

## Factsheet COVID-19 debat: Reguliere zorg en IC-opstaling

Onderwerp: Effect Covid-19 op reguliere zorg en IC-opstaling	
<p>Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Begin februari was er nog een (lichte) daling zichtbaar in het aantal COVID-patiënten dat in het ziekenhuis werd opgenomen (zowel kliniek als IC). Helaas is hier geen sprake meer van. Het aantal patiënten dat werd opgenomen op de IC en in de kliniek neemt toe. Het LCPS verwacht op basis van de beschikbare data dat deze trend de komende week blijft aanhouden.</li> <li>• De druk op de ziekenhuiszorg blijft nog steeds hoog. Naast de covid-zorg is er nog een stuwmeer aan uitgestelde zorg, zowel zichtbaar als onzichtbaar (minder verwijzigingen).</li> <li>• Daarbij is het landelijk gemiddelde voor ziekteverzuim onder zorgpersoneel in de kliniek op 7,7%. Voor het zorgpersoneel op de IC is het gemiddelde ziekteverzuim op 7,4%. (Ketenmonitor LNAZ, 6 mei 2021)</li> <li>• Op 23 oktober is een aanvullende tijdelijke werkwijze afgesproken om in heel het land te waarborgen dat zowel COVID-patiënten als andere patiënten, voor wie een behandeling niet kan wachten, op zorg kunnen blijven rekenen.</li> <li>• De verdringing van de reguliere zorg kunnen we in dit stadium niet tegengaan, om de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt landelijk in stand te houden en de zorgverleners hierin te ondersteunen is de reguliere zorg categorie 4 en 5 landelijk afgeschaald.</li> <li>• Dit is noodzakelijk de om COVID-zorg, de acute zorg en de kritieke planbare zorg door te kunnen gaan.</li> <li>• Bij acute zorg moet je dan bijvoorbeeld denken aan mensen die gewond zijn geraakt bij een verkeersongeluk – vanzelfsprekend worden zij altijd geholpen.</li> <li>• Met kritieke planbare zorg bedoelen we geplande behandelingen die niet kunnen wachten. Denk bijvoorbeeld aan kankerbehandelingen waarbij uitstel zou kunnen leiden tot een blijvende verergering van de gezondheidsproblemen. Of zelfs tot minder kans op overleven.</li> </ul>
<p>Samenvatting van onderwerp dat voorligt</p>	<p>Hiertoe zijn in het Tijdelijk beleidskader vijf maatregelen genomen:</p> <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. <i>StaVaZa: Op 11 januari heeft de Minister 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.</i></li> <li>3. De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) ontwikkelt hulpmiddelen waarmee artsen, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders in de regio de juiste keuzes kunnen maken over de organisatie van de zorg.</li> <li>4. <i>StaVaZa: Het Raamwerk is 30 oktober gepubliceerd en ondersteunt artsen en ziekenhuisbestuur bij de keuzes waar ze voor staan betreft het afschalen van zorg. Op basis van het Raamwerk worden lokaal en regionaal gesprekken gevoerd, waarmee we zien dat het zijn functie dient.</i></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. <i>StaVaZa: Hierin is een rol weggelegd voor het ROAZ en de DPG'en om binnen de regio met de betrokken partijen oplossingen te vinden.</i></li> <li>7. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover verantwoorde keuzes kunnen maken.</li> </ol>

	<p>8. <i>StaVaZa: Het Zorgbeeldportaal is werkzaam en levert wekelijks een inhoudelijk beeld van de druk op de zorg en de beschikbare capaciteit. Dit wordt zowel landelijk als regionaal in kaart gebracht.</i></p> <p>9. De zorgverzekeraars helpen met financiële arrangementen waar dat nodig is.</p> <p>10. <i>StaVaZa: Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn akkoord over een regeling voor 2021. Daarnaast is er financiële ondersteuning vanuit VWS voor ziekenhuizen, zoals bij de opschaling van IC-bedden.</i></p>
Context/ achtergrondinformatie	<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> <li>• Inmiddels is de tweede corona golf een feit, sneller, eerder en langer dan verwacht. Ondanks de genomen maatregelen, is het niet meer mogelijk om de volledige reguliere zorg te blijven verlenen.</li> </ul>
Handelingsperspectief	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naast het tijdelijk beleidskader wordt met het Opschalingsplan verder gewerkt aan het realiseren van nog eens 350 extra IC-bedden en 700 klinische bedden per 1 januari 2021. (zie cijfers voor actuele stand)</li> <li>• Er wordt gewerkt aan het werven en opleiden van extra personeel.</li> <li>• Er zijn afspraken met Duitsland (Noordrijn Westfalen en Nedersaksen) gemaakt om -op basis van wederkerigheid en in geval van nood- elkaar bij te staan</li> <li>• Hulpverzoek defensie: qua inzet van medisch defensiepersoneel lopen gesprekken met ziekenhuizen en de vvt-sector, hiervoor kan een aanvraag worden ingediend nadat EHvdZ en het Rode Kruis zijn benaderd. VWS ontfermt zich over deze aanvragen.</li> <li>• Er wordt ook naar verdere maatregelen en initiatieven gekeken, zoals naar de mogelijke concentratie van COVID-patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau. Het uitgangspunt van het LNAZ is dat deze zorg wordt geboden in de bestaande ziekenhuisinfrastructuur.</li> <li>• Tot slot wordt samen met partijen ingezet op communicatie zodat mensen weten waar ze aan toe zijn, wat ze kunnen verwachten en welke mogelijkheden er zijn. Met koepels wordt gewerkt aan een aanpak.</li> </ul>
Aanvullend beleidskader 'kwaliteit en continuïteit fase 3'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op maandag 22 maart 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. Daarmee voldoe ik aan eerdere toezeggingen van de minister voor MZS en van mij over het maken van een plan om ons voor te bereiden op fase 3.</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. Ik hoop dat deze ernstige, ontwrichtende situaties nooit bewaarheid worden. Om hier toch zo goed mogelijk op voorbereid te zijn, is het beleidskader opgesteld.</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 zijn vier maatregelen en acties beschreven die nodig zijn voor het waarborgen van de continuïteit van zorg in fase 3:</li> <li>• De sectorale, regionale en landelijke borging van de continuïteit van zorg</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verbreden van de informatiepositie over de gehele zorgketen</li> <li>• Financieel comfort voor zorgaanbieders</li> <li>• Communicatie</li> <li>•</li> <li>• Het afkondigen van fase 3 is een besluit van de minister voor MZS. Fase 3 kan alleen landelijke afgekondigd worden en gebeurt pas alle opties in fase 2 benut zijn. Het LNAZ informeert de minister voor MZS en de IGJ als er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd. Dit doet het LNAZ op basis van informatie uit de hele zorgketen. De IGJ en de NZa voeren dan een snelle verificatie uit op basis van de meest recente informatie. Op basis van het advies van het 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 dan op de hoogte stellen.</li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het tijdelijk beleidskader is afgestemd met LNAZ, LCPS, FMS, NVZ, NFU, ZKN, ZN/zorgverzekeraars, LHV, V&amp;VN, Patiëntenfederatie, IGJ en de NZa.</li> <li>• Het LCPS is sinds 23 september weer operationeel om bovenregionaal te zorgen voor patiëntenspreiding.</li> </ul>
Cijfers	<p>Stand 9 mei:</p> <p>kliniek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In totaal zijn er 1.668 patiënten met COVID-19 in de kliniek. De totale kliniek bezetting is 11.961 bedden.</li> <li>• Vandaag zijn er 175 nieuwe COVID-opnames, dit zijn 89 opnames minder dan gisteren en is lager dan het weekgemiddelde van 232. Het weekgemiddelde is gedaald met 28 opnames ten opzichte van de week ervoor.</li> </ul> <p>ic</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volgens het opschalingsplan moeten er op dit moment 1.550 IC-bedden beschikbaar zijn.</li> <li>• De totale IC-capaciteit op dit moment is 1.402. Deze bestaat uit bezette bedden (COVID en non-COVID), BOSS-capaciteit en vrije capaciteit</li> <li>• Er moeten 188 BOSS bedden beschikbaar zijn voor COVID en non-COVID zorg, dat is op dit moment het geval. Echter, was dit niet het geval in de afgelopen vier dagen; toen waren er onvoldoende BOSS-bedden.</li> <li>• Stand is nu 767 COVID-patiënten op de IC en 395 non-COVID patiënten op de IC. De totale IC-bezetting bedraagt daarmee 1.162 bedden.</li> <li>• Het aantal nieuwe COVID-opnames op de IC bedraagt 24, dit zijn 13 opnames minder dan gisteren en is lager dan het weekgemiddelde van 41. Dit weekgemiddelde is gedaald met 5 opnames ten opzichte van de week ervoor.</li> </ul> <p>Verplaatsingen en Duitsland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er bevinden zich geen patiënten in Duitsland.</li> <li>• In week 18 zijn er 99 patiënten verplaatst tussen de regio's, waarvan 19 IC-patiënten.</li> </ul> <p>Gemiste verwijzingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op dit moment (NZa, zorgbeeld 4 mei 2021) ligt het aantal verwijzingen op 85% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis.</li> <li>• Het gaat in totaal om ruim 1.435 miljoen minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder crisis.</li> <li>• Dat huisartsen minder verwijzen betekent niet dat al deze mensen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Een deel van deze zorg zal niet ingehaald worden, bijvoorbeeld omdat patiënten door de huisarts behandeld kunnen worden of omdat klachten vanzelf over gaan.</li> </ul>

	<p>Data NZa zorgbeeldportaal (stand 6 mei)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afschaling OK 44%.</li> <li>• Druk IC = 3.3 (op 5)</li> <li>• Druk in de kliniek = 3,1 (op 5)</li> <li>• Druk overige zorg = 2.7 (op 5)</li> <li>• Percentage dat (semi-)acute zorg kan leveren = 100%</li> <li>• Percentage dat kritiek planbare zorg kan leveren = 44% (56% deels)</li> <li>• Percentage dat planbare zorg kan leveren = 60% deels, 39% nee</li> <li>• Ziekteverzuim onder zorgpersoneel in de kliniek = 7,7%</li> <li>• Ziekteverzuim onder zorgpersoneel op de IC = 7,4%</li> </ul> <p><b>Conclusie:</b> Sommige ziekenhuizen hebben tijdens de tweede golf ook de (semi-)acute zorg en de kritieke planbare zorg al deels moeten afschalen. Dat onderstreept het belang van actueel inzicht in de capaciteit in de regio. Door de planbare zorg verder af te schalen is het streven om de (semi-)acute en de kritiek planbare zorg te waarborgen.</p> <p>Piek eerste golf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op het hoogtepunt van de eerste covid-golf (d.d. 7 april 2020), lagen 1.424 Nederlandse covid-patiënten op IC's in Nederland en Duitsland.</li> <li>• Op diezelfde dag lagen 2.900 covid-patiënten op verpleegafdelingen.</li> </ul> <p>De opschaling van de klinische bedden en IC capaciteit gaat in 2 fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per 1 oktober om een uitbreiding van 1150 naar 1350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische covid-bedden.</li> <li>• per 1 januari 2021 gaan het om opschaling met nog eens 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1700 bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden.</li> </ul> <p>Prognose LCPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De komende 7 dagen wordt er landelijk een stijging van het aantal bezette IC-bedden voor patiënten met COVID-19 verwacht. Ook verwacht het LCPS de komende week een toenemend aantal COVID-patiënten in de kliniek. (Dagrapportage LCPS, 9 mei)</li> </ul> <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> <p>De bedragen zijn gereserveerd in deze VWS begroting, zie Wijziging van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021 (Incidentele supplettoire begroting inzake Coronamaatregelen).</p> <p>De financiering hiervan loopt via een subsidieregeling voor de ziekenhuizen. We geven in deze subsidieregeling aan dat er tussentijds bekeken wordt of afschaling (van bedden en dus van financiële ondersteuning) mogelijk is als Covid-19 er niet meer is.</p>
--	---