

Factsheet Begrotingsbehandeling: IC-zorg en capaciteit

Onderwerp:	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> • Ook voor aankomend najaar/winter moeten we rekening houden met een mogelijke zware belasting op de zorg. • De (zorg)capaciteit wordt voor een groot deel bepaald door de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Daar ligt nu juist het probleem. Het ziekteverzuim neemt toe en de uitstroom van IC-verpleegkundigen is hoger dan de instroom. • De ROAZ 5.1.2e hebben recent aangegeven dat er voor een piekperiode kortdurend maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn. • Deze 1350 bedden zijn als volgt opgebouwd: <ul style="list-style-type: none"> - 350 IC-bedden voor acute niet-planbare zorg; - 200 BOSS-bedden; - 400 IC-bedden voor planbare- en inhaalzorg; - 200 IC-bedden voor de griep; - 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten. • We hebben de LNAZ 15 september 2021 gevraagd om een evaluatie van het Opschalingsplan dat bestaat uit de onderdelen 'Terugkijken, leren en evalueren' en 'Vooruitkijken'. Op basis daarvan moet de LNAZ aangeven op welke punten het Opschalingsplan aangepast moet worden. Eind oktober zal de LNAZ dit opleveren.
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> • Capaciteit van IC-zorg is en blijft een aandachtspunt.
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> • De toenmalige minister MZS heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om een Opschalingsplan. Dit plan is op 30 juni 2020 aangeleverd. • Het Opschalingsplan 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. • Voor de uitvoering van het plan heeft het kabinet voor de jaren 2020-2022 circa 5.1.2b euro beschikbaar gesteld aan de ziekenhuizen. • Dit plan is nu (oktober 2021) nog steeds van kracht en wordt door LNAZ geëvalueerd. Resultaten zijn eind oktober bekend. <p><u>Opbouw opschalingsplan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit. 2.Totaal fase 1: 1150 IC-bedden 3.Uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 extra vaste IC-bedden (en 400 klinische bedden), voor de duur van de pandemie. Op 1 oktober 2020 moest deze stap gerealiseerd zijn. 4.Totaal fase 2: 1350 IC-bedden 5.Verdere uitbreiding met 350 extra flexibele IC-bedden (en 700 klinische bedden) die alleen worden ingezet voor COVID-19-patiënten om een grote piek op te vangen. Gaat ten koste van de beschikbaarheid van bedden voor andere patiënten (griep/planbare- en inhaalzorg/ evt. BOSS-bedden). Op 1 januari 2021 moest deze stap gerealiseerd zijn. 6.Totaal fase 3: 1700 IC-bedden. <ul style="list-style-type: none"> • In fase 1 is de financiering van de opschaling (beschikbaarheid van bedden en daadwerkelijk gebruik) de verantwoordelijkheid van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Voor de financiering van de beschikbaarheid in fase 2 en 3 is er een VWS-subsidieregeling voor de ziekenhuizen. Overigens betaalt VWS via die regeling ook in fase 1 mee aan opleidingen en incidentele kosten (verbouwing, inventaris en crisisvoorraad geneesmiddelen).

	<ul style="list-style-type: none"> • De bedragen die met de VWS-subsidieregeling zijn gemoeid zijn: <ul style="list-style-type: none"> - 2020: [redacted] realisatie) - 2021: 5.1.2b (prognose) - 2022: [redacted] (prognose) • Met name de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de IC-capaciteit uit te breiden. • Hierbij werd – 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.
<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Als er dit najaar/deze winter meer dan 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten nodig zijn, dan kan dit aantal tijdelijk worden uitgebreid. • Zo kan er tijdelijk wat meer speling zijn als er weinig of geen griep is. • Ook kan er tijdelijk wat speling zijn op de planbare zorg. Echter, het afschalen van planbare zorg brengt gezondheidsschade, mogelijk verlies van levensjaren en sociale en economische gevolgen met zich mee (langer niet meedoen aan maatschappij). • Er kan niet ingeteerd worden op de IC bedden voor zorg die acuut nodig is. • We moeten voorkomen dat er opnieuw zorg afgeschaald moet worden. • We zijn aan het kijken of en hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. • Dat doet VWS op twee manieren: <ol style="list-style-type: none"> 1. Het inzetten van IC capaciteit in Duitsland. VWS heeft met collega [redacted] 5.1.2e van Noordrijn-Westfalen de al bestaande afspraken over het overnemen van elkaars patiënten als we tegen de grenzen aanlopen, opnieuw bekrachtigd. 2. VWS heeft het LNAZ gevraagd te verkennen of de COVID-19-zorg op de IC en in de kliniek in tijden van piekbelasting anders ingericht kan worden. Hierbij kun je denken aan concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht. Een dezer dagen ontvangen we advies hierover van de LNAZ.
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen)</p>	<p>Het onderwerp capaciteit IC-zorg en inhaalzorg staat volop in de politieke belangstelling.</p>
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<p><u>Maximale IC-bezetting</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerste golf: In de eerste golf werd pas vanaf eind april ook aangegeven hoeveel non-COVID IC bedden bezet waren. Daarvoor is deze data dus niet beschikbaar. • Tweede golf: Maximale IC-bezetting (Covid en non-COVID) tijdens de tweede golf ligt op 1.146 IC-bedden. • Derde golf: Maximale IC-bezetting (COVID en non-COVID) tijdens de derde golf ligt op 1.278 IC-bedden. <p><u>Maximale COVID-bezetting IC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerste golf: Maximale COVID-bezetting op de IC tijdens de eerste golf ligt op 1.424 Covid-patiënten. • Tweede golf: Maximale COVID-bezetting op de IC tijdens de tweede golf ligt op 841 Covid-patiënten. • Derde golf: Maximale COVID-bezetting op de IC tijdens de derde golf ligt op 731 COVID-patiënten. <p><u>Huidige cijfers (26 oktober 2021):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instroom COVID-patiënten op de IC: 14 • Bezetting COVID-patiënten op de IC: 192 • Totale bezetting op de IC (COVID en non COVID): 767

**Het antwoord van de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport op de vragen van het Kamerlid Agema
(PVV) over waarom we niet bulken van de IC-bedden,
waarom er maar een handje vol IC-verpleegkundigen is
bijgekomen en waarom de ventilatie en
ziekenhuiscapaciteit niet op orde is?**

- Het knelpunt bij de uitbreiding van de IC-capaciteit betreft niet de fysieke bedden of de beademingsapparatuur. Die kunnen zonder problemen worden uitgebreid.
- Ook over de bekostiging van IC-bedden zijn goede afspraken gemaakt met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Hiervoor heeft het kabinet circa € 500 miljoen beschikbaar gesteld.
- De mogelijkheden voor de uitbreiding van de IC-capaciteit worden echter begrensd door de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde en uitgeruste zorgprofessionals. Dat is de belangrijkste uitdaging op dit moment.
- Ziekenhuizen werken hard aan het realiseren van de verdere opschaling volgens het Opschalingsplan, inclusief het opleiden van extra IC-personeel.
- Goed opleiden vraagt echter om goede begeleiding en dat is lastig nu de druk op de ziekenhuizen en de IC's al zo lang zo hoog is.
- Op verzoek van VWS werkt het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan.

- De 5.1.2e van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) hebben aangegeven dat er in de huidige situatie voor een piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn.
- Vooral de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de capaciteit verder uit te breiden.
- Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over onrust naar aanleiding van de beantwoording van een eerdere begrotingsvraag over maximale IC-capaciteit.

- Op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het IC-Opschalingsplan opgesteld. Daarin werd aangegeven dat een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden mogelijk was en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden.
- In het Opschalingsplan is een crisisratio van één verpleegkundige op drie patiënten als mogelijke (nood)maatregel genoemd.
- In een dergelijke situatie zouden dan geen extra IC-verpleegkundigen nodig zijn gegeven het aantal van 1700 IC-bedden. Maar dit is vanwege de werkdruk voor de verpleegkundigen geen wenselijk en houdbaar scenario, zoals in het antwoord op begrotingsvraag 629 is aangegeven. Een situatie met een lagere ratio van één verpleegkundige op twee patiënten is werkbaarder en houdbaar, maar leidt tot minder opschalingsmogelijkheden qua IC-capaciteit.
- Op verzoek van VWS werkt het LNAZ nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan. In het kader van deze

exercitie hebben de 5.1.2e van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) bij het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie voor een korte piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt.

- Vooral de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de capaciteit verder uit te breiden.
- Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen.
- De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FvD) over of het normaal is dat de zorg juist is afgebouwd en dat het aantal IC-bedden per 100.000 inwoners in ons land het laagste van alle rijke EU-landen is.

- Volgens de cijfers van de Stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) is het aantal IC-bedden in de jaren voorafgaand aan de COVID-19-pandemie ongeveer gelijk gebleven.

Jaar	Aantal IC-bedden (NICE)
2013	1208
2014	1210
2015	1210
2016	1191
2017	1209
2018	1208

- Volgens cijfers uit 2017 van the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) heeft Nederland een lagere IC-capaciteit dan het gemiddelde.
- Er zijn verschillen tussen landen. Duitsland en België hebben relatief een hogere IC-capaciteit, terwijl de Scandinavische landen ongeveer vergelijkbaar zijn met Nederland.
- Het is lastig om hier een exacte vergelijking tussen landen te maken, omdat de inrichting van de zorg tussen landen onderling flink kan verschillen.
- Zo is de zorg in Nederland in het algemeen gericht op zo kort mogelijk verblijf op de IC, waardoor de gemiddelde ligduur

op de IC in Nederland lager is dan in veel andere Europese landen en zelfs half zo lang als in Duitsland. Dat heeft doorwerking in het aantal operationeel benodigde IC-bedden. Ook hanteren landen verschillende definities voor 'intensive care'. Wat in sommige landen tot 'intensive care' wordt gerekend, wordt in Nederland als 'high care' of 'medium care' gezien. Dergelijke bedden zijn dan ook niet in de Nederlandse IC-capaciteitscijfers meegenomen.

- De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft de Kamer eerder gemeld dat – mede op basis van de geleerde lessen uit de COVID-19-pandemie – gewerkt wordt aan bouwstenen om de zorg robuust en crisisbestendig in te richten. Onderdeel hiervan is een flexibele capaciteit van IC-bedden en medisch geschoolde zorgprofessionals.
- Besluitvorming over eventuele structurele opschaling van de IC-capaciteit in de toekomst wordt aan het nieuwe kabinet overgelaten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Verweij (JA21) over de opschaling naar 1350 IC-bedden en de flexibele opschaling naar 1700 IC-bedden. Wanneer is dit resultaat gerealiseerd? En is deze opschaling voldoende om ten opzichte van vergelijkbare landen blijvend een vergelijkbare IC-capaciteit te hebben? Hoewel landen verschillen, is het onvoldoende om alleen te verwijzen naar de verschillen tussen landen.

- Op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het IC-Opschalingsplan opgesteld. Daarin werd aangegeven dat een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden mogelijk was en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden.
- Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het LNAZ nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan. In het kader van deze exercitie hebben de 5.1.2e van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) bij het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie voor een korte piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt.
- Vooral de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de capaciteit verder uit te breiden.

- Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen.
- De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.
- Volgens cijfers uit 2017 van the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) heeft Nederland een lagere IC-capaciteit dan het gemiddelde. Er zijn verschillen tussen landen. Duitsland en België hebben relatief een hogere IC-capaciteit, terwijl de Scandinavische landen ongeveer vergelijkbaar zijn met Nederland. Het is lastig om hier een exacte vergelijking tussen landen te maken, omdat de inrichting van de zorg tussen landen onderling flink kan verschillen.
- Zo is de zorg in Nederland in het algemeen gericht op zo kort mogelijk verblijf op de IC, waardoor de gemiddelde ligduur op de IC in Nederland lager is dan in veel andere Europese landen en zelfs half zo lang als Duitsland. Dat heeft doorwerking in het aantal operationeel benodigde IC-bedden.
- Ook hanteren landen verschillende definities voor "intensive care". Wat in sommige landen tot "intensive care" wordt gerekend, wordt in Nederland als "high care" of "medium care" gezien. Dergelijke bedden zijn dan ook niet in de Nederlandse IC-capaciteitscijfers meegenomen.
- De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft de Kamer eerder gemeld dat – mede op basis van de geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie – gewerkt wordt aan

bouwstenen om de zorg robuust en crisisbestendig in te richten. Onderdeel hiervan is een flexibele capaciteit van IC-bedden en medisch geschoolde zorgprofessionals.

- Besluitvorming over eventuele structurele opschaling van de IC-capaciteit in de toekomst wordt aan het nieuwe kabinet overgelaten