

Perceel 3. Beschikbaarheid t.a.v. IC-opstapaling

1. Uitgangspunten en randvoorwaarden

- Dit perceel richt zich enkel op de beschikbaarheid van extra IC-bedden en klinische bedden voor COVID-patiënten.
- Randvoorwaarden t.a.v. andere percelen zoals "Opleiden" en "Personeel" die relevant zijn worden hierin meegenomen.
- Er wordt uitgegaan van zogenaamde 'koude bedden'; d.w.z. de financiering van VWS richt zich op de beschikbaarheid van lege bedden, echter deze bedden zijn niet bruikbaar zonder (draagvlak bij) personeel:
 - Voldoende personeel met de juiste opleidingen zijn beschikbaar per bed. De ziekenhuizen die meedoen dienen hiervoor een plan in om te borgen dat ze genoeg personeel beschikbaar zullen hebben voor het extra aantal IC-bedden dat aan hen toegewezen is.
 - (Beschikbaarheid) van personeel wordt in perceel 'personeel' uitgewerkt.
- Zodra er zorg wordt verleend (in welk geval het zogenaamde 'warme bedden' worden) zijn de kosten voor zorgverzekeraars.

2. De uitbreiding van bedden

- Het gaat om zowel IC- als klinische bedden voor COVID-patiënten.
 - Uiterlijk 1 oktober 2020 120% structureel beschikbaar maken (1.350 IC-bedden). Dit betekent 200 extra IC-bedden en 400 bedden in de kliniek.
 - Uiterlijk 1 januari 2020 150% flexibel beschikbaar maken (1.700 IC-bedden). De opstapaling van 1.350 naar 1.700 IC-bedden betreft 350 extra operationele IC bedden en ongeveer 700 bijbehorende extra bedden in de kliniek.
- De extra bedden zijn alleen bestemd voor COVID-19 patiënten die IC-zorg nodig hebben.
- De kosten voor eventuele verbouwingen die nodig zijn voor de opstapaling tot 1.700 IC-bedden dienen aan de voorkant te worden vergoed, waarbij deze kosten als eenmalige investeringen worden beschouwd.
 - Er wordt gestreefd naar een uitbreiding tot 120% binnen de bouwkundige grenzen van de huidige IC-afdelingen.
 - Bij de uitbreiding naar 150% flexibel beschikbaar maken (1.700 IC-bedden) zal (meestal) buiten de muren van de IC-afdeling moeten worden gerealiseerd maar binnen de bouwkundige grenzen van de zorginstelling. Ook in deze stap is geen nieuwbouw nodig volgens het IC-opstapalingsplan en daarmee ook niet toegestaan.
 - Wat is realistisch (t.a.v. uitbreiding-verbouwingskosten)? Een bouwkundig expert om dit te controleren (mogelijk vooraf meelesen bij de aanvragen voor vergoedingen van bouwkundige kosten en achteraf ter controle).
- **De bedden hoeven niet constant fysiek aanwezig te zijn** maar moeten wel snel gerealiseerd en opgebouwd kunnen worden binnen de muren van het ziekenhuis als er onverhoopt een piekbelasting op de IC's vanwege Covid-19 aankomt.
 - Hoe houd je hier zicht op als ze er niet fysiek zijn en hoe gaat het proces tot realisatie van de bedden? Wordt dit getoetst?
 - Binnen welke termijn moeten de bedden beschikbaar zijn? Mogelijk na bericht van minister of een soort signaalwaarde die aangeeft op welk moment ziekenhuizen deze IC- en klinische bedden moeten plaatsen (d.w.z. er is een golf bezig, de IC-bezetting stijgt en ter voorbereiding maak je op een gegeven moment de extra bedden vast op tijd daadwerkelijk beschikbaar)
- Verbouw binnen de bestaande muren van de zorginstelling. Nieuwbouw is volgens het plan niet nodig en zal dus ook niet vergoed worden
 - Aantonen dat het geen nieuwbouw is
 - Hoe wordt nieuwbouw gedefinieerd?
- Zorgverzekeraars betalen de zorgkosten van COVID-patiënten-
- Wanneer een IC-bed weer vrijkomt, dient VWS weer hiervoor te betalen!
- Afspraken met zorgverzekeraars over wat wel niet exact onder zorg valt
- Afstemming (met NZa) om dubbele bekostiging te voorkomen!
- Het gaat zowel om IC-bedden als klinische bedden
 - Is voor een klinisch bed een dbc als uitgangspunt te nemen gezien de verschillende soorten zorg? (NZa)

Perceel 3. Beschikbaarheid t.a.v. IC-opstapeling

- Onderscheid tussen eenmalige investeringskosten en variabele doorlopende kosten.
- Er dient bijgehouden te worden hoeveel ze opstapelen (inclusief peildatum).
 - Mogelijk een nulmeting met peildatum 1 maart 2020 van het aantal *aanwezige* IC en klinische bedden in de instelling (uitgesplitst in ingeroosterde bedden en niet ingeroosterde bedden) en het aantal *bezette* IC en klinische bedden op 1, 15 en 30 maart 2020 en levert deze nulmeting aan bij het ROAZ. ROAZ levert aan in rapportage bij VWS
- De bedden dienen een bepaalde kwaliteit te behouden (of ze nu gebruikt worden of niet). Hieraan mogelijk een bepaald onderhoudsverplichting stellen. Ze dienen te voldoen aan de eisen.
- Er kunnen verschillen zijn tussen de ziekenhuizen/ROAZ-en ten aanzien van de verbouwingkosten. Hier moet ruimte voor zijn.
- Als de situatie substantieel wijzigt, moeten ze VWS daarover in kennis stellen.
 - Ook bij een wijziging in de verdeling binnen een ROAZ?
- Belangrijk om aansluiting met de zorgverzekeraars te zoeken voor een strakke afstemming. Zorgverzekeraars Nederland is op zoek naar verbinding met het proces.

3. Looptijd overeenkomst

- Geldend van 1 juli 2020 tot en met uiterlijk ... 2021 behalve als er een werkzaam vaccin is waarmee de Nederlandse bevolking beschermd is, of een geneesmiddel, of Covid-19 nagenoeg niet meer van invloed is op de ziekenhuiszorg
 - Niet tot 2022 omdat Financiën (nog) geen verplichting aan wil gaan over 2022.
- Mogelijk komt er nog een verlenging als COVID nog blijft?
- De financiële middelen kunnen alleen worden aangevraagd door de ziekenhuizen volgens de lijst waaraan ROAZ-en zich hebben geëngaat
 - Hoe om te gaan met ziekenhuizen die niet op de lijst staan?
 - Hoe om te gaan met ziekenhuizen die meer/minder aanvragen?
- Het is niet mogelijk om minder of meer bedden op te stapelen, behalve als de ziekenhuizen onderling binnen de eigen ROAZ-regio ruilen en beide dit schriftelijk bevestigen richting het desbetreffende ROAZ; het ROAZ dit via de LNAZ-voorzitter aan VWS meldt; en VWS daarop schriftelijk een akkoord geeft. De Raad van Bestuur van de zorgaanbieder is aanvrager en ontvanger
 - Of verzamelen via de ROAZ-en?

4. Hoe definieer je een IC-bed?

- Daartoe wordt gerekend: een bed op de IC en de hiervoor benodigde apparatuur
- Uitgangspunt: vaste prijs per IC-bed en variatie mogelijk in eenmalige verbouwingkosten
- Wat **niet** wordt vergoed
 - De kosten van de reguliere activiteiten en taken van zorginstellingen
 - Alle extra capaciteit op de IC en in de kliniek mag alleen beschikbaar gehouden en gebruikt worden voor de behandeling en verpleging van Covid-19 patiënten. De kosten voor patiënten met een andere aandoening die gebruik maken van deze extra capaciteit zullen niet vergoed worden.
 - De zorg en behandelkosten en de verpleegkosten aan COVID-patiënten (ander perceel - zorgverzekeraars)
 - Salariskosten
 - Bestuurs- en secretariaatskosten en andere materiele kosten, zoals reiskosten huisvestingskosten
 - Niet de losse slangen, lakens, persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen
 - Nieuwbouw is volgens het plan niet nodig en zal dus ook niet vergoed worden.
 - Beademingsapparatuur (ander perceel)
- Wat **wel** wordt vergoed [verder uitwerken op basis van bijv. inzicht in IC-tarief]:
 - Eventueel benodigde eenmalige verbouwingkosten binnen de muren van een instelling om extra bedden capaciteit te genereren

Perceel 3. Beschikbaarheid t.a.v. IC-opstapeling

5. Hoe definieer je een klinisch bed?

- Een bed op een .. afdeling met de hiervoor benodigde apparatuur
 - Check bij NZa in hoeverre een klinisch bed 'universeel' is
- Wat **niet** wordt vergoed
 - Benodigd personeel (ander perceel)
 - De zorg en behandelkosten en de verpleegkosten aan COVID-patiënten (ander perceel - zorgverzekeraars)
 - Bestuurs- en secretariaatskosten en andere materiele kosten, zoals reiskosten huisvestingskosten
 - Niet de losse slangen, lakens, persoonlijke beschermingsmiddelen en geneesmiddelen
- Wat **wel** wordt vergoed
 - Eventueel benodigde eenmalige verbouwingskosten binnen de muren van een instelling om extra beddenruimte te genereren

6. Aandachtspunten

Vragen

- Kan de NZa een overzicht geven van de opbouw van een IC-dbc en dbc voor een klinisch bed zodat dit een mogelijk uitgangspunt kan zijn voor welke kosten/onderdelen er spelen.
- De zorg en behandelkosten worden niet meegenomen (deze zijn voor de zorgverzekeraar). In hoeverre zit hier de beschikbaarheid van personeel in?
- Horen lakens, persoonlijke beschermingsmiddelen, geneesmiddelen en losse slangen bij zorg (zorgverzekeraars)?
- In hoeverre worden organisatiekosten (zoals administratiekosten, wijziging van beleid, andere organisatie van de kliniek) meegenomen?
- Wat mag je met de bedden/ruimte doen als het niet meer nodig is voor dit doel?

Aanzet voorwaarden

- Er is binnen de zorginstelling één contactpersoon aangewezen voor VWS, verzekeraars en ROAZ met mandaat die met ons over de opstapelingsplannen praat
- Wanneer de aanvrager voor het uitvoeren van de activiteiten waarvoor subsidie is verleend derden inhuurt, dient dit door middel van een open, transparante en non-discriminatoire procedure en tegen marktconforme tarieven te geschieden.
- De aanvrager dient mee te werken aan een nader in te stellen kostenonderzoek naar(voor verzekeraars oid? Of voor onszelf? IGJ?)
- De aanvrager is verplicht om dagelijks de informatie betreffende het aantal Covid-19 patiënten dat is *opgenomen* in de kliniek en op de IC's, alsmede het aantal non-Covid-19 patiënten op de IC aan te leveren dient dagelijks beschikbare bedden en bezette bedden en door te geven aan LCPS en/of aan in nader aan te wijzen systeem t.b.v. optimale patiëntenspreiding (a la LCPS)
- Verplichting om dagelijks inzicht te geven in de *bezetting* van de Covid-19 gerelateerde capaciteit op de IC en in de kliniek zodat er 24/7 realtime inzicht is in de beddenruimte en de bezetting en door te geven aan LCPS en/of aan in nader aan te wijzen systeem t.b.v. optimale patiëntenspreiding (a la LCPS)
- De aanvrager informeert zijn ROAZ in november, maart en juli over hoe het gaat met de activiteiten in een eenvoudige rapportage. De ROAZ-en sturen deze door naar VWS.
- De aanvrager is verplicht de administratie van alle kosten apart te administreren en aan te geven. Hierbij dient er ook een accountant naar te hebben gekeken.