

Vergaderjaar 2021–2022

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 642

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 mei 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een reactie gevraagd op de berichtgeving omtrent het onderzoek van het NRC¹ over de uitbreiding van de IC-capaciteit in het najaar van 2020.

Volgens het betreffende onderzoek van het NRC zou het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ziekenhuizen ontmoedigd hebben de Intensive Care (IC) extra op te schalen en opgeroepen hebben om bedden te schrappen. De focus op getallen en financiële aspecten zouden mogelijke verdere IC-opstapeling in de weg hebben gestaan. Het artikel schetst echter een onvolledig en soms ook onjuist beeld van de situatie: vanuit het Ministerie van VWS is in de COVID-19-pandemie altijd gestreefd naar zo veel mogelijk IC-bedden met zo min mogelijk effect op de reguliere zorg. De suggestie dat aan de kant van het ministerie de insteek was om de uitbreiding van de IC-capaciteit tegen te gaan, verwerp ik dan ook.

Door middel van deze reactie, inclusief de door NRC aangehaalde informatie op basis van de Wet Openbaarheid Bestuur (WOB)², de brief van 5 augustus 2020 vanuit het Ministerie van VWS aan de ROAZ'ën (bijlage 1), de brief van 20 oktober 2020 vanuit het Ministerie van VWS aan NVZ, NFU, ZN en de ROAZ'ën (bijlage 2) en overige onderliggende correspondentie ter zake van en met andere partijen hieromtrent (bijlage 3), wil ik een zo volledig mogelijke reconstructie schetsen van het proces van de IC-opstapeling in 2020 en begin 2021.

¹ Ministerie van VWS ontmoedigde ziekenhuizen hun IC uit te breiden – NRC

² 1e Deelbesluit WOB-verzoek IC-bedden

1. De eerste golf en lessons learned

Gedurende de eerste golf van de COVID-19-pandemie kregen we plotseling en in zeer korte tijd te maken met grote aantallen patiënten in de Nederlandse ziekenhuizen. Met man en macht is toen gewerkt om de capaciteit in hele korte tijd zo snel mogelijk zodanig te vergroten dat alle patiënten met COVID-19 opgevangen en behandeld konden worden. Die enorme uitbreiding van capaciteit betekende ook dat ziekenhuizen alles uit de kast trokken om patiënten te kunnen opvangen. In de praktijk hield dat in dat patiënten aan de beademing werden gelegd op operatiekamers, en op allerlei andere plekken die normaal gesproken niet als intensive care dienden, maar voor andere zorg werden ingezet. Al het mogelijke personeel werd ingezet voor de zorg van COVID-19 patiënten. Zo moesten verpleegkundigen werken op grote cohort-afdelingen, werd niet-IC personeel (bijvoorbeeld artsen van andere afdelingen) ingedeeld in teams voor de patiëntenzorg op de IC (bijvoorbeeld om de patiënten van buik naar rug te draaien en omgekeerd), gepensioneerde verpleegkundigen sprongen bij en alle verloven werden ingetrokken. Ook werd in allerlei landelijke regie op de spreiding van COVID-patiënten ingericht met de instelling van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS).

Toen de patiëntenaantallen gelukkig weer daalden, hebben alle betrokken partijen met elkaar geconcludeerd dat eenzelfde situatie waarin bijna alle andere noodzakelijke reguliere zorg stil kwam te liggen in de toekomst moest worden voorkomen. Dit vanwege de grote negatieve effecten voor de reguliere patiënten die in deze situatie te maken kregen met uitstel van hun behandeling of operatie.

2. Opschalingsplan LNAZ

Het Ministerie van VWS heeft daarom in mei 2020 opdracht gegeven aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) om met alle betrokkenen³ een plan te maken waarbij zowel de reguliere zorg als de zorg voor patiënten met COVID-19 bij een nieuwe golf zo goed mogelijk doorgang zou kunnen vinden. Het LNAZ heeft daarop in samenspraak met veldpartijen een advies opgesteld waarin voor alle sectoren te nemen voorbereidingen werden uiteengezet. Dit advies is uitgewerkt in het *Opschalingsplan Covid-19*⁴, dat 30 juni 2020 aan het Ministerie van VWS werd aangeboden en aan uw Kamer is gestuurd.

In het plan werd onder andere beschreven hoe ziekenhuizen hun bestaande IC-capaciteit tot maximaal 1700 IC-bedden konden uitbreiden. Dit maximumaantal werd door de partijen al als ambitieus gezien; nog hogere opschaling achtte men niet realistisch in combinatie met continueren van de reguliere zorg. Ook de wijze waarop die opschaling moest plaatsvinden is door de partijen zelf besloten: ze kozen niet voor een aantal geconcentreerde locaties waar alle patiënten met COVID-19 behandeld werden, maar voor een evenredige verdeling van deze extra bedden per Regionaal Overleg Acute Zorg-regio (ROAZ-regio). Binnen die regio kon vervolgens weer een onderverdeling plaatsvinden, zodat elke regio en elk ziekenhuis zijn eigen «fair share» zou leveren. In het Bestuurlijk Overleg van 29 juli 2020 waar alle ROAZ-regio's, het LNAZ en

³ Betrokken partijen bij het Opschalingsplan COVID-19 zijn onder andere maar niet uitsluitend: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), en Ambulancezorg Nederland (AZN).

⁴ Opschalingsplan COVID-19, Kamerstuk 25 295, nr. 455

het Ministerie van VWS aanwezig waren, hebben alle ROAZ-regio's expliciet commitment uitgesproken op de gezamenlijke opschalingsopgave en het belang van de onderlinge verdeling daarvan per ziekenhuis onderstreept.

3. Bekostiging en subsidieregeling

Voor de bekostiging van de opschaling van de IC-bedden heeft het Ministerie van VWS afspraken gemaakt met zorgverzekeraars, waarbij is afgesproken dat de zorgverzekeraars het deel voor hun rekening zou nemen dat normaliter (pre- COVID-19) ook bij andersoortige piekmomenten in de reguliere zorg, bijvoorbeeld bij een griepgolf, gerealiseerd zou kunnen worden door ziekenhuizen.

Voor de extra uitbreiding in het kader van COVID-19 zou daarnaast een subsidieregeling worden ingericht vanuit het Ministerie van VWS, waar elk afzonderlijk ziekenhuis dat participeerde in het Opschalingsplan aanspraak op kon maken. Voor de *Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19*⁵ is circa een half miljard euro vanuit het Ministerie van VWS ter beschikking gesteld.

Er werd bij de subsidieregeling verder gekozen voor een aanpak die aansloot bij de uitwerking in het Opschalingsplan van de LNAZ. Die aanpak bestond uit drie fases, waarbij er ten eerste structureel voldoende bedden moesten zijn voor het opvangen van (piekbelasting binnen) de reguliere zorg (fase 1), met daarbovenop extra structureel beschikbare bedden voor de COVID-zorg (fase 2) en aanvullend daarop nog mogelijkheden voor extra flexibele opschaling om een tijdelijke COVID-19 piek op te kunnen vangen (fase 3).

Bepalen beginstand

Voor de uitvoering van de subsidieregeling was inzicht nodig in een beginstand: het aantal IC-bedden waar elk individueel ziekenhuis over beschikte in de reguliere (pre-COVID-19) situatie. Deze beginstand diende als uitgangspunt voor de eventuele opschaling. Het Ministerie van VWS heeft daarom aan het LNAZ gevraagd om deze beginstanden aan te leveren.

Het LNAZ heeft in het Opschalingsplan specifiek aandacht gegeven aan het algemene vraagstuk rond het bepalen van de beginstand. Op basis van informatie uit visitatierapporten van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en uit jaarverslagen en andere publicaties van de ziekenhuizen zelf is door LNAZ vastgesteld dat er op dat moment in Nederland 1150 IC-bedden qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar waren. In de praktijk waren in die jaren daarvoor gemiddeld 1.038 IC-bedden beschikbaar (dit is in het vervolg afgerond naar 1035 bedden), om pieken over de dag en over het jaar heen op te kunnen vangen. Ook stelde het LNAZ op basis van cijfers over de jaren 2018–2019 vast dat gemiddeld gewerkt werd met een bedbezetting van 80%, wat neerkomt op 925 «warme»⁶ IC-bedden.

⁵ Stcrt. 2020, nr. 56337

⁶ Een «warm» IC-bed is een bezet bed inclusief beschikbaar personeel, terwijl een «koud» IC-bed een bed is dat fysiek beschikbaar is, inclusief apparatuur, maar waar (nog) geen patiënt en/of personeel voor beschikbaar is.

Opzet bekostiging en subsidieregeling

Bij de uitwerking van een subsidieregeling is een belangrijk uitgangspunt rechtmatigheid. Dat betekende onder meer dat de vergoedingen moesten aansluiten bij de gemaakte/verwachte kosten en dubbele bekostiging voorkomen moest worden. De bijdrage (uit de subsidie en/of vanuit de zorgverzekeraar) was verschillend per type bed en per type fase van de opschaling, ook omdat de kosten in elke fase anders zijn:

- **Fase 1 (1150 reguliere bedden om de reguliere en acute zorg door te kunnen laten gaan):** voor het deel vanaf 1035 tot 1150 IC-bedden ontvingen de ziekenhuizen € 250.000 per IC-bed, betaald door de zorgverzekeraars omdat zij in het reguliere zorgsysteem zorgplicht hebben voor de beschikbaarheid van IC-bedden voor de reguliere en acute zorg.
- **Fase 2 (+200 structurele IC-bedden specifiek voor COVID-19 patiënten voor zolang de pandemie duurde):** voor het uitbreidingsdeel vanaf 1150 tot 1350 IC-bedden ontvingen de ziekenhuizen € 1.332.883 per structureel beschikbaar «warm» IC-bed, betaald uit de subsidie van het Ministerie van VWS.
- **Fase 3 (+350 flexibele IC-bedden specifiek voor COVID-19 patiënten om op te schalen om een eventuele tijdelijke piek op te kunnen vangen):** voor het uitbreidingsdeel vanaf 1350 tot 1700 IC-bedden ontvingen de ziekenhuizen € 224.002 per flexibel «koud» IC-bed, betaald uit de subsidie van het Ministerie van VWS). Voor het daadwerkelijk in gebruik nemen van deze bedden was een beperkte mate van tijdelijke afschaling van reguliere zorg toegestaan.

Daarnaast werd door het Ministerie van VWS een vergoeding van € 120.000 per opgeschaald IC-bed gegeven voor opleidingsactiviteiten en kregen ziekenhuizen vergoeding voor de benodigde bouwkundige aanpassingen, medische inventaris en de crisisvoorraad geneesmiddelen. De vergoedingen in deze categorie waren maatwerk, afhankelijk van de lokale omstandigheden in het ziekenhuis. Ten slotte was er nog de reguliere bekostiging van de patiëntenzorg (via het openen van een dbc en met vergoeding vanuit de zorgverzekeraar) zodra er daadwerkelijk een patiënt op een IC-bed werd opgenomen.

Elk van deze drie fases van de uitbreiding kende dus een eigen «prijskaartje» en moest voldoen aan de voorwaarde dat een extra opgeschaald bed niet (of beperkt binnen randvoorwaarden voor wat betreft de bedden in fase 3) ten koste ging van de reguliere zorg.

4. Opschalingslijst

Er zijn vervolgens opschalingslijsten ontvangen van het LNAZ, opgesteld in afstemming met de ROAZ-regio's. Maar ondanks herhaaldelijke verzoeken werd geen sluitende opschalingslijst aangeleverd die optelde tot het totaal aantal IC-bedden waar het opschalingsplan per fase vanuit ging. Met de tweede golf in aantocht was tegelijkertijd de wens van de ziekenhuizen, vanwege de financiële zekerheid, om snel tot bevoorschotting over te gaan. Daarom is besloten een definitieve lijst op te stellen, door middel van een naar rato doorrekening op basis van het Opschalingsplan en de laatste versie van de opschalingslijst vanuit de LNAZ, om daar de subsidieregeling op te kunnen baseren. De finale, landelijk opschalingslijst, is voor akkoord voorgelegd aan de ROAZ voorzitters met nog een mogelijkheid tot wijzigen en vervolgens vastgesteld in het bestuurlijk overleg met alle ROAZ-voorzitters van 7 oktober 2020. In dit overleg is ook afgesproken dat de enige verschuivingen die vanaf dan nog konden plaatsvinden een verschuiving was van bedden tussen ziekenhuizen binnen een regio en binnen eenzelfde fase. De totale

aantallen per fase moesten gelijk blijven om voldoende capaciteit te garanderen en omdat anders de subsidieregeling niet kon worden uitgevoerd.

5. Nadere discussie en aanvullende afspraken met ziekenhuizen

Ondanks de inspanningen van alle partijen om het proces van de totstandkoming van de opschalingslijst zo snel maar zorgvuldig mogelijk te doorlopen, is met sommige regio's en met sommige ziekenhuizen vervolgens toch discussie ontstaan. Dit betrof veertien ziekenhuizen, onder andere enkele ziekenhuizen die in het artikel zijn aangehaald. Een aantal hiervan heeft ook gesproken over juridische procedures. De discussies gingen over welke bedden er nu wel of niet in de reguliere situatie al bestonden, of een opgeschaald bed nu door de zorgverzekeraars betaald moest worden of in de subsidieregeling onder een structureel of flexibel bed moest worden gerekend. Kortom: of een opgeschaald bed nu in fase 1, 2 of 3 moest vallen.

In het artikel wordt verbazing geuit dat ambtenaren bezig waren met de financiële consequenties in plaats van het creëren van extra bedden. Dat was echter niet aan de orde. Als een regio gezegd zou hebben dat ze meer hadden kunnen opschalen zonder dat dit de reguliere zorg raakte, weet ik zeker dat alle partijen zich hiervoor hadden ingespannen. Er is echter telkens vanuit de ziekenhuizen zelf aangegeven dat het maximum van 1700 bedden echt het hoogst haalbare was, met name vanwege de druk op het zorgpersoneel en dan alleen als alle regio's naar rato dezelfde inspanning leverden. De gesprekken met de betreffende ziekenhuizen waren dan ook een technische en financiële discussie, die ging om welk bed precies welk prijskaartje kreeg en niet over de mogelijkheid om het creëren van meer operationele bedden in de praktijk. Die discussie was van belang, ook in crisistijd, omdat het ging om het zorgvuldig uitgeven van publieke middelen. Het Ministerie van VWS wilde zeker weten dat de bedden waarvoor subsidie wordt gegeven ook daadwerkelijk te realiseren waren onder de juiste voorwaarden (bijvoorbeeld dat ze niet ten koste gingen van de reguliere zorg) en dat er geen sprake zou zijn van dubbele bekostiging door de zorgverzekeraar en de subsidieregeling.

Dat met bepaalde ziekenhuizen en regio's nog veel is gediscussieerd is ook aan de orde gekomen in het COVID-debat van 5 januari 2021 (Handelingen II 2020/21, nr. 40, item 4). De oproep van de Kamer om tot oplossingen te komen heeft de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport ook serieus genomen en opgevolgd.

Er is toen, in het voorjaar van 2021, een oplossing gevonden met partijen in de vorm van aanvullende afspraken, waarbij een extra fase tussen fase 1 en 2 werd geplaatst: fase 1+. Deze fase 1+ was bedoeld voor de IC-bedden die volgens de ziekenhuizen ten onrechte in de uitgangssituatie van het Opschalingsplan van de LNAZ waren opgenomen, terwijl deze volgens deze ziekenhuizen niet in de reguliere (pre-COVID) situatie in de ziekenhuizen beschikbaar waren, maar wel waren meegenomen in de opschaling tot 1.150 bedden. Deze bedden werden, net als fase 1, bekostigd door de zorgverzekeraar, en daarnaast werd per bed in fase 1+ een aanvullende subsidie door het Ministerie van VWS verstrekt van € 514.346 per bed. Daarnaast betaalde het Ministerie van VWS ook voor deze fase de opleidingsgelden van € 120.000 per bed. Deze oplossing was ook naar de tevredenheid van de ziekenhuizen.

De subsidieregeling is sindsdien niet meer op dit vlak aangepast en is tot op heden in uitvoering.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers