

Vraagstuk planbare urgente zorg en stuwmeer uitgestelde zorg

Aanleiding:

- In meerdere tv-programma's (Nieuwsuur, Radar) en media wordt aandacht besteed aan het vraagstuk van urgente zorg die nu niet geleverd wordt.
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) en NFK hebben hierover ook brieven gestuurd naar VWS, waarin enerzijds het probleem geschetst wordt en anderzijds ZKN ook aangeeft de urgente planbare zorg graag te willen gaan coördineren.
- De IGJ heeft zich ook uitgesproken over dit vraagstuk, waaronder tijdens de wekelijkse technische briefing "Corona" in de Tweede Kamer op 1 april. De IGJ heeft aangegeven hier aandacht voor te hebben.
- In de Tweede Kamer zijn bij het debat op 1 april ook vragen gesteld over dit onderwerp.
- Er zijn nog meer partijen hiermee aan de slag: wij hebben in ieder geval signalen over Erasmus met Federatie Medisch Specialististen (FMS), NFU, KPMG die zich erin mengt en losse verzekeraars die elk nadenken over hun eigen strategie. Binnen Zorgverzekeraars Nederland wordt hier op 1 april intern over gesproken.
- Ten slotte is er een politieke interdepartementale vijfhoek. VWS is hierbij betrokken en zal informatie aan moeten leveren voor de maatregelen die genomen moeten worden om de economie kan blijven draaien en weer opgestart kan worden. Uitkomsten en informatie uit het coördinatievraagstuk kunnen hieraan bijdragen.

Achtergrond en probleemschets:

Noodzaak vraagstuk

Het vraagstuk rondom coördinatie is meerledig:

- Er is (planbare) urgente zorg (zoals cardiovasculair, thorax, oncologie, neurologie), die in de verdringing dreigt te komen als gevolg van schaarste in mensen/middelen en inzet voor COVID-19, maar waarvan continuïteit van zorg van groot belang is. Vanwege de mogelijk verdringing en schaarste is daar meer (landelijke) afstemming voor nodig dan normaal gesproken gebruikelijk is bij deze zorgvormen.
- Daarnaast is alle zorg die op dit moment kan worden uitgesteld, uitgesteld (electieve zorg). Dat levert, zoals hieronder beschreven, een heel snelle toename op van het aantal behandelingen dat ingehaald moet worden (stuwmeer).
- Verder is het coördinatievraagstuk ook relevant omdat er nu heel veel kleine, (niet/bepert afgestemde) initiatieven ontstaan. De vraag is of hierdoor op termijn niet al te veel vermijdbaar gezondheidsverlies ontstaat.

Gedachten van VWS bij het vraagstuk

- Zowel de voortgang van planbare urgente zorg als de opstart van electieve zorg moet zoveel als mogelijk bij de veldpartijen blijven liggen (zorgplicht verzekeraars). Wel is er een belang en wens vanuit de overheid dat dit goed verloopt. Een belang dus bij afhandelen van dit vraagstuk wat tegemoet komt aan de basisprincipes van het stelsel (toegankelijkheid, kwaliteit en op dit moment in mindere mate betaalbaarheid) en daardoor ook een zo optimale doorgang en opstart van de planbare zorg.
- Enkele gedachten/ wensen van VWS bij de opzet:
 - o Coördinatie door een andere partij dan VWS, maar wel vanuit de overheid, is gewenst. NZa lijkt een goede partij.
 - o Verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij de veldpartijen te laten, maar wel met betrokkenheid vanuit de overheid.
 - o Noodzakelijk om alle relevante veldpartijen (alle deelnemende partijen van het HLA-MSZ – dus van FMS en NVZ tot V&VN en ZN, maar ook de huisartsen) te betrekken;
 - o Meenemen bestaande initiatieven (Uitkomstgerichte Zorg, ZE&GG en JZOJP) omdat hier in meer of mindere mate kennis en connecties zitten om dit goed uit te kunnen voeren;
 - o Een tweetrapsraket is nodig: Eerst urgent planbaar en daarna electief. Maar wel integrale blik gewenst;
 - o Optie: Een onafhankelijk persoon inzetten (zoals Coronagezant ^{(10)(2e)} | ^{(10)(2e)} of zoals het gezicht van het landelijk netwerk acute zorg ^{(10)(2e)} | ^{(10)(2e)} – ^{(10)(2e)} | ^{(10)(2e)} (KPMG) heeft zich gemeld en ook ^{(10)(2e)} | ^{(10)(2e)} heeft aangegeven hier over mee te willen denken gelet op link met ZE&GG).

Kerncijfers

Er ontstaat een stuwmeer aan zorg die in meer of mindere mate urgent is.

- Gupta en Zorgdomein hebben hiernaar gekeken:
 - o Er vinden tot 75% minder verwijzingen plaats (in absolute aantallen is dat 450.000 verwijzingen per maand).
 - o De verwachting is dat een groot deel (60-75%) hiervan op enig moment wel gedaan moet worden, denk hierbij aan hartoperaties, knieoperaties, etc. Wel is er onderscheid te maken in hoe urgent zaken zijn en in welke mate er gezondheidsverlies wordt geleden. Een beperkt deel kan niet meer ingehaald worden (herhaalpoli's, etc).
- Andere effecten dan het zorgstuwmeer: ondanks methodologische mitsen en maren laat de literatuur geen twijfel bestaan: hoe langer de *lockdown* duurt en hoe strikter deze is, hoe groter de negatieve effecten zijn. Belangrijkste negatieve effecten zijn: PTSS, suicides, boosheid, eenzaamheid.

Enkele kansen en aandachtspunten met het oog op de langere termijn:

- Aandachtspunt:
 - o Er moet nog nader worden bepaald wat urgent planbare zorg precies inhoudt. Heup- en knieoperatie wel, deel cataracten ook maar hernia's en amandelknippen veel minder? Er moet dus voldoende onafhankelijke medische expertise aanwezig zijn.
 - o De ZBC's hebben over het algemeen lage reserves en kunnen daarom de huidige situatie (waarin nagenoeg alles stil ligt) waarschijnlijk niet lang volhouden; de problemen van ZKN zijn dus reëel. Een vraag die daarom op tafel kan komen is of ook hiervoor geldt dat geen enkel bedrijf failliet mag gaan alleen als gevolg van de Corona-crisis.
 - o Een gevolg van de Corona-crisis zal dus mogelijk zijn dat verdienmodellen die zich richten op electieve en chronische zorg voor selectieve groepen wat minder aantrekkelijk blijken.
- Kansen:
 - o Overwogen kan worden om te monitoren hoe de opstart verloopt. Vanuit de publieke driehoek kan dit gedaan worden, maar ook programma zoals ZE&GG of Uitkomstgerichte Zorg zouden hieraan bij kunnen dragen gelet op hun doelstelling.

Kernvragen bij de uitwerking en bij de opstart

- Hoe zorgen we dat er gehandeld wordt vanuit de basisprincipes van het stelsel (solidariteit, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid)?
- Zijn alle veldpartijen aangehaakt? Iedereen is nodig om dit goed te regelen, niemand kan dit alleen.
- Wordt er nagedacht over welke vragen er allemaal beantwoord moeten worden? Waaronder:
 - o Welke zorg ga je weer als eerste toevoegen aan wat je nog deed (*prioritering*)? De crisis wordt bestreden vanuit de zorg, maar de zorg wordt ook door de crisis geraakt. Hoe kan de reguliere zorg - met inachtneming van de noodzakelijke resitricities - zo goed mogelijk worden uitgevoerd. Het kan hierbij gaan om het uitwisselen van best-practises of zelfs het formuleren van normen (*hoe zorgverlening vormgeven*)?
 - o Waar doe je dat (Alle ziekenhuizen? Dedicated ziekenhuizen? ZBCs?) (verdelen)
 - o Welke zorg wil je niet meer leveren, anders leveren of door iemand anders laten leveren (om de ziekenhuizen te ontlasten)?
 - o En welk van de veranderingen die er in de afgelopen weken hebben plaatsgevonden wil je behouden ook na de crisis (hoe bepaal je dat de basisprincipes)?
- Hoe borgen we in dit proces de lopende initiatieven die de HLA partijen hebben afgesproken?
 - o Zorgevaluatie & Gepast Gebruik
 - o JZOJP

Plaatje overzicht in de tijd

