lasten voor zorgaanbieders en verzekeraars zoveel mogelijk worden beperkt en bovendien een ingewikkelde verrekening achteraf ter vermijding van dubbele bekostiging wordt voorkomen.

Consequentie is wel dat de kosten voor VWS met name in fase 3 van de opschaling bij het (onverhoopte) feitelijk gebruik van de flexibele capaciteit tot 1700 bedden hoger kunnen uitpakken. Als deze kosten voor rekening van zorgverzekeraars zouden komen, zou het trouwens leiden tot hogere collectieve zorguitgaven, waarvoor VWS eveneens budgettair verantwoordelijk is.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg

**Datum**  
30 september 2020

#### *Beademingsapparatuur*

De uitlevering van beademingsapparatuur voor de opschaling naar 1700 bedden loopt voorspoedig. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan enkele juridische aspecten van de schenkingsovereenkomsten. Zodra dat is afgerond kunnen de schenkingsovereenkomsten door VWS (door de SG) en door de ziekenhuizen worden getekend.

#### *Coördinatie*

Ten aanzien van het perceel coördinatie werkt het LNAZ aan een voorstel voor een systeem dat inzicht in acute bedden geeft, op de IC en in de kliniek. VWS is momenteel in afwachting van dit plan.

#### *Vervoer*

Op dit moment lopen de gesprekken met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de bekostiging van het rijdend (IC) patiëntenvervoer en de extra inzet van patiëntenvervoer per helikopter.