

## **Beschikbaarheid IC bedden via beschikbaarheidsbijdrage**

### **Samenvatting**

- De uitbreiding van de capaciteit van IC-bedden kan in theorie worden bekostigd via een beschikbaarheidsbijdrage, reguliere tarieven, een subsidie of een opdracht. Deze notitie gaat over de mogelijkheid het via een beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen.
- De conclusie is dat bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage mogelijk is en zelfs bepaalde voordelen biedt. Het belangrijkste nadeel is dat het realiseren er van enige maanden tijd vraagt gezien alle stappen die moeten worden gezet. Zelfs als heel scherp aan de wind wordt gevaren, spoedprocedures worden ingezet en bijvoorbeeld de marktverstoringstoets achterwege wordt gelaten, lijkt eerder dan december voor het afronden van het proces moeilijk haalbaar.
- In deze notitie is niet onderzocht welke voetangels en klemmen de andere bekostigingsopties met zich meebrengen en hoe lang dat duurt.
- Alles afwegend lijkt dit dus een minder beaangbare weg als haast geboden is en andere manieren om een en ander te bekostigen, sneller kunnen worden uitgevoerd.

### **Onderbouwing**

Het LNAZ heeft aan VWS advies uitgebracht over een opschalingsplan COVID-19. Onderdeel van dit plan is het (flexibel) uitbreiden van de IC-capaciteit. Dit gebeurt in 3 stappen:

- Stap 1 – 100% structureel beschikbaar maken 1150 IC-bedden
- Stap 2 – 120% structureel beschikbaar maken 1350 IC-bedden
- Stap 3 – 150% flexibel beschikbaar maken 1700 IC-bedden

Stap 1 dient door de ziekenhuizen en zorgverzekeraars te worden bekostigd. In dit memo wordt uitgewerkt hoe stap 2 en 3 eventueel kunnen worden bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage, een subsidieregeling op grond van art. 56a Wet marktordening gezondheidszorg (WMG).

### **1. Beoordelingskader beschikbaarheidsbijdrage**



Vragen 1 t/m 3 gaan over een beleidsmatige afweging, wilt de overheid dat deze zorg beschikbaar wordt? Om te bepalen of de bekostiging van de uitbreiding van de IC-capaciteit via een

beschikbaarheidsbijdrage mogelijk is, zijn de vragen 4 tot en met 6 in deze casus voornamelijk relevant. Op grond van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG wordt dit door de NZa op basis van eigen specifieke kennis en deskundigheid getoetst.

## **2. Afwegingscriteria beschikbaarheid IC bedden**

3.

- Wilt de overheid deze zorg beschikbaar hebben? (vraag 1 t/m 3)

Hoewel recent het aantal besmettingen weer oploopt, is momenteel het aantal besmettingen in Nederland aanzienlijk lager dan in maart/april. Tegelijk wordt nog steeds gevreesd voor een tweede golf zo lang er nog geen zicht is op een vaccin. De LNAZ heeft een opschalingsplan opgesteld waarmee Nederland beter voorbereid kan zijn op een tweede golf. Hierin wordt geadviseerd tot een gefaseerde opschaling van IC-bedden. De minister heeft het rapport in de Kamerbrief 30 juni jl. aangeboden en aangegeven dat de opschaling naar fase 1 en 2 zijn prioriteit heeft en dat hiermee de controlestrategie van het Kabinet wordt ondersteund.

- Is voorzien in financiering via tarief/prestatie?

Voor het declareren van zorg op de intensive care worden DBC's geregistreerd in combinatie met zogenoemde add-ons, die een vergoeding per ligdag omvatten. Het gaat hier dus om de declaratie van daadwerkelijke ligdagen, niet de beschikbaarheid van lege bedden.

De bekostiging van de extra beschikbaarheid van ic-bedden in verband met Corona wordt momenteel bekostigd via de meerkosten prestatie. Dit is een tijdelijke, algemene prestatie met een vrij tarief, waaronder allerlei kosten i.v.m. corona kunnen worden gedeclareerd. De prestatie hoeft niet per patiënt te worden gedeclareerd. De kosten kunnen alleen via de meerkostenprestatie in rekening worden gebracht wanneer er een overeenkomst is tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder.

- Is financiering via tarief/prestatie mogelijk?

Theoretisch gezien is dit volgens de NZa onder de reguliere bekostiging mogelijk. Momenteel is er een bezettingsgraad van 78% op de IC-bedden. Dit betekent dat een ziekenhuis de vaste kosten van zijn IC kan dekken met een bezettingsgraad van 78%. Een hogere bezetting levert winst op, afhankelijk wel van de afspraken met de verzekeraars. In theorie zou je het aantal bedden kunnen verhogen, waardoor er een lagere kostendekkende bezettingsgraad is. Dan moeten wel de tarieven hoger worden (omdat de bezettingsgraad lager is, maar kostendekkend moet zijn). Dit betekent dat je bij volledige dekking hoge inkomsten hebt en bij een lage dekking relatief hoge tarieven. Dit kan marktverstoring zijn. Daarnaast is de optie met partijen verkend om de kosten via de meerkosten prestatie te dekken. Er is de voorkeur uitgesproken om dit niet te doen. Partijen hebben aangegeven dat deze optie te weinig zekerheid biedt en dat het moeilijk is om via deze prestatie de daadwerkelijke kosten te kunnen identificeren. Tot slot gaat het hier om een tijdelijke regeling tot 31 december 2021.

- Leidt financiering via tarief/prestatie tot marktverstoring bij verzekeraar of aanbieders?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden dient de NZa formeel gezien een marktverstoringstoets uit te voeren, maar daar zou gezien de urgentie van de situatie van kunnen worden afgeweken. Marktverstoring bij zorgverzekeraars kan optreden bij noodzakelijke zorg met hoge kosten die vergezeld gaat van een zeer laag volume of wanneer er een sterk wisselend volume is (per zorgaanbieder). Wanneer de IC-bedden beschikbaar zijn, maar niet worden gebruikt, zijn er enorme kosten gemaakt voor een laag volume. Het volume hiervan kan sterk wisselen, omdat het verband houdt met het aantal besmettingen per periode. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars verschillend worden geconfronteerd met het risico. Daarbij is het onduidelijk hoe dit werkt wanneer er een beperkt aantal aanbieders deze beschikbaarheid moeten hebben. Zie ook het antwoord bij de vorige vraag.

Tot slot zien we vooral risico op marktverstoring bij zorgaanbieders (ziekenhuizen), in die zin dat ziekenhuizen terughoudend zullen zijn met opschaling van de IC capaciteit als de compensatie van de daarmee samenhangende kosten (die in belangrijke mate vaste kosten betreffen) niet in grote

mate gegarandeerd is. Bij tarifiering zijn ziekenhuizen daarbij afhankelijk van onderhandeling met de zorgverzekeraar.

- 
- 

#### 4. **Proces**

5.

- Wijziging AMvB beschikbaarheidsbijdrage (Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG)

Voordat de AMvB wijziging langs de formele vaststellingsprocedures gaat, moet de NZa wel al een marktverstoringstoets en een uitvoeringstoets hebben uitgevoerd. De AMvB wijziging gaat normaliter langs de onderraden, MR en Afdeling Raad van State. In dit geval kunnen we eventueel (met goede afstemming met de departementen) de onderraden overslaan. De ministerraad komt 14 augustus na het reces voor het eerst weer bijeen, maar het is niet haalbaar om het dan al klaar te hebben liggen, dus zeg dat dat drie weken later is. Daarna moet de concept AMvB langs de RvS. Na advies van de RvS kan met een spoedprocedure van 5 dagen de aanwijzing voorhangen bij het parlement. Uitgaande van bovenstaande kan de AMvB zoals het er nu uit ziet op zijn snelst begin oktober worden vastgesteld. Daarbij moet wel een kanttekening geplaatst worden dat de tijd voor het interne proces binnen VWS heel kort is om de inhoud van de beschikbaarheidsbijdrage en de bijbehorende randvoorwaarden uit te werken. Deze moeten gedetailleerd zijn, omdat de beschikbaarheidsbijdrage kostendekkend is en niet kan worden gelimiteerd met een budget. De NZa moet in deze tijd ook formeel de uitvoeringstoets en naar zeggen van de NZa hoogstwaarschijnlijk de marktverstoringstoets uitvoeren. Wellicht kunnen deze, gezien de urgentie, vervallen. Het risico bestaat hierbij wel dat de RvS een negatief advies uitbrengt.

Onder voorbehoud van diverse mitsen en maren is begin december haalbaar om de beleidsregels van de NZa te hebben vastgesteld. Cruciaal voor de NZa is dat de randvoorwaarden vanuit VWS duidelijk zijn zodat er een duidelijke afbakening komt voor deze tijdelijke beschikbaarheidsbijdrage. Vragen die hierbij o.a. beantwoord moeten worden:

- Welke ziekenhuizen komen in aanmerking voor de beschikbaarheidsbijdrage en wie bepaalt dat?
- Hoe wordt het aantal bedden verdeeld over de ziekenhuizen?
- Wat wordt gekwalificeerd als een IC-bed?
- Kan de extra IC-capaciteit alleen voor covid-patiënten worden ingezet?

Een goede afbakening zal in nauwe samenspraak met het veld moeten worden opgesteld. In de AMvB (op hoofdlijnen) en in de aanwijzing (meer gedetailleerd) moeten de criteria zo worden opgesteld, dat ze uitvoerbaar zijn voor de NZa (toetsbare norm) en niet te ruim om onnodige precedentwerking te voorkomen. Hierbij is het nog belangrijk om mee te nemen dat de beschikbaarheidsbijdrage kostendekkend is ten aanzien van hetgeen wat er onder de beschikbaarheidsbijdrage valt. Er kan niet worden bepaald dat de uitgaven gelimiteerd worden, immers: alles wat onder de beschikbaarheidsbijdrage valt, wordt kostendekkend gesubsidieerd. Daarom is het belangrijk dat de randvoorwaarden zo gedetailleerd mogelijk worden opgeschreven.

- 

#### 6. **Voor- en nadelen**

Voordelen:

- Het gaat hier om het 'beschikbaar' hebben van capaciteit. Indien dit marktverstrend is, past een beschikbaarheidsbijdrage inhoudelijk als oplossing het beste.
- De beschikbaarheidsbijdrage is een gemiddeld kostendekkende vergoeding die door de NZa wordt vastgesteld (dus buiten onderhandelingen met zorgverzekeraars), zodat instellingen zekerheid hebben dat de kosten van de extra IC capaciteit bekostigd wordt.
- De NZa heeft ervaring met het verstrekken van beschikbaarheidsbijdragen die ook beïnvloed worden door productie. Dit past binnen de reguliere systematiek van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen, vergelijkbare situaties gelden voor het calamiteitenhospitaal en de brandwondencentra.
- De NZa heeft ervaring met het belasten met daeb's en compensatie voor de beschikbaarheid in de zorg. Een compensatie voor een daeb waarbij beide voldoen aan de Europese regels, heeft geen voorafgaande goedkeuring van de Europese Commissie nodig.

## Nadelen:

- Het proces duurt lang, de NZa heeft aangegeven dat de beschikbaarheidsbijdrage vanaf november/december op z'n vroegst in hun beleidsregel kan worden vastgesteld. Daarna zullen ziekenhuizen nog een aanvraag moeten indienen welke wordt beoordeeld door de NZa. Vervolgens zullen er verleningsbeschikkingen worden afgegeven. Dit proces van aanvragen en verlenen duurt normaliter 2 maanden. Een verleningsbeschikking vormt de betalingstitel voor een ziekenhuis welke moet worden ingediend bij het Zorginstituut Nederland. Uitbetaling kan dus op zijn vroegst in maart of april plaatsvinden als alle formele stappen worden gezet.
- Extra uitgaven via beschikbaarheidsbijdrage lopen via de lagere vereveningsbijdrage ook de nominale premie in. Uitgaande van € 200 miljoen meerkosten zal de premiestijging circa 6 á 7 euro per jaar betreffen. Tenzij het dit gecompenseerd kan worden door meer geld beschikbaar te stellen?
- Kosten 2020 worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. Reserves verzekeraars worden dus niet aangetast, maar er ontstaat wel een fondstekort dat in 2021 moet worden weggewerkt via minder uitgaven (lagere vereveningsbijdrage) en meer opbrengsten (een hogere IAB).

**Bijlage: stappen in reguliere proces (dit is de hoofdlijn, in geval van urgentie kan worden afgeweken maar niet alle stappen kunnen worden overgeslagen uiteraard)**

- Opstellen concept amvb en concept aanwijzing
- Uitvoeringstoets en marktverstoringstoets
- ATR toets
- WKB toets
- CWIZO
- RWIZO
- MR
- RvSt
- Voorhang
- Vaststellen aanwijzing
- Beleidsregels aanpassen
- Aanvraag indienen door zorginstellingen
- Verleningsbeschikking afgeven
- Indienen verleningsbeschikking bij ZINL
- Uitbetaling