

Vergaderjaar 2021–2022

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 338**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 november 2021

Met deze brief informeer ik uw Kamer over de aanvullende afspraken die ik met alle betrokken partijen in de zorg heb gemaakt over het waarborgen van de toegang tot IC-afhankelijke kritiek planbare zorg.

### *Bestaande afspraken afschalen reguliere zorg*

In oktober 2020 is over het afschalen van reguliere zorg het «Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie» (hierna: tijdelijk beleidskader) opgesteld.<sup>1</sup> De afspraken in het kader hebben tot doel dat overal in Nederland de toegang tot de zorg voor patiënten gelijk blijft en dat permanente gezondheidsschade en verlies van levensjaren bij patiënten zo veel mogelijk wordt voorkomen. Het kader is nog steeds van kracht en is een waardevol instrument voor de afwegingen rondom het afschalen en opschalen van zorg die door de betrokken partijen in de praktijk van de patiëntenzorg moeten worden gemaakt.

Sinds de tweede helft van oktober 2021 stijgt het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen snel. Dit zorgt opnieuw voor toenemende druk op de capaciteit in de ziekenhuizen. Op 3 november kondigden de voorzitters van de Regionale Overlegorganen Acute Zorgketen (ROAZ) «fase 2b» af en op 10 november werd «fase 2c» afgekondigd.<sup>2</sup> In fase 2c is er grote druk op ziekenhuiszorg, waardoor de zorgcontinuïteit in gevaar kan komen. De COVID-19 capaciteit wordt opgeschaald en zorg die medisch verantwoord kan wachten wordt afgeschaald, conform het geactualiseerde «Opschalingsplan COVID-19» van het Landelijk Netwerk

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 317.

<sup>2</sup> In het LNAZ Opschalingsplan COVID-19 zijn fases gedefinieerd omtrent zorgcontinuïteit in tijden van pandemieën en rampen. In fase 2 – opgeschaalde zorg – is de zorg «systeemgericht»: er wordt op aanpassingen in het zorgsysteem gericht om zo lang mogelijk de capaciteit en kwaliteit van de (kritieke) zorgverlening te kunnen garanderen.

Acute Zorg (LNAZ).<sup>3</sup> Dat betekent dat patiënten met planbare behandelingen langer moeten wachten of dat een behandeling wordt uitgesteld, zodat de zorgprofessionals kunnen worden ingezet voor het verlenen van (semi-)acute zorg (bijvoorbeeld aan COVID-19 patiënten of aan mensen die een ernstig ongeluk hebben gehad) of van zorg aan patiënten die planbare zorg nodig hebben die niet op een verantwoorde manier lang kan worden uitgesteld. Deze wijze van op- en afschaling is in lijn met de urgentieclassificering uit het raamwerk<sup>4</sup> van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), dat deel uitmaakt van het tijdelijk beleidskader.

#### *Noodzaak aanvullende afspraken IC-afhankelijke kritiek planbare zorg*

Uit de actuele inzichten rond de capaciteitsvraagstukken in de ziekenhuizen komt nadrukkelijk naar voren dat de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg onder steeds grotere druk komt te staan. Kritiek planbare zorg moet binnen een termijn van zes weken plaatsvinden, omdat er anders een hoog risico is op permanente gezondheidsschade en/of verlies van levensjaren voor de patiënt. IC-afhankelijke kritiek planbare behandelingen zijn in het algemeen operaties waarbij, vanwege de complexiteit of ingrijpendheid, intensieve bewaking of stabilisatie na de operatie noodzakelijk is, zoals beademing of ondersteuning van het hart of de bloeddruk. Voorbeelden hiervan zijn openhartoperaties, hersenoperaties of grote oncologische chirurgie. De IC-afhankelijke kritiek planbare zorg staat onder druk, omdat voor behandelingen in deze categorie zowel operatiekamer (OK)- als IC-capaciteit noodzakelijk is, terwijl juist op deze afdelingen sprake is van schaarste. Dit komt door de sterk toenemende COVID-druk in combinatie met de inhaalzorgopgave en het streven om de reguliere zorg zoveel mogelijk door te laten gaan, terwijl tegelijkertijd schaarste is aan personeel wegens uitval, uitstroom of omdat bijvoorbeeld OK-personeel als buddy moet bijspringen op andere (COVID-)afdelingen. Om de professionals en de ziekenhuizen te ondersteunen bij de afwegingen die zij moeten maken rond de inzet van de beschikbare capaciteit, is het daarom nodig om – aanvullend op het tijdelijk beleidskader – afspraken te maken over de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg.

#### *Aanvulling op het beleidskader*

Samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en partijen uit het veld is een aanvulling opgesteld op het tijdelijk beleidskader dat bedoeld is om in fase 2 de toegang tot de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg te borgen. Deze aanvulling vindt u als bijlage bij deze brief<sup>5</sup>. Samenvattend beoogt deze aanvulling de volgende werking:

- Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) blijft COVID-19 patiënten op een evenwichtige manier spreiden over de regio's volgens het huidige fair share model.
- In de regio's wordt bij het spreiden van COVID-19 patiënten expliciet rekening gehouden met het borgen van reguliere IC-afhankelijke kritiek planbare zorg. Dat kan betekenen dat in een regio het ene ziekenhuis verhoudingsgewijs meer COVID-19 patiënten opvangt, zodat in een ander ziekenhuis de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg doorgang kan vinden.
- Het afschalen en opschalen van non-COVID zorg gebeurt aan de hand van de handvatten van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), waarbij voorop staat dat besluitvorming begint én eindigt bij het

<sup>3</sup> LNAZ, Opschalingsplan COVID-19, versie 1.1, oktober 2021. Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 1468.

<sup>4</sup> FMS, «Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk», 30 oktober 2020.

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

goede gesprek tussen individuele patiënt en de zorgprofessional. Voorkomen moet worden dat IC-afhankelijke kritiek planbare zorg eerder moet worden afgeschaald dan de minder urgente planbare zorg.

- Maximale samenwerking in de regio is nodig om dit mogelijk te maken. De ROAZ-voorzitter initieert het gesprek hierover en alle betrokken partijen hebben de verantwoordelijkheid om hieraan oplossingsgericht deel te nemen. De afspraken in dit aanvullende kader zijn niet vrijblijvend.
- Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om in het ROAZ, samen met de betrokken zorgaanbieders, de goede randvoorwaarden scheppen om deze afspraken mogelijk te maken.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en NZa zien er samen op toe dat iedere ROAZ-regio dit gesprek voert en dat de noodzakelijke afspraken worden gemaakt.
- Daarnaast is afgesproken dat zelfstandige klinieken tijdens fase 2 planbare zorg blijven leveren, zolang dit de (semi-)acute zorg en IC-afhankelijke kritiek planbare zorg niet in de weg staat. Op het moment dat dit wel het geval is, wordt in ROAZ-verband het gesprek gevoerd over de vraag waar zorgprofessionals uit de zelfstandige klinieken kunnen helpen om te voorkomen dat de toegankelijkheid tot de (semi-)acute zorg en IC-afhankelijke kritiek planbare zorg in het geding komt.

Om bovenstaande afspraken mogelijk te maken zijn ook enkele randvoorwaarden geformuleerd. De NZa vraagt verdiepende informatie uit over de mate waarin ziekenhuizen IC-afhankelijke kritiek planbare zorg kunnen leveren. Daarnaast worden door zorgverzekeraars, samen met de betrokken zorgaanbieders, de juiste (financiële) randvoorwaarden gecreëerd om uitvoering te geven aan de afspraken die in ROAZ-verband zijn gemaakt. En bovenal is het van groot belang dat de patiënten weten waar zij aan toe zijn en goed worden geïnformeerd. Daarvoor wordt continu ingezet op communicatie van de zorgprofessional richting de patiënt, bijvoorbeeld over de mogelijkheid van zorgbemiddeling via de zorgverzekeraar, en op het uitleggen van de keuzes die worden gemaakt om de zorg tijdens deze pandemie zo goed mogelijk toegankelijk te houden.

### *Samenwerking en commitment*

De veerkracht en het samenwerkende vermogen die partijen in de zorg tijdens de COVID-19 pandemie hebben laten zien, zijn indrukwekkend. De aanvullende afspraken vragen opnieuw om solidariteit en nauwe samenwerking in de regio. Als fase 2 van kracht is en het aantal COVID-19 patiënten toeneemt, vraagt dit een systeemgerichte benadering met als doel het voorkomen van een ernstige crisis (fase 3). Het vraagt van alle partijen om hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk de patiënten met de meest urgente zorgvraag helpen om permanente gezondheidsschade en verlies van levensjaren zoveel mogelijk te voorkomen én om de toegang tot zorg voor patiënten in heel Nederland gelijk te houden. Het is niet reëel om er als samenleving vanuit te gaan dat er een oneindig beroep kan worden gedaan op zorgprofessionals. Zorgprofessionals werken al ruim 1,5 jaar onder hoogspanning en de schaarste aan zorgprofessionals maakt dat soms lastige keuzes gemaakt moeten worden. Het op peil houden van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg (voor zowel COVID-19 als non-COVID patiënten) en specifiek ook de kritiek planbare zorg, kan alleen als iedereen samenwerkt. Daar zijn de aanvullende afspraken op het tijdelijk beleidskader voor bedoeld. Het is

daarom goed om vast te kunnen stellen dat alle partijen hun commitment hebben uitgesproken voor deze aanvullende afspraken.

Als laatste wil ik benadrukken dat mensen contact moeten blijven opnemen met hun zorgprofessional als zij een zorgvraag hebben en dat de levering van acute zorg niet ter discussie staat. In de communicatie, waar ik samen met de NZa, de Patiëntenfederatie en anderen aan werk, zal ik hier nadrukkelijk aandacht aan besteden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge