

Titel fiche (met datum, concept/definitief)	Inhaalzorg
--	------------

Schrijver fiche (telefoon & mailadres & directie)	5.1.2e	5.1.2e	5.1.2e	@minvws.nl CZ
		5.1.2e	5.1.2e	@minvws.nl CZ
	5.1.2e	5.1.2e	5.1.2e	@minvws.nl CZ

Besproken in MTDG? (datum)	Nee
Afgestemd met WJZ (en zo ja, met wie?)	Nee met wie:
Afgestemd met FEZ (en zo ja, met wie?)	Ja met wie 5.1.2e
Met welke directies is nog meer afgestemd?	MEVA, NZa

Om welke concrete maatregel gaat het?
Ruimte geven voor de zorg die moet worden verleend om de achterstand in te halen die zich heeft opgebouwd door COVID-19 door tijdelijke verruiming van de financiële kaders. Dit betreft enkel inhaalzorg (gemiste verwijzingen, gemiste behandelingen en toenemende zorgzwaarte) in de MSZ, met tevens consequenties voor aanpalende sectoren (revalidatiezorg, paramedie, wijkverpleging etc.). Tevens betreft dit ruimte voor inhaalzorg voor de GGZ (met name door gemiste verwijzingen en toenemende zorgzwaarte).

Wat is het probleem dat die maatregel precies moet oplossen?
<p>We verwachten dat er de komende periode (mogelijk jaren) veel zorg moeten worden ingehaald doordat behandelingen door COVID-19 niet hebben plaatsgevonden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sinds de corona-uitbraak zijn er in totaal ruim 1.38 miljoen¹ minder verwijzingen in de ziekenhuizen geweest dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Een deel van deze zorg zal ingehaald moeten worden, een deel ook niet omdat de zorg in de eerste lijn is opgepakt of omdat klachten vanzelf over zijn gegaan. In de MSZ is in bepaalde periodes zorg afgeschaald: niet kritiek planbare zorg zoals sterilisaties en herniaoperaties, en tijdens piekperiodes in de crisis ook kritiek planbare zorg. De gemiddelde afschaling van de operatiekamers is gedurende de tweede golf 28% tot ruim 50% geweest. Behandelingen zullen moeten worden ingehaald. Door het uitstel van behandeling neemt de zorgzwaarte toe. Zo kunnen ziektebeelden in verder gevorderde stadia zijn, waardoor complexere behandelingen nodig zijn (denk aan oncologische zorg). Voor de GGZ geldt dat er sinds de corona-uitbraak 84.000² verwijzingen minder zijn dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Een deel van deze zorg zal ingehaald moeten worden, en een deel zal vanzelf over zijn gegaan. Er zijn signalen dat de coronacrisis en de maatregelen oorzaak zijn van een vraag naar ggz. Sinds begin 2021 is het aantal verwijzingen voor stemmingsklachten vergeleken met dezelfde weken in 2019 en 2020 ongeveer 20% hoger. Dat doet vermoeden dat naast het aantal verwijzingen dat mogelijk moet worden ingehaald COVID-19 ook een groter aantal zorgvragers heeft veroorzaakt. In dit fiche gaan we ervan uit dat deze toename aan zorgvragen op gebied van zorguitgaven opweegt tegen de niet ingehaalde, gemiste verwijzingen. <p>De maatregel moet zorgen voor voldoende ruimte in de financiële kaders, zodat zorg ook daadwerkelijk kan worden verleend en behandelachterstanden kunnen worden ingehaald.</p>

Zijn er alternatieve maatregelen te bedenken die hetzelfde probleem oplossen?
<ul style="list-style-type: none"> Nee. Een deel van de zorgvraag zal 'verdampen' of kan buiten de MSZ of de GGZ worden opgepakt, maar de inschatting is dat een aanzienlijk deel moet worden ingehaald. Dit werkt door op de financiële kaders. In de financiële afspraken voor de komende jaren en de ruimte voor autonome groei van de zorguitgaven is hiermee geen rekening gehouden.

Welke acties zijn er nodig (bijv. op organisatorisch vlak)?
--

¹ Stand: 23 februari 2021

² Stand: 4 maart 2021

- Om onevenredige druk in de keten te voorkomen, moet de zorg gecoördineerd worden opgeschaald, Hiervoor wordt voor de MSZ samen met de aanpalende sectoren een kader gemaakt. Hierin is aandacht voor de zorginhoudelijke afwegingen bij (prioritering in) opschaling, personele capaciteit, data, zorg op afstand en gepast gebruik, samenwerking (in de regio) en de financiële randvoorwaarden. Geleerde lessen uit de coronacrisis worden hierin meegenomen.
- Voor de GGZ geldt dat de organisatorische maatregelen grotendeels al zijn ingezet in het kader van de aanpak wachttijden. Er moet dan vooral gedacht worden aan de zogenoemde regionale transfertafels, en vergroten van het inzicht in aantallen wachtenden in de ggz door aanpassingen in de transparantieregeling.
- Vervolgens moeten individuele zorgaanbieders (al dan niet in samenwerking) maatregelen treffen om het verlenen van de 'inhaalzorg' daadwerkelijk te organiseren.

• Welke juridische consequenties heeft deze maatregel?

ntb

• Op welke termijn kan de maatregel ingevoerd worden, en waarom?

- Wanneer ruimte ontstaat in de ziekenhuizen (dus wanneer (semi-)acute zorg en kritiek planbare zorg is geborgd), kan ingezet worden op het opschalen en inhalen van zorg. Verwachting is dat dit in Q2 2021 zal gaan zijn en dat dit doorloopt in de jaren (t/m 2024) daarna.
- Voor de GGZ geldt dat er over de hele linie sprake is van een capaciteitsprobleem. De huidige wachttijden zijn hiervan een illustratie. In de basis GGZ zijn de wachttijden korter dan in de SGGZ, daardoor zal waarschijnlijk sneller kunnen worden opgeschaald. De totale wachttijd voor behandelingen in de basis GGZ ligt namelijk onder de Treeknorm. Voor de SGGZ geldt dat dit per diagnosegroep verschilt. De huidige capaciteit aan behandelaren wordt momenteel al vrijwel volledig benut. Dit betekent dat er vertraging in de inhaalzorg zal zitten en dat er moet worden gezocht naar nieuwe en alternatieve behandelmethodes.

• Wat zijn de financiële consequenties? (uitgewerkt voor 2021 – 2025 en structureel, berekening bijvoegen)

- In het macrokader 2021 en 2022 zoals afgesproken in het HLA MSZ geen rekening gehouden met extra uitgaven in verband met inhaalzorg. ZN, NFU en NVZ hebben afspraken gemaakt over hoe om te gaan met de uitgaven met betrekking tot inhaalzorg die in 2021 zal worden verleend. Hierin is vastgelegd dat partijen zich maximaal inspannen om door middel van de juiste zorg op de juiste zorg, digitalisering etc., (inhaal)zorg zoveel mogelijk binnen het gestelde kader te leveren. Verzekeraars en aanbieders hebben in 2021 wel ruimte gekregen voor inhaalzorg in 2021: verzekeraars door macronacalculatie, aanbieders doordat overschrijdingen als gevolg van inhaalzorg niet worden teruggehaald door inzet mbi.
- De verwachting dat het macrokader komende jaren niet toereikend is voor de benodigde inhaalzorg, terwijl het comfort dat verzekeraars en aanbieders hebben voor 2021 in beginsel niet van toepassing is op 2022 e.v.
- De omvang van de inhaalzorg is op dit moment zeer onzeker en moeilijk in te schatten. Er is nog geen integraal beeld van a) de hoeveelheid gemiste zorg in 2020 b) hoeveel dit nog verder oploopt in 2021 als gevolg van de tweede en derde golf en c) hoeveel van deze gemiste zorg nog wel ingehaald moet/kan worden. Veel hangt ook af van de impact van de pandemie in 2021.
- Er is wel een aantal bronnen op basis waarvan een *indicatie* te geven is van het financiële effect van inhaalzorg. Eind 2020 heeft Logex³ berekend dat het 'bruto stuwmeer' aan gemiste zorg in 2020 op basis van inzichten destijds op 9,2% zou uitkomen. Dat komt neer op € 2,2 miljard van het macrokader MSZ. Dit bedrag is in lijn met het bedrag dat zorgverzekeraars op dit moment ramen voor de (netto) continuïteitsbijdragen MSZ (2,4 miljard), welke immers zijn bedoeld om te compenseren voor gemiste opbrengsten van niet geleverde zorg. Het Logex rapport berekent ook hoeveel van deze zorg potentieel ingehaald moet/kan worden: 5,2 % (bandbreedte 4,4%-5,7%). Uitgaande van 5,2% zou € 1,1 miljard van de gemiste zorg in 2020 kwalificeren als inhaalzorg.
- Dit is exclusief het verder oplopen van gemiste zorg in 2021.
- In de tabel wordt ervan uitgegaan dat zorguitval in 2021 niet verder oploopt, maar dat door de pandemie in 2021 ook geen ruimte voor inhaalzorg ontstaat. Bovendien is aannahme dat deze inhaalzorg wordt ingehaald in 3 jaar. Het moge duidelijk zijn dat deze aannames in dit stadium met

³ 'Impact Corona op de MSZ 2021' (Logex, 2020)

grote onzekerheid zijn omgeven.

- Ook voor de GGZ geldt dat het moeilijk is in te schatten wat de omvang van de inhaalzorg zal zijn. De verwachting is wel dat het macrokader de komende jaren niet toereikend zal zijn.
- Het is niet mogelijk om nu al exact in beeld te brengen welke zorg gemist is in de ggz, en ook de effecten van het verdere verloop van de corona-crisis zijn nog niet te voorspellen.
- Met de NZa doen we een aantal aannames om wel een grof beeld te kunnen krijgen van de mogelijke omvang van de noodzakelijke inhaalzorg. Op basis van een NZa-analyse kunnen we stellen dat ongeveer 12% van de verwachte verwijzingen is uitgebleven sinds half maart 2020. Verdere berekening is gebaseerd op ruwe aannames, namelijk: de uitgebleven verwijzingen zullen op gebied van kosten vergelijkbaar zijn met andere nieuwe ggz-patiënten en het overgrote deel van de gemiste verwijzingen betreft geen ernstige problemen. In 2019 declareerde de groep niet ernstige nieuwe ggz-patiënten ca. €719 miljoen aan ggz-zorg. Gerelateerd aan de 12% komen we op ca. € 85 miljoen aan inhaalzorg. Dit bedrag is in lijn met het bedrag dat zorgverzekeraars op dit moment ramen voor de (netto) continuïteitsbijdragen ggz (€ 78 miljoen),
- We doen de aanname dat we tegen elkaar kunnen wegstrepen dat 1) het aantal gemiste verwijzingen vermoedelijk hoger ligt door een grotere zorgvraag in 2020, en 2) de gemiste verwijzingen niet allemaal hoeven worden ingehaald doordat zorgvraag deels is verdwenen.

• **Wat zijn overige te verwachten effecten/aandachtspunten?**

- In dit fiche wordt niet ingegaan op de gevolgen van de behandeling van COVID-19 patiënten op het macrokader, de benodigde revalidatiezorg bij deze patiënten en/of gevolgen van de pandemie voor nieuwe instroom van zorg. Dit zijn zaken die ook invloed hebben op het financiële kader.
- In dit fiche wordt niet ingegaan op extra zorg die vanuit andere kaders en sectoren zoals de Wlz en de huisartsenzorg moet worden verleend om de inhaalzorg mogelijk te maken.
- Als ziekenhuizen weer hun reguliere zorg hervatten en gaan inzetten op het inhalen van zorg, betekent dit ook dat er een beroep wordt gedaan op o.a. verpleeghuis- en revalidatiezorg, paramedie en wijkverpleging. Dat gedeelte van de keten (bedden en personeel) moet hier dus ook klaar voor zijn.
- In dit fiche wordt niet ingegaan op de ggz-zorgvraag die nog gaat ontstaan door de pandemie en economische nasleep.
- Inhaalzorg in de ggz betekent dat de druk op de ggz toeneemt. Dat zal effect hebben op de lopende en nieuwe te starten behandelingen. En eventueel op de wachttijden.
- De afbakening van inhaalzorg is lastig, en daarom moet gewaakt worden voor een situatie waarbij de capaciteit tijdelijk verhoogd wordt welke daarna structureel beschikbaar blijft. Hierover zouden afspraken gemaakt moeten worden.

• **Met welk onderwerp of welke onderwerpen interacteert deze maatregel?**

- Investeren in opleiden/behoud personeel (salaris, zeggenschap, werkomstandigheden) → MEVA
- Wederopbouw/crisisbestendigheid curatieve zorg → CZ
- Verbeteren samenwerking in regio → PZo
- Digitale zorg/gegevensuitwisseling → dl en I&Z
- Zinnige zorg/gepast gebruik → Z

Budgettair effect op netto collectieve zorgultgaven in mln. euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Structureel
Maatregel: inhaalzorg MSZ	600 (2022)	400 (2023)	100 (2024)	0	0
Maatregelen: inhaalzorg GGZ	50 (2022)	25 (2023)	10 (2024)	0	0

• **Optioneel: relevante facts & figures (of verwijzing naar bronnen)**

- [Toegang tot zorg tijdens corona](#) | [Actueel](#) | [Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)