

DENKLIJN OPSCHALING URGENTE REGULIERE ziekenhuisZORG

Op dit moment is veel zorg die uitgesteld kon worden, uitgesteld vanwege Covid. Het aantal verwijzingen van huisartsen en andere verwijzers is gedaald met 75%. Dat gaat om zo'n 450.000 verwijzingen per maand. Dit betekent dat veel behandelingen later moeten worden ingehaald. De reguliere urgente zorg dreigt in de verdringing te komen door de zorg aan Covid-patiënten en een tekort aan zorgpersoneel en middelen. En dat terwijl het voor deze groepen mensen van groot belang is dat zij zorg krijgen, om gezondheidschade te voorkomen.

Daarom is meer (landelijke) afstemming nodig dan normaal bij dit soort zorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om de *urgente* reguliere zorg voor mensen zonder Covid te coördineren. Het gaat bijvoorbeeld om zorg voor mensen met kanker, hartproblemen, vaatproblemen en neurologische problemen.

De focus ligt in eerste instantie op de meest noodzakelijke planbare ziekenhuiszorg. Een eerste stap is om in kaart te brengen hoeveel patiënten op deze urgente zorg wachten.

NB: de NZa werkt ook aan de opstart van de overige ziekenhuiszorg en daarna wordt snel een start gemaakt met de ggz, thuiszorg, eerstelijnszorg en de langdurige zorg.

Het opstarten van de meest urgente reguliere zorg in ziekenhuizen gebeurt langs drie lijnen:

1. NZa komt ism de zorgpartners tot **concrete landelijke richtlijnen** over welke urgente reguliere ziekenhuiszorg als eerste moet worden opgeschaald en welke daarna. Geef een prioritering en fasering aan in diagnoses en/of behandelingen. Geef per diagnosegroep/behandeling aan om hoeveel patiënten het gaat om een beeld van de benodigde capaciteit te krijgen.
 - Wanneer is wat beschikbaar vanuit NZa? Tijdlijn helder krijgen
2. **Opschalingsplannen:**
 - a. NZa adviseert op welke wijze de zorgketen op dit punt vanuit de lokale en regionale situatie weer op gang gaat komen (van huisartsverwijzing, poli-afpraak tot behandeling in kliniek).
 - b. Ziekenhuizen maken (eenvoudige) opschalingsplannen voor deze urgente reguliere zorg. In de opschalingsplannen dient rekening gehouden te worden met: a. voer alleen zinnige zorg uit b. verleen waar het kan altijd zorg op afstand (ehealth) c. voer geen zorg uit die ook door een ander kan worden verleend (JZOJP)
 - Hoe meten we dat dit goed gaat?
 - c. Ziekenhuizen brengen deze opschalingsplannen in het ROAZ+ (incl verzekeraars en ZBC's). Dit geeft inzicht voor alle zorgpartners in de regio. Het ROAZ houdt hiermee ook bij (met getallen) waar en hoeveel er wat wordt opgeschaald.
 - d. Voor de zorgplicht van verzekeraars is dit inzicht van belang. Zij moeten de gegevens vervolgens ook gebruiken om te sturen
 - e. NZa houdt inzicht in mate van de (juiste) opschaling via inzicht in openen DBC's

- f. IGJ kan via ROAZ inzicht houden in de opschalingsplannen en bijsturen waar nodig als er "onjuiste zorg" wordt opgeschaald ofwel als de opschaling te snel gaat (irt aantal COVID gevallen)
3. Regio's nemen **evenredig de IC-zorg voor COVID-19-patiënten op zich**, zodat alle patiënten in NL gelijke toegang hebben tot non-COVID zorg, ongeacht de woonplaats. Alleen bij een evenredige spreiding van COVID-19-patiënten op de Nederlandse IC's, hebben patiënten met andere aandoeningen overal dezelfde toegang tot de benodigde zorg. Het LCPS draagt zorg voor deze evenredige spreiding van Covid patiënten. Regio's worden opgeroepen om de komende tijd hun uitplaatsingsverzoeken af te stemmen op het richtpercentage van het LCPS. Dat betekent dat sommige regio's minder nieuwe IC-patiënten moeten uitplaatsen, of juist meer IC-patiënten moeten overnemen van andere regio's.
- ➔ Range van noodzakelijk beschikbare IC Covid voor komende half jaar vragen aan FMS (dat moeten ze samen met bestuurders van NFU, NVZ en LNAZ opstellen, zodat t breder is dan alleen NVIC standpunt). Daarna aan OMT voorleggen
 - ➔ Hoe meten we dat het goed gaat en dat opschaling reguliere zorg niet de beschikbaarheid Covid-IC in de weg gaat zitten? LCPS moet dat wekelijks doen samen met NVIC

PMS:

- Krijgen met bovenstaande voldoende maat en getal? Voldoende sturingsmogelijkheid? En tegelijkertijd: niet te veel centrale sturing en administratieve last?
- Dit tekstje gaat alleen om ziekenhuiszorg. Ook letten op GGZ, want daar kan gezondheidsschade ook aanzienlijk zijn. Daar nu vooral proberen digitale zorg te regelen.
- Revalidatiezorg ook snel opstarten, vanwege vraag naar revalidatiezorg na Covid-ziekenhuisopname