

Bijlage procesafspraken financiering regionale aanpak voor zorg aan kwetsbare patiënten in verband met corona

1. Inleiding

Vanwege de toenemende druk op de zorg als gevolg van COVID-19 en het waarborgen van een veilige en efficiënte zorgverlening aan kwetsbare patiënten kiest de minister van VWS voor een regionale domein-overstijgende aanpak (VVT, GHZ, GGZ, Huisartsen, ziekenhuizen). Deze aanpak is bedoeld voor kwetsbare patiënten die 1) thuis of in een (kleinschalige) instelling wonen, of in beschermd wonen verblijven, of 2) in het ziekenhuis verblijven.

In dit memo wordt toegespitst op personen met (verdenking van) COVID-19:

1. Die kunnen worden ontslagen uit het ziekenhuis maar nog te ziek zijn om naar huis te gaan;
2. Die te ziek zijn voor verblijf in thuissituatie maar te 'goed' voor opname in een ziekenhuis (tweedelij) zowel Zvw als Wlz;
3. Die ernstig ziek zijn, maar niet behandeld willen worden in het ziekenhuis of waarbij dat medisch niet zinvol is (w.o. palliatieve zorg, als deze niet veilig in de thuissituatie geleverd kan worden);
4. In een Wlz-instelling (Gehandicaptenzorg, GGZ en VVT) die in quarantaine geplaatst moeten worden maar niet naar een ziekenhuis gaan/kunnen en waarvoor niet in eigen instelling een corona-unit ingericht kan worden.

Voor de Gehandicaptenzorg en GGZ volgt komende week nadere uitwerking.

Het is mogelijk dat er bij overige (kwetsbare) personen zonder dat sprake is van (verdenking van) COVID-19 vanwege de coronacrisis een noodzaak tot verblijf elders dan thuis of bijvoorbeeld binnen de maatschappelijke opvang, moet worden geregeld. Het kan gaan om de spreidingsopgave voor daklozen of extra respijtzorg vanwege crisis in de thuissituatie. Vanwege de integrale aanpak of omwille van doelmatigheid kan het logisch zijn om extra capaciteit voor die groep te combineren met de doelgroepen van deze memo. Gemeenten kunnen zich hiervoor melden bij de DPG-en en/of zorgaanbieders die extra tijdelijke capaciteit organiseren om hierover aparte (financiële) afspraken te maken. Dit valt buiten het bestek van de financiering in dit memo

In het licht van de regionale aanpak heeft de minister van VWS op 31 maart aan de directeuren publieke gezondheid (DPG-en) gevraagd onder andere de volgende taken op te pakken:

- De opgave als gevolg van COVID-19 voor de regio in beeld te brengen op basis van scenario's, gekoppeld aan RIVM- projecties en te zorgen dat op basis daarvan afspraken worden gemaakt over de in te richten cohorten (capaciteit) en de inzet van het beschikbare personeel.
- Erop toe te zien dat er -gelet op de opgave- voldoende plekken worden gerealiseerd voor kwetsbare patiënten buiten het ziekenhuis en waar nodig tijdelijke zorglocaties (coronacentra) voor cohortverpleging in de regio te realiseren en daarbij afspraken te maken met de exploitant en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor over de financiering. Deze opdracht vloeit voort uit het OMT advies nr. 57 dd. 28 februari 2020.
- Te bevorderen dat partijen samenwerken bij/opdracht te geven tot het realiseren van een centraal coördinatiepunt in iedere regio voor toeleiding naar de juiste zorg op de juiste plek, waarin voldoende deskundigheid beschikbaar is voor deze taak. Hierbij wordt ingezet op optimale benutting of uitbreiding van de bestaande regionale infrastructuur (regionale coördinatiefuncties) met de aanwezige deskundigheid voor toeleiding naar de Juiste zorg op de Juiste plek.
- Te bevorderen/opdracht te geven de informatievoorziening bij het coördinatiepunt zodanig in te richten dat actueel inzicht mogelijk is in de beschikbare/bezette plekken in de regio per cohort.

- Te faciliteren dat over de financiering van de zorgverlening in verband met COVID-19 in de regio afspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en de zorgverzekeraar(s) en het zorgkantoor (o.a. de zorglevering in Coronacentra- en units, het coördinatiepunt en andere extra kosten als gevolg van COVID-19).

De DPG-en, ROAZ-en, zorgaanbieders in de regio en zorgverzekeraar/zorgkantoren hebben deze handschoenen in veel regio's al voortvarend opgepakt. In veel regio's zijn en worden al diverse initiatieven gestart om de capaciteit te verhogen en opvang te bieden aan kwetsbare patiënten. Dit gebeurt deels in bestaande instellingen door het inzetten van bestaande (of onbenutte) capaciteit (corona-units) en deels door het realiseren van extra capaciteit (coronacentra) in (tijdelijke) nieuwe locaties. Omwille van de voortgang bij het realiseren van voldoende capaciteit is duidelijkheid over besluitvorming en financiering gewenst. In dit memo gaan we daarom in op

- Een besluitvormingsstructuur waardoor beslissen (over extra capaciteit) en financiering in samenspraak plaatsvinden;
- Duidelijke afspraken over de financiering die partijen voldoende zekerheid bieden en passend zijn;
- Afspraken over het te volgen proces die het voor iedere partij praktisch werkbaar maakt.

Dit memo, dat is opgesteld in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, de DPG-en en Actiz heeft als doel de gevraagde duidelijkheid te geven, opdat partijen die in de regio hun verantwoordelijkheid nemen zich met deze afspraken gesteund voelen in hun stevige opgave.

2. Besluitvorming

De DPG-en hebben van de minister van VWS de opdracht gekregen om de opgave in de regio in beeld te brengen. De DPG-en ontwikkelen hiertoe een model voor scenario-analyses over de ontwikkeling van de zorgvraag van de kwetsbare patiënten op basis van data van het RIVM, LCPS, ervaringen uit regio's als Noord-Brabant en Limburg en een regionale doorvertaling per regio. Een eerste, grofmazige versie van deze prognoses wordt 15 april verwacht.

Het vullen van het model levert vervolgens scenario's op voor de zorgvraag per regio voor kwetsbare personen met (verdenking op) COVID-19. Het is de taak van de DPG om in zijn/haar regio de toepassing van het model en de uitkomsten te toetsen bij de betrokken zorgpartijen, waaronder de zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor (= samenwerkingsverband). De DPG zorgt dat er een overwogen, gedragen keuze wordt gemaakt voor het te hanteren scenario.

De DPG heeft de opdracht ervoor te zorgen dat er in iedere regio een coördinatiepunt is, dat beschikt over een actueel inzicht in de beschikbare/bezette plekken in de regio. Er wordt hierbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de bestaande regionale infrastructuur (regionale coördinatiefuncties). Hoeveel extra capaciteit er nodig is wordt bepaald aan de hand van de verwachte zorgvraag en capaciteit die hiervoor nodig is en de reeds beschikbare capaciteit.

De DPG inventariseert of uitbreiding van capaciteit binnen bestaande instellingen (corona-units) waar zorg veilig en doelmatig geleverd kan worden mogelijk is (voorkeur). Daarnaast brengt de DPG in beeld welke (tijdelijke) nieuwe locaties mogelijk en nodig zijn. Hierbij hebben locaties waar de benodigde infrastructuur al aanwezig is de voorkeur omwille van doelmatigheid en snelheid.

De DPG ontwikkelt op basis van het regionale scenario en deze inventarisatie een voorstel waarin wordt aangegeven op welke wijze voldaan kan worden aan de verwachte zorgvraag in de regio (aantal plekken, aantal en welke cohorten en waar te realiseren). Hierin worden ook de mogelijkheden van 1) geleidelijke opschaling en 2) het gebruikmaken van (over)capaciteit in andere/aangrenzende regio's in beeld gebracht, waarbij de efficiënte inzet van zorgprofessionals en persoonlijke beschermingsmiddelen meegenomen wordt in de afweging. Er wordt in eerste instantie gekeken naar de mogelijkheden om de zorg veilig en efficiënt thuis (of in de WLZ-instelling) op te schalen, bijvoorbeeld via de coronateams binnen de wijkverpleging. Het voorstel

wordt besproken met het samenwerkingsverband, waarna de DPG een besluit neemt over de wijze waarop de extra capaciteit in de regio wordt gerealiseerd. Dit wordt naar de regio, het samenwerkingsverband, LOT-c en het LCPS gecommuniceerd.

De DPG zoekt in samenspraak met de preferente zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor (een) zorgaanbieder(s) om de extra capaciteit in de regio te realiseren. Op basis van de uitgangspunten in dit document worden met deze zorgaanbieder(s) financiële afspraken gemaakt (zie hierna).

3. Financiering

De basis van de financiering zijn de reguliere afspraken tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. De zorgaanbieders betreffen VVT-aanbieders met een ELV-contract die in samenspraak met DPG en preferente zorgverzekeraar(s) waar nodig extra cohortcapaciteit gaan realiseren. Voor de hierboven genoemde doelgroepen gelden de volgende afspraken:

1. Voor patiënten met (verdenking op) COVID-19 die kunnen worden ontslagen uit het ziekenhuis maar nog te ziek zijn om naar huis te gaan en voor patiënten met (verdenking op) COVID-19 die te ziek zijn voor verblijf in thuissituatie maar te 'goed' voor opname in een ziekenhuis, wordt de een aparte prestatiecode binnen de ELV-bekostiging gebruikt. Dit is prestatiecode A0012 Corona Cohortverpleging binnen het ELV.
2. Ook mensen met een Wlz-indicatie kunnen worden opgenomen in een voorziening waar Corona cohortzorg wordt geboden wanneer deze opname het best past bij hun zorgvraag. Met partijen wordt gekeken naar de meest pragmatische wijze van toerekening van kosten aan de Zvw/Wlz, zonder de betrokken zorgaanbieders hiermee onnodig te belasten.
3. De zorg die wordt verleend op de cohortplekken wordt bij de zorgverzekeraar van de patiënt gedeclareerd met de prestatie A0012 Corona Cohortverpleging. Hiervoor is het tarief €282,92 (gebaseerd op de max tarief voor ELV hoog-complex met max-max). De verwachting is dat met dit tarief deels de werkelijke kosten die verband houden met extra inzet personeel en persoonlijke beschermingsmiddelen kunnen worden gedekt.
4. VVT aanbieders met een ELV-contract kunnen de prestatie A0012 Corona Cohortverpleging en het bijbehorende tarief declareren nadat zij dit overeen zijn gekomen met de 1^e (en waar nodig 2^e) marktleider zorgverzekeraar. Andere verzekeraars volgen deze afspraken. Ook dit moet formeel schriftelijk overeen worden gekomen voordat verzekeraars de declaraties kunnen vergoeden. Met partijen wordt hiervoor gekeken naar een voor alle partijen zo pragmatisch mogelijke werkwijze.
5. Op dit moment is het niet mogelijk een precieze inschatting te maken van de werkelijke kosten van deze zorg en de organisatie hiervan. Voor eventuele meerkosten bovenop dit tarief vindt achteraf verrekening plaats tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. De (eventuele) meerkosten worden verrekend op basis van maatwerk en onderbouwde en regionaal afgesproken capaciteitsopgaven. Voor de declaratie hiervan wordt gebruik gemaakt van de prestatie die volgt uit de nieuwe brede regeling vanuit de Zvw die nu opgesteld wordt door NZa (in nauw overleg met VWS, ZN en het Zorginstituut). Kosten die meegenomen worden bij de uiteindelijke berekening zijn, naast de zorgkosten, de opstartkosten, (beperkte) leegstand, projectkosten, eventuele afschalingskosten en omzetzerving, andere zorggerelateerde kosten, materialen, personeel, hulpmiddelen of bedden. Met partijen wordt nader uitgewerkt hoe deze meerkosten (achteraf) vergoed kunnen worden en onder welke voorwaarden. Bij het berekenen van de te verrekenen meerkosten wordt ook gekeken naar compensatie die via andere steunmaatregelen heeft plaatsgevonden. De verdere uitwerking van deze prestatie(s) wordt gezamenlijk opgepakt door NZa, ZN en GGDGHOR NL.
6. Per cohort is er één VVT-aanbieder die als kassier werkt en declareert bij de verzekeraar waar de cliënt is verzekerd. De kassier verrekent de zorgkosten voor Corona cohortzorg via onderlinge dienstverlening met andere organisaties die binnen die voorziening ook zorg leveren. De kassier loopt hierin geen financieel risico. Partijen blijven met elkaar in gesprek om de gemaakte kosten te monitoren en eventuele niet voorziene problemen met elkaar te bespreken. De kassier fungeert tevens als aanspreekpunt voor de DPG bij opvang van andere doelgroepen op de zorglocatie.

7. Voor patiënten met (verdenking op) COVID-19 in de palliatieve fase is ook de prestatie A0012 Corona Cohortverpleging van toepassing. Indien de palliatieve unit in het cohort extra kosten heeft gemaakt wordt, kan dit bekostigd worden op basis van de brede regeling vanuit de ZVW zoals wordt opgesteld door de NZa. Zie hiervoor punt 5 van deze paragraaf.
8. Voor patiënten met (verdenking op) COVID-19 die wonen in een Wlz-instelling (Gehandicaptenzorg en VVT) geldt de reguliere bekostiging van Gehandicaptenzorg of VVT. Voor zover zij worden opgenomen in een voorziening voor Corona cohortzorg wordt zoals hiervoor aangegeven met partijen gekeken naar de meest pragmatische wijze van toerekening van kosten aan de Zvw/Wlz

De reeds opgeschaalde initiatieven en lopende initiatieven worden op bovenstaande wijze met terugwerkende kracht gefinancierd, mits goed in beeld ten behoeve van de totale regionale opgave.

In dit memo is uitgegaan van een VVT-aanbieder als "kassier" van een coronacentrum. Het kan ook voorkomen dat GHZ of GGZ aanbieders gezamenlijk het initiatief starten om in overleg met de DPG een coronacentrum te realiseren. Financiële uitgangspunten voor deze situatie worden, naar analogie van de afspraken in dit memo, voor deze situatie de komende week nader uitgewerkt.

4. Proces

Eerder in dit document is beschreven hoe besluitvorming over extra capaciteit door het realiseren van corona-units (binnen bestaande instellingen) of coronacentra (tijdelijke nieuwe zorglocaties) in de regio dient te verlopen.

Als dit proces is doorlopen, zoekt de DPG in samenspraak met de zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor (een) zorgaanbieder(s) om de extra capaciteit in de regio te realiseren. Deze aanbieder heeft de volgende taken:

1. Het plan voor de realisatie van een corona-unit of een coronacentrum voorleggen aan de preferente verzekeraar / zorgkantoor ter toetsing.
2. Om de initiatieven te kunnen toetsen is het wenselijk dat het plan minimaal de volgende informatie bevat:
 - Naam initiatief
 - Regio
 - Naam van organisatie(s) die het initiatief opstart(en)
 - Contactpersoon met e-mail & telefoonnummer
 - AGB code
 - Analyse huidige capaciteit
 - Analyse benodigde capaciteit
 - Opschalingsmodel
 - Doelgroep(en) type corona COVID-19 patiënten
 - Omschrijving van de te leveren zorg
 - Hoofdbehandelaar(s)
 - Locatiekeuze inclusief afwegingen conform uitgangspunten
 - Hoeveelheid bedden
 - Inschatting (meer)kosten
3. De preferente verzekeraar neemt het besluit over de financiering en de overige verzekeraars volgen de gemaakte afspraken.