

To: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; Berg (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
From: (10)(2e)
Sent: Thur 7/23/2020 8:29:14 AM
Subject: RE: opschaling IC-capaciteit werkgroep 4
Received: Thur 7/23/2020 8:29:14 AM

(10)(2e)

Dank! Een aantal vragen kan ik zelf al wat van zeggen, zie in rood

Groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: woensdag 22 juli 2020 18:57
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: opschaling IC-capaciteit werkgroep 4

Hoi (10)(2e)

Hieronder een aantal (eerste) opmerkingen/vragen.

Groet,

(10)(2e)

Sheet 1

- Waarom is fase 1 niet meegenomen in het kostenoverzicht?
 - Welk deel van de 200 IC patiënten kunnen geplaatst worden in de nog niet ingevulde bedden uit fase 1?
 - Waarom is het deel van de 200 dat in fase 1 kan worden geplaatst niet verdisconteerd in fase 2?
- Vragen over fase 1stel ik/we bewust niet omdat daar onze lijn is dat dit al bestaande capaciteit is waarover ziekenhuizen met zorgverzekeraars afspraken moeten maken. Zie ook kamerbrief over LNAZ advies.

- De aanname van 60% geldt voor de uitbreiding naar 1750 (fase 3)? Welk % hoort bij fase 2?
- Waarom bij fase 3 wel meer IC verpleegkundigen tov fase 2, maar minder ondersteuners?

Sheet 2

- Weglaten van 74% personeelskosten is toch niet realistisch? Waarom deze variant?
- Deze is inderdaad wat raar. De vraag die wij meer willen weten is hoe onderscheid vast/variabel is. Ander onderscheid wat wij graag willen zien is incidentele kosten versus structureel
- Waarom zijn er geen varianten/scenario's met bezettingsgraden van de bedden? Zie ook sheet 3.
- Dat zou ongetwijfeld kunnen, maar het probleem is -denk ik- dat je oneindig veel scenario's kan aken en niemand weet wat realistisch is. Vandaar een soort maximale variant, zodat je iig weet hoeveel je max kwijt bent

Sheet 3

- Waarom wordt een deel van de benodigde apparatuur om niet geschonken door VWS?
 - Wat zijn hiervan de kosten? En hoe wordt dit gedekt?
- Deze vraag is voor onszelf intern, dus die ga ik niet aan de NZA stellen. Volgens mij is daar al een principe besluit over genomen maar misschien nog niet formele gecommuniceerd naar buiten, kan ik wel even checken. Hoe dat gedekt wordt: ik ga ervan uit dat we hier al een keer geld voor hebben geclaimd danwel dat we dat nog moeten doen. Dat is begroting dus heb ik niet 100% scherp. Kan ik nog wel even nagaan.
- Er wordt uitgegaan van 90% bezettingsgraad; dit op sheet 1 toevoegen.
 - Wat zijn realistische varianten van bezettingsgraden ervan uitgaande dat 2° en evt. volgende golven weer beheerst kunnen worden met maatregelen?

Sheet 4

- Is de aanname over klinische bedden; 1,36 per IC-bed gebaseerd op recente gegevens COVID?
- Ja volgens mij wel.

Sheet 5

- Waarop is de aanname van vluchten per week gebaseerd?
- Waarom wordt bij de inzet van de helikopters uitgegaan van geheel jaar; 52 weken?
- We vragen een inschatting van kosten 2021, dus dan moet het toch een heel jaar zijn?

Sheet 6

- De aantallen in de tabel zijn niet terug te vinden in de tabel op blz. 1.

Sheet 7

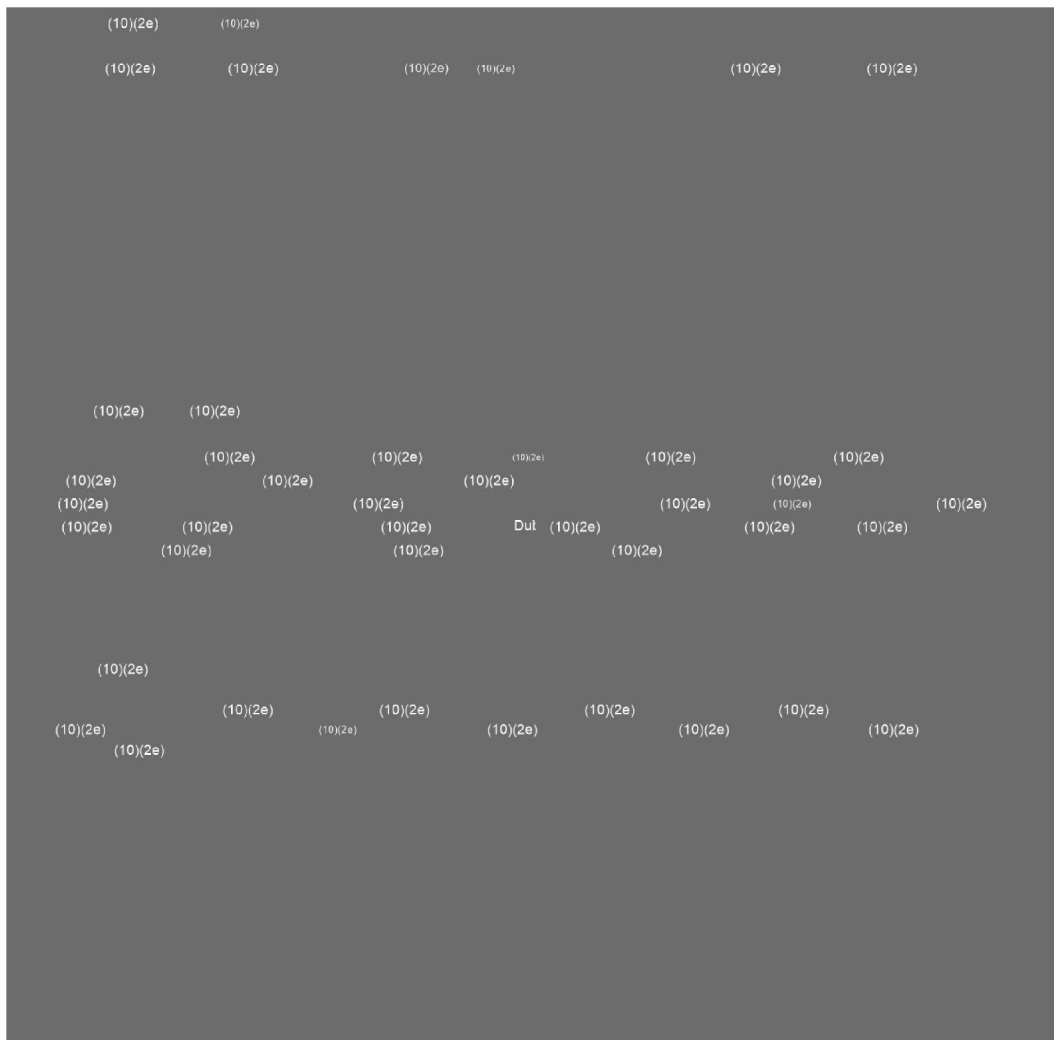
- Hoe worden de extra kosten bij GRZ en paramedische(1^e lijns) zorg gedekt? Kan niet binnen beschikbare kaders toch?
Dat lijkt me niet. Het idee is dat we obv raming claim indienen bij FIN.

Sheet 8

- Zijn er afspraken met Duitsland dat er patiënten naar toe kunnen bij een 2^e en evt. verdere golven? Zo ja, hoeveel maximaal?

Sheet 9

- Dit gaat over de organisatie van de verdeling van patiënten over de IC-bedden in het land? Kosten komen wel heel hoog over; betreft kosten van systeem (aanpassing) en personeel?
- Onderbouwing is niet goed te volgen: Hoeveel personeel, welke periode?



De volgende 2 pagina's verwijderd i.v.m. dubbel.