

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1699476-206315-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
03 juni 2020

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 29 juni 2020
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Dik-Faber (CU)
over het weer opschalen van de reguliere ziekenhuiszorg (2020Z09966).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Martin van Rijn

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het weer opschalen van de reguliere ziekenhuiszorg (2020Z09966)

1. Heeft u kennisgenomen van het bericht 'Ziekenhuizen hervatten reguliere zorg 'stap voor stap''? [1]

Antwoord 1.
Ja.

2. Hoe beoordeelt u het feit dat de reguliere zorg slechts langzaam wordt opgeschaald? Wat zijn hiervoor volgens u de belangrijkste redenen?

Antwoord 2.
Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd regie te nemen in het weer opschalen van de reguliere zorg. Aan de hand van voortgangsrapportages wordt de stand van zaken voor de verschillende sectoren betreft verwijzingen en behandelingen door hen inzichtelijk gemaakt. Op basis van die cijfers zien we dat de reguliere zorg weer toeneemt, maar dat de zorg nog niet volledig terug is op het oude niveau. Dit komt onder meer doordat de anderhalvemetersamenleving, het bieden van COVID zorg en de beschikbaarheid van personeel van invloed zijn op de zorgcapaciteit en zorgvraag.

3. Is de fasering van het opstarten van de reguliere zorg in elk ziekenhuis hetzelfde (bijvoorbeeld op basis van landelijke richtlijnen) of maakt elk ziekenhuis hierin eigen keuzes?

Antwoord 3.
Het is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf om de zorg weer op te starten en de mogelijkheden daartoe voor de eigen organisatie te benutten. Ziekenhuizen moeten hierin dus eigen keuzes maken. Wel is een urgentielijst opgesteld die op basis van input van de betreffende wetenschappelijke verenigingen, leden van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), bijgewerkt wordt. Daarnaast wordt regionaal de opstart gemonitord door het Regionaal overleg acute zorg (ROAZ). Zorgaanbieders moeten de opschaling van de zorg in het ROAZ afstemmen als er bijvoorbeeld afhankelijkheden met andere zorgaanbieders bestaan. De NZa faciliteert vervolgens op landelijk niveau de ROAZ-en aan de hand van gesprekken en het beschikbaar stellen van cijfers over de verwijzingen en productie op regioniveau.

4. Hoe beoordeelt u de uitdaging van het wegwerken van forse wachtlijsten in de reguliere ziekenhuiszorg als gevolg van de coronacrisis in relatie tot de voorbereiding op een mogelijke stijging van het aantal coronapatiënten in het najaar en de noodzaak om de werkdruk voor zorgmedewerkers niet nogmaals te hoog te laten worden?

Antwoord 4.
Dat het wegwerken van het stuwmeer aan zorg geen gemakkelijke opgave is, in een veld dat al een uiterste inspanning heeft geleverd tijdens de piek van de pandemie, ben ik mij terdege bewust. Daarom neemt het kabinet ook verschillende maatregelen, waarover uw kamer periodiek wordt geïnformeerd, om

ervoor te zorgen dat een dergelijke piekbelasting niet nogmaals kan gebeuren. Zo heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) opdracht gegeven om tot een plan te komen voor het opschalen van de IC-capaciteit. Hierbij is ook nadrukkelijk aandacht voor de werkdruk van zorgmedewerkers.

5. Ziet u kansen en mogelijkheden voor landelijke coördinatie of centrale regie van (bepaalde vormen van) ziekenhuiszorg om zo de wachtlijsten versneld weg te werken? Zou het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) hierbij een rol kunnen vervullen?

Antwoord 5.

Het is primair de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf om de zorg weer op te starten en de mogelijkheden daartoe voor de eigen organisatie te benutten. Het ziekenhuis zelf heeft daar het meeste zicht op wat haalbaar is voor organisatie. De NZa sluit met haar werkwijze aan bij de bestaande regionale structuren en zorgnetwerken die er al zijn. De zorgverzekeraars zijn aangesloten bij deze regionale structuren. Verder heb ik het LNAZ gevraagd om in het plan voor de opschaling van de IC-capaciteit ook aan te geven of er nadere afspraken over landelijke coördinatie nodig zijn.

6. Deelt u de mening dat deze crisisperiode ook kansen biedt om een slag te maken richting efficiëntere en duurzamere zorg, bijvoorbeeld door kritischer te kijken naar de verwijzing van de eerstelijns- naar de tweedelijnszorg of door het beter benutten van e-healthmogelijkheden?

Antwoord 6.

Met de Juiste Zorg op de Juiste plek waren we – ook in de periode voor de COVID-19 crisis – al intensief bezig met het verplaatsen en vervangen van zorg. Ik deel de mening dat dit door deze crisisperiode nog meer aan urgentie heeft gewonnen.

Zoals ik in het antwoord op vraag 2 aangaf, vergen de maatregelen rondom de aanpak van COVID-19 dat zoveel mogelijk passende zorg buiten het ziekenhuis wordt gegeven. Het gaat dan om de inzet van digitale toepassingen, die bijvoorbeeld kunnen worden ingezet voor consulten, controle afspraken, begeleiding/coaching of voor- en nazorg op afstand. Hierbij gaat het niet alleen om het omzetten van een fysiek consult naar een consult via beeldbellen, maar ook om het anders organiseren van de zorg met inzet van ehealth toepassingen. Dus bijvoorbeeld geen (of minder) consulten als begeleiden of monitoren op afstand voldoende is. Het is aan veldpartijen gezamenlijk om te bepalen in welke gevallen digitale zorg mogelijk en wenselijk is en aan professionals en patiënten waar die wel of niet wordt ingezet. Passende zorg buiten het ziekenhuis kan ook door te kijken of de zorg niet beter in de eerstelijns kan plaatsvinden en door te kijken naar gepast gebruik van zorg.

Dit alles geldt nu voor de situatie waarin we nog te maken hebben met het virus, maar ook voor daarna. Er moet te allen tijde bekeken worden waar en hoe zorg het beste kan worden geleverd.

7. Hoe beoordeelt u het rapport van Gupta Strategists, waaruit blijkt dat een kwart van alle policonsulten op afstand zou kunnen worden uitgevoerd? [2]

Antwoord 7.

Ik deel dat er zeker meer mogelijkheden zijn als het gaat om het verlenen van zorg op afstand. Dat hebben professionals en patiënten de afgelopen periode ook kunnen ervaren. Ik kan niet beoordelen of het genoemde percentage realistisch is. Het is primair aan professionals en patiënten gezamenlijk om te bepalen wat de juiste zorg op de juiste plek is. Van belang is dat dit een gezamenlijk besluit is van professional en patiënt.

8. Bent u bereid om digitalisering van de zorg op korte termijn extra te ondersteunen, eventuele belemmeringen in wet- en regelgeving weg te nemen en in gesprek te gaan met wetenschappelijke verenigingen over het aanpassen van richtlijnen, zeker als dit bijdraagt aan het sneller wegwerken van wachtlijsten als gevolg van de coronacrisis?

Antwoord 8.

De afgelopen periode ben ik al bezig om deze beweging te ondersteunen. Dit is in lijn met de ambitie in het regeerakkoord om inzet van digitale zorg te bevorderen via afspraken en akkoorden met de relevante partijen in het zorgveld. Ondersteuning is er zowel financieel als door hulp te bieden bij de transformatie. Tevens heeft de NZa de mogelijkheden voor het leveren van zorg op afstand uitgebreid door de prestaties voor de COVID-19 crisis tijdelijk aan te passen. Ik vind het in deze fase vooral van belang dat digitale zorg nu ook een regulier onderdeel van de zorg wordt en blijft. Ik ben daarom in gesprek met de inspectie, het zorginstituut en de NZa om te kijken wat nodig is om dat nu structureel te realiseren. Met het oog daarop heb ik de NZa ook de opdracht gegeven om mij te adviseren in de mogelijkheden die de bekostiging biedt om de huidige versnelde ontwikkelingen rondom digitale zorg te bestendigen en verder te stimuleren.

9. Bent u bereid om, bijvoorbeeld via het Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik, te inventariseren welke lessen er getrokken kunnen worden uit de coronacrisis met betrekking tot zinnige zorg?

Antwoord 9.

Ja daar ben ik toe bereid. Zo heb ik bijvoorbeeld de NZa gevraagd om, in aanvulling op haar coördinerende rol, te kijken naar de lessen die getrokken kunnen worden uit de COVID-19 crisis. Ik heb de NZa gevraagd om te kijken welke instrumenten verder ingezet kunnen worden om de goede ontwikkelingen op het gebied van gepast gebruik en digitale levering van zorg te blijven stimuleren en mij hierover uiterlijk medio juli te adviseren. Het Zorginstituut is hier vanuit zijn rol met betrekking tot gepast gebruik nauw bij betrokken.

Verder wordt er vanuit het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik ingezet op het ondersteunen van medisch specialisten met concrete handvatten. Het programma heeft net voor de crisis een agenda vastgesteld van onderwerpen van gepast gebruik die sowieso geïmplementeerd moeten worden. Juist deze agenda is extra behulpzaam in de crisis en ook hier zullen lessen uit getrokken worden over de beste manieren om te implementeren.

10. Deelt u de mening dat zorgmedewerkers actief betrokken dienen te worden bij de keuzes die ziekenhuizen maken bij het opstarten van de reguliere zorg? Zo ja, bent u bereid om het belang van zeggenschap van zorgmedewerkers onder de aandacht te brengen van ziekenhuisbestuurders? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10.

Zoals ik in het antwoord op vraag 3 aangaf zijn ziekenhuizen zelf verantwoordelijk voor het opstarten van de reguliere zorg. Dat zorgmedewerkers bij dit proces worden betrokken lijkt mij niet meer dan logisch. Het gaat immers ook over de beschikbare capaciteit van zorgpersoneel bij het opstarten van zorg. Uit signalen die ik van de NZa voor wat betreft het opschalen van reguliere zorg krijg, begrijp ik dat ziekenhuizen de knelpunten (tekorten en benodigde recuperatie) onderkennen en hiermee rekening houden. Ook heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen de minister voor Medische Zorg, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) en de Chief Nursing Officer (CNO) over de verbetering van de positie van verpleegkundigen. Ik verwacht hierover van de CNO op termijn een aanvullend advies met input vanuit alle branches en zal uw Tweede Kamer daarna informeren.

11. Wat is uw reactie op het gestelde in het artikel dat in sommige ziekenhuizen nog steeds IC-zorg wordt verleend buiten de IC-muren, terwijl er mogelijk in andere ziekenhuizen wel voldoende IC-capaciteit beschikbaar is? [1]

Antwoord 11.

De afgelopen periode is er in de ziekenhuizen alles aan gedaan om de benodigde COVID-19 zorg te leveren. Alle zeilen zijn bijgezet in deze piekperiode. Dat betekende ook dat in bepaalde ziekenhuizen extra ruimtes werden ingericht om IC-zorg te leveren. Na deze eerste piek wordt op dit moment de reguliere zorg die tijdelijk was afgeschaald, weer opgeschaald en zien we dat het aantal COVID-19 patiënten op de IC gelukkig weer sterk gedaald is. In deze nieuwe fase bereiden we ons tevens voor op een eventuele tweede golf. Een situatie zoals tijdens de eerste piek willen we in de toekomst voorkomen. Dit is onderdeel van de opdracht die ik aan LNAZ heb gegeven. In verschillende werkgroepen wordt dit plan verder uitgewerkt. Een van deze werkgroepen richt zich op de regioverdeling en infrastructuur.

12. Kunt u aangeven of de afspraken die zorgverzekeraars met ziekenhuizen hebben gemaakt over de continuïteitsbijdrage (bevoorschotting) toereikend zijn? Deelt u de mening dat financiële problemen in ziekenhuizen als gevolg van de coronacrisis geen belemmering mogen vormen bij het weer opschalen van de reguliere zorg?

Antwoord 12.

Zorgverzekeraars maken specifieke afspraken voor de continuïteitsbijdrage met zorgaanbieders met een jaarlijkse omzet boven de 10 miljoen euro, zoals de ziekenhuizen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en NVZ zijn constructief met elkaar in gesprek, met als streven om rond 1 juli een regeling gereed te hebben. Tot dat moment kunnen ziekenhuizen een vooruitbetaling van hun zorgverzekeraar krijgen. Op deze manier zouden financiële gevolgen van de Covid-19 crisis geen belemmeringen mogen vormen bij het opschalen van de reguliere zorg.

13. Hoe beoordeelt u de claim van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen van vijf miljard euro vanwege wegvallende omzet en extra kosten voor het 'coronaproof' maken van de zorg? Wat is volgens u hierbij de positie van de ziekenhuizen, medisch-specialistische bedrijven, zorgverzekeraars en de overheid?

Antwoord 13.

Het is op dit moment nog niet duidelijk wat de precieze financiële gevolgen zijn van de COVID-19 crisis voor de ziekenhuizen. De verschillende partijen die u noemt zijn op dit moment met elkaar in gesprek om hierover inzicht te krijgen. Zo zijn zorgverzekeraars en ziekenhuizen in gesprek over de vergoeding van meerkosten voor COVID-19 en over de vergoeding van weggevallen omzet voor 2020 en ik heb hen ook gevraagd om in kaart te brengen wat de financiële impact is voor 2021. Met elkaar wordt nu dus inzichtelijk gemaakt wat de gevolgen van de crisis zijn voor dit jaar, maar ook wat dit voor de jaren daarop betekent.

14. Deelt u de mening dat bij eventuele extra financiële ondersteuning het belang van het ziekenhuis als goed werkgever en het belang van patiënten die moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg in hun eigen ziekenhuis, centraal moeten staan? Hoe wilt u hierbij ongewenste productieprikkelers voorkomen?

Antwoord 14.

Zie mijn antwoord op vraag 13. Het is van belang dat er eerst inzicht komt in de financiële impact van de COVID-19 crisis op de ziekenhuizen en dat er passende afspraken worden gemaakt over de vergoeding van meerkosten en omzetverlies. Daarbij stel ik het belang van kwalitatief goede zorg voor patiënten altijd voorop.

15. Heeft u inmiddels, mede met het oog op de ervaringen bij het Slotervaartziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen, goed zicht op de financiële positie van alle ziekenhuizen in Nederland, zodat eventuele financiële problemen tijdig gesignaleerd worden en er snel actie kan worden ondernomen?

Antwoord 15.

Ja, naar aanleiding van de faillissementen van MC Slotervaart en MC IJsselmeerziekenhuizen is het systeem van vroegsignalering van financiële en organisatorische risico's bij ziekenhuizen en andere belangrijke zorgaanbieders verbeterd. Zorgverzekeraars hebben hun eigen systemen uitgebreid en signalen worden sneller gedeeld met de NZa. In werkafspraken tussen de NZa, zorgverzekeraars en zorgkantoren is vastgelegd op welk moment zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijke risico's in ieder geval moeten melden. Daarnaast leunt het early warning system niet langer op informatie van zorgverzekeraars alleen. De NZa houdt zelf de financiële positie van zorgaanbieders scherper in de gaten, bijvoorbeeld door gebruik te maken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses. Ten slotte wordt het ministerie van VWS in een eerder stadium geïnformeerd bij dreigende discontinuïteit van bepaalde zorgaanbieders, namelijk als het zorgaanbieders betreft waarvan de discontinuïteit een grote maatschappelijke impact zou hebben en/of wanneer partijen zelf niet tot een oplossing komen. Dit brengt mij in positie om regie te nemen wanneer partijen er onderling niet uit dreigen te komen en daarmee de continuïteit van zorg in gevaar komt.

16. Wat vindt u van het pleidooi van de voorzitter van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding om bij een volgende piek per regio een coronaziekenhuis aan te wijzen? [3]

Antwoord 16.

Momenteel werkt het LNAZ met diverse veldpartijen aan een plan voor opschaling van de IC-capaciteit. Hierin zal onder meer bekeken worden hoe de IC-zorg voor COVID-19 patiënten in het geval van een tweede golf het beste georganiseerd kan worden. Daarbij wordt ook de optie bezien om patiënten te concentreren in bepaalde ziekenhuizen. Het plan wordt later deze maand gepresenteerd. Hier wil ik niet op vooruit lopen.

17. Kunt u schetsen welk effect het terugschalen van de electieve zorg (met name het uitvoeren van operaties) heeft op de revalidatiezorg? Klopt het dat hier sprake is van tien procent vraaguitval? Zo ja, hoe gaan zorgverzekeraars hiermee om?

Antwoord 17.

De verwachting is dat het terugschalen van electieve zorg ook een reactie heeft op vervolgzorg, zoals de revalidatiezorg. Wanneer minder zorg wordt geleverd, zijn er ook minder patiënten die doorstromen naar een revalidatietraject. Tot hoeveel vraaguitval dit precies heeft geleid, is door de NZa niet onderzocht, mede vanwege een gebrek aan toegang tot actuele data. Maar het is waarschijnlijk dat dit voor verschillende zorgvragen varieert. De (groepsactiviteiten in het kader van) hartrevalidatie bijvoorbeeld was volledig gestopt, terwijl alle acute en noodzakelijke revalidatiebehandelingen gewoon doorgang gevonden hebben. Niet alle zorg is acuut en ook in de revalidatiesector wordt bij (de opstart van) reguliere zorg gebruik gemaakt van zorg op afstand/digitale zorg (bij bepaalde onderdelen van hartrevalidatie bijvoorbeeld) om zoveel mogelijk zorg te laten plaatsvinden. Zorgverzekeraars bieden daarbij zorgaanbieders de mogelijkheid om een continuïteitsbijdrage aan te vragen voor omzetting vanuit de basisverzekering en/of aanvullende verzekering door COVID-19¹.

18. Kunt u schetsen welk effect het terugschalen van de electieve zorg (met name het uitvoeren van operaties) heeft op de wijkverpleging? Klopt het dat hier sprake is van tien procent vraaguitval? Zo ja, hoe gaan zorgverzekeraars hiermee om?

Antwoord 18.

De NZa voert momenteel twee analyses uit naar het effect van de crisis op de wijkverpleging. In de eerste analyse wordt gekeken bij welke vormen van electieve zorg wijkverpleging vaak als vervolgzorg wordt ingezet. In de tweede analyse kijkt de NZa naar het effect van de crisis op de wijkverpleging en de huisartsenzorg. Deze rapportages volgen dus nog en uw Kamer wordt daarover te zijner tijd geïnformeerd.

[1] NOS, 22 mei 2020, 'Ziekenhuizen hervatten reguliere zorg 'stap voor stap'' (<https://nos.nl/artikel/2334679-ziekenhuizen-hervatten-reguliere-zorg-stap-voor-stap.html>).

[2] Gupta Strategist, 28 mei 2020, 'Corona: katalysator of struikelblok voor groenere ziekenhuiszorg?'

¹ zie onder meer Kamerstuk 25 295, nr. 381.

(<https://gupta-strategists.nl/studies/corona-katalysator-of-struikelblok-voor-groenere-ziekenhuiszorg>).

[3] NOS, 22 mei 2020, "Bij een volgende piek moet aanpak anders, wijs coronaziekenhuizen aan"

(<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2334774-bij-een-volgende-piek-moet-aanpak-anders-wijs-coronaziekenhuizen-aan.html>).