

Vergaderjaar 2020–2021

29 247

Acute zorg

Nr. 317

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 oktober 2020

Door de snelle en dagelijkse stijging van het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen komt de reguliere zorg steeds meer onder druk te staan. De verwachting is dat de ziekenhuizen de komende periode met een verdere forse toename van het aantal patiënten te maken krijgen, terwijl de zorgmedewerkers nog niet volledig zijn bijgekomen van de eerste golf en de uitval wegens ziekte of quarantainemaatregelen onder hen oploopt. Veel mensen maken zich zorgen over het uitstellen van hun afspraak in ziekenhuis of bij een arts. Er worden reeds keuzes gemaakt in de ziekenhuizen om lokaal de planbare zorg die uitgesteld kan worden op een later moment in te plannen. Ondanks dat iedereen in de zorg zich dag en nacht tot het uiterste inzet, zie ik dat het niet meer mogelijk is om de volledige reguliere zorg te blijven verlenen. De tweede golf is sneller, eerder en anders dan verwacht, en leidt ondanks alle genomen maatregelen tot een te hoog aantal besmettingen en ziekenhuisopnames.

Zoals bekend is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus en in dat kader zijn er drie «ankerpunten» leidend; een acceptabele belastbaarheid van de zorg, het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving en het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus. In de curatieve zorg hebben alle partijen zich tot doel gesteld om binnen het eerste ankerpunt de reguliere zorg en de acute zorg, waaronder de benodigde zorg voor COVID-19 patiënten, zo goed mogelijk naast elkaar te laten doorgaan. Het Opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is opgesteld en wordt zo goed mogelijk uitgevoerd.

De huidige situatie in de gezondheidszorgsector leidt ertoe dat er in deze fase van de crisis scherpere keuzes op basis van de urgentie moeten worden gemaakt om dit doel in stand te houden. Ook met oog voor de zeer hoge werkdruk waar onze zorgprofessionals momenteel mee te maken hebben. Het is niet reëel om ervan uit te gaan dat er een oneindig beroep kan worden gedaan op deze mensen. Op lokaal niveau worden dit soort keuzes noodgedwongen al gemaakt. Omdat in heel Nederland op

een gelijk en evenwichtig niveau uitstel van delen van planbare zorg nodig is heb ik samen met de partijen maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat we onder deze uitzonderlijke omstandigheden het goede blijven doen. Deze maatregelen vat ik in een tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg in de COVID-19 pandemie. Zo kunnen we de kwaliteit en toegankelijkheid op peil houden van de acute zorg (voor zowel COVID als non-COVID-patiënten) en van de zorg die door moet blijven gaan om blijvende gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren zo veel mogelijk te voorkomen, ook wel de kritieke planbare zorg genoemd.

Ik ga er samen met de partijen voor zorgen dat de benodigde maatregelen in het hele land op dezelfde manier worden doorgevoerd, zolang dat in deze fase van de pandemie nodig is. Hierdoor borg ik dat de toegang die patiënten hebben tot de zorg overal in Nederland gelijk blijft en dat geen willekeur ontstaat. De kwaliteit die wordt geleverd en de afwegingen die daarbij door zorgprofessionals worden gemaakt moet overal gelijkwaardig blijven. Daarbij wil ik benadrukken dat mensen wel contact moeten blijven opnemen met hun zorgverlener als zij een zorgvraag hebben en dat de levering van acute zorg niet ter discussie staat.

Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie

Het tijdelijk beleidskader beoogt de volgende werking.

(1) Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) expliciteert richting de regionale overleggen acute zorgketen (ROAZ'en) – en desgewenst via de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS) met de individuele ziekenhuizen – hoeveel COVID-patiënten zij op basis van de prognoses de komende zeven dagen kunnen verwachten en waar ze zich dus op moeten voorbereiden. Hierdoor weet elk ziekenhuis waar het aan toe is. Alle partijen in het ROAZ hebben een bestuurlijke verantwoordelijkheid om de zorg voor het te verwachten aantal patiënten te accommoderen; de ziekenhuizen en zo mogelijk ook de zelfstandige klinieken dienen hiertoe de COVID-zorg op te schalen en de non-COVID-zorg af te schalen.

(2) Dit doen zij aan de hand van de handvatten van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), waarbij voorop staat dat besluitvorming begint én eindigt bij de zorgbehoefte van de individuele patiënt en datgene wat zorgverleners nodig hebben om die zorg goed en veilig te bieden. Om dit mogelijk te maken is (3) maximale regionale ketensamenwerking noodzakelijk van alle zorgaanbieders in de regio, waarbij de instroom via de huisartsen en de door- en uitstroom uit de ziekenhuizen wordt verbeterd, (4) een actueel beeld met de laatste stand van zaken essentieel om de zorg rondom patiënten goed te kunnen coördineren en (5) financieel comfort nodig voor de zorgaanbieders om de benodigde keuzes te kunnen maken.

Om dit te realiseren neemt iedereen zijn verantwoordelijkheid; de ziekenhuizen en zelfstandige klinieken, de huisartsen, VVT-instellingen, de wijkverpleging, thuiszorg en andere zorgaanbieders in de uitvoering, de ROAZ'en en het LCPS in de coördinatie van de samenwerking, en de zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling en het financiële comfort. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevorderen vanuit hun toezichhoudende rol dat de samenwerking optimaal en effectief is, en dat binnen de regio en de verschillende zorginstellingen uitvoering wordt gegeven aan de landelijke afspraken over de spreiding van zorg, zodat de zorg goed, veilig en

toegankelijk blijft. Samen met betrokken partijen¹ heb ik op 22 oktober jl. afgesproken om met dit tijdelijk beleidskader te gaan werken en alle partijen hebben daarbij hun commitment uitgesproken.

Bovenstaande vijf maatregelen licht ik hieronder uitgebreid toe.

1. Bredere inzet op evenwichtige patiëntenspreiding en meer doorzettingsmacht voor een planmatige sturing vanuit het LCPS

Het LCPS is in de eerste golf opgericht door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), in opdracht van de IGJ en in afstemming met VWS. Het LCPS heeft als doel om de werklast van de COVID-zorg in de Nederlandse ziekenhuizen tijdens de crisis te spreiden, zodat landelijk de totale patiëntenzorg zo effectief mogelijk kan doorgaan. Het LCPS is sinds 23 september weer operationeel om voor de tweede COVID-golf bovenregionaal te zorgen voor patiëntenspreiding. Het LCPS gaat vanaf nu dagelijks bepalen wat zij de komende week aan capaciteit op landelijk niveau nodig heeft om de toenemende COVID-patiëntenstroom aan te kunnen. Daarbij bepaalt het LCPS de regionale verdeling van de gevraagde capaciteit voor de ROAZ'en, waar het RCPS vervolgens op stuurt. Desgewenst kan het LCPS de gevraagde capaciteit ook per individueel ziekenhuis doorgeven. Op regionaal niveau wordt binnen de ROAZ'en vervolgens afgesproken hoe deze geprognostiseerde en benodigde capaciteit door de individuele ziekenhuizen wordt geleverd en op welke wijze en in welke mate afschaling van planbare zorg nodig is om de gevraagde capaciteit beschikbaar te maken. Hier ligt de bestuurlijke verantwoordelijkheid van alle zorginstellingen om dit te faciliteren.

Er worden dus zowel landelijk als regionaal niet-vrijblijvende afspraken gemaakt. De uitvoering daarvan is complex en dynamisch en dat vraagt om intensieve samenwerking. Ook deze samenwerking is dus niet-vrijblijvend. De IGJ ziet erop toe dat deze samenwerking zodanig is, dat deze leidt tot goede en veilige zorg. De regionale samenwerking is immers een randvoorwaarde voor goede zorg en heeft daarmee ook een duidelijke wettelijke basis in met name artikel 3 van de Wkkgz. De betrokken partijen moeten constructief betrokken zijn en vraagstukken in onderlinge samenhang bespreken waarbij landelijke kaders in de lokale en regionale context worden toegepast. Onder meer met het oog op die aspecten werken de IGJ en de NZa nauw samen.

Het LCPS informeert de regio's en ziekenhuizen dagelijks. Ziekenhuizen weten hiermee sneller en preciezer hoeveel patiënten ze kunnen verwachten. Artikel 3 van de Wkkgz schrijft voor dat zorgaanbieders de zorgverlening zodanig moeten organiseren dat die leidt tot goede en veilige zorg, en dat de randvoorwaarden voor die zorg aanwezig moeten zijn. Ook hier ziet de IGJ op toe. Doordat ziekenhuizen op grond van de informatie van het LCPS weten met welke aantallen COVID-patiënten zij rekening moeten houden, weten zij ook in hoeverre zij de COVID-zorg moeten opschalen en dus ook welke andere zorg moet worden afgeschaald of uitgesteld. Urgentere zorg moet immers voor minder urgente zorg gaan, en de zorg die geleverd wordt moet te allen tijde goed en veilig zijn.

2. Kaderstelling voor prioritering van zorg

Het noodzakelijk afschalen van non-COVID-zorg betekent keuzes maken tussen urgentere en minder urgente zorg. Hier is geen pasklaar model

¹ LNAZ, LCPS, FMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN/zorgverzekeraars, LHV, V&VN, Patiëntenfederatie, IGJ en de NZa.

voor, want er moet altijd ruimte zijn voor beslissingen op individueel patiënten niveau door de medisch professional. Dit neemt niet weg dat professionals aangeven een hulpmiddel te kunnen maken, wat als basis kan dienen voor het gesprek en besluitvorming in de prioritering van zorg, dat lokaal wordt genomen rekening houdend met de individuele situatie van de patiënt. Om gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren zo veel mogelijk te voorkomen, wordt hiervoor gekeken naar de planbare zorg die binnen een termijn van zes weken moet plaatsvinden. Voor deze kritieke planbare zorg maakt de FMS samen met haar leden, de wetenschappelijke verenigingen, een raamwerk voorzien van voorbeeld-casuïstiek (niet-limitatief) van planbare klinische behandelingen, interventies en operaties. Het raamwerk bevat hiervoor per urgentieklasse van zorg en per crisisfase aanbevelingen voor afwegingen die in het ziekenhuis gemaakt kunnen worden in de gesprekken over afschaling van non-COVID-zorg.

Bij de organisatie van de zorg en de keuzes die gemaakt worden, moet de individuele zorgbehoefte van patiënten voorop staan, waarbij rekening gehouden wordt met wat zorgverleners nodig hebben om goede en veilige zorg te verlenen. Hiervoor wordt een raamwerk ontwikkeld dat gebruikt kan worden voor de gesprekken en besluitvorming binnen zorginstellingen. De IGJ ziet erop toe dat dit leidt tot goede en veilige zorg. Het is en blijft aan de medisch specialist en de (bestuurders van de) instelling om in gezamenlijkheid keuzes te maken over welke zorg wel of niet verantwoord kan worden uitgesteld.

Het is van belang dat patiënten weten waar ze aan toe zijn en waar zij op kunnen rekenen. Samen met de NZa, IGJ, Patiënten Federatie Nederland, de artsen en verpleegkundigen, de zorgverzekeraars en de overige betrokken partijen zorg ik voor eenduidige communicatie hierover.

3. Maximalisering regionale ketensamenwerking van alle zorgaanbieders in het ROAZ

In het ROAZ worden afspraken gemaakt om het aanbod van acute zorg in de regio goed af te stemmen op de vraag naar acute zorg in de regio. De ROAZ'en hebben de afgelopen periode ook voor COVID-zorg regionale afspraken gemaakt, zodat de in- en doorstroom is geoptimaliseerd. Ik verwacht daarbovenop van alle deelnemers in het ROAZ dat er vanaf nu ook lokale en regionale afspraken worden gemaakt om de toegankelijkheid van de zorg in den brede te borgen en onderlinge samenwerking te optimaliseren; van de huisartsenzorg, de VVT, de acute zorg (COVID en non-COVID) en de kritieke planbare zorg.

Hiertoe gaan zorgverzekeraars en zorgaanbieders, inclusief de zelfstandige klinieken, de huisartsen, de wijkverpleegkundigen, thuiszorg en de VVT-sector, in ROAZ-verband afspraken maken over de noodzakelijke afschaling van zorg en het spreiden van patiënten. Onderdeel van deze geïntensiveerde ketensamenwerking is dat er ook afspraken worden gemaakt met de verwijzers, zijnde de huisartsen, over een evenwichtige instroom van patiënten. Daarbij volgt men dan de «Handreiking voor keuzes bij het op-/afschalen van reguliere poliklinische non-COVID-zorg ten tijde van schaarste in de COVID-19 pandemie» van de FMS, LHV, NHG en Patiëntenfederatie en het hiervoor genoemde raamwerk van de FMS voor de kritieke planbare zorg. Afspraken met aanbieders van eerstelijns verblijf, wijkverpleegkundige zorg thuis en verpleeghuiszorg zijn een essentiële schakel ten behoeve van de doorstroom in de zorgketen. Ter ondersteuning heeft de wetenschappelijke vereniging van de longartsen en internisten een handreiking opgesteld hoe de zorg van COVID-19

patiënten die geen ziekenhuiszorg meer nodig hebben, verantwoord kan worden voortgezet in deze alternatieve zorgsettings.

Door deze maatregel wordt lokaal en regionaal de toegankelijkheid van de noodzakelijke reguliere zorg en de acute zorg geborgd op een landelijk gelijk niveau. De NZa vervult hierbij een monitorende en stimulerende rol. Hiertoe verzamelt de NZa data en stelt die ten behoeve van de transparantie aan de ROAZ'en beschikbaar ter ondersteuning van de regionale samenwerking.

4. Transparantie over toegankelijkheid zorg

Actuele informatie is essentieel om de zorg rondom de patiënt te kunnen coördineren. Door tijdig de juiste informatie beschikbaar te hebben, kan continu worden ingespeeld op de beschikbare capaciteit van zorg. Sinds de eerste golf monitort de NZa al actief de toegankelijkheid van de reguliere zorg. Zo worden de ROAZ'en ondersteund met cijfers over verwijzingen, productie en wachttijdgegevens. Tijdig de meest actuele data beschikbaar hebben, blijft hierbij een uitdaging. De NZa richt daarom een aparte informatievoorziening in om de toegankelijkheid van de kritieke planbare zorg nauwgezet te kunnen volgen. Hierbij wordt samengewerkt met het LCPS gezien de beschikbare data rondom de bedden capaciteit die daar aanwezig is. Ik ondersteun deze inzet op het vlak van de tijdelijke dataverzameling ten behoeve van de signaleringsfunctie, omdat dit bijdraagt aan verantwoorde keuzes over de organisatie van zorg. De informatievoorziening vraagt van zorgaanbieders om de benodigde informatie actief aan te leveren. Ik realiseer me dat elke extra actie al veel gevraagd is in een tijd waarin de werkdruk al bijzonder hoog is. Maar gezien de fase waarin we nu zitten en het belang om daarin de meest accurate informatie beschikbaar te hebben, wil ik zorgaanbieders nadrukkelijk vragen dit op te pakken. De NZa zet in op een proportionele administratieve belasting en gebruikt zoveel mogelijk de data die al beschikbaar is. De NZa gebruikt de informatie voor hun landelijke coördinatie en ontsluit ook de informatie aan de ROAZ-regio's, zodat zoveel mogelijk regionaal kan worden gestuurd op de totale beschikbare capaciteit.

5. Financiële randvoorwaarden

Voor de ziekenhuizen en andere zorgaanbieders is het van belang dat zij zich in de komende periode vooral kunnen richten op het goed organiseren van de zorg voor patiënten. Het zal van ziekenhuizen veel vragen – bestuurlijk, organisatorisch en medisch-inhoudelijk – om steeds voorbereid te zijn op een groeiende groep COVID-19 patiënten en tegelijkertijd de juiste afwegingen te maken rondom het uitstellen van zorg voor patiënten als dat verantwoord is. In een dergelijke situatie zouden er geen zorgen moeten zijn over de marktpositie en inkomstenderving. Het verheugt mij daarom dat de zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij – net zoals rondom de eerste golf de insteek was – comfort willen bieden aan de ziekenhuizen en andere zorgsectoren die met dit tijdelijke beleidskader te maken krijgen.

In juli hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen al afspraken gemaakt over de vergoeding van gederfde inkomsten en meerkosten als gevolg van COVID-19 in 2020. Het doel van deze regeling is om de financiële effecten van COVID-19 te neutraliseren en de continuïteit van de ziekenhuiszorg te garanderen. Zorgverzekeraars hebben mij verzekerd dat ook in de huidige tweede golf deze regeling van kracht is. Momenteel zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen in gesprek over een regeling die, naast de reguliere contractering, ook in 2021 een vangnet biedt voor gederfde

inkomsten en meerkosten die worden gemaakt in verband met COVID-19. Ik roep partijen op om zo snel mogelijk overeenstemming te bereiken, zodat er voor iedereen duidelijkheid komt en de aandacht gericht kan zijn op de aanpak van deze tweede patiëntengolf.

Daarbij worden zorgverzekeraars actief betrokken bij de afspraken die in de regio worden gemaakt om toegankelijkheid van zorg te borgen. Zij reiken proactief (tijdelijke) financieringsconstructies aan, bijvoorbeeld om onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders te faciliteren. Zij zetten zich actief in om zorgbemiddeling toe te passen om de zorgcapaciteit zo optimaal mogelijk te benutten, binnen de afspraken die in de regio worden gemaakt. De continuïteitsbijdrage die eerder door verzekeraars aan ziekenhuizen en ZBC's is verstrekt dekt de meerkosten en de productie-uitval bij aanbieders. Indien hiernaast nog aanvullende financiering nodig is gaan zorgverzekeraars hierover met partijen in gesprek. Daarbij richten de zorgverzekeraars zich op de continuïteit van de zorg en zorgen zij voor de juiste productieprikkels gegeven de bovenstaande maatregelen. De NZa ziet hierop toe.

Aanvullende acties voor het vergroten van zorgcapaciteit

Met bovengenoemde maatregelen wil ik bewerkstelligen dat er in deze uitzonderlijke omstandigheden sprake is van een evenwichtige verdeling van de zorgdruk in Nederland. Met elkaar moeten we die druk dragen. De aanvullende maatregelen in deze brief zijn tot dit doel beperkt, maar daarnaast zijn zoals u weet ook verschillende andere acties gaande om de zorgcapaciteit te vergroten. Met het Opschalingsplan wordt verder gewerkt aan het realiseren van nog eens 350 IC-bedden en 700 klinische bedden die per 1 januari 2021 beoogd zijn en het werven en opleiden van extra personeel. Omdat we opnieuw met grote aantallen COVID-19 patiënten te maken hebben in de ziekenhuizen en de verwachting is dat dit aantal nog toeneemt, kijk ik ook naar verdere maatregelen, zoals naar de concentratie van deze patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau. Tot slot zijn er afspraken met Duitsland, om elkaar – op basis van wederkerigheid en in geval van nood – bij te staan.

Tot slot

De huidige omstandigheden leggen een enorme druk op de zorg en iedereen die in de zorg werkt. De maatregelen die ik nu samen met de partijen neem, dienen ertoe om de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt in stand te houden en de zorgverleners hierin te ondersteunen. Daarbij wil ik in het licht van deze maatregelen, mede namens alle betrokken partijen, het belang benadrukken dat iedereen zich aan de maatregelen van het kabinet houdt om zo met elkaar het virus terug te dringen en het aantal besmettingen een halt toe te roepen.

De zorg en de levering van acute zorg staat niet ter discussie. Het is van belang dat iedereen met een zorgvraag contact op blijft nemen met de huisarts, zodat er ook zicht blijft op de lokale, regionale en landelijk zorgvraag. Alleen met dit inzicht kan de regionale keten vervolgens zijn werk doen. Het kan zijn dat het contact anders vorm krijgt dan in normale tijden en dat bijvoorbeeld niet dat iedereen altijd direct langs kan komen. Maar voor iedere patiënt wordt gezien wat passend is, bijvoorbeeld met de inzet van digitale zorg. Al mijn inzet, en die van alle zorgverleners die

zich 24 uur per dag en 7 dagen per week inzetten, is erop gericht dat patiënten de best mogelijke zorg die zij nodig hebben ook blijven ontvangen.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark