

## **Factsheet en QA's COVID-zorg 2020-2021**

Factsheet COVID-zorg.....	1
Q: Waarom is de derde golf zwaarder dan de eerste golf?.....	5
Q: Wat hebben we gedaan om de druk op de zorg te beheersen?.....	7
Q: Hoe zorgen we voor een crisisbestendige zorg?.....	8
Spreeklijn beleidskader inhaalzorg en herstelplannen.....	9
Q: Welk financieel comfort biedt het kader aan de inhaalzorg door ziekenhuizen?.....	12
Q: Wat is de kern van het Kader Passende inhaalzorg?.....	13
Q: Wat is de verbinding tussen het Kader Passende inhaalzorg en het herstelplan Zorgprofessionals?.....	15

## Factsheet COVID-zorg

<b>Onderwerp: Effect Covid-19 op reguliere zorg en IC-opstaling</b>	
Kernboodschap	Het aantal COVID-patiënten in de ziekenhuizen was een lange tijd erg hoog waardoor de druk op de totale zorgsector groot was. Gelukkig zien we nu dat de instroom van COVID-patiënten en de bezetting van zowel de IC- als klinische bedden aan het dalen is. Dit is goed nieuws en maakt ook dat er weer ruimte komt voor inhalen van uitgestelde zorg en herstel van de zorgprofessionals. Om dit te ondersteunen is het beleidskader inhaalzorg en herstel zorgpersoneel geschreven, dat op 26 mei naar uw Kamer is verstuurd.
<b>Acties</b>	
Lessen eerste golf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de eerste golf is de planbare zorg grotendeels afgeschaald geweest.</li> <li>• Een belangrijke les was dat de capaciteit aan IC- en verpleegbedden in de ziekenhuizen omhoog moest.</li> <li>• En een andere belangrijke les was dat er veel gezondheidsschade was ontstaan door de afschalen van de reguliere zorg; en dat dit voortaan zo veel mogelijk voorkomen moest worden.</li> <li>• Op basis van deze lessen is de zorgsector deze zomer aan de slag gegaan met het Opschalingsplan.</li> <li>• Daarmee komt er stapsgewijs buffercapaciteit met extra IC-bedden en verpleegbedden bij.</li> <li>• En wordt er fors geïnvesteerd in het opleiden van personeel en het aantrekken van nieuwe medewerkers.</li> </ul>
Opschalingsplan LNAZ 30 juni 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minister MZS heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om een opschalingsplan.</li> <li>• Het plan voorziet in een opschaling van IC-bedden en klinische verpleegbedden, met daarbij ook maatregelen op het vlak van onder meer de inzet en opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling.</li> <li>• Voor de uitvoering van het plan heeft het kabinet voor de jaren 2020-2022 bijna 500 miljoen euro beschikbaar gesteld aan de ziekenhuizen.</li> </ul> <p><u>Opbouw opschalingsplan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit.</li> <li>2.Totaal: 1150 IC-bedden</li> <li>3.Uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 extra IC-bedden (en 400 klinische bedden), structureel voor de duur van de pandemie. Op 1 oktober 2020 moest deze stap gerealiseerd zijn.</li> <li>4.Totaal: 1350 IC-bedden</li> <li>5.Verdere flexibele uitbreiding met 350 extra IC-bedden (en 700 klinische bedden) die alleen worden ingezet voor COVID-patiënten om ene grote piek op te vangen. Op 1 januari 2021 moest deze stap gerealiseerd zijn.</li> <li>6.Totaal: 1700 IC-bedden</li> </ol> <p>De kosten voor de opschaling van de IC capaciteit zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2020 € 118 miljoen</li> <li>• 2021 € 174 miljoen</li> <li>• 2022 € 154 miljoen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De financiering hiervan loopt via een subsidieregeling voor de ziekenhuizen.</li> <li>• Met name de personele kant was de beperkende factor bij de mogelijkheden</li> </ul>

	<p>om de IC-capaciteit uit te breiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierbij is – naast de werving van nieuw personeel en het verhogen van contracturen van bestaand personeel – vooral ingezet op de opleiding van "buddies" voor IC-verpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen van andere afdelingen die kunnen bijspringen op de IC en daar werkzaamheden kunnen uitvoeren onder verantwoordelijkheid van een IC-verpleegkundige.</li> <li>• De opleiding tot IC-verpleegkundige duurt 18 maanden; daarom was het niet realistisch om – gegeven de korte tijd om het plan uit te voeren – vooral daar op in te zetten.</li> </ul>
<p>Tijdelijk beleidskader waarborgen acute zorg 23 oktober 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minister MZS heeft samen met partijen een tijdelijk beleidskader gemaakt voor het waarborgen van de acute zorg in de Covid-pandemie;</li> <li>• Met als doel het creëren van een gelijk speelveld voor zorgorganisaties, zorgprofessionals en patiënten en het voorkomen van willekeur.</li> <li>• Het beleidskader bevat 5 maatregelen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het LCPS krijgt een meer sturende rol bij de verdeling van COVID-patiënten over het land. Zij bepalen steeds een week vooruit welke capaciteit moet worden vrijgehouden voor de COVID-zorg. Hier kunnen ziekenhuizen zich dan tijdig op voorbereiden.</li> <li>2.</li> <li>3. De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) ontwikkelt een raamwerk waarmee artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de regio de juiste keuzes kunnen maken over noodzakelijke afschaling van de zorg.</li> <li>4.</li> <li>5. De regionale samenwerking van alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio wordt uitgebreid, ook ten aanzien van de reguliere zorg.</li> <li>6. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde keuzes kunnen maken.</li> <li>7.</li> <li>8. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar nodig.</li> </ol> </li> </ul>
<p>Afkondiging fase 2D 12 januari 2021</p>	<p>Op 12 januari 2021 heeft minister MZS op verzoek van de LNAZ fase 2D formeel afgekondigd. Dit is in lijn met de diverse maatregelen die reeds door het LCPS worden genomen om de COVID-zorg landelijk te verdelen</p>
<p>Aanvullend beleidskader 'kwaliteit en continuïteit fase 3' 22 maart 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 22 maart 2021 heeft de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) het verdiepend beleidskader "Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie" aan uw Kamer gestuurd. Dat bevat een plan om voorbereid te zijn op een eventuele fase 3-situatie in de pandemie.</li> <li>• Het beleidskader fase 3 richt zich op een situatie waarbij de druk op de gehele zorg door het oplopende aantal COVID-19 besmettingen zo groot is, dat de zorg niet meer op gebruikelijke wijze kan worden verleend en er ingrijpende, onconventionele keuzes moeten worden gemaakt.</li> <li>• Het beleidskader heeft als doel dat alle patiënten altijd de nodige basiszorg en -ondersteuning blijven ontvangen en er geen willekeur ontstaat. In het beleidskader bevat maatregelen op vier vlakken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De sectorale, regionale en landelijke borging van de continuïteit van zorg</li> <li>• Het verbreden van de informatiepositie over de gehele zorgketen</li> <li>• Financieel comfort voor zorgaanbieders</li> <li>• Communicatie</li> </ul> </li> </ul>
<p>Intrekking besluit</p>	<p>Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft de minister verzocht om het</p>

afroepen fase 2D 26 mei 2021	besluit tot afkondiging van fase 2D in te trekken nu de aantallen COVID-patënten op zowel de IC als de kliniek dalen en de verwachting is dat deze trend zich voortzet.  Door het intrekken van de afkondiging van fase 2D wordt het aantal IC-bedden teruggebracht van de opgeschaalde capaciteit naar 1.350 bedden en is er de mogelijkheid om reguliere, planbare zorg uit te breiden.
Inhaalzorg en herstel zorgpersoneel 26 mei 2021	Minister MZs heeft een brief aan de kamer gestuurd over de aanpak van de inhaalzorg voor patiënten en het herstel van het zorgpersoneel dat in de Covid-pandemie zich bovenmatig heeft ingespannen.
<b>Cijfers N</b> (N vergeleken met dag er voor). Stand 26 mei 2021	
<i>kliniek</i>	
Nieuwe opnames	93 (-12). Lager dan het weekgemiddelde van 114. Het weekgemiddelde is gedaald met 53 opnames vergeleken met de week ervoor
Totale bezetting	13.316 (+735)
COVID-bezetting	1.059 (-43)
Non-COVID bezetting	12.257 (+978)
<i>IC</i>	
Nieuwe opnames	15 (-3). Lager dan het weekgemiddelde van 21. Het weekgemiddelde is gedaald met 8 opnames vergeleken met de week ervoor
Totale capaciteit	1.268. Bestaande uit bezette bedden (COVID + non-COVID), BOSS-capaciteit en vrije bedden
Totale bezetting	1.066 (+142)
COVID-bezetting	559 (-20)
Non-COVID bezetting	507 (+68)
<i>COVID ziekenhuisbezetting</i>	
Nieuwe opnames	108 (-15). Hiervan zijn er 93 in de kliniek en 15 op de IC opgenomen
Totale bezetting	1.618 (-63). Hiervan liggen er 1.059 in de kliniek en 559 op de IC.
<i>NZa (Landelijke Ketenmonitor 24 mei 2021)</i>	
Aantal verwijzingen	94% vergeleken met aantal verwijzingen zonder coronacrisis
COVID-19-achtige klachten	919 (-267).
Afschaling OK	34% (~)
Druk IC	3.3 (stand 10 mei 2021)
Druk kliniek	3.1 (stand 10 mei 2021)
Druk overige zorg	2.7 (stand 10 mei 2021)
Percentage (semi-) acute zorg	100%
Percentage kritiek planbare zorg	50% van de ziekenhuizen kan dit deels leveren. Het gaat hier om ongeveer 25 ziekenhuizen (percentage is gewogen op basis van normaal beschikbare OK's). Van deze 25 ziekenhuizen geven 10 ziekenhuizen aan niet alle kritiek planbare zorg binnen 6 weken te kunnen leveren.
Percentage planbare zorg	70% van de ziekenhuizen kan dit deels leveren.
Ziekteverzuim IC	7.3%
Ziekteverzuim kliniek	7.5%

**Q: Waarom is de derde golf zwaarder dan de eerste golf?**

- Daar waar de eerste golf zich kenmerkte door een enorme piek, kenmerkt de derde golf zich door een hoog, breed plateau.
- In de eerste golf bereikten we vrij snel, op 7 april 2020, de piek van 1.424 COVID-patiënten op de IC en ook in de kliniek kwamen snel veel mensen te liggen. Al gauw waren er meer dan 3.000 COVID-patiënten opgenomen in de kliniek.
- Het was snel pieken en – met de kennis van nu – ook redelijk snel dalen.
- Want dat laatste is waar het aan schort in de derde golf. Weken achter elkaar was er geen daling zichtbaar, maar bleven we op een redelijk constant, maar te hoog niveau.
- Ondanks de recente daling is sinds eind december vorig jaar het aantal COVID-patiënten op de IC niet onder de 510 gedoken. Het aantal COVID-patiënten op de IC is sinds het begin van de derde golf toegenomen tot een plateau van rond de 815 patiënten eind april en op 5 mei bereikten we het hoogtepunt van 830.
- Sindsdien nemen de aantallen gelukkig af.
- Maar ter vergelijking: In de eerste golf lag het aantal COVID-patiënten op de IC 84 dagen boven de 100, waar we in de derde golf al meer dan 160 dagen meer dan 100 COVID-patiënten op de IC's hebben liggen.

**Q: Wat hebben we gedaan om de druk op de zorg te beheersen?**

- Het met elkaar onder controle hebben en houden gaat niet vanzelf. Door het creëren van de juiste randvoorwaarden probeer ik de zorg zoveel mogelijk te ondersteunen:
  - Ik heb het LCPS opgericht. Het LCPS zorgt voor een evenredige verdeling van COVID-patiënten en zorgt voor inzicht in de actuele ziekenhuisbezetting en beschikbare capaciteit.
  - Na de eerste golf is de IC- en klinische capaciteit stapsgewijs opgeschaald.
  - In oktober 2020 is er een tijdelijk beleidskader gemaakt voor het waarborgen van de acute zorg waarin onder andere het raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) is opgesteld dat artsen helpt in het maken van de juiste afwegingen over welke zorg al dan niet uitgesteld kan worden.
  - Begin dit jaar zijn de plannen ter voorbereiding op een fase 3 opgesteld, de fase waarin de druk op de zorg zo groot is dat we maatregelen moeten nemen om ervoor te zorgen dat de meest noodzakelijke zorg gegeven kan blijven worden.
  - Ook zijn er steeds meer initiatieven opgezet waarbij COVID-patiënten met ondersteunende instrumenten onder regie van de huisarts, thuis herstellen in plaats van in het ziekenhuis.
  - Alle zorgprofessionals zijn met prioriteit gevaccineerd

**Q: Hoe zorgen we voor een crisisbestendige zorg?**

- Het inhaalkader en het herstelplan zijn de eerste stappen terug naar de situatie voor COVID-19, maar is ook een stap vooruit naar een toekomstbestendigere organisatie van zorg.
- Er liggen grote vraagstukken voor ons over de manier waarop ons zorglandschap is voorbereid op de toekomst. Het moet robuuster, stootvaster en flexibeler.
- Hierbij denk ik aan:
  - De inrichting van ons zorglandschap.
  - Het behouden en uitbouwen van zorgcoördinatie.
  - Het behouden van de versterkte samenwerking binnen en tussen zorgsectoren.
  - Het behouden van de digitalisering en hybride ontwikkelingen, waaronder optimale data-uitwisseling.
  - Regie en aansturing in tijden van crisis.
  - Voldoende genees- en persoonlijke beschermingsmiddelen.
  - Een flexibele capaciteit van materiaal.
  - Een flexibele capaciteit van medisch geschoolde zorgprofessionals.
- Het uitwerken van deze vraagstukken vergt een nadere samenwerking met uiteenlopende partijen.
- Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet.

## **Spreeklijn beleidskader inhaalzorg en herstelplannen**

- Ik ben blij dat de instroom van COVID-patiënten afgelopen weken continu aan het dalen is.
- Daardoor komt er ruimte voor het inhalen én opschalen van de reguliere zorg. En voor de mensen in de zorg om uit te rusten en te herstellen.
- Hiervoor heeft de minister MZS op 26 mei een uitgebreid plan naar de Kamer gestuurd.
- Onderdeel daarvan is een kader voor passende inhaalzorg dat is opgesteld door de NZa samen met de veldpartijen. Dit kader is bedoeld om ervoor te zorgen dat mensen die zijn geconfronteerd met uitstel van zorg weer snel geholpen kunnen worden, zonder al te grote regionale verschillen.
- Onderdeel van dit kader is dat de ziekenhuizen met inachtneming van de behoefte aan herstel van de zorgprofessionals individuele inhaalzorgplannen uitwerken. Dit doen ze in afstemming binnen het ROAZ, binnen de zorgnetwerken van de verschillende medisch specialismen en met de zorgverzekeraars.
- De verzekeraars zorgen voor optimale communicatie richting hun verzekerden, bijvoorbeeld over de mogelijkheden van zorgbemiddeling.
- Ik vind het heel belangrijk dat patiënten die geconfronteerd zijn met uitstel van zorg, duidelijkheid krijgen van hun

artsen en waar nodig worden geholpen door hun verzekeraar.

- Daarnaast werken FMS en VenVN gezamenlijk aan een herstelplan voor zorgprofessionals.
- Ik vind het belangrijk dat de professionals hier zelf het voortouw in hebben. Alleen zij kunnen het beste inschatten wat er nu nodig is en wat het beste aansluit bij de praktijk.
- De komende maanden houden we (samen met NZa en IGJ) nadrukkelijk vinger aan de pols bij het uitvoeren van alle plannen.

**Q: Welk financieel comfort biedt het kader aan de inhaalzorg door ziekenhuizen?**

- Financiële afspraken zijn nodig om de ziekenhuizen dit jaar voldoende zekerheid te geven in hun zorgverlening en daarmee de continuïteit van zorg te borgen.
- Zorgverzekeraars hebben, net als in 2020, afspraken met ziekenhuizen gemaakt om hen voldoende financiële zekerheid te bieden.
- Ook heb ik voor 2021 aanvullende afspraken met de NVZ, NFU en ZN gemaakt over bijvoorbeeld financiële ruimte voor het leveren van passende inhaalzorg.
- Daarnaast is ZN met zowel NVZ als NFU in gesprek om te bekijken of de huidige financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen nog passend zijn of dat aanpassing van de regeling noodzakelijk is.
- Indien er sprake zal zijn van een aanvullende regeling voor inhaalzorg, zal ik uw Kamer informeren over de gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

**Q: Wat is de kern van het Kader Passende inhaalzorg?**

- Ik heb de NZa verzocht in overleg met de betrokken partijen<sup>1</sup> een kader op te stellen voor het opschalen en inhalen van de medisch specialistische zorg.
- Het tijdelijk kader bevat de volgende 4 elementen:
  - Randvoorwaarden bij de invoering van inhaalzorg
  - Transparantie over de toegankelijkheid van zorg via monitoring
  - Verantwoordelijkheden van partijen
  - Communicatie
- **Randvoorwaarden:**
  - Volgens de HLA, in lijn met de principes van JZOJP en gebruikmakend van innovaties zoals digitale/hybride zorg
  - Gebaseerd op beschikbaarheid van voldoende zorgprofessionals, ook in de gehele keten bij opschaling, met ruimte voor herstel volgens herstelplan van FMS en V&VN.
  - Landelijke realiseren van een gelijke uitgangssituatie door COVID-zorg te blijven spreiden door LCPS.
  - Opschalen aan de hand van de classificaties zoals vastgelegd in het raamwerk van de FMS (klasse 1,2, en 3 zorg gaat voor op klasse 4 en 5) en binnen de afspraken tussen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

---

<sup>1</sup> Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

- **Transparantie:**

- Objectieve vaststelling van de noodzakelijke zorgvraag, beschikbaarheid van capaciteit en actueel inzicht in de wachttijden van zorg uit alle classificaties.
- Bijv. met de Plannen Inhaalzorg van de ziekenhuizen met de zorgverzekeraars, en monitoring door de NZa (Zorgbeeldportaal) en het LCPS.
- De Treeknormen zijn het uitgangspunt, als deze worden overschreden worden de reguliere procedures ingezet.

- **Verantwoordelijkheden:**

- Alle betrokken partijen nemen hun verantwoordelijkheid in het leveren van passende zorg binnen de Treeknormen.
- De zorgplicht van de zorgverzekeraars is leidend om wachttijden als gevolg van COVID te verminderen, zij zijn verantwoordelijk voor zorgbemiddeling.
- Het ROAZ maakt lokaal en (boven)regionaal afspraken om de acute en semi-acute zorg toegankelijk te houden, behoudt ook overzicht over de gehele keten in de regio.

- **Communicatie:**

- Patiënt is geïnformeerd over en kan kiezen op welke plek de zorg het snelst geleverd kan worden.
- Zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars bieden betrouwbare informatie over wachttijden.

- Ook wordt brede publiekscommunicatie ingezet om een groot bereik te hebben.

**Q: Wat is de verbinding tussen het Kader Passende inhaalzorg en het herstelplan Zorgprofessionals?**

- De NZa heeft samen met partijen het kader passende inhaalzorg gemaakt.
- Een belangrijke randvoorwaarde voor het kunnen opschalen van de planbare zorg en het inhalen van die uitgestelde zorg is dat zorgprofessionals mentaal en fysiek goed zijn uitgerust om deze zorg te kunnen geven.
- Door de NZa, samen met V&VN, FMS, NVZ, NFU, ZKN en ZN, wordt geborgd dat de inhaalzorgplannen en het herstelplan goed op elkaar worden afgestemd. Hierin worden de belangen van de patiënt, de zorgprofessional en het ketenperspectief meegenomen. Alle partijen zullen vanuit ieders verantwoordelijkheid bijdragen aan het realiseren van de plannen.