

## Factsheet

<b>Onderwerp: Planbare urgente zorg en stuwmeer uitgestelde zorg (reguliere zorg)</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- U heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een coördinerende rol te nemen in het (1) doorgang laten vinden en (2) weer opstarten van de reguliere zorg.</li> <li>- De focus ligt daarbij in eerste instantie uiteraard op de medische noodzakelijke/urgente planbare zorg (bijvoorbeeld cardiovasculaire zorg, oncologie). Maar gaat, in tweede instantie, ook om electieve zorg (bijvoorbeeld sommige vormen van knieoperaties, fysiotherapiebehandelingen).</li> <li>- Verder betreft de scope alle zorg in het curatieve domein, dus zowel huisartsenzorg, medisch specialistische zorg als GGZ.</li> <li>- Zoals in de wekelijkse brief vermeld verwacht de NZa in de loop van deze week een eerste opzet voor de aanpak te delen.</li> <li>- U kunt daar volgende week op terug komen.</li> </ul>
Argumentatie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waarom is dit relevant? Drieledig: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Planbare urgente zorg waarvan continuïteit van zorg van groot belang is, dreigt verdrongen te worden door Covid-zorg. (landelijke) afstemming kan bijdragen aan het voorkomen van onnodig gezondheidsverlies.</li> <li>o Daarnaast is alle zorg die op dit moment kan worden uitgesteld, uitgesteld (electieve zorg). Dit zal (ten dele) ingehaald moeten worden</li> <li>o Verder is het coördinatievraagstuk ook relevant omdat er nu heel veel kleine, (niet/beperkt afgestemde) initiatieven ontstaan. Voorkomen moet worden dat hierdoor op termijn niet al te veel vermijdbaar gezondheidsverlies ontstaat.</li> </ul> <p>NB. De acties die de NZa met de veldpartijen zal ondernemen zullen niet altijd even goed aansluiten op de uitgangspunten van de Zvw.</p> </li> <li>2. Waarom de NZa? <ul style="list-style-type: none"> <li>o U heeft de NZa gevraagd deze rol op zich te nemen aangezien zij verantwoordelijk zijn op het toezicht op de zorgplicht. Zij doen dit echter niet alleen en betrekken zowel het Zorginstituut als de Inspectie, gelet op de zorginhoudelijke kennis van beide partijen.</li> <li>o Draagvlak op dit moment belangrijk. De NZa heeft dit draagvlak in het veld.</li> </ul> </li> <li>3. Wat gaat de NZa doen? <p>De NZa gaat dit vraagstuk oppakken langs vier sporen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o De NZa brengt samen met de partijen de omvang van het vraagstuk in beeld. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het onderscheid urgent planbaar en minder urgent planbaar.</li> <li>o Daarnaast brengt de NZa alle initiatieven die (al zijn) ontstaan rondom dit vraagstuk bij elkaar en gaat de NZa deze ondersteunen.</li> <li>o De NZa wil bij de ondersteuning zoveel mogelijk gebruik maken van de bestaande (regionale en nationale) structuren en infrastructuren. Hierbij kan gedacht worden aan de ROAZ, LNAZ, dominante zorgverzekeraars in een regio. Hierover wordt woensdag in Bestuurlijk Overleg met NFU, NVZ en ZN gesproken.</li> <li>o Ten slotte gaat de NZa met partijen zorgen voor heldere communicatie voor patiënten.</li> </ul> </li> </ol>
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In de Tweede Kamer is in het debat op 1 april ook aandacht geweest voor dit onderwerp en is een motie van (10)(2e) en (10)(2e) kamerbreed gesteund. Deze motie roept op tot aandacht voor dit vraagstuk.</li> <li>- In de brief van 7 april gaat u kort in om het verzoek dat aan de NZa hebt gedaan.</li> <li>- In de politieke vijfhoek wordt nagedacht hoe te komen tot afschalingsscenario's van het maatregelenpakket, beredeneerd vanuit economische invalshoek. Deze scenario's zullen daarna via VWS worden voorgelegd aan het RIVM met de vraag of en onder welke condities deze mogelijk zouden kunnen zijn. Het traject van de NZa zal als input dienen voor het zorg-deel van dit vraagstuk.</li> </ul>

Feiten&cijfers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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. Daarnaast is alle zorg die op dit moment kan worden uitgesteld, uitgesteld (electieve zorg).</li> <li>- Dat levert een heel snelle toename op van het aantal behandelingen dat ingehaald moet worden. Eerste cijfers van onderzoeksbureaus Gupta en Zorgdomein: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Er vinden tot 75% minder verwijzingen plaats (in absolute aantallen is dat 450.000 verwijzingen per maand).</li> <li>o De verwachting is dat een groot deel (60-75%) hiervan op enig moment wel gedaan moet worden, denk hierbij aan hartoperaties, knieoperaties, etc. Een beperkt deel kan niet meer ingehaald worden (herhaalpoli's, etc).</li> </ul> </li> <li>- Andere effecten dan het zorgstuwmeer: ondanks methodologische mispuns en maren laat de literatuur geen twijfel bestaan: hoe langer de <i>lockdown</i> duurt en hoe strikter deze is, hoe groter de negatieve effecten zijn. Belangrijkste negatieve effecten zijn: PTSS, suicides, boosheid, eenzaamheid.</li> </ul>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In meerdere tv-programma's (Nieuwsuur, Radar) en andere media is aandacht besteed aan dit onderwerp.</li> </ul>