

Perceel Beschikbaarheid Bedden – Uitwerking ‘Controle & Verantwoording’

Het doel is een groter aantal beschikbare IC-bedden voor covid19-patiënten. VWS komt met een subsidieregeling waarmee ziekenhuizen die extra beschikbaarheid van IC-bedden kunnen financieren. Om die regeling doelmatig in te richten en om de voortgang te kunnen monitoren, is een zekere mate van controle en verantwoording vereist. Dit discussiestuk bevat uitgangspunten daartoe en een korte eerste aanzet voor een praktische uitwerking daarvan.

Uitgangspunten van controle en verantwoording:

1. We hebben zekerheid dat de in het IC-opstalingsplan toegezegde extra IC-bedden ook daadwerkelijk op de toegezegde momenten beschikbaar zijn en aan de gestelde eisen voldoen (per individuele zorgaanbieder en per opstalingsfase).
2. We voorkomen dubbele bekostiging (d.w.z. we vergoeden geen ‘warme’ bedden).
3. We bereiken (1) en (2) tegen zo laag mogelijke administratieve lasten.
- 4.
5. De uitgangspunten geven aan waar de praktische uitwerking van controle en verantwoording aan dient te voldoen. Hieronder volgt een eerste aanzet, maar er kan ook een alternatieve wijze bedacht worden die in lijn met de uitgangspunten is. Zowel de uitgangspunten als de praktische uitwerking staan nog niet vast en bevatten vragen en uitzoekpunten.
- 6.
7. Ideeën praktische uitwerking:
8. *Wie doet de controle op de beschikbaarheid van koude IC-bedden?*
 - Controle op de beschikbaarheid van de extra IC-bedden die aan de eisen voldoen is het betrouwbaarst als het fysiek door een onafhankelijke expert geschiedt, maar dat is misschien ook te kostbaar en tijdrovend. Ideeën:
 - o Bewijslast bij zorgaanbieders zelf leggen. Mogelijkheid bieden om dat online te doen (minder betrouwbaar, maar wel eenvoudiger).
 - o NVZ/NFU vragen om ideeën voor werkbare praktische uitwerking hiervan. Misschien kunnen zij bijvoorbeeld ook zelf een commissie oprichten die deze controle uitvoert.
 - o Rol voor landelijkcoördinatie centrum (LCPS)?
 - o Voorkeur voor een bewijslast die ‘light’ is. Maar dat als achteraf blijkt dat de bedden niet (op tijd) zijn gerealiseerd, dat dat deel van de subsidie teruggevorderd kan worden.
 - o
 - o *Wanneer en hoe vaak wordt de beschikbaarheid van IC-bedden gecontroleerd?*
 - Kort voor aanvang van elke nieuwe opstalingsfase dient inzichtelijk te worden of de zorgaanbieder over genoeg koude bedden beschikt die bij die opstalingsfase horen en aan alle eisen voldoen.
 - Wat als de zorgaanbieder er niet aan voldoet? VWS subsidieert alleen beschikbare koude bedden, dus heeft consequenties voor mogelijke terugvordering subsidie. Mogelijke oplossing: bewijslast bij zorgaanbieder neerleggen om aannemelijk te maken dat/wanneer ze wel aan de bedden beschikbaar hebben en bij akkoord per die datum de subsidie volledig voortzetten.
 -
 - *Controle op ‘warme’ bedden:*
 - VWS subsidieert enkel beschikbaarheid, d.w.z. koude bedden. Warme bedden worden door de zorgverzekeraar bekostigd.
 - Om die reden dient de zorgaanbieder bij de afrekening/vaststelling van de subsidie dient de zorgaanbieder inzichtelijk te maken wat de gemiddelde bezetting aan warme/koude bedden was. Hoe kan de zorgaanbieder dat doen? Mogelijke ideeën en knelpunten:
 - o Dbc’s vermelden wanneer bedden warm worden (?) en die informatie kan gebruikt worden voor de controle en verantwoording. Maar vermelden dbc’s ook wanneer

die bedden weer koud worden (d.w.z. bevatten ze een start- en een einddatum, waardoor inzichtelijk gemaakt wordt in welke periode het bed warm/koud was)?

- Afrekening na afloop van de subsidie? Na afloop van elke periode? Wordt de subsidie verstrekt o.b.v. de werkhypothese dat de bedden 100% van de tijdsduur 'koud' zullen zijn (in welk geval je in potentie enkel terugvorderingen hebt, en nooit hoeft bij te betalen)? Wordt de subsidie gedefinieerd in een prijs per IC-bed en per tijdseenheid en zo ja, welke (dag, week, maand, jaar)?
 - Indien de zorgaanbieder een gemiddelde bezetting aan kan tonen, zou op basis van dat bezettingspercentage i.c.m. een jaarprijs (subsidie per IC-bed dat een jaar lang koud is en aan de eisen voldoet) afgerekend kunnen worden.
 - Extra knelpunt: VWS subsidieert enkel de *extra* koude bedden, maar hoe maakt de zorgaanbieder onderscheid in de verantwoording tussen de extra bedden en de bedden die al bestonden?
 - Voorbeeld: een zorgaanbieder heeft op dit moment 100 IC-bedden (= 'oude bedden') en dient er 20 extra te creëren tijdens de opschaling (= 'nieuwe bedden'). Het ziekenhuis beschikt daarna dus over 100+20=120 bedden. Er liggen 90 covid-patiënten op de IC van dit ziekenhuis: 80 op oude bedden en 10 op nieuwe bedden (dit kan bijvoorbeeld gebeuren indien de oude bedden eerst volledig gevuld waren en daarna leeg raakten, terwijl nieuwe bedden inmiddels ook al gevuld zijn). Op basis van een IC-bezetting van 90 kan dan onterecht geconcludeerd worden dat er geen nieuwe bedden gebruikt worden (immers zijn die in principe pas nodig vanaf 100). Resultaat: voor de 10 patiënten op de nieuwe bedden ontvangt dit ziekenhuis dan zowel subsidie van VWS als de vergoeding van een zorgverzekeraar, en dus is er sprake van dubbele bekostiging.
 - *Overige vragen:*
- Wanneer is een bed 'koud'? Moet het bed er fysiek staan of is het toereikend als aannemelijk wordt gemaakt dat de bedden 'achter de hand' gehouden worden en binnen 1-2 dagen operationeel kunnen worden?
 - Wat als een door VWS gesubsidieerd koud bed gevuld wordt met een niet-coronapatiënt? Mag dat überhaupt? Hoe daarmee om te gaan?
 - Wanneer voldoet een bed niet aan de gestelde eisen en wanneer heeft dat mogelijke consequenties voor terugvordering van de subsidie? Voorbeeld: er is te weinig personeel beschikbaar en daardoor voldoet het bed niet volledig aan eventuele eisen van de orde 'per IC-bed is er x fte aan verpleegkundigen beschikbaar'. Is het wel reëel om daarop af te rekenen?
 - Verstrekken we subsidie aan een individuele zorgaanbieder of aan een ROAZ? Aan beide opties kleven voor- en nadelen. Voordeel van subsidie per zorgaanbieder is dat problemen bij een individuele zorgaanbieder niet tot vertraging in de uitvoering van de regeling leiden bij andere zorgaanbieders binnen dezelfde ROAZ-regio. Nadeel is dat alle 67 ziekenhuizen een subsidie moeten aanvragen (en gecontroleerd moeten worden). ROAZ kan er eventueel wel een bemiddelende/adviserende/coördinerende rol in spelen?