



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister voor Medische Zorg en Sport
Minister van Financiën

**Directie Financieel-
Economische Zaken**
Beleidssteuning en advies

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.njksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(10)(2e)

T 070 (10)(2e)
M 06 (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
21 september 2020

Aantal pagina's
6

memo

In de Augustusbesluitvorming ter voorbereiding op de begroting 2021 is overeenstemming bereikt over extra middelen voor de realisatie van het IC-op-schalingsplan voor 2020, 2021 en (voor wat betreft opleidingen ook) 2022. Uitgangspunt was dat VWS opdraait voor de kosten van beschikbaarheid ("koude bedden") en dat verzekeraars betalen voor de zorgverlening als de opgeschaalde capaciteit wordt ingezet ("warme bedden")

omschrijving	2020	2021	2022	upz/begroting
Opschaling zkh				
IC				
Klinische bedden				
Opleidingen				
IC				
Ondersteuners				
BAZ				
Vervoer				
Helikopter			(10)(2b)	
Ambulance				
MICU				
Overig				
Zorg in keten				
(10)(2a)				
LCPS				
Totaal				

Het doel van VWS is dat het IC-op-schalingsplan conform planning wordt gerealiseerd. De bekostiging van de beschikbaarheid vindt plaats via een subsidieregeling. Bij de uitwerking daarvan komt, mede naar aanleiding van nader overleg met de LNAZ en ziekenhuizen, een aantal verschillen naar voren ten opzichte van de aannames zoals die bij de gehonoreerde claim zijn gehanteerd.

Uitgangspunt bij het opstellen van de regeling is dat deze vooraf duidelijkheid moet geven over wat er wordt bekostigd en welke bedragen daarbij horen.

Ziekenhuizen moeten vooraf weten waar zij aan toe zijn. Anderzijds moet de regeling ook makkelijk en snel uitvoerbaar zijn. Onevenredige uitvoeringslasten moeten worden vermeden. Om die redenen wordt gekozen voor één regeling die meerdere aspecten van de opschaling zal dekken: het feitelijke opschalen door aanschaf van inventaris en aanpassingen in de huisvesting, het beschikbaar houden van bedden en personeel, het opleiden van huidige en nieuwe medewerkers en het aanleggen van een crisisvoorraad geneesmiddelen. Waar mogelijk gaat de regeling uit van vaste normatieve vergoedingen per teleenheid (zoals een IC-bed). Zo worden het achteraf verrekenen en onzekerheden die daarbij horen voorkomen.

Directie Financieel-
Economische Zaken
Beleidssteun en advies

Datum
21 september 2020

- **Fase 1 (<1150 bedden):** dit betreft de reguliere IC-capaciteit. Hiervoor wordt de zorg en beschikbaarheid van IC-bedden bekostigd via DBC's (diagnose-behandelcombinaties) en IC-add-ons (opslag voor IC-ligdag) door verzekeraars.
- **Fase 2 & 3 (<1700 bedden):** De DBC wordt in rekening gebracht bij de verzekeraars. De kosten die normaliter gedekt worden via de IC-add-ons, worden nu vergoed via de subsidieregeling. Het gaat daarbij voor een groot deel om vaste kosten, die als kosten voor beschikbaarheid kunnen worden aangemerkt, maar voor een deel gaat het ook om variabele kosten die strikt genomen tot zorgkosten zouden kunnen worden gerekend. Door aan te sluiten bij het onderscheid tussen DBC's en add-ons wordt gekozen voor een pragmatische oplossing, waarbij de administratieve lasten voor zorgaanbieders en verzekeraars zoveel mogelijk worden beperkt. En wordt ook een ingewikkelde verrekening tussen ziekenhuizen, verzekeraars en VWS achteraf ter vermijding van dubbele bekostiging voorkomen. Consequentie is wel dat de kosten voor VWS met name in fase 3 van de opschaling bij het (onverhoopte) feitelijk gebruik van de flexibele capaciteit tot 1700 bedden hoger kunnen uitpakken. Aangezien deze kosten grotendeels pas optreden bij een onverhoopte tweede golf, waarbij de capaciteit boven 1350 bedden wordt aangesproken, reserveren we hier bij voorbaat geen geld voor. Als deze kosten voor rekening van zorgverzekeraars zouden komen, zou het trouwens eveneens tot een niet eerder geraamd beslag op de collectieve middelen leiden (hogere uitgaven binnen het Uitgavenplafond Zorg en daarmee tevens hogere zorgpremies). Ingeval van een tweede golf is bovendien aannemelijk dat de catastrofe-uitgaven van verzekeraars boven de drempel voor een uitkering vanuit het Zorgverzekeringsfonds zouden komen, waardoor verzekeraars ingevolge de catastrofereregeling voor alle uitgaven boven de drempel voor meer dan 100% worden gecompenseerd (gegeven de vormgeving van de catastrofereregeling). Dit laatste betekent kortom dat financiering via de VWS begroting waarschijnlijk tot lagere kosten leidt.

Besprekingspunten

1. Noodzaak

Op basis van recente berichtgeving lijkt de ligtijd van Covid-19-patiënten op de IC een stuk lager te zijn dan tijdens de uitbraak en eerste golf het geval was.

(10)(2e) van de NVIC heeft naar voren gebracht dat de opschaling daarmee mogelijk niet nodig zou zijn. Wat betekent dat voor de opschaling, de inrichting van de regeling en de inzet van de gereserveerde middelen?

Toelichting VWS

Zoals bekend heeft het LNAZ op basis van de gegevens van de eerste golf in nauwe samenspraak met VWS en het RIVM berekend dat in verschillende fasen van opschaling de IC-capaciteit moet worden uitgebreid van de bestaande 1050 bedden naar 1150 bedden (fase 1, dit door ingebruikname van bestaande IC faciliteiten), vervolgens naar 1350 bedden (fase 2, dit door uitbreiding van IC-faciliteiten), en daarna indien nodig tot 1700 bedden (fase 3, flexibele opschaling).

Directie Financieel-
Economische Zaken
Beleidssteun en advies

Datum
21 september 2020

De inzet is dat in fase 1 en 2 de opschaling plaats vindt terwijl de reguliere zorg volledig doorgang vindt, in fase 3 zal de reguliere zorg naar verwachting tot het niveau van 80% moeten worden afgeschaald i.v.m. beschikbaarheid van personeel.

Voor deze berekeningen is rekening gehouden met een ruime bandbreedte van o.a. gemiddelde opnameduur op de IC's, variërend van 12 tot 22 dagen. In het begin van de eerste golf was de gemiddelde opnameduur op de IC 22 dagen, deze zakte later tot 16 dagen. De meest recente gegevens van NICE suggereerden een verdere daling tot 12 dagen, echter waren deze data nog preliminair omdat een belangrijk deel van de betreffende patiënten nog op de IC lag. Het LNAZ heeft eerder bij herhaling geconstateerd dat uiteindelijk de gemiddelde ligduur onveranderd op hetzelfde niveau terugkwam tegen de tijd dat alle patiënten van de IC ontslagen waren. Het LNAZ verwacht daarom dat de gemiddelde opnameduur voorlopig niet noemenswaardig daalt en rond de 16 dagen blijft.

Bij de genoemde bandbreedte, ook indien dalend tot 12 dagen, blijft de behoefte aan de bovengenoemde opschalingsniveaus onveranderd bestaan, zoals eerder vastgelegd in het door het LNAZ opgestelde opschalingsplan. Ter illustratie; met de betreffende opschaling wordt een capaciteit van resp. 100 (fase 1), 300 (fase 2), en 650 (fase 3) IC-bedden voor COVID-patiënten gecreëerd. Op dit moment liggen er 77 COVID-patiënten op de IC, dit aantal zal de komende week vrijwel zeker verder stijgen. In april werd een piek van ruim 1400 COVID IC-patiënten bereikt. De verhouding tussen een maximale opschaling met 650 COVID IC-patiënten versus de eerdere piek van ruim 1400 patiënten illustreert dat de huidige uitbreiding conservatief is en alleen afdoende als tevens het aantal nieuwe besmettingen zeer strak wordt gemonitord en iedere relevante stijging direct wordt gevolgd door (lokale) maatregelen. Een lagere raming zou gepaard gaan met een aanzienlijke kans op hernieuwde grote tekorten tijdens een toename van het aantal besmettingen.

2. Looptijd

Op basis van de rijksbrede lijn zijn bij de Augustusbesluitvorming alleen middelen toegekend voor 2020 en 2021. Alleen bij hoge uitzondering zijn voor opleidingen in het kader van de IC-opschaling middelen in 2022 beschikbaar gekomen, op basis van de aanname dat het daarbij gaat om betalingen achteraf in het kader van opleidingen die in 2020 en 2021 plaatsvinden. Financiën heeft al bij de kabinetsreactie op het Opschalingsplan aangegeven dat het gaat om een tijdelijke opschaling in verband met Covid-19 en wel t/m 2021. De concept-subsidieregeling die thans in de maak is, kent evenwel een looptijd tot en met 2022.

Toelichting VWS

Het gaat inderdaad om een tijdelijke opschaling van de IC-capaciteit in het licht van de Covid-19-pandemie. Bij de uitwerking van de subsidieregeling blijkt een

looptijd voor uitsluitend de resterende maanden van 2020 en 2021 niet houdbaar. Bij de reservering van middelen voor IC-opstaling bij de augustusbesluitvorming beschikten we over het Opstalingsplan dat door LNAZ en deskundigen is opgesteld. Ziekenhuizen en hun koepels zijn daarbij niet betrokken geweest. Sindsdien zijn zij – als degenen die de opstaling feitelijk moeten realiseren – bij de verdere uitwerking vanzelfsprekend nadrukkelijk betrokken. Ziekenhuizen zijn zich meer dan wie ook bewust van de noodzaak van opstaling, maar maken ook duidelijk dat het van hen een enorme inspanning vergt en verlangen duidelijkheid over een reële vergoeding daarvoor. De investeringen die van ziekenhuizen worden gevraagd en de enorme inspanning die nodig is voor werving en opleiding van personeel verdragen zich niet met een looptijd van 15 maanden. Zo is het nodig om medewerkers bij afspraken over de duur van hun arbeidstijd een duidelijk perspectief te kunnen bieden. Veel medewerkers kampen nog met naweeën van de eerste golf en de druk op de personele bezetting is groot. Uit overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt naar voren dat ziekenhuizen ook zekerheid willen voor 2022, omdat zij grote investeringen moeten gaan doen in een korte periode voor verbouwingen en het de vraag is of dit haalbaar is. Met het voorstel dat ziekenhuizen alleen geld krijgen voor 15 maanden, terwijl het zo'n grote operatie is en opleidingen langer duren zullen ze niet akkoord gaan. Het is noodzakelijk om hen met de subsidieregeling een perspectief voor de periode tot en met 2022 te bieden. Anders lopen we het risico dat de IC-capaciteit niet (tijdig) wordt uitgebreid. Tegelijk is het voor ziekenhuizen duidelijk dat het gaat om een tijdelijke opstaling in verband met de Covid-19-crisis en realiseren zij zich ook dat we geen afspraken willen en kunnen maken over structurele financiering.

Directie Financieel-
Economische Zaken
Beleidssteuning en advies

Datum
21 september 2020

Tegen deze achtergrond achten wij een regeling tot en met 2022 wenselijk zo niet noodzakelijk. Tegelijkertijd sluiten wij niet de ogen voor de mogelijkheid dat er de komende periode een doorbraak zou kunnen komen bij de aanpak, preventie en bestrijding van Covid-19 (bij wijze van spreken: corona is de wereld uit). We zullen dan vanzelfsprekend met ziekenhuizen in overleg gaan over afstaling van de maatregelen. De kosten voor ziekenhuizen zullen dan niet per direct verdwijnen, maar ook ziekenhuizen zullen er belang bij hebben om maatregelen niet langer te laten gelden dan nodig is. We kunnen in de subsidieregeling duidelijk maken dat kosten die niet meer gemaakt hoeven worden bij de vaststelling van de subsidie zullen worden verrekend.

3. Vergoeding voor personeel

Voor de opstaling IC is extra personeel nodig. Bij de reservering van middelen in de begroting is ervan uitgegaan dat in fase 2 50% van de personeelskosten van een regulier IC-bed als vaste kosten kunnen worden aangemerkt.

Toelichting VWS

Bij de Augustusbesluitvorming was de aanname dat de benodigde hoeveelheid geschikt personeel niet op korte termijn te vinden is, en dat de opstaling dus voor een groot deel door andere inzet van beschikbaar personeel moet worden gerealiseerd. Bovendien was de gedachte dat het extra IC-personeel niet de hele tijd 'op de handen gaat zitten' en er dus geen 100% vergoeding van het berekende aantal personeel nodig was. Op basis daarvan zijn we bij de claim uitgegaan van 50% van de personeelskosten van een regulier IC-bed in fase 2 en 0% personeelskosten in fase 3 (als de reguliere zorg deels wordt afgeschaald). Bij de opzet van de subsidieregeling is uitgangspunt dat ziekenhuizen wel degelijk substantieel meer personeel inzetten in het kader van de IC-opstaling. Voor fase

2 en 3 wordt daarom voor de personeelskosten uitgegaan van 70% resp. 10% van de personeelskosten van een regulier IC-bed.

Op basis van het aantal extra IC-bedden in het opschalingsplan is berekend hoeveel personeel er in elk van de fases moet zijn. In fase 2 moet deze capaciteit per 1 oktober ook echt beschikbaar zijn. Het niet volledig vergoeden van het benodigde personeel is daarmee kwetsbaar en kan ertoe leiden dat er niet voldoende personeel rondloopt in geval van een tweede golf. Vanuit die optiek is elk percentage onder de 100% potentieel kwetsbaar.

Directie Financieel-
Economische Zaken
Beleidssteuning en advies

Datum
21 september 2020

4. Budgettaire beslag

Nu de contouren van de subsidieregeling voor de IC-opschaling vorm krijgen, komen de aannames die bij de besluitvorming over de gereserveerde middelen voor de IC-opschaling zijn gehanteerd, in een ander daglicht te staan. Dat is niet verwonderlijk, aangezien er toen nog geen zicht was op de concrete plannen van ziekenhuizen.

Toelichting VWS

Hoewel de vormgeving van de regeling afwijkt van de aannames die noodgedwongen bij de Augustusbesluitvorming zijn gehanteerd, blijft het budgettaire beslag in 2020 en 2021 nagenoeg binnen de gereserveerde middelen. Wel pakken de kosten van opleidingen veel lager uit dan waarmee in de claim rekening is gehouden en is met de bekostiging van IC- en klinische bedden (inclusief het daarvoor in te zetten personeel) meer geld gemoeid.

De meerkosten ten opzichte van de Augustusbesluitvorming ontstaan vooral doordat een jaar extra (2022) in de beschouwing moet worden betrokken als wordt uitgegaan van een subsidieregeling tot en met 2022.

omschrijving	2020	2021	2022
Deel 0			
Deel 0 - verbouwing			
Deel 0 - crisisvoorraad			
Deel 0 - opleiding			
Deel 1			
Deel 1 - opleiding			
Deel 2			
Deel 2 - beschikbaarheid			
Deel 2 - opleiding			
Deel 3			
Deel 3a - beschikbaarheid			
Deel 3a - opleiding			
Totaal			
Deel 3b - beschikbaarheid (max bij inzet bedden)			
Begroot			
Opschaling ziekenhuizen			

(10)/(2b)

Opleidingen	
Totaal	(10)(2b)
Vershil prognose – begroot	

Directie Financieel-
Economische Zaken
Beleidsvoering en advies

Datum
21 september 2020

NB

De uitgaven in 2020 zijn inclusief (10)(2b) voor het aanleggen van een ijzeren voorraad crisisgeneesmiddelen, waarvoor niet eerder geld is gereserveerd en die ook meeloopt in de voorbereiding van de derde incidentele suppletoire begroting.

5. Vergoeding werkelijke kosten

In het bekostigingsmodel worden in het zogenaamde deel 0 de werkelijke kosten vergoed voor verbouwing, inventaris en de opbouw van een ijzeren voorraad van IC-geneesmiddelen. Met name bij verbouwing en inventaris zijn grote verschillen zichtbaar in de financiële gevolgen die ziekenhuizen verbinden aan hun plannen.

Toelichting VWS

Door de grote verschillen in verbouwingskosten is het niet reëel om een normbedrag vast te stellen per ziekenhuis. Het is daarbij wel van belang om alleen verbouwingen te vergoeden die noodzakelijk verband houden met de opschaling van de capaciteit op de IC en in de kliniek. Daarbij kan/zal gekeken worden of de plannen reëel zijn in relatie tot de beoogde datum van Inzet. Door een koppeling aan de realisatietermijn kan mogelijk voorkomen worden dat er te grote bedragen worden gehonoreerd. Daarnaast kan/zal er mogelijk een onderscheid gemaakt worden in kwaliteitseisen die nodig zijn voor de opschaling tot 1350 bedden en de flexibele opschaling tot 1700 bedden. Om dit goed te kunnen beoordelen zal er bouwkundige expertise ingeschakeld worden.

De verwachting is dat de verbouwingkosten zeker (10)(2b) zullen zijn.

(10)(2e)