

MEMO: Kostensoorten - het onderscheid tussen kosten i.v.m. corona en kosten van continuïteit

Door: VWS in afstemming met ZN, ZiNL en NZa

Versie: 12 mei 2020

Uitgangspunten:

- Doel: bereiken dat er een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen kosten i.v.m. corona en kosten voor continuïteit van zorg. En waar aan de orde tussen BV en AV. Dit onderscheid is belangrijk omdat de kosten een verschillend financieel gevolg hebben voor de zorgverzekeraars.
- Kosten i.v.m. corona kunnen ingebracht worden in de catastroferegeling.
- Kosten i.v.m. corona vallen uiteen in de reguliere prestaties die voor coronapatiënten in rekening worden gebracht en de nieuwe prestatie, genaamd 'meerkosten'.
- Kosten van continuïteit kunnen niet ingebracht worden in de catastroferegeling.
- Voor de kosten van continuïteit is er een nieuwe prestatie genaamd 'continuïteitsbijdrage'.
- Belangrijk is om dubbele bekostiging zoveel mogelijk te voorkomen. Dubbele bekostiging wordt voorkomen zowel binnen de kosten i.v.m. corona, als tussen de kosten i.v.m. corona en kosten voor continuïteit, als tussen de domeinen en samenloop rijksregelingen.
 - Binnen 'kosten i.v.m. corona': onder andere geen 'meerkosten' in rekening brengen en vergoeden als er al een reguliere prestatie en een (al dan niet aangepaste) prijs tegenover staat. 'Meerkosten' kunnen alleen in rekening worden gebracht als duidelijk is (of: aannemelijk gemaakt kan worden) dat bij de vaststelling van het tarief/de contractprijs geen rekening is gehouden met deze kosten.
 - Tussen de continuïteitsbijdrage en kosten corona: 1) onder andere geen 'meerkosten' vergoeden voor een afgezegde operatie als de 'continuïteitsbijdrage' wordt vergoed voor dezelfde zorg (alleen in specifieke situaties kan omzetverlies vergoed worden als 'meerkosten'). 2) onder andere het vinden van een modus om de dubbele bekostiging van een personeel en apparatuur tegen te gaan dat van een afdeling gaat waar leegstand is (vergoed via 'continuïteitsbijdrage' of 'meerkosten') naar een ic-afdeling gaat waar wel kosten voor gedeclareerd worden via reguliere prestatie of 'meerkosten'.
 - Tussen de domeinen en samenloop rijksregelingen: zorgfinanciers zijn voorliggend en continuïteitsbijdrage uit Zvw, Wiz en sociaal domein tellen mee als gerealiseerde omzet voor het bepalen van de omvang van eventuele steun vanuit de Rijksregelingen.
- Alle zorgaanbieders die coronazorg leveren komen in aanmerking voor de vergoeding van 'meerkosten', dit blijft dus niet beperkt tot de basisinfra.
 - Verdere uitwerking/nadere duiding van de kosten vindt plaats per sector.
- Iedereen die extra kosten maakt i.v.m. het bestaan van corona, maar geen coronazorg levert komt in aanmerking voor 'meerkosten', maar hierbij moet wel door de zorgaanbieder aangetoond/aannemelijk gemaakt worden dat deze extra kosten noodzakelijk en doelmatig waren en dienen de kosten verantwoord te worden d.m.v. "bonnetjes".
 - Verdere uitwerking/nadere duiding van de kosten vindt plaats per sector.
- Een zorgaanbieder kan zowel aanspraak maken op 'meerkosten' als 'continuïteitsbijdrage', maar moet dan wel gefundeerd en gedocumenteerd onderscheid tussen de twee soorten kosten maken.
 - Verdere uitwerking/nadere duiding van de kosten vindt plaats per sector.
- Zorgaanbieders kunnen bij het Rijksloket terecht voor het omzetverlies dat resteert na aftrek van de vergoeding van de continuïteitsbijdrage en eventuele omzet die ze nog gedraaid hebben in de betreffende periode.

- Zorgverzekeraars verhogen NIET de reguliere tarieven voor de zorg in onderlinge onderhandeling tussen verzekeraar en zorgaanbieders. Indien de reguliere tarieven niet toereikend zijn, dient hiervoor de 'meerkosten' prestatie gebruikt te worden.
 - Uitzondering hierop zijn de generieke regelingen voor: huisartsen, HDS'en (huisartsenposten), eerstelijnsverblijf en ambulancezorg. Alleen bij huisartsen betreft het een pure tariefsverhoging, bij elv wordt een bepaalde prestatie opengesteld voor coronazorg, bij HDS'en en ambu's is geregeld dat budgetten versneld kunnen worden aangepast.
- De kosten onder kostensoort 1 t/m 4 hebben alleen betrekking op zorg onder de Zvw, oftewel BV. Alleen de kosten onder 5 en 6 kunnen zowel onder de BV en AV vallen. Hierbij is van belang dat dit onderscheid in de verantwoording/registratie ook gemaakt, kan worden met een redelijke onderbouwing.
- In dit memo worden de kosten buiten beschouwing gelaten die niet via de zorgverzekeraars lopen, zoals de kosten Zvw-PGB voor niet geleverde zorg en de subsidieregeling extramurale behandeling.
- De continuïteitsbijdrage is vastgesteld door ZN, rekening houdend met het advies van Gupta. Bij de vaststelling van het percentage wordt rekening gehouden met de omvang en inhoudt van de doorlopende kosten en met de omzet die de zorgaanbieder maakt in de periode waarvoor hij de continuïteitsbijdrage krijgt. Er vindt een verrekening plaats tussen de continuïteitsbijdrage en de omzet die een zorgaanbieder in de komende maanden inhaalt (inhaalzorg).
- De 'meerkosten' worden niet verrekend met de 'continuïteitsbijdrage' of de zorg die via de reguliere prestaties in rekening wordt gebracht.

Vooraf

De beleidsregel en de nadere regel maken duidelijk wat een zorgaanbieder minimaal transparant moet kunnen maken. In de regeling van de NZa worden registratie-eisen gesteld. De nadere invulling van de kostensoorten wordt neergelegd bij zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. In de circulaire van de beleidsregel worden de kostensoorten kort genoemd. Daarbij wordt ook aangegeven waarom het onderscheid van belang is, zodat zorgaanbieders het doel begrijpen.

Omdat de nadere duiding van kostensoorten wordt neergelegd bij zorgverzekeraars zal er verder via het toezicht op de zorgverzekeraars geregeld worden hoe de verantwoording verder vormgegeven dient te worden. Dit regelt de NZa nu bewust niet helemaal dicht, omdat dit in de uitvoering grote problemen kan geven.

Het is van belang dat de basis vastlegging van de zorgaanbieders zoveel mogelijk op orde is, dan kan namelijk in de nadere duiding door de zorgverzekeraars in discussie met de zorgaanbieders gezien worden, welke kosten onder reguliere kosten, de 'meerkosten corona' en de continuïteitsbijdrage vallen.

Wanneer in deze notitie wordt gesproken over basisinfra dan gaat het over de volgende groep aanbieders:

- Algemene ziekenhuizen
- UMC's
- Ambulancediensten
- de 28 ggz-aanbieders die de verantwoordelijkheid dragen voor de acute psychiatrie in de regionale crisisdiensten
- HAP (HDS)
- Huisartsen
- Farmaceutische spoedzorg
- ELV-coördinatiefunctie
- Acute verloskunde

Kostensoorten

1. Declaraties van directe zorg aan coronapatiënten, voor verzekerde zorg.
 - Uitwerking door werkgroep Administratieve uitwerking
 - Het gaat hierbij om de kosten die onder reguliere prestaties worden gemaakt. Daarmee lopen deze kosten gewoon via de normale declaraties, dus uurtarieven of DBC + ic-add-on etc.
 - Voor een aantal sectoren worden via generieke maatregelen de reguliere prestaties aangepast. Dit geldt voor:
 - Huisartsen - ophoging tarief
 - HDS'en (huisartsenposten) - budgetten kunnen versneld worden aangepast
 - Eerstelijnsverblijf - experimenteer prestatie vastgesteld voor coronazorg
 - Ambulancezorg - budgetten kunnen versneld worden aangepast
 - Registratie: Voor deze kostensoort is het vooral van belang om te bekijken HOE de kosten reguliere prestaties aangemerkt kunnen worden als kosten i.v.m. corona (werkgroep Administratieve uitwerking).
 - Er zal enige overlap zitten tussen kostensoort 1 en 2, waar het gaat om bestaande prestaties valt het onder 1, als het daar niet onder past valt het onder 2.
- ER: Ja, want volgt de individuele prestatie
 - Catastroferegeling: Ja, want reguliere prestaties
 - NZa-prestatie 'Meerkosten': Nee

2. Extra kosten i.v.m. corona die samenhangen met de directe zorg aan coronapatiënten
- Uitwerking beleidsregel NZa 'meerkosten' + nader duiden kostensoort door zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
 - Hieronder vallen de kosten die gemaakt worden voor het werken met extra (en mogelijk duurder) beschermingsmateriaal en het inzetten van extra personeel waarvan de kosten niet in het integrale tarief van de prestatie onder kostensoort 1 is verwerkt (of via de max-max tarieven, of budgetten verwerkt kan worden).
 - Voor een aantal sectoren worden via generieke maatregelen de reguliere prestaties aangepast. Dit geldt voor:
 - Huisartsen - ophoging tarief
 - HDS'en (huisartsenposten) - budgetten kunnen versneld worden aangepast
 - Eerstelijnsverblijf - experimenteer prestatie opengesteld voor coronazorg
 - Ambulancezorg - budgetten kunnen versneld worden aangepast
 - **Dubbele betaling:** voor deze kostensoort is het van belang om te bekijken HOE je kan bepalen welke kosten (voor personeel maar ook persoonlijke beschermingsmiddelen(PBM)) wel uit de reguliere prestaties betaald kunnen worden en welke niet (werkgroep Administratieve uitwerking).
 - Er zal enige overlap zitten tussen kostensoort 1 en 2, waar het gaat om bestaande prestaties valt het onder 1, als het daar niet onder past valt het onder 2.
- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| • ER: | Nee, want geen individuele prestatie |
| • Catastroferegeling: | Ja |
| • NZa-prestatie 'Meerkosten': | Ja |
3. Kosten van zorgcapaciteit binnen een bestaande instelling voor Zvw zorg die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor coronapatiënten
- Uitwerking beleidsregel NZa 'meerkosten' + nader duiden kostensoort door zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
 - Hieronder vallen de kosten van bewust en actief leeg en beschikbaar houden van zorgcapaciteit. Het kan hierbij zowel gaan om het leeghouden van bedden (geen patiënten opnemen) als stopzetten van niet-spoedeisende operaties, om weer bedden vrij te houden met het oog op de verwachting van de komst van een forse toestroom aan coronapatiënten, of omdat de operatiekamer niet meer geschikt i.v.m. gebruik van materiaal elders in het ziekenhuis. Het gaat dus om de kosten van bewust leeggemaakte capaciteit, maar alleen voor zover (aspecten van) die bewust leeggemaakte capaciteit (zoals artsen, verpleegkundige, apparatuur, overig personeel) niet elders is ingezet.
 - Noodzakelijke voorwaarde om deze kosten onder de 'meerkosten corona' te laten vallen, is dat dit op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties of op grond van afstemming in ROAZ-verband gebeurt.
 - Om deze kostensoort te kunnen verantwoorden moet een zorgaanbieder bij het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties zijn aangesloten/of specifiek zijn aangewezen deze actie te ondernemen.
 - Deze kostensoort wordt verantwoord aan de hand van vergelijken van de gerealiseerde omzet van een gespecificeerde groep klinische DBC in de specifieke weken waarin de gespecificeerde zorgcapaciteit bewust en actief leeg en beschikbaar is gehouden in jaar t en de afgesproken omzet in jaar t of anders de gerealiseerde omzet in jaar t-1. Deze gehele of gedeeltelijke gedeerde opbrengst (x%) vallen onder deze kostensoort.
 - Welke groep Dbc's gespecificeerd wordt, is aan de nadere duiding van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun overeenkomst.
 - **Dubbele betaling:** of de gehele gedeerde opbrengst of een deel daarvan onder deze kostensoort valt is aan de nadere duiding van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, dit is noodzakelijk omdat dubbele betaling voorkomen dient te worden. *Voorbeeld: als de hartchirurg nu aan de slag gaat op de corona-ic, komt het % van de prestatie dat ziet*

op het honorarium van de arts te vervallen, omdat dit anders dubbel betaald wordt omdat er ook een Dbc en ic add-on tegenover staat met een % van de prestatie dat ziet op het honorarium voor een arts. Andere voorbeelden betreffen de verpleegkundigen die elders voor coronapatiënten declarabel aan de slag zijn, apparatuur die elders voor coronapatiënten declarabel is ingezet, overheadkosten die elders voor coronapatiënten gedeclareerd worden.

- ER: Nee, want geen individuele prestatie
- Catastroferegeling: Ja
- NZa-prestatie 'Meerkosten': Ja

4. Kosten voor het creëren van extra zorg capaciteit voor coronapatiënten

- Uitwerking beleidsegel NZa 'meerkosten' + nader duiden kostensoort door zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Hieronder vallen het gereedmaken van extra capaciteit, zowel van ic-bedden, ic-units, inrichten van units voor kwetsbare ouderen (corona-units), aankoop van extra beademingsapparatuur (evt. alleen de afschrijving van deze apparatuur), tenten plaatsen met scanners voor snelle triage, maar ook aan het inrichten van hotels/ evenementenlocaties/ verpleeghuizen als dependance ten behoeve van coronazorg. Hieronder vallen ook de kosten die worden gemaakt voor het inrichten van andere afdelingen van het ziekenhuis (bijv. bevalhotels) om zo noodzakelijke ruimte te maken voor de zorg coronapatiënten. Ook de kosten voor het afbreken van extra zorglocaties vallen onder deze kostensoort. De kosten voor de zorg zelf voor corona-patiënten zijn benoemd onder kostensoorten 1 en 2 (zie ook bullet over voorkomen van dubbele betaling hieronder).
- Noodzakelijke voorwaarde om deze kosten onder de 'meerkosten corona' te laten vallen, is dat dit op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties of op grond van afstemming in ROAZ-verband gebeurt. Om deze kostensoort te kunnen verantwoorden moet een zorgaanbieder bij het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties zijn aangesloten/of specifiek zijn aangewezen deze actie te ondernemen.
- Hoe deze kostensoort verder gespecificeerd wordt, is aan de nadere duiding van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Dubbele betaling: voor deze kostensoort is het van belang om te bekijken HOE je kan bepalen welke kosten voor het creëren van extra capaciteit al uit de reguliere prestaties betaald kunnen worden die op de extra locaties in rekening worden gebracht.
-
- ER: Nee, want geen individuele prestatie
- Catastroferegeling: Ja
- NZa-prestatie 'Meerkosten': Ja

5. Kosten die gemaakt worden voor niet-coronapatiënten door het bestaan van corona

- Uitwerking beleidsregel NZa 'meerkosten' + nader duiden kostensoort door zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Hieronder vallen de kosten die gemaakt worden voor extra voorzorgsmaatregelen, zoals PBM om besmetting te voorkomen waar zorgverleners die anders niet of minder zouden gebruiken en inrichten aparte ruimten voor het gescheiden houden van corona en niet-corona-patiënten. Deze kosten kunnen in alle sectoren zitten en kunnen daarmee ook vallen onder zowel de BV als de AV.
- Voor een aantal sectoren worden via generieke maatregelen de reguliere prestaties aangepast. Dit geldt voor:
 - Huisartsen - ophoging tarief
 - HDS'en (huisartsenposten) - budgetten kunnen versneld worden aangepast
 - Eerstelijnsverblijf - experimenteer prestatie opengesteld voor coronazorg

- Ambulancezorg - budgetten kunnen versneld worden aangepast
 - Hoe deze kostensoort verder gespecificeerd wordt, is aan de nadere duiding van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
 - ER: Nee, want geen individuele prestatie
 - Catastroferegeling: Ja
 - NZa-prestatie 'Meerkosten': Ja
6. Omzetderving door bestaan van corona dat NIET het gevolg is van bewust en actief leeg en beschikbaar houden van capaciteit voor coronapatiënten
- Uitwerking beleidsregel NZa 'continuïteitsbijdrage' + voorwaarden van verzekeraars om in aanmerking te komen voor de continuïteitsbijdrage.
 - Hieronder valt al het omzetverlies van zorgaanbieders door het bestaan van corona dat niet valt onder één van de hierboven beschreven kostensoorten (1 t/m 5). Het gaat hierbij om zorgaanbieders/zorgverleners die geen corona zorg leveren en/of zorgaanbieders/zorgverleners die binnen een grotere organisatie werken die zelf geen coronazorg leveren, maar als gevolg van de crisis en de adviezen van het RIVM hun omzet zien teruglopen en/of hun beroep niet meer mogen uitoefenen. Het gaat hierbij zowel om gecontracteerde als ongecontracteerde zorg en zowel over zorg die onder de BV als de AV valt. De 'continuïteitsbijdrage' is dus één prestatie, maar er worden wel registratie voorschriften opgesteld, waardoor er onderscheid gemaakt kan worden tussen BV en AV zorg.
 - ER: Nee, want geen individuele prestatie
 - Catastroferegeling: Nee
 - NZa-prestatie 'Meerkosten': Nee, prestatie 'Continuïteitsbijdrage'

Werkgroep Administratieve uitwerking

- Inzichtelijk maken welke informatie en registratie zorgaanbieders al bijhouden voor coronazorg. Bijvoorbeeld, staat er bij iedere DBC waar een corona patiënt onder verpleegd wordt ergens CORONA in het opmerkingenveld. Relevant voor volgende vraag. Ander voorbeeld, hoe houden ze de bonnetjes bij van de extra mondkapjes en beademingsapparatuur die ze gekocht hebben?
- Hoe zorgen we voor registratie of toewijzing van reguliere prestaties aan kosten i.v.m. corona?
- Gaan we een correctie op de reguliere prestaties toepassen om deze onder te brengen in de kosten i.v.m. corona? Achtergrond: normaal is er ook ic-bezetting, deze is nu veel lager, gaan we de kosten van het deel dat de ic-bezetting nu lager is dan normaal in mindering brengen op de kosten corona?).
- Hoe wordt straks de opgave voor de catastrofe regeling geregeld?
- Welke verplichtingen ten aanzien van registratie (van de nieuwe prestaties) legt de NZa op? En welke nadere duiding wordt neergelegd bij verzekeraars?
- Wat ligt er vast bij de zorgaanbieder? Is de basis vastlegging op orde?
- Wat regel je aan de voorkant?
- Wat regel je aan de achterkant?
- Hoe wordt sectorspecifieke kennis en omstandigheden benut? Per sector zijn wellicht bepaalde kostensoorten niet aan de orde, en kunnen voor andere kostensoorten met relatief eenvoudige administratieve handelingen een voldoende adequaat beeld van omvang van kosten en verdeling van kosten over kostensoorten verkregen worden.
- Hoe zorgen we dat casuïstiek landt in de werkgroep Administratieve uitwerking? En dat een besluit over casuïstiek ook uitgevoerd wordt?
- Hoe gaan we om met integrale tarieven en hoe bepalen we welke kosten daar wel en niet in zitten. Dit vooral om dubbele bekostiging te voorkomen. NZa geeft aan: belangrijk om te beseffen dat een tarief wel kosten dekt, maar welke kosten is niet specificeerbaar. VWS heeft daarbij het idee dat er wel een inschatting gemaakt kan worden (op basis van kostprijsonderzoek bv) van welke kosten er in een tarief verwerkt zijn.
- Als multi-sector-zorgaanbieders omzetting en meerkosten declareren (binnen de Zvw) zonder zelf onderscheid te maken naar 'sector', dan kunnen zorgverzekeraars (1) als default het bedrag naar rato van schadelast toedelen naar zorgsectoren, (2) evt. op grond van de aard van de meerkosten en de onderbouwing van de zorgaanbieders naar eigen inzicht een meer specifieke toedeling maken naar sector.
- Als een zorgaanbieder voor meerdere financieringsstromen actief is (Zvw/Wlz/Wmo/Jeugdwet) wordt het lastiger om zekerheid te krijgen dat dubbele vergoeding voorkomen is. Wanneer zit zich voordoet, zullen zorgverzekeraars en NZa op zoek moeten naar alternatieve checks & balances. Controleerbaarheid is dan sowieso beperkt wegens afwezigheid van goede checks aan de voorkant.
- Hoe zorgen we achteraf voor het herkenbaar maken van declaraties als coronazorg? Dit zal vaak achteraf moeten gebeuren, daar zal soms een inschatting gemaakt moeten worden, als dit op een goede manier verantwoord kan worden is dit mogelijk volgens ZIN. Zoveel als mogelijk moet er in de administratie een onderscheid gemaakt worden. Daarnaast geldt bij de ophoging van de tarieven voor de huisartsen zorg dat een verdeling zal moeten worden gemaakt welke kosten vallen onder 'meerkosten corona' en welke vallen onder de continuïteitsbijdrage; hiervoor is in de besluitvorming een 'rule of thumb' gebruikt.
- Hoe kunnen we 'reguliere' ambulanceritten en 'reguliere' huisartsenconsulten apart houden van 'corona' prestaties? Hebben jullie hier ideeën bij of moet dit in de werkgroep Administratieve uitwerking worden besproken?

Continuëren oncologische zorg NL in COVID-19 crisistijd

Executive summary

05/04/2020

Reeds aangesloten instanties:



SONCOS
Stichting Chirurgische Samenwerking



**Federatie
Medisch
Specialisten**

**Nederlandse
Vereniging voor
Heelkunde**

DICA



**McKinsey
& Company**



Context

Waar staat het project nu

- Project aansturing met gemandateerde top specialisten en beroepsverenigingen, met dagelijkse bespreking van impact en vervolgstappen
- Wekelijks data analyses met data van DICA / IKNLsamenwerking met Nza, waardoor integratie met data ook van zorgdomein en DHD
- Identificatie en kwantificering van key bottlenecks in de zorg: zorgprofessionals, social distancing, ruimtes en materialen
- Wekelijks inzicht in situatie in regio om analyses en vervolgstappen vorm te geven
- Validatie van inzichten met medisch specialisten van verschillende huizen en regio's
- 150+ maatregelen voor capaciteit vergroting of vraag vermindering staan klaar om toegepast te worden
- Project team klaar om vervolgstappen te maken

Executive summary

Waarom moet het project nu doorgepakt worden

- 1 De effecten van de COVID-19 crisis zijn duidelijk merkbaar in de oncologische zorg: deze ligt nu voor een groot deel stil met significant **minder instroom** (~30-50%), en **behandelingen** (~40-60%) **dan verwacht**
- 2 Langdurig uitstel van planbare zorg, zonder aanpassingen aan het zorgsysteem, leidt tot drie grote risico's: **schade bij patiënten, toename ziekteverzuim van zorgpersoneel, uitgestelde zorg drukt op zorgsysteem** bovenop reguliere zorgvraag en daardoor **kans op toename zorgkosten**
- 3 Om de planbare en reguliere zorg weer goed te laten verlopen - naast de wisselende zorgvraag voor COVID-19 patiënten - is een **ketenbrede, dynamische aanpak** nodig op het juiste niveau met extra samenwerking op landelijk, regionaal en lokaal niveau
- 4 We stellen een **tijdelijk, verdergaand samenwerkingsmodel** voor op m.n. regionaal maar ook landelijk niveau, waarbij snel beslissingen ketenbreed kunnen worden genomen, **gebaseerd op actuele data en een uitgebreide maatregelenbibliotheek**
- 5 Om dit in goede banen te leiden, ook tijdens het nieuwe normaal, stellen we een **gefaseerde aanpak** voor, waarbij men start met opzetten en uitwerken van aanpak landelijk, direct gevolgd door **simultane opschaling in alle regio's**

1 De oncologische zorg ligt nu voor een groot deel stil

Effecten van COVID-19 merkbaar over de gehele keten



Identificatie

- 60-80%

aantal doorverwijzingen tov 2019 gemiddelde

Bevolkingsonderzoek

- Momenteel niet meer uitgevoerd. Daarmee stagneren de op jaarbasis ~90-95k doorverwijzingen via BVO borst- en darmkanker.
- Redenen hiervoor zijn:
 - COVID-19 maatregelen zorgen ervoor dat snelle follow-up niet meer gegarandeerd kan worden
 - Beperkende maatregelen om COVID-19 infectiegevaar te verminderen
 - Vraagverlagende maatregel om patiëntoestroom tijdelijk te verminderen

Huisartsen

- Gemiddeld is er een daling van 75% van verwijzingen van huisartsen naar ziekenhuizen voor niet-acute zorg.
- Een deel van deze terugloop is een bewuste keuze van de huisartsen om besmettingsrisico te verkleinen (bijvoorbeeld voor chronische zorg).
- Maar ook veel patiënten mijden de huisartsenzorg uit angst voor besmettingen.
- ~290k mensen wachten op een opvolging van hun verwijzing, en dus afspraak in het ziekenhuis.

“”

Bij BVO is er bloed in mijn ontlasting gevonden, ik heb geen idee wat zich afspeelt in mijn darmen

– Patiënt

Mensen zijn bezorgd dat ze in de huisartsenpraktijk Corona kunnen oplopen, omdat dat daar meer zieke mensen zijn

– Nederlands Huisartsen Genootschap



Diagnose

- 30-40%

aantal kankerdiagnoses tov 2019 gemiddelde

Diagnosestelling

- Eerste week van april zag een afname van 40% in diagnoses (van 3500 naar 1983).
- Over het gehele kancerspectrum is een afname van nieuwe patienten te zien:
 - Huidkanker: 40-50% afname
 - Darm, borst, uro en bloedkanker: 25-28% afname
- Dit komt door richtlijnen, maar ook doordat personeel (bijv. van endoscopie) ingezet wordt voor COVID-19, zowel reguliere als intensieve zorg.

Een kanker cel houdt zich niet aan corona

– Voorzitter IKNL



Behandeling

- 40-60%

aantal oncologische operaties in academische huizen tov 2019 gemiddelde

Ziekenhuizen

- Afname in oncologische operaties te zien van 40-60% in academische huizen door:
 - Richtlijnen opgesteld om niet acute behandelingen uit te stellen
 - Uitstel van risico-volle operaties om druk IC capaciteit te verlagen
 - Reducties voor sommige specialismen (Onco, MDL) tot 50% in verwijzingen vanuit perifere ziekenhuizen
- Perifere ziekenhuizen hebben minder capaciteitsproblemen door de instroom reductie vanuit eerste lijn.

Voor elke COVID-19 patient die drie weken een IC-bed bezet, kunnen we 40 complexe oncologische operaties niet uitvoeren

– Oncoloog, Academisch Ziekenhuis

2 Langdurig uitstel van planbare zorg, zonder aanpassingen aan het zorgsysteem, leidt tot drie grote risico's

	Situatie vóór COVID-19	Ontwikkelingen tijdens COVID-19	Risico's na COVID-19
 Zorgcapaciteit onder toenemende druk	<ul style="list-style-type: none"> ~40,000 openstaande vacatures in de zorg (2019), waarvan ~8,000 in ziekenhuizen 70% van ziekenhuispersoneel (~225,000 personen) werkt parttime 	<ul style="list-style-type: none"> Capaciteit daalt: personeel van reguliere zorg wordt voor COVID-19 ingezet (~6,000-9,000 FTE) 	<ul style="list-style-type: none"> Toename verzuim (naar 10-15%² i.p.v. 5.3%) boven langjarig gemiddelde door: <ul style="list-style-type: none"> COVID-19 ziekte bij personeel Isolatie door lockdown maatregelen Langdurige uitval (b.v. burn-out klachten)
 Zorgvraag moet door uitstel ingehaald worden	<ul style="list-style-type: none"> Zorgvraag kan niet altijd worden weggewerkt, door beperkte zorgcapaciteit (met name zorgprofessionals) 	<ul style="list-style-type: none"> Reguliere zorg is ~50% lager dan normaal, m.n. door <ul style="list-style-type: none"> Verlaagde intake Uitstellen niet-acute zorg en risicovolle (IC) zorg 	<ul style="list-style-type: none"> Langdurige overbelasting van het zorgsysteem (~12-24 maanden³, ~3-10% vraagtoename) met alle gevolgen voor patiënten, zorgverleners en zorginstellingen, door in te halen zorgvraag
 Zorgkosten toename is waarschijnlijk	<ul style="list-style-type: none"> Zorgkosten in Nederland ~90-100 miljard in 2018, ~15% van BBP Ziekenhuizen krijgen zorg vergoed door productieafspraken met verzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> Kosten nemen: <ul style="list-style-type: none"> Toe door o.a. ombouwen van & toename van tijdelijke en/of duurere zorgproducten door zorguitstel Af door vraag afname naar sommige zorgproducten 	<ul style="list-style-type: none"> Door toenemende zorgdruk en niet gebudgetteerde extra kosten ontstaat een disbalans in inkomsten en uitgaven voor zorgverleners, wat kan leiden tot: <ul style="list-style-type: none"> Potentiële mismatch op productieafspraken versus daadwerkelijke (over)productie Mogelijke impact op premies basisverzekering Toenemende financiële uitdagingen voor zorginstellingen

1. 3e kwartaal, 2019

2. McKinsey & Company, schatting voor Europa

3. afhankelijk van duur COVID-19 crisis (~1 tot 6 mnd)

Bron: Zorgwijzer, CBS, Ziekenhuiszorgcijfers, StaatVenz, Rijksoverheid, afbeelding: MarketingTribune

3 Het oncologische zorglandschap is complex en heeft versterkte samenwerking nodig in tijden van COVID-19

De oncologie en semi-acute cardiologie zijn prioriteit voor het herstarten van de reguliere zorg

Doel: (a) de COVID-19 zorg zo organiseren en egaliseren dat het voldoende capaciteit biedt voor de reguliere (oncologische) zorg en (b) de reguliere oncologische zorg tijdelijk optimaliseren zodat er effectiever gehandeld kan worden

Vershillende factoren voegen extra complexiteit toe aan de huidige situatie



Daarom moet de aanpak ketenbreed en dynamisch zijn met de regio in de leiding, landelijk ondersteund



Ketenbreed denken

...om 'funnel'-effect te controleren en onnodig uit- en afstel van noodzakelijke zorg te voorkomen, van identificatie en diagnose stelling tot behandeling en nazorg



Iteratief en dynamisch werken

...om capaciteit te vergroten en optimaal in te zetten waarbij nieuwe richtlijnen en maatregelen gebaseerd op actuele data daadkrachtig uitgevoerd worden



Regionale aanpak institutionaliseren

...om snel te kunnen schakelen met besluitvorming en uitvoering op het juiste niveau, ter ondersteuning van de zorginstellingen en zorg professionals

Wat we concreet voorstellen

Ketenbrede monitoring (cockpit) van patiëntendoorstroom, wachttijden en capaciteitsveranderingen:

- Door koppeling van bestaande databronnen (Zorgdomein, Palga/IKNL, DICA) en regelmatig uitvragen in regio's voor data gaps
- Dashboards op landelijk maar vooral ook op regionaal niveau
- Doel is om besluitnemers zo goed mogelijk in staat te stellen heel gericht maatregelen / richtlijnen door te kunnen voeren

Tijdelijke regionale en landelijke overleggen (-12-18 maanden) met voldoende ondersteunende capaciteit voor slagkracht in uitvoering:

- (twee-)wekelijks regio overleggen (11x) om beslissingen te nemen o.b.v. nieuwe inzichten
- 1 overkoepelend landelijk overleg
- Ieder overleg heeft een eigen Project Management Organisatie (PMO) van 3-5 part-timers uit het veld die inzichten verwerven, interventies voorstellen, overleggen voorbereiden en uitvoering coördineren

Documenteren van 150+ potentiële interventies (effectiviteit, neveneffecten, implementatieplannen, etc.) in een landelijke maatregelenbibliotheek, met daarin o.a. aandacht voor:

- Focus op beperken impact COVID-19 zorg op reguliere zorg door upskilling, re-skilling, verbeterde noodprotocollen, etc.
- Efficiëntere behandeltrajecten, bv. aangepaste RT fractionering
- Titratie van opstarten BVO o.b.v. actuele capaciteitsinformatie

Uitgangspunten en randvoorwaarden

Uitvoering onder breed draagvlak:

- Ondergebracht binnen de opdracht aan de NZa voor de uitbreiding van reguliere zorg, waarbij de NZa een faciliterende rol speelt
- In nauwe samenwerking met de beroepsverenigingen (SONCOS vooraan als dwarsverband binnen FMS), ROAZ/LNAZ, en informatieverschaffers als DICA, IKNL en NZa (als schakel acquisitie met o.a. Zorgdomein en DHD voor bredere data)
- Ketenbrede vertegenwoordiging, dus ook van BVO's, huisartsen, verzorgingstehuizen, etc.

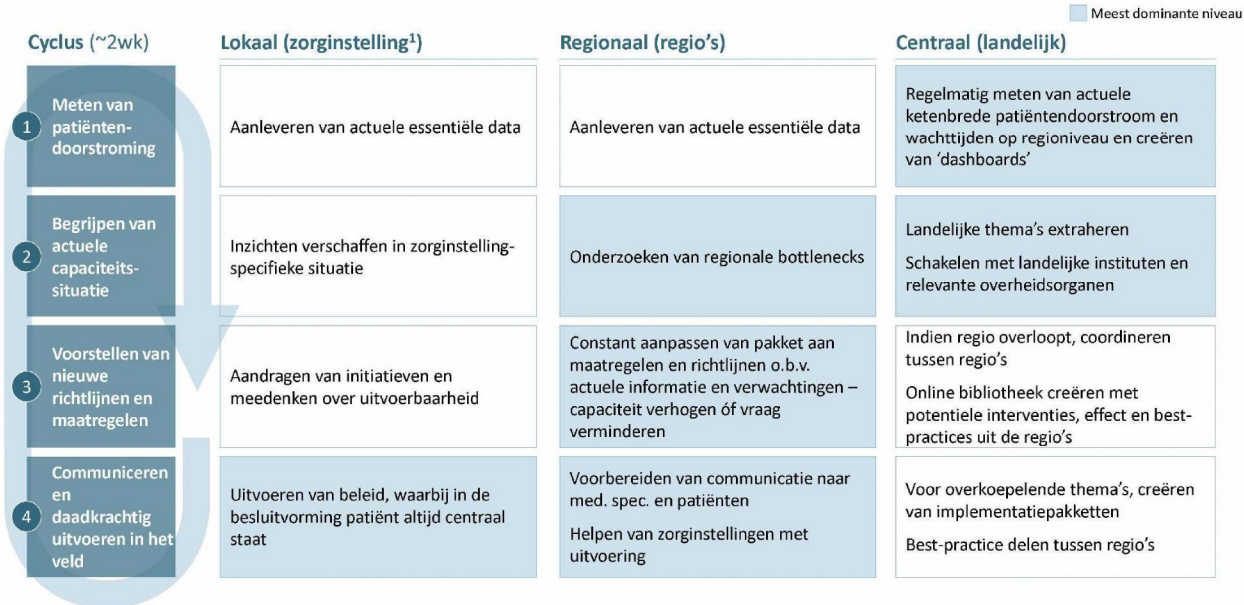
Regionale focus, waarbij zoveel mogelijk wordt aangehaakt op bestaande structuren op de regio van de ROAZ voorzitters

- Vergelijkbare setup als de LNAZ/ROAZ, maar afwijken daar waar bevorderlijk voor niet-spoed oncologische zorg
- Universitaire centra (in het hart van de regio's) verzorgen een groot deel van de coördinatietaak en academisch onderzoek haakt aan

Snelheid in opschaling om zo snel mogelijk resultaten te boeken:

- Simultaan implementeren van structuren in alle regio's
- Iteratief leren en aanpassingen doen (intensief in 1-2 regio's monitoren en leringen trekken)
- Centraal patiëntendoorstroom-dashboards en maatregelenbibliotheek om de meest nijpende problemen snel te lijf te gaan en van andere regio's te leren

4 Goede afstemming van tijdelijk versterkte samenwerkingsstructuren (lokaal, regionaal en centraal) brengt vergroot de benodigde daadkracht en slagvaardigheid



1. Ketenbreed - ook HAs, verzorgingshuizen, etc.

5 Om de noodzakelijke, planbare zorg in goede banen te leiden in de nieuwe normaal, stellen we een aanpak voor in 3 fases

Het project heeft de laatste 6 weken het volgende bereikt

Draagvlak gecreëerd

- Verschillende beroepsgroepen (oa. NVVH, SONCOS, NVMO, NVCO, DICA, FMS en NVGIC) en initiatieven bijeengebracht en verbonden

Huidige zorg situatie over gehele keten in kaart gebracht

- Bottlenecks voor zorgprofessionals, ruimtes en materialen in kaart gebracht
- Analyse en expert interviews om implicaties over keten te verduidelijken

Scenario's naar praktijk en maatregelen doorvertaald

- Strategische hefboomen gedefinieerd om capaciteit te verhogen of vraag te verlagen over de gehele zorgketen
- Database van 150+ mogelijke maatregelen

Opzet voor aanpak gecreëerd

- Opzet om negatieve effecten COVID-19 op reguliere zorg ketenbreed te controleren m.b.v. daadkrachtige samenwerking en besluitvorming

Voorstel: gefaseerd project dat start met opzetten van aanpak landelijk, direct gevolgd door simultane opschaling in alle regio's

