

Opdracht IC-capaciteit:

Denk alvast na over de wijze waarop de opgebouwde extra IC-capaciteit behouden kan blijven en hoe een flexibele schil aan bedden geregeld kan worden.

Deze vraag volgt uit de verwachting dat in het nieuwe regeerakkoord een passage opgenomen gaat worden over pandemische paraatheid waar IC-capaciteit een onderdeel van is.

Inleiding

In de huidige pandemie was het nodig om het aantal IC-bedden op te schalen. Om de zorg voor te bereiden op een nieuwe gezondheids crisis is een breed pakket aan maatregelen nodig. Eén onderdeel betreft het behouden van de opgebouwde extra IC- capaciteit en het flexibel kunnen opschalen van de IC capaciteit in tijden van crisis. Er moet worden geïnvesteerd in flexibel inzetbaar en hoger opgeleid personeel en in materiaal. Hoewel nader moet worden onderzocht of het verhogen van het aantal IC-bedden de beste voorbereiding is op een crisis in de toekomst, zijn deze investeringen in personeel en middelen in alle gevallen relevant voor een wendbaarder zorgsysteem dat sneller kan inspelen op een grotere vraag. Knelpunt hierbij is dat, gezien de huidige krapte in de arbeidsmarkt het niet realistisch is dat de benodigde personele capaciteit volledig kan worden gecreëerd met de instroom van nieuw personeel. De benodigde capaciteit zal daarom deels ook bestaan uit bestaand zorgpersoneel dat anders wordt opgeleid en ingezet (verschuiving). Ook zal arbeidsmarktkrapte vragen om andere organisatie van het werk o.a. door inzet van arbeidsbesparende technologie.

Hieronder een uitwerking van de vragen/onderdelen die nader uitgewerkt moeten worden.

Waaruit bestaan de kosten

De kosten bestaan uit de vergoeding voor het beschikbaar zijn van het anders, flexibeler en hoger opgeleid personeel en een gedeelte extra opgeleid personeel dat nodig is indien deze extra capaciteit wordt ingezet. Hiervoor is structurele financiële ruimte noodzakelijk.

Onderstaande reeks komt uit het fiche IC opschaling.

Maatregelen zorg	2022	2023	2024	2025	2026	Struct.
1150 IC bedden als basiscapaciteit		36	36	36	36	36
Opschaling 200 IC-bedden (incl. uitbreiding klinische bedden) in ziekenhuizen	3	24	32	40	46	46

Inhoudelijke onderbouwing voor deze extra capaciteit en opschaling

Het gaat dan om het beantwoorden van de achterliggende vraag: waar komt de verplichting vandaan. Bijvoorbeeld valt de opschaling onder de zorgplicht van de zorgverzekeraar omdat het onder de catastroferegeling valt. Of is het alleen een politieke wens.

Samenhangend vraagstuk is dat er moet worden bepaald hoe de capaciteit verspreid gaat worden. Denk aan het voorbeeld van de ambulance zorg Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid en opschalingslijst in huidige subsidie opschaling IC Zorg.

Er moet een omschrijving komen van wanneer er sprake is van een crisissituatie en dus wanneer extra bedden moeten worden ingezet.

Waarom zijn er geen prikkels in het stelsel dat men zelf tot deze oplossing komt

Verklaringen kunnen zijn dat bijvoorbeeld de concurrentie in het aanbod is verstoord en op welk niveau (regionaal of landelijk). Nza en/of acm zouden hierover iets kunnen zeggen.

Wie draagt het risico (verzekering ja of nee)

En welke prikkels moeten er blijven bestaan

Bekostiging en financiering van deze extra capaciteit en regelgeving

Daarbij is een onderscheid te maken in:

1. Behoud van een deel van de opgebouwde extra IC- capaciteit (1150 bedden) als basiscapaciteit.
2. Opschaling 200 IC-bedden (incl. uitbreiding klinische bedden) in ziekenhuizen

Bekostigingswijze

Een kostenonderzoek van de NZa moet uitwijzen welke kosten hier precies mee zijn gemoeid en hoe deze extra ziekenhuiscapaciteit het beste gefinancierd kan worden, ook in relatie tot de bestaande systematiek waarbij de kosten deels via DBC's worden vergoed en deels via add-ons.

Financiering (begroting/premie)

Wettelijke basis

Regie en sturing

Er moet bepaald worden wie verantwoordelijk is voor de inkoop/uitvoering van de IC zorg en welk type instrument je kiest.

Toezicht

3.

Wie betrekken

CZ: 5.1.2e

PZO: 5.1.2e

Z: 5.1.2e en 5.1.2e

WJZ: 5.1.2e

FEZ: 5.1.2e

Meva

NZa:

Bijlage argumentatie wel of geen landelijke subsidie

Landelijke subsidie

Een subsidie is de aanspraak op financiële middelen door een bestuursorgaan verstrekt ten behoeve van bepaalde activiteiten van de aanvrager. In geval van een subsidie wordt de zorg niet uit de premiegelden gefinancierd, maar rechtstreeks uit de begroting van VWS. Anders dan de zorg in het pakket wordt de zorg via de subsidie dus door de minister verstrekt. Subsidie kent binnen VWS een wettelijke basis. Dat kan de, op de Kaderwet VWS-subsidies gebaseerde, Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS zijn, maar dat kunnen ook andere ministeriële regelingen zijn zoals de Subsidieregeling Publieke Gezondheid, de Subsidieregeling abortusklinieken of de Subsidieregeling veelbelovende zorg. Inmiddels kent VWS meer dan 15 subsidieregelingen van waaruit bepaalde vormen van zorg worden gesubsidieerd. Daarnaast zijn er ook nog subsidieregelingen voor activiteiten die wel samenhangen met zorg uit het pakket maar niet binnen het pakket vergoed worden: denk aan allerlei soorten VIPP-regelingen (vergoeding voor digitale informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional).

Een subsidie moet op basis van de huidige wetgeving iedere vijf jaar worden geëvalueerd. Subsidiekaders en -regelingen hebben daardoor een maximale looptijd van vijf jaar. Daarna kunnen ze worden verlengd. Daarvoor moet een voorhangprocedure bij de TK worden gevolgd. Een partij kan niet worden verplicht subsidie aan te vragen. Een subsidieontvanger heeft ook de vrijheid om activiteiten, in casu het verlenen van de zorg, bij nader inzien niet uit te voeren. Subsidieering brengt het risico met zich dat ongeoorloofde staatssteun wordt verstrekt. Er is sprake van staatssteun als aan de volgende vijf cumulatieve criteria is voldaan:

- 1) De steun wordt verleend aan een onderneming, wat inhoudt dat een entiteit een economische activiteit verricht;
- 2) De steun wordt met staatsmiddelen bekostigd;
- 3) Deze staatsmiddelen verschaffen een economisch voordeel dat niet via normale commerciële weg zou zijn verkregen (non-marktconformiteit);
- 4) De maatregel is selectief: het geldt voor één of enkele ondernemingen, een specifieke sector/regio;
- 5) De maatregel vervalst de mededinging (in potentie) en (dreigt te) leiden tot een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer in de EU.

Landelijke subsidies voor zorgactiviteiten (verstrekkt aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars) voldoen vrijwel altijd aan alle vijf hiervoor genoemde criteria. Als sprake is van staatssteun dient in beginsel eerst de Europese Commissie om goedkeuring gevraagd te worden alvorens de regeling ten uitvoer kan worden gelegd. Van deze goedkeuring vooraf kan worden afgezien als de regeling onder een van de vrijstellingsmogelijkheden voor goedkeuring kan worden gebracht. De zogenaamde regels voor diensten van algemeen economisch belang (daeb) zijn hier een voorbeeld van.

Met het verscherpte toezicht op de naleving van de staatssteunregels is het voor elke nieuwe subsidieregeling noodzakelijk op maat toegesneden staatssteunoplossingen te creëren. De oplossingen gaan veelal gepaard met extra administratieve lasten voor de subsidieontvanger. Ook betekent eea dat een aparte gescheiden administratie moet worden bijgehouden.

Verder is bijsturen gedurende het subsidietraject lastig en tijdrovend en dient dit door de minister te gebeuren en niet door de partijen die dit binnen het verzekerd pakket tot taak hebben. Ook zijn er hoge uitvoeringskosten voor VWS in geval van een groot aantal subsidieontvangers, en de normale administratieve lasten voor de subsidieontvanger in verband met de combinatie van aanvraag en vaststelling.