

Vraagstuk stuwmeer planbare urgente 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.
- ZKN en de Patiëntenfederatie hebben hierover ook brieven gestuurd naar VWS, waarin enerzijds het probleem geschetst wordt en anderzijds ZKN ook aangegeven heeft de urgente planbare zorg graag wil gaan coördineren.
- Er zijn nog meer partijen hiermee aan de slag: wij hebben in ieder geval signalen over Erasmus met FMS, KPMG die zich erin mengt en losse verzekeraars zijn er mee bezig. ZN spreekt morgen intern hierover.

Vraag:

- Moet er landelijke coördinatie van urgente planbare zorg komen?
- ZKN vindt van wel en wil van VWS weten of wij een dergelijk platform zouden steunen. En hoe we dat zouden doen (net zoals de landelijke coördinatie bij intensive care zorg)?

Achtergrond en probleemschets:

Noodzaak vraagstuk

Het vraagstuk rondom coördinatie is tweeledig:

- Enerzijds is alle zorg die op dit moment uitgesteld kan worden uitgesteld. Dat levert zoals hieronder beschreven een heel snelle toename van het aantal behandelingen dat ingehaald moet worden.
- Anderzijds is het coördinatievraagstuk ook relevant omdat er nu heel veel kleine, (slecht afgestemde) initiatieven ontstaan. De vraag is of hierdoor op termijn niet al te veel vermijdbaar gezondheidsverlies ontstaat. De vraag is wat de juiste vorm van coördinatie is.

Rol VWS bij vraagstuk

- Hoeder van het stelsel, maar verder geen inhoudelijke bemoeienis. Wel belang 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 opstart van de planbare zorg.
- Als hoeder ligt het niet in de rede dat VWS de regie op zich neemt. Wel heeft VWS er belang bij dat dit goed gebeurt en vooral ook dat het goed gecoördineerd gebeurt.
- Als partij in het stelsel zijn de verzekeraars de eerst aangesproken persoon, maar is betrokkenheid van alle (MSZ-)partijen belangrijk.
- Daarom het voorstel dat VWS:
 - o Eist dat het samen en echt gecoördineerd gebeurt. Voorwaarden:
 - Betrokkenheid alle partijen (MSZ en huisartsen);
 - Meenemen bestaande initiatieven (ZE&GG en JZOJP);
 - Moet gaan over alle niet-Covid zorg (dus niet alleen wat nu superurgent is, maar breed oppakken);
 - Optie: Een onafhankelijk persoon zoals de Coronagezant inzetten (zoals $\frac{(10)(2e)}{(10)(2e)}$ - $\frac{(10)(2e)}{(10)(2e)}$ (KPMG) heeft zich gemeld en ook $\frac{(10)(2e)}{(10)(2e)}$ heeft aangegeven hier over mee te willen denken gelet op link met ZE&GG).
 - o Dat VWS (geld voor) mensen ter beschikking stelt om dit te coördineren.

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).

- 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. De programma's van ZE&GG zijn echter nu exclusief gericht op MSZ.

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

- Het percentage van 25-40% van de zorg dat momenteel stil ligt, ligt (ver) boven de meest pessimistische schattingen van niet gepast gebruik. De corona-crisis is dus tegelijk een ideale casus om te zien wat er nu allemaal aan niet zinnige zorg bestaat, met een mooie link naar het thema urgent planbare zorg.
- Er moet nog nader worden bepaald wat urgent planbare zorg precies inhoudt. Heup- en knieoperatie wel, deel cataracten ook maar hernia's en amandelnippen veel minder? Er moet dus voldoende onafhankelijke medische expertise aanwezig zijn (en dat lijkt met (10)(2e) (10)(2e) ook geborgd).
- 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.
- Een gevolg van de Corona-crisis zal dus mogelijk zijn dat verdienmodellen die zich richten op electieve en chronische zorg voor lage case mix plots wat minder aantrekkelijk blijken.
- Kortom. Overvogen kan worden om nu deel van hun ZE&GG-middelen in te zetten om dit natuurlijke experiment te volgen in relatie tot hun opgave en het daarbij breder op te pakken, inclusief de GGZ

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 leveren (prioritering)?
 - o Waar doe je dat (Alle ziekenhuizen? Dedicated ziekenhuizen? ZBC's)?
 - 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

