

Maatregelen curatieve zorg

Kan je met flexibel plafond bij ophoging IC kosten besparen (of niet)?

Een flexibel plafond kan in beginsel niet omdat de kern is dat IC-bedden beschikbaar moeten zijn. Dus het bed, de apparatuur en – bovenal – de zorgmedewerkers. Wel mag je er vanuit gaan dat bij een endemische situatie na de huidige pandemie (net als in de praktijk vóór corona) de maximaal beschikbare capaciteit niet altijd nodig is.

Het is een politieke afweging hoeveel buffer je beschikbaar wilt hebben bij een volgende pandemie c.q. welke risico's aanvaardbaar worden geacht. Een belangrijke factor hierbij is de benodigde hoeveelheid extra personeel.

- Voor het beschikbaar hebben van structureel 1350 IC-bedden (dus 200 IC- bedden extra) zijn namelijk ongeveer 1900 extra fte verpleegkundigen nodig, waarvan ruim 400 fte IC-verpleegkundigen.
- In een alternatief, meer realistisch en robuuster scenario met structureel 1200 IC-bedden (dus 50 IC-bedden extra) gaat het om 450 fte extra verpleegkundigen, waarvan ruim 100 fte IC-verpleegkundigen.
- De aanname in dit alternatieve scenario is dat opschaling tot 1200 IC-bedden volledig gerealiseerd kan worden met aantrekken van extra zorgpersoneel. In een scenario boven de 1200 ic-bedden zal de benodigde personele capaciteit grotendeels moeten worden ingevuld door personeel vanuit de bestaande bezetting. Dat zet dus weer andere delen van de zorg onder druk en dit gaat ten koste van de robuustheid van de zorg als geheel.
- Bovenop bovengenoemd scenario van 1200 IC-bedden kan ervoor gekozen worden om ook alvast (bestaand) personeel op te leiden voor méér IC-bedden en daarmee een interne flexibele schil te creëren van breder inzetbare (IC-)verpleegkundigen in de ziekenhuizen. Vorming van een flexibele schil kan niet zonder een adequate compensatie (dit type verpleegkundigen is hoger ingeschaald dan reguliere verpleegkundigen op de kliniek). Voor 100 IC-verpleegkundigen kost dit structureel 2 mln. De opleidingskosten die hiermee gemoeid zijn bedragen € 3 mln. structureel.
- NB: Inzet van een flexibele schil leidt er wel toe dat elders binnen het ziekenhuis (waar deze verpleegkundigen regulier werkzaam zijn) er *minder* personeel beschikbaar is, hetgeen leidt tot meer werkdruk of afschalen van bepaalde zorgvormen. Kortom: de opschaling van de IC's wordt met de flexibele schil eenvoudiger omdat men de gewenste diploma's en vaardigheden heeft, maar het lost het tekort aan personeel breder in het ziekenhuis niet op.
- NB: in deze opstelling is een investering in centrale COVID-ziekenhuizen niet meegenomen. Ook in de begroting 2022 zijn geen middelen voor dergelijke investeringen opgenomen. Een eventuele herschikking van de huidige middelen voor de subsidieregeling voor de IC-opschaling is:
 1. lastig haalbaar omdat dit ingrijpen in reeds aangegane verplichtingen van het Rijk met alle ziekenhuizen vraagt en
 2. financieel onvoldoende omdat de investeringen in Covid-ziekenhuizen volgens de huidige ideeën (met o.a. extra beloningen voor het personeel, nieuwe locaties inclusief verbouwing en inrichting) hogere kosten geeft dan de huidige subsidieregeling.

Stel dat vanaf 2023 de pandemie onder controle is, dan zou de reeks kunnen zijn:

2022: 1350 IC-bedden met flexibele opschaling tot 1700 (cf. subsidieregeling IC opschaling)
 2023: 1200 bedden
 2024: 1200 bedden
 2025: 1200 bedden

De hiermee gepaard gaande reeks is:

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | Struc |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| 1150 IC bedden als basiscapaciteit | 0 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Opschaling met 50 ic-bedden | 3 | 24 | 32 | 40 | 46 | 46 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| flexibele schil (100 fte ic-verpleegkundigen) | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|

Uitgaan van 1200 bedden vanaf 2023 leidt niet tot besparingen op de overige posten (zorgcoördinatiecentra, cohortbedden buiten het ziekenhuis, vervoer patiënten, zorgreservisten). De zorgcoördinatiefunctie staat los van het aantal IC-bedden. Bij minder IC-bedden zal wellicht meer vervoer van patiënten nodig zijn.

Wat betekent het als we in 2022 geen budget krijgen (in grote lijnen; 1 jaar uitstel)

Voor kosten van de IC-opstapeling in ziekenhuizen is in 2022 geen aanvullend budget nodig. De kosten voor opstapeling tot 1150 IC-bedden (€ 36 miljoen) zijn voor 2022 namelijk al opgenomen in het MSZ-kader (premie). Voor de opstapeling met 200 IC-bedden tot 1350 IC-bedden (en flexibele opstapeling tot 1700) is in 2022 al budget beschikbaar via de subsidieregeling opstapeling curatieve zorg COVID-19 (VWS-begroting). Als we geen budget krijgen in 2022 dan is wel de consequentie dat er geen budget beschikbaar is voor opleiden van IC-personeel met het oog op de situatie na 2022.

Voor de flexibele schil cohortbedden en extra vervoersmiddelen patiënten moeten zorgverzekeraars eventuele extra uitgaven zoveel mogelijk binnen de bestaande kaders inpassen. Mochten zorgverzekeraars in 2022 op totaal Zvw-niveau hogere uitgaven hebben dan is relevant dat het kabinet reeds heeft voorzien in een macronaïcalculatie in 2022 van 70% voor het somatische en eigenrisicomodel.

Als er in 2022 geen geld beschikbaar wordt gesteld voor zorgcoördinatie, kan het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) zijn werk vanaf de tweede helft van 2022 niet meer voortzetten, omdat alleen middelen beschikbaar zijn voor de eerste helft van 2022. De organisatie, kennis en ervaring kunnen niet worden overgedragen op een opvolger. Verder betekent dit scenario dat het opzetten/opstarten van de regionale centra een jaar zal moeten worden uitgesteld.

Voor de zorgreserve betekent geen budget in 2022 dat pas later kan worden opgeschaald naar de volledige ambitie van 5000 zorgreservisten. Die ambitie zal dan vanaf 2024 gerealiseerd kunnen worden, in plaats van vanaf 2023.

Wat kan behouden worden met 1/3 van het budget?

Zorgcoördinatie

Wat kan behouden worden met 1/3 van het budget?

- Structureel gezien kan alleen een deel van de landelijke en bovenregionale patiëntenspreiding tussen ziekenhuizen behouden worden. Dus de facto de inzet die op dit moment geleverd wordt door het LCPS en de RCPS-en in de (boven)regionale spreiding van de Covid-patiënten in afgeslankte vorm.

Wat kan niet met 1/3 van het budget:

- Spreiding van patiënten buiten de ziekenhuizen. Er is dan geen budget voor coördinatiecentra die er ook voor zorgen dat patiënten niet onnodig in het ziekenhuis terecht komen (waardoor er meer ruimte is voor besmette patiënten) en die ervoor zorgen dat patiënten uitstromen uit het ziekenhuis, naar zorg thuis, al dan niet met wijkverpleging of zorg van de huisarts, monitoring thuis of thuiszorg, naar eerstelijns verblijf of naar revalidatiecentrum of verpleeghuis. Terwijl de COVID-crisis leert dat je gebruik moet maken van alle capaciteit die in de zorg aanwezig is.
- 1 landelijk nummer voor patiënten voor acute (maar niet levensbedreigende) zorgvragen (want daar zitten dan geen regionale centra achter waar de vraag beantwoord kan worden).
- Investering in uniformering van triagesystemen of koppeling van ICT-systemen van de verschillende zorgaanbieders voor JZOJP.

Doorwerking overige posten

Bij de een variant met 1/3 van het budget zijn er ook nog de volgende bijkomende effecten:

- De verkleining van de flexibele schil voor cohortbedden buiten de ziekenhuizen, vermindering van de vervoersmogelijkheden voor patiënten en verlaging van het aantal zorgreservisten tot een derde, werken op elkaar in en hebben een per saldo beperkend effect op de beschikbare (buffer)capaciteit. Want patiëntenspreiding zal minder effectief worden als er niet voldoende capaciteit is om patiënten naar een andere locatie te vervoeren. Zonder voldoende capaciteit voor besmette patiënten buiten de ziekenhuizen, zal in de ziekenhuizen eerder andere zorg afgeschaald moeten worden vanwege gebrek aan uitstroom van besmette patiënten. Zonder voldoende budget voor zorgcoördinatie kan een flexibele schil voor cohortbedden buiten het ziekenhuis niet effectief benut worden.
- Goed en breed ingerichte zorgcoördinatiecentra zullen kwaliteitswinst en doelmatigheidswinst opleveren. Deze niet gekwantificeerde positieve effecten treden in veel mindere mate op als alleen patiënten gespreid worden tussen ziekenhuizen.
- Goede zorgcoördinatie is doelmatiger dan financiering van deels leegstaande bedden met bijbehorende medewerkers.

Als we 1/3 inleveren op vervoer en zorgcoördinatie:

Vervoer patiënten

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | Struct. |
|---|------|------|------|------|------|---------|
| Oorspronkelijke reeks 7 MICU's en 1 ambulancehelikopter | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Nieuwe reeks 4 MICU's en 1 ambulancehelikopter | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

De extra ambulancehelikopter blijft in deze reeks in stand. Daarnaast geldt dat 4 (extra) MICU's qua ambulancevervoerscapaciteit het minimum is om te voorzien in de patiëntenspreiding.

Zorgcoördinatie

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | Struct. |
|---|------|------|------|------|------|---------|
| Oorspronkelijke reeks | 39 | 47 | 52 | 45 | 27 | 27 |
| Zorgcoördinatie beperken tot bovenregionale en landelijke coördinatie tussen ziekenhuizen en coördinatie uitstroom uit ziekenhuizen naar huis met zorg, ELV of verpleeghuis | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Inregelen governance en bekostiging voor deze coördinatie | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Ontwikkeling kwaliteitsstandaarden gecoördineerde zorg | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Nieuwe reeks | 20 | 21 | 20 | 19 | 18 | 18 |
| Besparing | 19 | 26 | 32 | 26 | 9 | 9 |

Coördinatie van plaatsing van patiënten tussen ziekenhuizen en zorgen voor goede uitstroom uit de ziekenhuizen is noodzakelijk om piekbelastingen als gevolg van crisis op te vangen.