

## IC-opscaling

### NRC-lijn voorpagina:

- Er is discussie geweest met ziekenhuizen over een aantal IC-bedden in de uitgangssituatie.
- Voor het kunnen subsidiëren van meer bedden is een beginstand nodig, het gaat immers om het zorgvuldig uitgeven van publieke middelen (ongeveer een half miljard euro).
- In de crisiscontext is hierbij getracht evenwicht te vinden.
- Evenwicht tussen het snel en breed bekostigen van meer IC-bedden, en helderheid over de besteding van publieke middelen.

### Aanvullend:

- Voor VWS telden altijd de bedden die er op dat moment beschikbaar waren of die binnen korte tijd (enkele dagen) operationeel te maken waren.
- Sommige ziekenhuizen kwamen met hele verbouwingsplannen die echt niet snel te realiseren waren, maar wilden daar wel maximale financiering van VWS voor hebben.
- Daar zijn we niet in mee gegaan, omdat het de crisis van dat moment (en ook in de wintermaanden daarna) niet zou ontlasten.
- Daarnaast was een belangrijke belemmering voor realisatie niet het geld, maar gebrek aan IC-zorgpersoneel.

### Kort het verhaal

Er is wel maximaal opgeschaald per ziekenhuis wat kan, dat is wel gestimuleerd via subsidierегlin om dat te doen. Alleen uitgangssituatie bleek niet overal te kloppen. Dat is toen gelaten maar wel ingezet op maximaal opschalen. Betekent in praktijk dat er minder bedden waren dan er zouden zijn voor covid waardoor er in totaal dus ook minder bedden zouden komen (dat gaat over het schrappen) maar in de tweede golf zijn we niet bij de 1700 bedden gekomen. Eerste golf wel..

We hebben niet bedden geschrapt. Opschaling is gelijk gebleven alleen we hadden minder bedden dan verwacht.

Uiteindelijk is het verschil in de uitgangssituatie toegevoegd in fase 1+. Deze bedden zijn toegezegd in voorjaar 2021.

Opschaling is uitgevoerd/gefinancierd volgens plan. Alleen uitgangssituatie was discussie over. Deze stap 0 werd al bekostigd via reguliere zorg door zorgverzekeraars. Daarmee was dit geen onderdeel van de subsidieregeling.



### 5.1.2I Concept

#### Tekst

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in het voorjaar van 2020 verzocht om in nauw overleg met betrokken veldpartijen een plan op te stellen om de zorg voor Covid-patiënten te kunnen opvangen zonder dat dit ten koste gaat van de reguliere non-Covid-zorg. Hierop heeft het LNAZ op 30 juni 2020 namens de ROAZ-en het "Opschalingsplan Covid-19" aan de minister voor MZS aangeboden. Dit plan is opgesteld door het LNAZ met betrokkenheid van vele veldpartijen en vooraf uitgebreid afgestemd met de NVZ, NFU, V&VN, NVIC en alle ROAZ-en. Op 30 juni 2020 heeft de minister voor MZS haar reactie op het Opschalingsplan naar de Tweede Kamer gestuurd.

Het LNAZ heeft voor het Opschalingsplan COVID-19 destijds, mede op basis van gegevens van het RIVM en andere organisaties waaronder de NVIC, berekend dat er circa 1.700 IC-bedden nodig zouden zijn voor de combinatie van reguliere zorg en Covid-zorg.

- Voor de acute zorg zijn er iedere dag gemiddeld **350** IC-bedden nodig.
- Voor reguliere (geplande) zorg liggen iedere dag gemiddeld **550** patiënten op een IC-bed.

- Het LCPS en de NVIC hadden berekend dat voor de komende jaren het benodigde aantal IC-bedden voor Covid-patiënten op gemiddeld **650** IC-bedden uitkwam (zolang er geen vaccin beschikbaar is).
- Ten slotte is een kleine buffer van **150** IC-bedden nodig (BOSS-bedden) om in acute gevallen en bij onvoorziene omstandigheden te kunnen voorzien in een IC-bed.

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de extra 650 IC-bedden voor Covid-patiënten inclusief personele bezetting niet altijd operationeel hoeven te zijn. De mate waarin deze bedden nodig zijn, hangt af van het totale aantal Covid-patiënten op een bepaald moment en van de mate waarin de reguliere zorg doorgang vindt. Het is van belang dat wanneer de vraag naar covid-zorg toeneemt, deze bedden heel snel beschikbaar zijn.

Om te komen tot het verhogen van de IC-capaciteit, waren er drie stappen opgenomen:

- **Stap 1 (fase 1)** – 100% structureel beschikbaar maken (1150 IC-bedden):
- Momenteel zijn er 1150 IC-bedden qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar. Deze bedden zijn bestemd voor alle patiënten die IC-zorg nodig hebben. Door het structurele en jaarlijks oplopende tekort aan IC-verpleegkundigen is er echter gemiddeld een bedbezetting van 78%. Door het invullen van vacatures dient er een bezetting van 100% te worden gerealiseerd.
- **Stap 2 (fase 2)** – 120% structureel beschikbaar maken (1350 IC-bedden):  
Er wordt gestreefd naar een uitbreiding tot 120% binnen de bouwkundige grenzen. Deze extra IC-bedden zijn alleen bestemd voor COVID-19 patiënten die IC-zorg nodig hebben. Deze uitbreiding zal in een selectief aantal ziekenhuizen plaatsvinden en zal vragen om een aangepaste werkwijze van IC-verpleegkundigen.
- **Stap 3 (fase 3)** – 150% flexibel beschikbaar maken (1700 IC-bedden):  
De opschaling van 1350 naar 1700 IC-bedden betreft extra operationele bedden, die alleen in zullen worden gezet voor COVID-19 patiënten in geval van een onverhoopt grote piek. Deze uitbreiding zal (meestal) buiten de muren van de IC-afdeling moeten worden gerealiseerd. Ook in deze stap is geen nieuwbouw nodig. Daarnaast vraagt de uitbreiding in deze stap om maximale ondersteuning van alle ondersteunende professionals gedurende de piekbelasting.

Intussen zijn de ROAZ-en en ziekenhuizen aan de slag gegaan met de opschaling van de IC- en klinische Covid-capaciteit. In het Bestuurlijk Overleg van 29 juli 2020, waar alle ROAZ-en, het LNAZ en VWS aanwezig waren, hebben alle ROAZ-en expliciet commitment uitgesproken op de gezamenlijke opschalingsopgave en het belang van de onderlinge verdeling daarvan per ziekenhuis onderstreept. In dat kader heeft VWS via het LNAZ een concreet overzicht per ROAZ ontvangen, met daarbij de door de ROAZ-regio's ingediende opschalingsvoorstellen per ziekenhuis waarin is aangegeven in welke ziekenhuizen de extra IC-capaciteit zal worden gerealiseerd. Over deze benodigde opschaling is destijds op verschillende momenten en in verschillende samenstellingen gesproken. In bijlage 1 bij de brief van 20 oktober 2020 'IC- en klinische capaciteit ziekenhuizen' is het proces van totstandkoming van opschalingslijst per ziekenhuis uitgebreid toegelicht. Hierbij is veelvuldig contact geweest met het LNAZ en de ROAZ-voorzitters.

Ondanks het zorgvuldige proces dat voorafgegaan is aan het opstellen van de opschalingslijst, konden een aantal ziekenhuizen zich na het publiceren van de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg Covid-19, niet vinden in de verdeling van de ziekenhuisbedden in met name de opgenomen uitgangssituatie. Dit heeft geleid tot veel discussie tussen de ziekenhuizen en VWS en er is zelfs vanuit de ziekenhuizen gedreigd om naar de rechter te stappen.

Het uitgangspunt bij de uitbreiding van de IC-capaciteit in het kader van COVID-19 is altijd geweest dat ziekenhuizen hun gemaakte kosten vergoed moeten krijgen zodat zij goede IC-zorg met bijbehorende klinische capaciteit kunnen leveren. Na opnieuw uitvraag gedaan te hebben en in gesprek gegaan te zijn met de ziekenhuizen, is fase 1+ toegevoegd aan de Subsidieregeling. Fase 1 en 1+ vormen samen de opschaling van het aantal IC-bedden naar 1150. In totaal heeft VWS een ruime subsidieregeling beschikbaar gesteld van bijna een half miljard euro.