

Vergaderjaar 2020–2021

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 549**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 maart 2021

De huidige opkomst en verspreiding van nieuwe virusvarianten kunnen de toch al zeer hoge druk op de zorg sterk vergroten. Dat geldt voor elke zorgsector afzonderlijk en voor de (regionale) zorgketen als geheel. Die druk zien we nu onder meer terug in de aanhoudend hoge aantallen covid-patiënten en -besmettingen, in het steeds verder oplopende stuwmeer van uitgestelde zorg en in het hoge ziekteverzuim in de gehele zorgsector. Als de besmettingen op blijven lopen kan er ultimo een situatie ontstaan waarin – ondanks alle inspanningen – de zorg niet meer op gebruikelijke wijze kan worden verleend en er ingrijpende, onconventionele keuzes moeten worden gemaakt.

Ik hoop dat deze ernstige, ontwrichtende situaties nooit bewaarheid worden. Om te voorkomen dat een scenario als deze bewaarheid wordt, is onder andere ingezet op stevige maatregelen. Om hier toch zo goed mogelijk op voorbereid te zijn beschrijf ik in deze brief het tijdelijk beleidskader «Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie» (hierna beleidskader fase 3). Het beleidskader fase 3 heeft als doel dat alle patiënten altijd de nodige basiszorg en -ondersteuning blijven ontvangen en er geen willekeur ontstaat. Het moet gezien worden als een verdieping en verbreding van het tijdelijk beleidskader voor het waarborgen van acute zorg tijdens de COVID-19 pandemie dat sinds 23 oktober 2020 van kracht is (het bestaande beleidskader is voor de volledigheid toegevoegd).<sup>1</sup>

In beide beleidskaders wordt aandacht besteed aan de prioritering van zorg, maximalisering van regionale ketensamenwerking, transparantie over toegankelijkheid van zorg en de bijbehorende financiële randvoorwaarden. In het beleidskader fase 3 zal aanvullend en in de eerste plaats het belang van de continuïteit van de meest noodzakelijke zorg voor alle patiënten en cliënten in de hele zorg centraal staan. Om die continuïteit te waarborgen, kan in fase 3 de kwaliteit van zorg worden teruggeschroefd

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

van een hoog naar een acceptabel niveau. Het beleidskader heeft betrekking op alle zorgsectoren, zowel acute zorg als niet-acute zorg en zowel de covid-zorg als de non-covid-zorg.

### **Wanneer zal het verdiepende beleidskader «Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie» in werking treden?**

In de COVID-19 pandemie zijn er drie fases van zorgverlening:

- In fase 1 is er sprake van reguliere zorgverlening (met een eventuele piekbelasting in een enkele zorginstelling) zonder bedreiging van de zorgcontinuïteit.
- In fase 2 is de druk op meerdere zorginstellingen in de regio's hoog, vindt in oplopende mate afschaling van reguliere zorg plaats, en is (boven)regionale coördinatie nodig om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.
- Van fase 3 is sprake als alle capaciteit volledig is benut, alles maximaal opgeschaald en afgeschaald is en de samenwerking tussen zorgaanbieders zorgbreed volledig en maximaal is benut. Er zijn op dat moment geen lokale of regionale oplossingen meer mogelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen.<sup>2</sup>

Het afkondigen van fase 3 is een besluit van de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS). Fase 3 kan alleen landelijk afgekondigd worden en gebeurt pas alle opties in fase 2 benut zijn. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) informeert de Minister voor MZS en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit gebeurt in afstemming met het joint coalition overleg waar de betrokken zorgpartijen vertegenwoordigd zijn (zie ook maatregel 1). De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van de LNAZ en de informatie van de IGJ (kwaliteit) en de NZa (toegankelijkheid), wordt fase 3 vastgesteld door de Minister voor MZS. De Minister voor MZS zal de Tweede Kamer hiervan op de hoogte stellen.

Het moment dat de Minister voor MZS fase 3 afkondigt is op voorhand niet zorgbreed exact te bepalen. Er zijn verschillende variabelen, binnen verschillende zorgsectoren, die daarin bepalend kunnen zijn. Een belangrijke graadmeter is in ieder geval het huidige afkappunt uit het opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ, waarin wordt aangegeven dat bij bezetting van 1700 IC-bedden overgegaan wordt naar fase 3. Daarnaast kan ook een piekbelasting of bezetting in een andere sector aanleiding geven voor het afkondigen van fase 3. Bijvoorbeeld wanneer de opgeschaalde bedden capaciteit buiten het ziekenhuis in alle regio's bezet is, de uitwisseling tussen de sectoren maximaal is ingezet en bovenregionale spreiding van patiënten of personeel niet meer mogelijk is. Op dat moment zijn er geen andere mogelijkheden meer zijn om patiënten op te vangen, waardoor de landelijke zorgcontinuïteit en toegankelijkheid in het gedrang komt.

### **Welke maatregelen en acties zijn nodig om in fase 3 de continuïteit van zorg met behoud van een zo goed mogelijke kwaliteit te borgen voor alle patiënten?**

<sup>2</sup> In sommige sectoren worden voor deze fase 3 ook andere benamingen gebruikt, zoals «scenario zwart». Om verwarring met het «draaiboek code zwart» over triage op niet-medische gronden te voorkomen, vermijden we in dit verband vergelijkbare termen. Overigens maakt de toepassing van «draaiboek code zwart» wel onderdeel uit van het eindstadium van fase 3.

Op het moment dat fase 3 wordt afgekondigd zal het verdiepende beleidskader fase 3 in werking treden. In dit beleidskader zijn vier maatregelen en acties beschreven die nodig zijn voor het waarborgen van de continuïteit van zorg in fase 3: 1) De sectorale, regionale en landelijke borging van de continuïteit van zorg, 2) het verbreden van de informatiepositie, 3) financieel comfort en 4) communicatie. Deze maatregelen worden hieronder uitgewerkt.

### **1. Sectorale, regionale en landelijke borging van continuïteit van zorg**

In fase 3 ligt – net als in fase 1 en 2 – het primaat van de coördinatie en besluitvorming over de zorg in de ROAZ-regio. Dat is het best passende en meest geoefende schaalniveau om adequaat te reageren op situaties die zich aandienen.

In het ROAZ zijn alle partijen die een rol spelen in fase 3 van de COVID-19 pandemie vertegenwoordigd. Ook de (afgevaardigde) Directeur Publieke Gezondheid (DPG) neemt standaard plaats in het ROAZ-overleg. Als de situatie daarom vraagt, kan de voorzitter ROAZ ook deelnemen in de vergaderingen van de Regionale Beleids Teams (RBT's) van de Veiligheidsregio's. Zo wordt een continue en bestendige informatie-uitwisseling tussen ROAZ en GGD-GHOR/Veiligheidsregio bereikt. Dit is om in fase 3 optimaal samen te kunnen werken en wendbaar en snel te acteren als dit nodig is. Op die manier kan ook invulling worden gegeven aan de bepaling in de concept-AMvB acute zorg<sup>3</sup>, dat de crisisplannen worden aangeboden aan de DPG. De DPG zal deze plannen inbrengen in het bestuur van de Veiligheidsregio, zodat bij de opstelling en vaststelling van de crisisplannen van de Veiligheidsregio met de (breder) impact van de ROAZ-plannen rekening kan worden gehouden.

Om ervoor te zorgen dat elke zorgmedewerker en zorgorganisatie goed voorbereid is op fase 3 en er op dat moment optimaal gehandeld kan worden zijn kwalitatief goede en concrete sectorale- en regionale plannen en een landelijke informatievoorziening van cruciaal belang.

#### Sectorale borging

In de verschillende (deel)sectoren van de zorg zijn er in de afgelopen periode eigen sectorale fase 3 plannen gemaakt. Daarin is zorgvuldig beschreven hoe per sector zowel de covid- als de non-covid-zorg op de meest passende wijze georganiseerd en verleend kan worden, welke delen van de zorg(verlening) kunnen worden afgeschaald, hoe de acute (covid-)zorg kan worden opgeschaald, en op welke wijze de kwaliteit daarbij zo lang mogelijk op een aanvaardbaar niveau blijft. Hierbij valt te denken aan het uitstellen van bepaalde minder urgente behandelingen, het overdragen van zorgtaken in verpleeghuizen of op andere plekken aan mantelzorgers of vrijwilligers en het accepteren van een langere responstijd van ambulances bij minder urgente situaties.

De zorgaanbieders moeten zich – gegeven hun wettelijke plicht om steeds goede zorg te geven – door de IGJ gesteund voelen in hun handelen en in hun afwegingen over wat nog een aanvaardbaar kwaliteitsniveau is passend bij de pandemische druk van dat moment. Daarom is het voor de zorgaanbieders en zorgverleners van belang om te weten of hun plannen voldoen ten aanzien van de kwaliteit en volledigheid. De IGJ toetst en beoordeelt om deze reden de sectorale plannen.

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 312.

## Regionale borging

Daarnaast zijn er in elke ROAZ-regio, op basis van de sectorale plannen, regionale sectoroverstijgende plannen gemaakt die zich richten op de organisatie van de zorg. Hierin wordt beschreven welke zorg op welke plek kan worden verleend bij oplopende druk die zich in de verschillende sectoren verschillend laat voelen, hoe de toegankelijkheid en doorstroom van patiënten door de zorgketen regionaal zo goed mogelijk geborgd wordt, hoe elke partij hieraan bijdraagt, en wat de rolverdeling, verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid is van de verschillende partijen. Partijen zijn hier ook op aanspreekbaar. De IGJ toetst ook deze regionale plannen.

Om de plannen voor (boven)regionale zorg en ondersteuning in fase 3 op een zo hoog mogelijk niveau te brengen, heb ik het LNAZ de opdracht gegeven (zie bijlage)<sup>4</sup> om de regionale plannen voor fase 3 met elkaar te vergelijken. Dit doet de LNAZ met een kerngroep waarin alle zorgsectoren en de IGJ vertegenwoordigd zijn. Deze kerngroep heeft een vergelijkingskader ontwikkeld waarmee regio's hun regionale plannen kritisch tegen het licht kunnen houden qua inhoud, uitwerking en kwaliteit. Dat zorgt ervoor dat er in elke regio op een vergelijkbare manier wordt gehandeld en zo kunnen regio's gebruik maken van elkaars beste voorbeelden. Met het vergelijkingskader wordt bijvoorbeeld gekeken of er afspraken zijn gemaakt over (boven)regionale opschaalbare overlooppaciteit, communicatie en informatievoorziening, (tekorten aan) persoonlijke beschermingsmiddelen en of er voldoende uitgewerkt wordt welke keuzes er op het gebied van de kwaliteit van zorg gemaakt worden. Het LNAZ zal hun rapport, waar het vergelijkingskader onderdeel van is, op korte termijn aanbieden aan VWS.

## Landelijke borging en informatievoorziening

In fase 3 is vooral de uitvoering van de sectorale- en regionale plannen van belang. Hier wordt landelijk geen blauwdruk bovenop gelegd (afgezien van het vergelijkingskader van de LNAZ kerngroep). Dat betekent niet dat er landelijk niets nodig is. In fase 3 is een snelle en feitelijke informatievoorziening richting de Minister voor MZS en de toezichthouders over wat er in de zorg gebeurt van groot belang. Het LNAZ is een belangrijke spil in deze informatievoorziening.

De voorzitter van het LNAZ zal de Minister voor MZS en de toezichthouders informeren als er een situatie ontstaat waarin op korte termijn fase 3 afgekondigd moet worden. Daarnaast zal de voorzitter van het LNAZ de Minister voor MZS gevraagd en ongevraagd informeren en van advies voorzien over de knelpunten die zich landelijk en in de ROAZ'en voordoen, de zorgcontinuïteit, de druk op en doorstroom in de keten, de voorraad aan medicatie en beschermingsmiddelen, de informatiepositie in de regio, de uitvoering van de regionale- en sectorale plannen met als doel om de druk op de zorg overal in Nederland op een zo gelijkwaardig mogelijke manier te verdelen. Op deze manier kan in tijden van een crisis snel geschakeld kan worden.

De LNAZ-voorzitter zal gevoed worden door een joint coalition overleg dat fungeert als klankbord. Het joint coalition overleg kan het LNAZ gevraagd en ongevraagd van advies kan voorzien. Het joint coalition overleg bestaat naast de LNAZ-voorzitter uit één deskundige vanuit de NVZ, NFU, VVT, V&VN, AZN, huisartsen, FMS, GGZ, VGN en GGD-GHOR. Een vertegenwoordiger vanuit de patiëntenorganisaties zal aansluiten als waarnemer.

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

Op deze manier wordt in het LNAZ de zorgbrede kijk op de continuïteit en kwaliteit van de zorg in fase 3 geborgd.

De brancheorganisaties hebben vanuit hun verantwoordelijkheid de mogelijkheid hun reflectie en aanvullingen op de adviezen van het LNAZ te geven richting de Minister voor MZS. Dit gebeurt via het reguliere overleg van het Ministerie van VWS met de koepelorganisaties («Handen aan de Kraan overleg»). In dit overleg zijn alle zorgkoepels (zowel beroeps- als brancheorganisaties) in de gehele breedte van de zorg en de Patiëntenfederatie vertegenwoordigd. De Minister voor MZS kan vervolgens handelen op basis van de informatie en de adviezen van de voorzitter van het LNAZ en het «Handen aan de Kraan-overleg» en neemt deze mee in de verdere ministeriële besluitvorming.<sup>5</sup>

Om ervoor te zorgen dat het LNAZ tijdig over de juiste informatie beschikt om iedereen te informeren en van advies te kunnen voorzien wordt continu actuele informatie opgehaald en gedeeld door het Landelijke Coördinatiecentrum voor Patiënten Spreiding (LCPS), de NZa en de GGD-GHOR (zie ook maatregel 2). Deze informatie ondersteunt het LNAZ bij het identificeren van knelpunten. Op dit moment wordt hiertoe de regionale en landelijke informatiebehoefte geïdentificeerd en vastgesteld hoe aan deze behoefte kan worden voldaan, daarbij zoveel gebruik makend van informatie die reeds wordt verzameld.

#### De rol voor de toezichthouders en de Minister voor MZS wanneer het mis gaat of anders loopt dan voorzien

Als er daadwerkelijk sprake is van fase 3 is het uiteraard de bedoeling dat er gewerkt wordt in de structuren en met de plannen die vooraf zijn gemaakt en afgesproken. Toch kan het gebeuren dat in fase 3 situaties ontstaan waarin zorginstellingen of zorgverleners de gemaakte afspraken in de sectorale of regionale plannen niet volgen. Men kan hierbij denken aan een situatie waarin een zorgaanbieder weigert om patiënten over te nemen, personeel aan te bieden aan een andere organisatie of geen extra plekken waar zorg geleverd kan worden wil organiseren.

In dergelijke gevallen is er een escalatieladder nodig zodat de continuïteit van zorg met een aanvaardbaar kwaliteitsniveau te allen tijde geborgd wordt en er geen willekeur ontstaat. Het is in de eerste plaats aan de voorzitter van het ROAZ om partijen te wijzen op de afspraken en hen te bewegen om zich hieraan te houden. Als dat onvoldoende effect heeft, kan de ROAZ-voorzitter dit neerleggen bij de voorzitter van het LNAZ. Het LNAZ kan, met hulp van de partijen in het joint coalition overleg of het expertiseteam van GGD-GHOR, eveneens een zorgaanbieder wijzen op de afspraken en de verantwoordelijkheid om die afspraken te volgen.

Als dat ook onvoldoende helpt, dan kan de LNAZ-voorzitter dit als signaal of probleem melden bij de toezichthouders IGJ en NZa. Die kunnen vervolgens handhavend optreden en partijen aanspreken op het niet nakomen van de afspraken die zijn gemaakt over de continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3.<sup>6</sup> De IGJ kan op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in actie komen als de kwaliteit of de veiligheid in het geding komt. De IGJ zal in het gesprek met de betref-

<sup>5</sup> De huidige procedure omtrent de inzet van Defensiepersoneel voor onhoudbare situaties in de zorg is feitelijk al een vorm van nationale coördinatie en zal ook in fase 3 worden voortgezet.

<sup>6</sup> De IGJ en de NZa hebben beiden een document gepubliceerd over hun toezicht rondom fase 3. Deze documenten, genaamd «Toezicht van de IGJ voor, tijdens en na oplopende druk op de zorg» en «Zorgplicht zorgverzekeraars en zorgkantoren in fase 3 COVID-19-pandemie» zijn toegevoegd als bijlage bij deze brief. Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

fende zorgaanbieder(s) achterhalen waarom er niet volgens de vastgestelde afspraken in de sectorale en regionale plannen wordt gewerkt en kan vervolgens, als dat nog nodig is, handhavend optreden. De NZa ziet toe op de nakoming van de zorgplicht van de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders en kan indien nodig ook handhavend optreden. Concreet betekent dit dat de NZa monitort of zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders datgene doen wat nodig is om het ROAZ en zorgaanbieders te ondersteunen bij de uitvoering van de sector- en regioplannen.

Met de IGJ en NZa heb ik afgesproken dat zij zich proactief opstellen en met hun brede scala aan instrumenten zorgen voor een goede uitvoering van de plannen of gezamenlijk met het veld kijken naar passende oplossingen in geval van concrete onvoorziene issues in fase 3. Als het de IGJ in deze bijzondere omstandigheden als toezichthouder bijvoorbeeld aan benodigd instrumentarium ontbreekt, dan ben ik bereid een schriftelijke aanwijzing te geven aan de IGJ om gericht op te kunnen treden. Een dergelijke situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen indien zorgaanbieders in een regio de gemaakte plannen voor fase 3 niet (voldoende) kunnen nakomen. De IGJ kan dan interveniërend optreden, middels wettelijke middelen die bestuursrechtelijk ter beschikking staan. De huidige wet- en regelgeving laat niet toe dat anderen dan de zorgaanbieders/zorginstellingen en de toezichthouders dwingende besluiten kunnen nemen over de uitvoering van beleid.

## **2. Verbreden van de informatiepositie**

Voor het borgen van de continuïteit van zorg is inzicht in de druk op de hele zorgketen en actuele zorgbrede informatie over de beschikbare capaciteit noodzakelijk. Door tijdig de juiste informatie beschikbaar te hebben, kunnen lokaal, regionaal en landelijk snel de benodigde keuzes gemaakt worden en ingespeeld worden op een zo goed mogelijke inzet van de beschikbare capaciteit van zorg. Dit kan bijdragen aan het zorgbreed opvangen van de pandemische druk en het (zo lang mogelijk) voorkomen van een eventuele fase 3.

De NZa heeft de afgelopen periode een aparte informatievoorziening ingericht om de toegankelijkheid van de (kritieke) planbare ziekenhuiszorg nauwgezet te kunnen volgen. Ik heb de NZa gevraagd om dit zorgbeeld-portaal te verbreden voor de toegang tot zorg in de hele zorgketen. Dit moet bijdragen aan een beter inzicht en duiding wat betreft de druk op de zorg op regio- en nationaal niveau.

Het LCPS heeft dagelijks inzicht in actuele bezetting en de beschikbare capaciteit in de ziekenhuizen. Ik heb het LNAZ de opdracht gegeven om, via het LCPS en in samenwerking met de NZa en de GGD-GHOR, het actuele beeld wat er nu al is voor de ziekenhuizen te verbreden naar de beschikbare capaciteit voor de zorg in den brede. Aangezien de informatiebehoefte kan wijzigen naar gelang de ontwikkeling van de crisis zullen de uitgangspunten, voortgang en resultaten periodiek met VWS worden bijgesteld. Het LCPS stemt dit ook af met de betrokken veldpartijen.

De uitbreiding van de informatievoorziening vraagt van zorgaanbieders dat de benodigde informatie tijdig en actief aangeleverd wordt. We realiseren ons dat elke extra actie al veel gevraagd is in een tijd waarin de werkdruk al bijzonder hoog is. Maar gezien het belang om in fase 3 de meest accurate informatie beschikbaar te hebben, willen we zorgaanbieders nadrukkelijk vragen dit op te pakken en de gevraagde informatie tijdig en volledig aan te leveren. Het LCPS en de NZa zetten daarom in op een proportionele administratieve belasting waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van data die al beschikbaar is. Het LNAZ gebruikt

de informatie voor het goed kunnen informeren van de Minister voor MZS en ontsluit de informatie voor de ROAZ-regio's, zodat waar mogelijk regionaal, en waar nodig landelijk, kan worden gestuurd op de beschikbare capaciteit in de zorgketen.

### **3. Financiële afspraken**

Het is belangrijk dat zorgaanbieders juist ook in deze fase voldoende financiële duidelijkheid hebben om flexibel in te spelen op de situatie en de zorg te leveren die het hardste nodig is. Zorgmedewerkers worden mogelijk op andere plekken ingezet dan gebruikelijk, ook in andere instellingen of andere regio's. Extra mensen zijn ook nodig om in korte tijd plannen te maken, organisaties anders in te richten of andere hulp te bieden. Zorgen over de financiële gevolgen mogen de uitvoering van deze crisisplannen niet in de weg staan. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zullen daarom – net als in de eerste en tweede golf – bijdragen aan deze duidelijkheid voor alle zorgsectoren die met dit tijdelijk beleidskader fase 3 te maken krijgen.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren maken al samen met partners afspraken in de regio's om de toegankelijkheid van zorg zeker te stellen, ook tijdens fase 3 van de coronacrisis. Zij spannen zich in om voor onvoorziene en/of uitzonderlijke situaties tot passende afspraken te komen, binnen de kaders van wat nodig is. Zij lossen daarbij zo goed mogelijk knelpunten in de financiering op, bijvoorbeeld door onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders te faciliteren, zo nodig ook tussen verschillende zorgdomeinen. Ook kunnen de zorgverzekeraars in dit ROAZ-verband tot afspraken komen over uitgaven die niet in een standaardregeling zijn voorzien.

Zorgverzekeraars hebben met NVZ en NFU eind vorig jaar afspraken gemaakt over de financiering van de ziekenhuiszorg in 2021. Zij hebben hierbij regelingen getroffen voor de vergoeding van extra kosten door COVID-19 (meerkosten) en de dekking van de doorlopende kosten, als die door COVID-19 ontbreekt. De NZa heeft hiervoor, waar het de zorg uit de Zorgverzekeringswet betreft, declaratietitels vastgesteld. Deze blijven voor 2021 gelden. Belangrijke rol ligt er voor de ROAZ die akkoord geeft om aanvullende kosten te maken; bijvoorbeeld voor het inrichten van nieuwe zorglocaties of om inleen van personeel vanuit bijvoorbeeld klinieken aan ziekenhuizen te organiseren. Voor de zelfstandige klinieken is afgesproken dat zij een (gehele of gedeeltelijke) vergoeding ontvangen voor uitleen of omzetsuikval.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben daarnaast ook afspraken gemaakt over verblijf van coronapatiënten in de eerstelijnszorg (ELV-zorg). Deze regeling is gelijk aan die voor 2020 en geldt ook voor fase 3. Het betreft instellingen die in ROAZ verband zijn aangewezen voor deze zorg. Zij kunnen aanspraak maken op een vergoeding voor de geleverde zorg. De daadwerkelijk gemaakte meerkosten worden achteraf verrekend. Voor de wijkverpleging wordt een meerkostenregeling voor 2021 gemaakt, afgeleid van de regeling in 2020, inclusief een vergoeding in het kader van vaccinaties. Daarnaast wordt momenteel de omzetsuikval in de wijkverpleging in beeld gebracht. Als daar een helder beeld over is gaan partijen over de betekenis en noodzakelijk daarmee samenhangende acties in gesprek. De NZa heeft voor de zorg uit de Wet langdurige zorg regelingen vastgesteld op basis waarvan voor de geleverde zorg een aanvullende vergoeding wordt gegeven voor ontbrekende dekking van doorlopende kosten en meerkosten als gevolg van corona.



De declaratietitels en overige regelgeving van de NZa bieden, voor zover we nu kunnen overzien, voldoende ruimte om waar nodig, in relatie tot de bestaande en in ontwikkeling zijnde regelingen, aanvullende afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te maken voor de uitvoering van het beleidskader fase 3.

Voor Jeugd en Wmo geldt voor geheel 2021 de meerkostenregeling. Deze regeling voorziet ook in financieel comfort richting gemeenten en aanbieders zodra we in een ernstig scenario terecht komen. Wanneer bijvoorbeeld als gevolg van de coronamaatregelen aanvullende locaties moeten worden geopend of vervangend personeel moet worden ingezet, is de meerkostenregeling van toepassing en worden gemeenten gecompenseerd. Daarnaast zullen VWS en VNG, mocht er sprake zijn van fase 3, met de aanbieders in overleg gaan of er aanvullende (landelijke) maatregelen nodig zijn ten aanzien van de continuïteit van zorg en ondersteuning.

#### **4. Communicatie**

Het afschalen of zelfs tijdelijk stoppen van bepaalde vormen van zorg is een moeilijke boodschap die bij veel mensen verschillende emoties kan oproepen. Het zal daarbij soms gaan om pijnlijke en onorthodoxe keuzes. Daarom is een zorgvuldige communicatie over de keuzes en de implicatie voor individuele mensen essentieel. Die keuzes moeten uitgelegd kunnen worden en handelingsperspectief moet worden geboden. Zowel aan degenen die ze moeten uitvoeren, de zorgprofessionals en de zorgorganisaties, als aan de patiënten, cliënten en hun naasten.

Ik vraag aan het ROAZ en de zorgaanbieders dat ze dit oppakken en ook meenemen in de plannen die worden gemaakt. VWS kan daarbij helpen en heeft samen met de betrokken partijen in de zorg een communicatie aanpak en een kernboodschap over de ernst van de situatie ontwikkeld. Ook maken we afspraken over de rollen en verantwoordelijkheden in de communicatie op landelijk, regionaal en lokaal niveau zowel in de voorbereidende fase als in fase 3. Er worden diverse communicatiemiddelen ontwikkeld voor zowel betrokken zorgverleners als patiënten/cliënten/algemeen publiek. Ook de patiënten- en cliëntenorganisaties en de GGD-GHOR worden hierbij betrokken. De communicatiemiddelen worden momenteel uitgewerkt en kunnen vervolgens door alle partijen worden ingezet.

Tot slot wil ik benadrukken dat ook in deze fase van de COVID-19 pandemie mensen contact moeten blijven opnemen met hun huisarts of behandelaar als zij een zorgvraag hebben. Zorgmijding wil ik te allen tijde zoveel mogelijk voorkomen.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark