

Overleg IC-Opschaling 28.07.2020

5.1.2e – 5.1.2e

5.1.2e – FEZ

5.1.2e – Pzo

5.1.2e – CZ

5.1.2e – CZ

5.1.2e – CZ

5.1.2e werkgroep voor IC-opschaling

1. Route naar Financiën: claim COVID-19
2. Aanjagen van zorgsector om met uitvoering aan de slag te gaan
3. IC-plan: € 1,00 MRD → hoe krijgen we dit naar de zorg?

1 Miljard

- Opleiding van personeel
- Materiaal; beademingsapparaten
- Verbouwkosten; géén nieuwbouw maar renovatie van bestaande faciliteiten
- Aanvullend materiaal; bedden, infuuspompen
- Zorgkosten; patiëntenzorg
- Kosten van beschikbaarheid: een voorziening die kan worden ingezet in acute situaties
- Voorzieningen buiten ziekenhuizen: vervoer, informatiesystemen

Wil je zoveel mogelijk aansluiten bij het bestaande systeem, of juist niet?

Bestaande systeem = 'normale' bekostiging van ziekenhuiszorg; zorgverzekeraars kopen zorg in en zorgaanbieders voeren zorg uit. Overheid heeft daarbinnen nooit een rol, tenzij het op de markt niet tot stand komt.

78% van de bedden moeten bezet zijn om 100% te bekostigen. MSZ werkt met maxtarieven.

VWS gaat daar dus nu een stukje van overnemen.

Gemiddelde ligduur IC is 1 à 2 dagen. Het geld wordt 'verdiend' bij normale patiënten als ze doorgaan naar lange behandelingen na de IC. COVID-patiënt ligt 20 dagen op IC. Daarna gaan ze snel naar huis.

Zorg die nu wordt geleverd kun je 1150 IC-bedden dekken. Het puur beschikbaar houden van back-up capaciteit wordt pas zorg als het IC-bed bezet wordt. Met de prestaties 'zorg' die wel worden geleverd, kun je de bestaande extra IC-bedden bekostigen als ze niet bemenst worden. De extra bedden die je nu wil, kunnen daaronder niet bekostigd worden.

1350 IC-bedden = tijdelijke opschaling voor COVID-19 (2 jaar)

Kostprijs-berekening NZa inclusief add-ons voor IC is niet berekend op die 200 extra bedden.

Op de 'normale' manier regelen, past niet binnen beschikbaarheidsbijdrage.

200 extra IC-bedden betekent 800 man extra IC-personeel; 4 personen per IC-bed. Die capaciteit is er niet. Ziekenhuizen hebben dit uitgewerkt in het IC-opschalingsplan; hoe effectief het beschikbare personeel inzetten. Maar welke vergoeding koppel je daaraan?

Ongeacht hoeveel IC-bedden bezet zullen worden in de toekomst, die buffercapaciteit wordt bekostigd.

Alles wat met zorg te maken heeft, wordt door zorgverzekeraars bekostigd (via catastrofe-regeling).

Politieke wens: alle Coronakosten niet uit premie!

Geen zorg in de zin van de WMG; buffercapaciteit die niet gebruikt wordt. VWS betaalt

Is het bed bezet; dan normale traject via zorgverzekeraar. Het bed is niet bezet; VWS betaalt voor niet-zorg (puur het beschikbaar hebben van bedden).

NZa → meerkostenprestatie?

Open house: infrastructuur

- Heeft VWS de inhoudelijke expertise om de voorwaarden van de open house op te stellen?
Inhuren van medische experts op persoonlijke titel.
- Betalen voor niet-bezette bedden en niet-gebruikte capaciteit aan het einde van de rit.
VWS neemt het risico weg van niet-bezette bedden. VWS betaalt voor het risico van niet-bezet.

Perceel OPLEIDING = SectorPlanPlus

Acties

Donderdag a.s. = MTDGCZ notitie: met advies.

- Open house
- Vooraf commitment van alle partijen
- Vast bedrag met add-ons
- Achteraf verantwoorden

Beademingsapparatuur: schenking via Brussel, anders sale & leaseback

Morgen eind van de dag: half A4 juridische aspecten per perceel

Overleg 29.07.2020

5.1.2e - CZ (vervoer)

5.1.2e - MEVA

5.1.2e - CZ (vervoer)

Elk extra IC-bed brengt 2 extra klinische bedden met zich mee. Dit is ook tijdelijk. Tot 1350 IC-bedden mag de reguliere zorg niet worden afgeschaald.