

Vergaderjaar 2020–2021

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**25 295**

**Infectieziektenbestrijding**

**Nr. 566**

**BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 mei 2021

Al meer dan een jaar werken we met elkaar aan het opvangen van een groot aantal Covid-patiënten, terwijl tegelijkertijd getracht is om de reguliere zorg voor de patiënt zoveel mogelijk door te laten gaan. Dit was een grote opgave voor de patiënt en voor de zorgverleners en dat is het op dit moment nog steeds. Het dilemma tussen de maatschappelijk zo gewenste versoepelingen aan de ene kant en de grote druk op de gezondheidszorg aan de andere kant, zorgt ervoor dat er moeilijke keuzes gemaakt moesten en moeten worden die ingrijpend zijn geweest voor veel patiënten en zorgverleners.

De zorgprofessionals werken al meer dan een jaar op de toppen van hun kunnen en soms ook daaroverheen. Ik kan mijn waardering voor hun tomeloze inzet niet vaak genoeg uitspreken. Iedere dag zetten zij zich met hart en ziel in voor het herstel van hun patiënten. Soms moeten zij pijnlijke keuzes maken, bijvoorbeeld een patiënt overplaatsen naar een ander ziekenhuis of een behandeling voor een patiënt uitstellen. Vaak druist dit lijnrecht in tegen hun gevoel van verantwoordelijkheid voor goede zorgverlening en hun beroepsethiek, juist daarom heb ik zoveel bewondering voor de professionele manier waarop deze afwegingen worden gemaakt. Ik zie ook dat dit alles zijn weerslag heeft op zorgprofessionals en dat er al langere tijd een groot beroep gedaan wordt op de mentale veerkracht van zorgprofessionals.

Door de hoge aantallen Covid-patiënten staat ook de reguliere zorg onder druk. In heel Nederland kon de acute zorg altijd worden verleend, maar het is wel nodig geweest om een deel van de behandelingen in de (kritiek) planbare zorg af te schalen en uit te stellen. Dit heeft een grote impact op de patiënten voor wie de zorg is uitgesteld of een operatie niet is doorgegaan of die aarzelden om naar een zorgverlener te gaan. Met het raamwerk van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) uit het tijdelijk

beleidskader waarborgen acute zorg<sup>1</sup>, in combinatie met hun professionele expertise, kunnen de artsen de juiste afwegingen maken over welke zorg al dan niet kan worden uitgesteld. Door de genomen maatregelen, goede voorbereiding, grote inzet en goede samenwerking in de zorg, hebben we tot dusver weten te voorkomen dat de toegankelijkheid van de (semi-)acute zorg in gevaar was en fase 3 afgekondigd moest worden. Door de recente daling van het aantal Covid-patiënten heb ik inmiddels, op verzoek van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), fase 2D conform het opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ ingetrokken en zitten we in fase 2B. Hierover heb ik uw Kamer onlangs geïnformeerd<sup>2</sup>.

Het afgelopen jaar heeft laten zien dat alles wat tot nu toe is bereikt en wat er nog moet gebeuren, niet kan zonder de steeds van elkaar lerende en samenwerkende partijen in verschillende zorgsectoren en regio's. Er is gebouwd aan vertrouwen en samenwerking, men heeft elkaar geholpen waar het kon. Dat tekent en siert de sector, die altijd gericht is op leren en verder ontwikkelen. Dit zullen we vast moeten houden, nu en in de toekomst.

### **Opzet brief**

In deze brief ga ik in paragraaf 1 in op de groep patiënten die te maken hadden met de gevolgen van de Covid-pandemie, hoe we daarmee omgaan en wat zij kunnen verwachten. In paragraaf 2 ga ik in op hoe we de zorgsector faciliteren om zoveel mogelijk zorg en ondersteuning van goede kwaliteit te kunnen blijven bieden aan iedereen die dat nodig heeft en zorgprofessionals hier maximaal bij ondersteunen. Ik kijk in paragraaf 3 vooruit, naar het werken aan het herstel van zorgprofessionals en het opschalen en inhalen van reguliere zorg. In paragraaf 4 beschrijf ik de eerste gedachten over hoe de zorg toekomstbestendig en beter voorbereid op crisissituaties ingericht kan worden.

Hierbij is het goed om aan te geven dat de pandemische druk met name heeft geleid tot uitstel van behandelingen in de medisch-specialistische zorg en daar is momenteel het inhaalzorgvraagstuk dan ook het grootst. Daarom richt het plan voor de inhaalzorg in deze brief zich primair op de zorg voor patiënten in de ziekenhuizen en de ketens waar ziekenhuizen een onderdeel van uitmaken, zoals de verwijzingen en begeleiding van patiënten door de huisartsen en de vervolgzorg die patiënten nodig hebben na een behandeling in het ziekenhuis.

De onderdelen uit deze brief over de zorgprofessional hebben in het algemeen een bredere scope dan alleen de medewerkers in de medisch-specialistische zorg. Ook in de huisartsenzorg, paramedische zorg, ambulancezorg, wijkverpleging, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, jeugdzorg, Wmo ondersteuning en geestelijke gezondheidszorg (ggz) heeft de zorg immers het hoofd geboden aan de enorme druk door en gevolgen van COVID-19. Dit werkt specifiek door in de verschillende sectoren. In de langdurige zorg is er nadrukkelijk aandacht voor herstel van zorgprofessionals. Voor de ggz geldt dat het aantal verwijzingen weer toeneemt, na een aanvankelijke terugloop gedurende de eerste periode van de Covid-crisis. We houden de ontwikkelingen op dit gebied in de gaten, en hebben hierover contact met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de betrokken veldpartijen. Op dit moment is er geen specifieke aanleiding om bovenop de aanpak van de wachttijden in de volwassen ggz aanvullende acties te ondernemen met betrekking tot het inhalen van reguliere zorg in de ggz. Voor de jeugdzorg zijn extra middelen

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 317

<sup>2</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1238

beschikbaar gesteld voor de uitbreiding van crisiscapaciteit jeugd ggz en de aanpak van wachtlijsten van (regionaal) ingekochte specialistische jeugdzorg.

Voordat ik in ga op de verschillende onderdelen van de brief, heb ik hieronder samengevat wat patiënten en zorgprofessionals kunnen verwachten. Ook heb ik samengevat wat ik verwacht van toezichthouders en de veldpartijen. Deze punten worden verderop in de brief verder toegelicht.

#### Wat kan de patiënt verwachten?

- Uitgestelde klasse 3 zorg wordt binnen 6 weken ingehaald.
- Het streven is om uitgestelde klasse 4 en 5 zorg zoveel mogelijk in 2021 in te halen met een mogelijke uitloop in de eerste maanden van 2022; de invulling van elk individueel behandeltraject is uiteraard patiënt-specifiek en altijd onderdeel van het gesprek tussen patiënt en behandelaar.
- De patiënt kan in overleg treden met zijn of haar arts over de invulling en planning van het (eerder uitgestelde) behandeltraject.
- De patiënt kan de zorgverzekeraar benaderen voor zorgbemiddeling.
- De patiënt kan desgewenst soms sneller behandeld worden als hij of zij zich elders (bij een andere arts, in een ander ziekenhuis of kliniek) laat behandelen.

#### Wat kunnen zorgprofessionals verwachten?

- In de komende periode moeten fysiek en mentaal herstel van zorgprofessionals en het opschalen van zorg hand in hand gaan.
- Er is expliciet aandacht voor de zeggenschap en betrokkenheid van zorgprofessionals bij de plannen van inhaalzorg en herstel, waardoor de plannen realistisch zijn en gedragen worden.
- Er is ruimte voor herstel, aandacht voor het werkklimaat en werkplezier, voor het behoud van zorgprofessionals die we zo hard nodig hebben de komende jaren gezien de al jaren oplopende tekorten.
- We zetten in op flexibeler opleiden, meer begeleidingscapaciteit en het aanbieden van meer stageplaatsen, zodat er sneller meer extra personeel beschikbaar komt en de druk op de huidige zorgprofessionals eerder kan afnemen.
- We bereiden ons voor op eventuele nieuwe crises, onder andere door te verkennen hoe een nationale reserve zorgverleners vorm kan krijgen.

#### Wat verwacht ik van de toezichthouders?

- De NZa monitort de toegankelijkheid van de zorg en het verloop van de opschaling van de zorg in de ziekenhuizen en klinieken, met oog voor de gevolgen van die opschaling voor de vervolgzorg. De NZa rapporteert hierover maandelijks.
- De NZa spreekt periodiek de betrokken partijen over de uitvoering van het Kader passende inhaalzorg.
- De NZa ontwikkelt samen met de Patiëntenfederatie, ZN, VWS en de LHV communicatie over het goede gesprek in de behandelkamer en de mogelijkheden voor patiënten om zo snel mogelijk de zorg te kunnen ontvangen.
- De NZa houdt toezicht op zorgverzekeraars en de wijze waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht.
- De IGJ houdt toezicht op zorgaanbieders. Bij haar toezicht op inhaalzorg richt de IGJ zich op goede, veilige en menslievende

zorg voor de patiënt. Daarnaast heeft de IGJ aandacht voor voldoende herstel van zorgverleners en ketenbrede samenwerking.

- De IGJ en NZa werken waar nodig samen om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te bevorderen.

Wat verwacht ik van de veldpartijen?

- De zorgorganisaties benutten hun capaciteit optimaal en werken samen, zodat patiënten zo snel mogelijk geholpen worden.
- De zorgorganisaties blijven Covid-patiënten spreiden, zodat reguliere zorg overal in gelijke mate opgeschaald kan worden.
- De zorgorganisaties en zorgverzekeraars brengen in kaart wat de verwachte omvang van uitgestelde zorg is en maken (per ziekenhuis) plannen om dat weer in te halen.
- De zorgorganisaties informeren patiënten actief over wachttijden en over de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.
- De zorgverzekeraars zetten zich maximaal in voor zorgbemiddeling als dat voor een patiënt nodig of wenselijk is en nemen regie bij te lange wachttijden.
- De zorgorganisaties nemen de geleerde lessen uit de crisis mee, bijvoorbeeld rond de inzet van digitale of hybride zorg en de juiste zorg op de juiste plaats.
- De zorgorganisaties stemmen het kader passende inhaalzorg en herstelplan zorgprofessionals goed op elkaar af.
- De zorgorganisaties en zorgverzekeraars blijven samenwerken in de hele keten en benutten daarvoor bijvoorbeeld het ROAZ en zorgnetwerken

## **1. Wat kan de patiënt verwachten**

We hebben aandacht voor de gedifferentieerde groep patiënten, die tijdens of vanwege de Covid-pandemie te maken hebben gehad met lastige of zware omstandigheden. Dat betreft in de eerste plaats de groep patiënten die zelf corona hebben gehad. Een aantal van hen wordt nu nog geconfronteerd worden met de gevolgen en de lange nasleep van de ziekte.

In de tweede plaats hebben we te maken met mensen die vanwege de omstandigheden zich niet wilden of konden melden bij hun huisarts met hun klachten. Met name in de eerste golf hebben we gezien dat daardoor het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar de medisch-specialistische zorg lager was dan men normaliter zou verwachten.

Ten derde hebben we te maken met een groep patiënten van wie de behandeling werd uitgesteld omdat er in de ziekenhuizen – vanwege de druk op de Covid-afdelingen – geen capaciteit beschikbaar was voor een deel van de reguliere behandelingen. Ik ga hieronder in op de verschillende groepen mensen en wat ze kunnen verwachten.

### *Ex-Covid patiënten*

Voor patiënten die zelf Covid hebben gehad is de zorg het afgelopen jaar goed ingericht zodat zij snel en optimaal behandeld konden worden. Daar ga ik in paragraaf 2 uitgebreid op in. Helaas zijn er ook patiënten met aanhoudende klachten na een Covid-besmetting. Deze groep zal ook in de toekomst mijn aandacht blijven houden. Om de zorgpartijen en patiënten te ondersteunen is C-support vanaf oktober 2020 gestart met haar werkzaamheden voor patiënten die langer dan drie maanden klachten houden. C-Support heeft een vraaggestuurde werkwijze en biedt patiënten advies en ondersteuning. Via ZonMw kunnen FMS, NHG en LAN in samenwerking met relevante (para)medische beroepsgroepen en

patiëntenvertegenwoordiging werken aan het verder ontwikkelen van een multidisciplinaire integrale richtlijn COVID-19 nazorg en het inrichten van een proces om de richtlijn actueel te houden en toegankelijk voor professionals en patiënten. Ik bekijk met ZonMw of er aanvullend onderzoek gestart moet worden. Vooruitlopend daarop inventariseert ZonMw de aard, omvang en onderliggende pathofysiologie van aanhoudende klachten na COVID-19.

Op 17 juli 2020 heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd dat de vergoeding voor paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt – tijdelijk en onder voorwaarden – wordt uitgebreid (Kamerstukken 29 689 en 25 295, nr. 1074). Recent heb ik u ook geïnformeerd over de uitvoering van de motie van het lid Marijnissen c.s. die mij verzoekt de regeling voor paramedische herstellende zorg op twee punten te wijzigen (Kamerstuk 25 295, nr. 1132).

#### *Minder verwezen patiënten*

Een groep patiënten heeft zich met hun klachten niet gemeld bij de huisarts en konden daarom niet doorverwezen worden naar een medisch specialist. De NZa heeft aangegeven dat het om 1,4 miljoen gemiste verwijzingen gaat. Het overgrote deel is niet verwezen in de eerste golf. Mensen waren toen voorzichtig en aarzelend, ondanks alle oproepen om bij klachten of zorgen altijd contact op te nemen met de huisarts of behandelend arts. Het is lastig om te traceren wat er exact met deze groep is gebeurd, omdat niet goed achterhaald kan worden wie zich niet gemeld heeft. De verwachting is dat een deel van deze mensen op een later moment of op een andere manier alsnog geholpen is of dat de zorgvraag niet meer bestaat. In de tweede en derde golf zijn de verwijzingen gelukkig op peil gebleven. Uiteraard volgen verschillende partijen de gevolgen van de Covid-pandemie voor de volksgezondheid. Op 15 december 2020 heeft het RIVM een rapport<sup>3</sup> uitgebracht over de impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en de gezondheid. Ook de verschillende medisch-wetenschappelijke verenigingen houden hier voortdurend zicht op.

#### *Patiënten met uitgestelde behandeling*

Het is voor patiënten die te maken kregen met uitstel van hun behandeling geen makkelijke tijd geweest. Hoewel het uitstel medisch gezien verantwoord is geweest en goed werd afgewogen door de behandelaars, ondervinden patiënten daar wel merkbare gevolgen van. Mensen hebben pijn of ongemak, zijn tijdelijk niet mobiel, zijn onzeker over de gevolgen van het uitstel of kunnen tijdelijk niet werken. Dat heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven die we met elkaar zo snel en zo veel mogelijk weer op het oude niveau moeten brengen.

Om de juiste afwegingen te kunnen maken over welke zorg al dan niet uitgesteld kan worden, heeft de Federatie Medische Specialisten een raamwerk gemaakt waarin de zorg in verschillende klassen naar zwaarte is ingedeeld. Dit raamwerk wordt ook gebruikt bij het plannen van de inhaalzorg.

- Patiënten die acute of semi-acute zorg nodig hebben (klasse 1 en 2 uit het raamwerk van de FMS) zullen, net als altijd, direct worden behandeld.
- De zorg voor patiënten waarvan de kritiek planbare zorg (klasse 3 van het raamwerk van de FMS) is uitgesteld zal binnen 6 weken gegeven moeten worden. Patiënten die wachten op een behandeling van

<sup>3</sup> Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 540

planbare zorg (klasse 4 en 5 uit het raamwerk van de FMS) moeten soms al lang wachten. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben afgesproken dat deze patiënten door hun arts duidelijk worden geïnformeerd over wachttijden en worden gewezen op de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen patiënten helpen zodat zij op een andere plek wellicht sneller zorg kunnen behandeld. Alle partijen werken zo goed mogelijk samen en verlenen passende zorg, zodat ook deze planbare zorg zo snel mogelijk kan worden ingehaald. Het streven is dat deze zorg in 2021 vrijwel volledig ingehaald kan worden met een mogelijke uitloop in de eerste maanden van 2022.

Om dit voor elkaar te krijgen is inzicht, regie en coördinatie van belang. We zullen het met elkaar moeten doen. In paragraaf 3 ga ik uitgebreider in op de plannen voor het inhalen van de uitgestelde medisch specialistisch zorg. Daarbij is het goed om te benoemen dat we geen zekerheid hebben over de ontwikkeling van de COVID-19 pandemie. Mocht het aantal Covid-patiënten dit najaar toch weer grote druk op de zorg opleveren, dan zal dit uiteraard invloed hebben op de planning en uitvoering van de gemaakte afspraken.

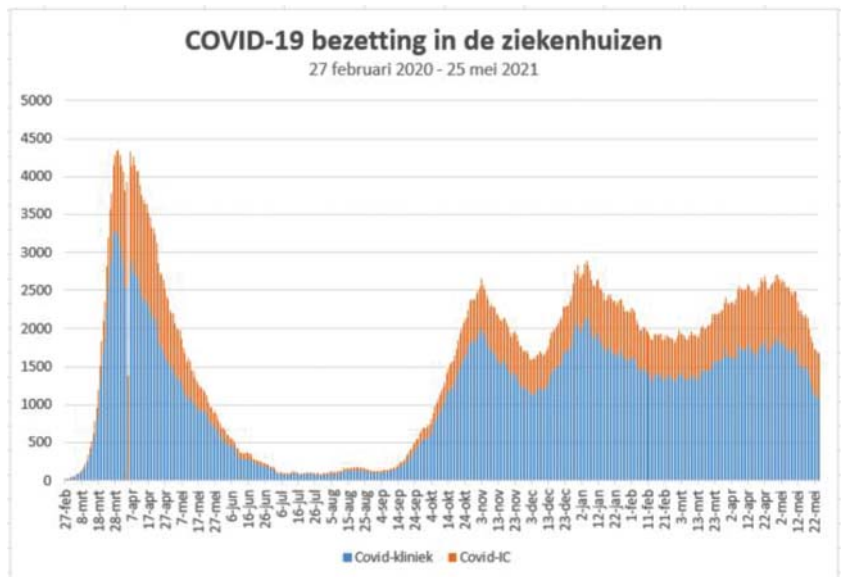
Ik vraag daarnaast om begrip en flexibiliteit van patiënten, dat wanneer we de druk van COVID-19 op de zorg langzaam achter ons laten, zij zich realiseren dat hersteltijd nodig is bij hun zorgprofessionals en niet alle zorg meteen ingehaald kan worden. Behandeling kan soms sneller gaan als zij zich in een ander ziekenhuis of kliniek laten behandelen. Peilingen van de Patiëntenfederatie geven aan dat een deel van de patiënten graag sneller wordt geholpen op een andere plek. Natuurlijk zijn er ook patiënten, vaak mensen die al langer te maken hebben met zorg, die daar minder enthousiast over zijn, omdat ze vertrouwd zijn met hun eigen zorgverlener of een andere locatie minder goed kunnen bereiken. Dat is begrijpelijk en vraagt om maatwerk. Het is belangrijk dat in alle situaties de patiënt en de behandelaar in gezamenlijk overleg specifieke aanvullende afspraken kunnen maken over de verdere invulling en planning van het behandeltraject. De Patiëntenfederatie adviseert zorgprofessionals om regelmatig contact te hebben met mensen die al langer te maken hebben met uitgestelde zorg, goed naar de alternatieven voor zorg op afstand te kijken en rekening te houden met de achtergronden van de patiënt en de vraag en capaciteit in beeld te hebben<sup>4</sup>. Ik onderschrijf dit.

## **2. Ondersteuning van zorgprofessionals en ziekenhuizen**

Al een lange tijd zien we een groot aantal Covid-patiënten in de ziekenhuizen waardoor de druk op de zorg en de druk voor de zorgprofessionals flink is opgelopen. Daar waar de eerste golf zich kenmerkte door een enorme piek die ook weer snel afnam, kenmerkt de derde golf zich door een hoog, breed plateau.

---

<sup>4</sup> <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/peiling/863-flitspeiling-alternatieven-uitgestelde-zorg/file>



Figuur 1: COVID-19 bezetting in de ziekenhuizen van 27 februari 2020 tot en met 25 mei 2021

Dit vroeg en vraagt nog steeds heel veel van zorgprofessionals, terwijl ook voor de crisis er al een groot tekort aan zorgprofessionals bestond. In 2019 bedroeg het personeelstekort in zorg en welzijn (excl. kinderopvang) 40.500 professionals, waarvan 12.800 in de ziekenhuizen. Het tekort is het grootst voor mbo-verpleegkundigen, hbo-verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen.

Tijdens de crisis is dit tekort nog nijpender geworden. Dat heeft ook zijn weerslag op het personeel, zoals we zien in de ziekteverzuimcijfers. De gevolgen voor de patiënt zijn ook niet makkelijk. Om de benodigde handen voor de Covid-zorg vrij te spelen waren de ziekenhuizen genoodzaakt om steeds grotere delen van de klinische zorg af te schalen. In de Covid-Kamerbrief van 11 mei<sup>5</sup> beschrijf ik uitgebreider de bijbehorende cijfers over de druk op de ziekenhuizen in de verschillende golven, het ziekteverzuim onder zorgprofessionals en het uitstellen van de reguliere zorg.

Dat we de situatie met elkaar onder controle hebben en houden gaat niet vanzelf. Door het creëren van de juiste randvoorwaarden probeer ook ik hierbij zoveel mogelijk te ondersteunen. Ik faciliteer zorgorganisaties en zorgprofessionals op verschillende manieren, met als doel de kwaliteit van zorg én de kwaliteit van het werken in de zorg zo goed als mogelijk te borgen. Dat doe ik langs vier lijnen:

- 1) De druk op de zorg en zorgprofessionals zo goed mogelijk beheersen.
- 2) Creëren van financiële en juridische ruimte voor (het opleiden van) meer zorgprofessionals.
- 3) Maatschappelijke initiatieven voor (het opleiden van) tijdelijk extra ondersteunend personeel faciliteren.
- 4) De (mentale) gezondheid van zorgprofessionals bevorderen.

Deze lijnen zijn zorgbreed ingezet. Gelet op het onderwerp van deze brief ligt de focus hier verder op de ziekenhuiszorg.

<sup>5</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 1179



## Lijn 1: De druk op de zorg en zorgprofessionals zo goed mogelijk beheersen

In verschillende stadia van de crisis zijn er spreidings- en opschalingsplannen gemaakt, telkens met als doel te anticiperen op een mogelijke volgende fase en de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening te borgen:

- In maart 2020 is het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) opgericht door het LNAZ in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het LCPS is verantwoordelijk voor het evenredig verdelen van de werklast van de Covid-zorg over de verschillende regio's, zodat overal in Nederland de acute zorg en de kritiek planbare zorg in gelijke mate zoveel mogelijk overeind gehouden kon en kan worden. De ambulancesector heeft het spreiden van patiënten flexibel en pragmatisch mogelijk gemaakt. Ook zorgt het LCPS voor inzicht in de actuele bezetting en beschikbare capaciteit in de ziekenhuizen.
- Na de eerste golf heeft de toenmalige Minister van Medische Zorg en Sport aan het LNAZ gevraagd een opschalingsplan voor COVID-19 op te stellen<sup>6</sup>. Dit opschalingsplan is uitgevoerd en regelt dat de IC- en de klinische capaciteit stapsgewijs zijn opgeschaald en dat er veel meer wordt samenwerkt tussen alle partijen in de zorg. Hiervoor is in totaal ongeveer een half miljard euro beschikbaar gesteld.
- In oktober 2020 heb ik samen met partijen een tijdelijk beleidskader gemaakt voor het waarborgen van de acute zorg in de COVID-19 pandemie<sup>7</sup> met als doel het creëren van een gelijk speelveld voor zorgorganisaties, zorgprofessionals en patiënten en het voorkomen van willekeur. Een belangrijk element uit het beleidskader is het raamwerk dat door de FMS is opgesteld. Dit raamwerk helpt artsen in het maken van de juiste afwegingen over welke zorg al dan niet uitgesteld kan worden. In het beleidskader zijn ook afspraken gemaakt over patiënten spreiding, het verbeteren van de samenwerking in de hele keten en beter inzicht in de toegankelijkheid van de zorg. De ziekenhuizen gebruiken dit beleidskader nog steeds om verantwoorde afwegingen te maken over de zorg die wordt uitgesteld, om het risico op aanvullende of blijvende gezondheidsschade zoveel mogelijk te voorkomen.
- Begin dit jaar zijn de plannen ter voorbereiding op een fase 3 opgesteld, de fase waarin de druk op de zorg zo groot is dat we maatregelen moeten nemen om ervoor te zorgen dat de meest noodzakelijke acute zorg en ondersteuning gegeven kan blijven worden. In elke zorgsector en in elke regio zijn veilige en verantwoorde afspraken gemaakt over hoe de zorg op een aanvaardbaar niveau gewaarborgd kan worden. Vervolgens heb ik het beleidskader «continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19 pandemie» naar uw Kamer gestuurd<sup>8</sup>. De afspraken zijn tot stand gekomen met vertegenwoordiging van zorgprofessionals, het LNAZ en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Op deze manier weet iedereen van tevoren wat het betekent als de zorg verder moet worden afgeschaald en is het voor zowel de zorgprofessionals, als voor patiënten, cliënten en hun verwanten helder welke zorg minder wordt gegeven of tijdelijk wordt gestopt en waarom. Gelukkig is de pandemische druk tot nu toe nooit zo hoog geworden dat fase 3 daadwerkelijk van kracht moest worden.
- In steeds meer regio's zijn initiatieven opgezet waarbij huisartsen samenwerken met ziekenhuizen. Hierbij konden Covid-patiënten met ondersteunende instrumenten onder regie van de huisarts thuis

<sup>6</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 455

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 247, nr. 317

<sup>8</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 549



behandeld worden of herstellen na een opname in plaats van in het ziekenhuis. In november 2020 heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) randvoorwaarden opgesteld om huisartsen houvast te bieden in het vormgeven van hun samenwerking met het ziekenhuis<sup>9</sup>. Ook de samenwerking met de VVT-sector is, mede met ondersteuning door de GGD-GHOR, verbeterd, zodat de keten van instroom, doorstroom en uitstroom is geoptimaliseerd.

- Samenwerking tussen ziekenhuizen en zelfstandige klinieken is ontstaan of geïntensiveerd, bijvoorbeeld door het overnemen van patiënten door klinieken of het beschikbaar stellen van faciliteiten door klinieken aan ziekenhuizen.
- In januari 2021 is besloten om de zorgmedewerkers die essentieel zijn voor het bemensen van de Covid-bedden (klinisch en IC), de spoedeisende hulp en de ambulances voor de Covid-zorg, geprioriteerd te vaccineren. Deze 40.000 zorgmedewerkers zijn met een snelle vaccinatie-aanpak via het LNAZ in korte tijd gevaccineerd. In april is besloten om de overige zorgmedewerkers met direct patiëntencontact in de ziekenhuizen en zelfstandige klinieken versneld te vaccineren, hiervoor zijn voor 212.000 personen vaccins beschikbaar gesteld.

#### Lijn 2: Creëren van financiële en juridische ruimte voor (het opleiden van) meer zorgprofessionals.

##### *Meer financiële ruimte voor aantrekken en opleiden van zorgprofessionals in de zorgketen*

De tekorten aan zorgprofessionals waren al groot en dit is nog duidelijker geworden door de coronacrisis. Ik bied structureel een stevige impuls voor het opleiden van met name meer gespecialiseerde zorgprofessionals door ziekenhuizen. Op basis van de ramingen van het Capaciteitsorgaan is via beschikbaarheidsbijdragen kostendekkende financiering beschikbaar voor onder andere de opleiding van medisch specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel (in totaal € 1,3 mld. per jaar). De subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (€ 200 mln. per jaar) biedt zorginstellingen de ruimte voor aanvullende scholing. Ziekenhuizen kunnen ook een beroep doen op het zorgbrede stagefonds (€ 112 mln. per jaar) en SectorplanPlus (€ 420 mln. voor 2017–2021). Aanvullend hierop heb ik afgelopen zomer, gekoppeld aan het IC-opschalingsplan, een nieuwe, aanvullende subsidieregeling voor ziekenhuizen beschikbaar gesteld, de Subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19. Hiermee kunnen ziekenhuizen onder andere meer professionals voor de opschaling van de IC's opleiden. Ziekenhuizen krijgen per extra IC-bed een budget van € 60.000 voor opleidingen per heel jaar.

Met deze impulsen zijn we er echter nog niet, er liggen nog grote uitdagingen. Zo heeft het kostendekkend financieren van de voornoemde opleidingen er de afgelopen jaren niet toe geleid dat er daadwerkelijk voldoende professionals werden opgeleid. Er ligt daarmee nog steeds een opgave om meer op te leiden, om dit ook op flexibele wijze te doen en daarbij barrières (zoals een tekort aan stageplaatsen) weg te nemen. Belangrijke randvoorwaarde is dat er voldoende aandacht en tijd is voor begeleiding. Voorkomen moet worden dat door de druk op de zorg stagiaires en coassistenten al worden ingezet als volwaardige arbeidskrachten: leren moet voor hen voorop blijven staan.

<sup>9</sup> Advies voor huisartsen bij overname covidpatiënten uit het ziekenhuis | LHV

## *Meer juridische ruimte voor inzetten voormalig zorgprofessionals in de zorgketen*

Met de maatregelen in het kader van de Wet BIG is per 17 maart 2020 de herregistratie-verplichting voor alle zorgprofessionals in het BIG-register tot nader order opgeschort. Daarnaast is eveneens sinds 17 maart 2020 het kader «aanvullende maatregelen inzet voormalig zorgprofessionals», opgesteld in samenwerking met de IGJ, V&VN en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), van kracht. Ook dit kader geldt tot nader order<sup>10</sup>. Zo is voorkomen dat deze zorgprofessionals zouden worden belast met uitstelbare administratieve taken én bleven oud-professionals onder voorwaarden goed inzetbaar binnen de zorg. Ik streef ernaar voor de zomer te bezien wanneer de herregistratieplicht weer van kracht wordt. Er zal zorgprofessionals in ieder geval een periode van minimaal zes maanden worden geboden om hun herregistratie in orde te maken. Hierover zullen zij te zijner tijd persoonlijk worden geïnformeerd. Overigens zijn de specialistenregisters al weer gestart met de herregistratie per 1 januari 2021. Dit verloopt goed.

Lijn 3: Tijdelijk extra (ondersteunend) personeel beschikbaar en inzetbaar maken.

### *Extra Handen voor de Zorg*

Ik faciliteer het maatschappelijk initiatief Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) om via werving en matching zorgorganisaties met een hulpvraag in contact te brengen met zorgvrijwilligers en -professionals die bereid zijn tijdelijk bij te springen bij zorgorganisaties in nood. EHvdZ werkt vraaggericht, de hulpvraag van organisaties is leidend en komt niet altijd overeen met het aanbod. In de eerste golf hebben zo'n 18.500 mensen zich aangemeld. Daarvan zijn er 8000 voorgesteld (43,2%) aan zorginstellingen, waarvan 2800 zijn ingezet (35%). Sinds 1 september hebben zich in totaal 10.500 mensen aangemeld bij Extra handen voor de zorg. Daarvan zijn er 6823 voorgesteld aan zorgorganisaties (64,9%). Van die 6823 zijn er 2898 mensen geaccepteerd (42,4%). De weergegeven cijfers betreffen peildatum 24 mei. Bij EHvdZ is continu gekeken – mede op basis van de adviezen van de Commissie Werken in de Zorg – hoe het matchingsproces kan worden geoptimaliseerd. Dit lijkt zich uit te betalen in hogere matchingscijfers.

**Tabel 1: Matching EHvdZ in unieke personen**

Periode	Aanmeldingen	Voorgesteld	Ratio	Geaccepteerd	RATIO
Maart – Aug	18.500	8.000	43,2%	2.800	35%
Sept – Heden	10.500	6.823	64,9%	2.898	42,4%

### *De Nationale Zorgklas*

Ook faciliteer ik het initiatief De Nationale Zorgklas (NZK), dat tot doel heeft om herintreders en mensen zonder of weinig zorgervaring in een korte periode op te leiden zodat zij opnieuw of breder kunnen worden ingezet in de zorg. De NZK verzorgt een korte cursus (helpen in de zorgorganisatie) en een training (ondersteunend zorgverlener) voor mensen met een zorgwerkgever of mensen die zicht hebben op een arbeidsrelatie in de zorg. In totaal zijn 3217 mensen opgeleid via de Nationale Zorgklas. Daarnaast kunnen mensen die duurzaam willen instromen, via de NZK erkende mbo-deelcertificaten halen. 1172 mensen

<sup>10</sup> Stand van zaken COVID-19 | Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kamerstuk 25 295, nr. 659

volgen momenteel zo'n opleiding. Deze mbo-certificaten dragen bij aan de behoefte van zorgorganisaties om te voorzien in gekwalificeerd personeel.

### *Subsidieregeling coronabanen in de zorg*

Ziekenhuizen kunnen – net als zorgorganisaties uit andere branches – gebruik maken van de subsidieregeling coronabanen. Coronabanen zijn banen waar geen of beperkte scholing voor nodig is, maar die wel belangrijke verlichting kunnen bieden voor de werkdruk van zorgprofessionals. Ook bieden deze banen kansen voor mensen uit andere sectoren waar momenteel minder werk is. Zorgorganisaties konden van 1 tot en met 31 maart 2021 subsidie aanvragen voor deze coronabanen. Dit heeft ertoe geleid dat 3740 mensen aan de slag gaan in de zorg, waarvan 462 dat doen in ziekenhuizen zoals het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), het Zuyderland Medisch Centrum, de Noordwest Ziekenhuisgroep en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Zorgaanbieders hebben voor bijna € 38 miljoen aangevraagd, het beschikbare budget was € 80 miljoen. Omdat naar verwachting de druk op de zorg in het najaar hoog blijft, is besloten om de regeling opnieuw open te stellen. Voor een tweede tijdvak is € 40 mln. beschikbaar, het subsidieloket gaat open op zo kort mogelijke termijn. Subsidie is mogelijk voor een periode van maximaal 6 maanden, binnen de periode van 1 juli 2021 tot en met 31 december 2021. De voorwaarden van de regeling veranderen niet.

### *Inzet Defensie*

Tot slot heeft Defensie vanaf het begin van de pandemie een bijdrage geleverd aan de ziekenhuiszorg en de zorg in de VVT. In dit kader heb ik u geïnformeerd over de afspraken die ik in januari heb gemaakt over de procedure voor de aanvraag van bijstand door Defensie<sup>11</sup>. Op dit moment is Defensie actief in het UMCU. In het UMCU is ervoor gekozen om met militaire ondersteuning extra bovenregionale ziekenhuiscapaciteit te faciliteren. Deze (extra) capaciteit wordt landelijk ingezet waarbij het LCPS de regie voert over de spreiding van patiënten. Een aantal aanvragen van individuele zorginstellingen voor extra personeel kon worden opgelost door inzet van zorgprofessionals van andere zorgorganisaties uit de regio, het Rode Kruis en Extra Handen voor de Zorg.

### Lijn 4: Mentale en financiële ondersteuning van zorgprofessionals bevorderen.

Zorgprofessionals kunnen voor mentale ondersteuning en voorkoming van verzuim in de meeste gevallen een beroep doen op voorzieningen binnen hun eigen organisatie. Voor professionals die in mindere mate een beroep kunnen of willen doen op voorzieningen binnen de eigen organisatie, faciliteert VWS sinds de eerste golf verschillende initiatieven:

- Het contactpunt «Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals» van ARQ IVP (Instituut voor Psychotrauma). Het contactpunt bestaat uit een telefoonlijn die bemenst wordt door gespecialiseerde psychologen. Daarnaast zijn er informatiebladen, screeningsinstrumenten en adviesmogelijkheden op aanvraag voor verschillende groepen professionals en werkgevers.
- «Extra coaching voor de zorg» van Regioplus en CNV Zorg & Welzijn. Een grote groep beschikbare coaches helpt op vrijwillige basis zorgprofessionals op zoek naar een luisterend oor en mentale coaching. Per 4 januari 2021 is dit initiatief ondergebracht bij CNV onder de nieuwe naam «Samen sta je sterker». De werkwijze is

<sup>11</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 874

identiek en de ondersteuning is beschikbaar voor alle professionals in de zorg, ongeacht lidmaatschap van de vakbond.

- Bij het «Steunpunt Coronazorgen» van ARQ IVP in samenwerking met het RIVM, GGD GHOR en Nivel en in opdracht van VWS, kunnen zorgprofessionals en hun leidinggevenden terecht voor informatie en tips over zelfzorg, omgaan met agressie, stress, angst en eenzaamheid.
- In vervolg op een motie<sup>12</sup> van de Kamerleden Van Weyenberg (D66) en Van Dijk (SP) hebben de Stichting Centrum Werk Gezondheid en C-support op verzoek van het Ministerie van SZW het programma *COVID-19 en werk* opgesteld. Doel van dit programma is dat mensen met langdurige coronaklachten aan het werk kunnen blijven, nu en in de toekomst. Net als C-support richten de activiteiten in dit programma zich niet specifiek op zorgprofessionals, maar op COVID-19 patiënten in brede zin.

Daarnaast worden zorgprofessionals die uitvallen als gevolg van een Covid-besmetting op verschillende manieren ondersteund, ook financieel:

- De stichting Zorg na Werken in Coronazorg (ZWIC) keert financiële bijdragen uit aan zorgverleners die door een coronabesmetting op de IC opgenomen zijn (geweest) en aan de nabestaanden van aan COVID-19 overleden zorgverleners en die daar financiële gevolgen van ondervinden. Ook ontwikkelt ZWIC een richtlijn voor psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals. De particuliere donaties aan het fonds worden door VWS verdubbeld tot een maximumbedrag van € 10 miljoen;
- Daarnaast biedt C-support nazorg aan COVID-19 patiënten die langdurig klachten ondervinden van een coronabesmetting. Ook zorgprofessionals kunnen hier beroep op doen.
- Mede op verzoek van de bonden wordt verkend wat we kunnen doen voor de zorgprofessionals die in de eerste golf Covid-zorg hebben verleend en in die periode zelf door een Covid-besmetting langdurig ziek zijn geworden.

### **3. Een toekomstbestendig herstel van de zorg**

In de afgelopen periode zijn de nodige voorbereidingen getroffen voor de volgende fase waarin het aantal Covid-patiënten flink is gedaald. Het is van groot belang om goed te kijken wat er nodig is voor het weer opschalen van de planbare zorg en het inhalen van uitgestelde zorg. De NZa heeft op mijn verzoek, samen met de V&VN, FMS, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), LHV, Patiëntenfederatie, en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het Kader Passende Inhaalzorg opgesteld. Daarin zijn acties, rollen en verantwoordelijkheden en randvoorwaarden beschreven die ervoor moeten zorgen dat patiënten zo snel als mogelijk geholpen worden, en waarbij de regionale verschillen in de toegankelijkheid van zorg zoveel mogelijk worden beperkt. Het Kader passende inhaalzorg vindt u bijgevoegd bij deze brief<sup>13</sup>. Om dit te realiseren werken partijen intensief samen in de bestaande netwerken, die tijdens de Corona-pandemie zijn geïntensiveerd.

Het is van belang om een goed beeld te krijgen van de omvang van de uitgestelde zorg. Om die reden hebben NFU, NVZ en ZN afgesproken dat elk ziekenhuis in kaart brengt wat de verwachte omvang van de uitgestelde zorg is en op basis hiervan voor de tweede helft van het jaar een plan maakt hoe capaciteit vrijgespeeld en waar nodig uitgebreid wordt om

<sup>12</sup> Kamerstuk 35 570 XV, nr. 55

<sup>13</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

deze uitgestelde zorg te leveren. De zorgverzekeraars gebruiken informatie om invulling te geven aan hun zorgplicht en samen met de NZa creëren zij overzicht over de omvang en voortgang van de zorg die moet worden ingehaald. Ik verwacht van ziekenhuizen en andere werkgevers dat zorgprofessionals worden betrokken bij het opstellen van de Plannen Inhaalzorg. Het is van belang dat de beschikbare zorgcapaciteit optimaal wordt benut, zowel die van ziekenhuizen als van de klinieken en vervolgzorg in bijvoorbeeld de wijkverpleging.

Een belangrijke randvoorwaarde voor het kunnen opschalen van de planbare zorg en het inhalen van die uitgestelde zorg is dat zorgprofessionals mentaal en fysiek goed zijn uitgerust om deze zorg te kunnen geven. Patiënten zijn erbij gebaat – vanuit het perspectief van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg – dat zowel op korte als op middellange termijn een duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals geborgd is. Om die reden hebben de FMS en V&VN met betrokkenheid van VWS en de NZa het initiatief genomen om in kaart te brengen wat nodig is om de zorgprofessionals die de afgelopen tijd onder zware druk hebben moeten werken, te laten herstellen en hiertoe een herstelplan te maken. Aandachtspunt hierbij is bijvoorbeeld het voldoende ruimte bieden voor het opnemen van verlof wat noodzakelijk is voor het herstel. Fysiek en mentaal herstel van zorgprofessionals en het opschalen van de planbare zorg moeten namelijk hand in hand gaan. Het belang hiervan wordt ook beschreven in het Kader Passende inhaalzorg. Door de NZa, samen met V&VN, FMS, NVZ, NFU, ZKN en ZN, wordt geborgd dat de inhaalzorgplannen en het herstelplan goed op elkaar worden afgestemd. Hierin worden de belangen van de patiënt, de zorgprofessional en het ketenperspectief meegenomen. Alle partijen zullen vanuit ieders verantwoordelijkheid bijdragen aan het realiseren van de plannen.

#### *Kern van het «kader passende inhaalzorg»*

Het doel van het kader is dat patiënten zo snel mogelijk de passende zorg gaan krijgen die uitgesteld is door de Covid-pandemie en daar goed over worden geïnformeerd. Alle betrokken partijen hebben met elkaar afgesproken dat er nauw wordt samengewerkt om dit gemeenschappelijke doel te bereiken. Iedere partij vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid in het zorgstelsel. De partijen die betrokken zijn geweest bij het opstellen van het kader hebben zich gecommitteerd aan de randvoorwaarden en acties in het kader die hiervoor moeten zorgen. Deze worden hieronder kort uitgewerkt. Ook zijn er afspraken gemaakt om de patiënt goed te informeren.

Een belangrijk randvoorwaarde in de samenwerking is dat alle regio's een gelijke inspanning blijven leveren bij het leveren van de zorg aan Covid-patiënten, zodat ze ook in gelijke mate de reguliere zorg kunnen opschalen. Iemand die op een knieoperatie wacht in Zeeland, zou op een vergelijkbare termijn geholpen moeten worden als iemand in Groningen of Utrecht. Hiertoe behoudt het LCPS zijn functie om Covid-patiënten over het land te verspreiden. Uitvoering van hun beoogde activiteiten zouden als een dienst van algemeen economisch belang aangewezen kunnen worden, omdat zonder compensatie van de overheid opschalen van de reguliere zorg onvoldoende gegarandeerd kan worden.

In de regio's werken ziekenhuizen bij het opschalen nauw samen met zorgaanbieders uit de overige sectoren van de keten, zoals de huisartsen, de verpleeghuis- en revalidatiezorg en wijkverpleging. In de hele keten zullen voldoende zorgprofessionals beschikbaar moeten zijn om de vervolgzorg te kunnen leveren wanneer de ziekenhuizen de zorg weer gaan opschalen. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) dient in

deze fase, indien nodig, als breed overlegorgaan om knelpunten te zien en te bespreken en oplossingen te genereren, zodat de beschikbare zorgcapaciteit in de hele keten zo effectief en efficiënt mogelijk wordt ingezet.

Ziekenhuizen zetten in op passende zorg: zorg die echt bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven. Ze nemen daarbij de geleerde lessen uit de crisis mee, bijvoorbeeld rond de inzet van digitale of hybride zorg en over de samenwerking met bijvoorbeeld huisartsen, zelfstandige klinieken en de VVT-sector. Samen met de verzekeraars komen de ziekenhuizen tot adequate afspraken over het inhalen van zorg.

Inzicht in en transparantie over de toegankelijkheid van zorg is ook onderdeel van het kader. Op basis van plannen over inhaalzorg die ziekenhuizen maken, krijgen de zorgverzekeraars meer inzicht in de concrete omvang van uitgestelde zorg, de capaciteit van een ziekenhuis en wat de verwachtingen van ziekenhuizen zijn om dit in te kunnen halen in 2021. Dit gaat om de behandelingen van patiënten die in beeld zijn en waarvan we weten dat deze moeten worden ingehaald. De NZa wordt hier door de zorgverzekeraars over geïnformeerd en monitort op basis van die gegevens hoe het gaat met het inhalen van zorg. Daarnaast geeft de NZa inzicht in wachttijden via het Zorgbeeldportaal en blijven de NZa, LCPS en GGD-GHOR samenwerken om de druk in de gehele keten van Covid-zorg en inhaalzorg te blijven monitoren. Inzicht in de actuele zorgvraag, de beschikbare capaciteit en de wachttijden, is immers een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking en accurate informatie richting patiënten. Ook is het belangrijk dat de NZa zicht houdt op de ontwikkelingen die zij zien naar aanleiding van de ruim 1,4 miljoen gemiste verwijzingen. De verwachting is dat hier nog zorgvragen uit voortkomen, maar welke vraag, hoeveel en wanneer is niet duidelijk.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het borgen van de toegankelijkheid van (inhaal)zorg. Als er te lange wachttijden zijn, dan moeten zorgverzekeraars in het kader van hun zorgplicht en hun bemiddelingsfunctie de regie nemen en patiënten die te lang wachten op een behandeling in de (kritiek) planbare zorg naar andere plekken verwijzen. De Treeknormen zijn hierbij een referentiepunt. De NZa zal blijven monitoren hoe de toegankelijkheid van zorg zich de komende tijd ontwikkelt. De NZa houdt toezicht op zorgverzekeraars op de wijze waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht. In dat verband stuur ik uw Kamer tegelijk met deze brief een NZa-rapport over de inspanningen van zorgverzekeraars om wachttijden in onder meer de medisch specialistische zorg en wijkverpleging te reduceren. Uit dit rapport volgt dat de verzekeraars verdere verbeteringen hebben geboekt en dat zorgbemiddeling nu over het algemeen op orde is.

Het kader is van kracht tot het einde van de periode waarin fase 2 van het Opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorgketen (LNAZ) van kracht is en tot uiterlijk 31 december 2021. Op dat moment wordt vastgesteld of er een nieuw kader nodig is.

#### *Financiële afspraken 2021*

Financiële afspraken zijn nodig om de ziekenhuizen dit jaar voldoende zekerheid te geven in hun zorgverlening en daarmee de continuïteit van zorg te borgen. Zorgverzekeraars hebben, net als in 2020, afspraken met ziekenhuizen gemaakt om passende vergoeding te bieden voor uitval van zorg en de meerkosten die de COVID-19 pandemie met zich meebrengt. Daarnaast heb ik in december 2020 uw Kamer geïnformeerd over de aanvullende afspraken die VWS met de NVZ, NFU en ZN heeft gemaakt betreffende de financiële gevolgen van COVID-19 in 2021 in de medisch-



specialistische zorg<sup>14</sup>. Hierbij zijn ook afspraken gemaakt over hoe om te gaan met de uitgaven met betrekking tot inhaalzorg die in 2021 zal worden verleend. Gezien de looptijd van het kader (tot uiterlijk 31 december 2021) zijn deze financiële afspraken dus hierop van kracht.

Met de financiële afspraken is er ruimte voor het geven van passende inhaalzorg. Deze afspraken zijn eind vorig jaar gemaakt vanuit het idee dat COVID-19 in de eerste helft van dit jaar minder druk zou leggen op de zorg. We ervaren dat ziekenhuizen de eerste helft van 2021 nog voornamelijk bezig zijn met het verlenen van Covid-zorg en het zo goed mogelijk in stand houden van de reguliere zorg. Dit legt extra druk op de omvang van noodzakelijke inhaalzorg en de mogelijkheden om deze zo spoedig mogelijk in 2021 en een deel van 2022 te verlenen. NVZ en NFU hebben in dat kader inmiddels aanvullende afspraken gemaakt met ZN over de vergoeding van inhaalzorg in de tweede helft van dit jaar. Daarnaast hebben ZN en ZKN begin 2021 met elkaar afgesproken dat, indien de individuele afspraken tussen zorgverzekeraar(s) en zelfstandig behandelklinieken niet toereikend zijn als gevolg van de Covid-pandemie, er vroegtijdig bilaterale, lokale gesprekken starten met als mogelijk resultaat een aanvulling op de huidige contractuele afspraken 2021.

### *Herstel van zorgprofessionals*

Het opschalen van de zorg naar het normale niveau en het daarbovenop verlenen van zorg die moet worden ingehaald, vraagt opnieuw veel van zorgprofessionals in de gehele zorgketen en is alleen mogelijk met voldoende zorgprofessionals. We kunnen echter niet verwachten dat zorgprofessionals direct na de top van de derde golf met dezelfde intensiteit aan de inhaalzorg en aan het inhalen van stages die niet doorgingen gaan werken. Dit vraagt van ziekenhuizen een zorgvuldige afweging bij de opschaling, waarin de professionals zeggenschap hebben en hun herstelbehoefte wordt meegenomen. Daarnaast is het nodig dat mensen die dat nodig hebben ook begeleiding kunnen krijgen. Dat betreft niet alleen mentale ondersteuning maar kan ook bestaan uit goede re-integratie naar het werk. Het is van groot belang dat partijen hierin samen optrekken. Ik waardeer dan ook het initiatief van de FMS en de V&VN, om met betrokkenheid van VWS en de NZa een herstelplan voor zorgprofessionals op te stellen, waarin ik zaken als hersteltijd, behoud van zorgprofessionals, flexibel en versneld opleiden, zeggenschap, de inzet en begeleiding van stagiairs en aandacht voor mentale ondersteuning verwacht terug te zien.

Het is heel belangrijk dat zorgprofessionals zeggenschap hebben in de plannen voor de volgende fase. Dat FMS en V&VN hierin samen optrekken vind ik daarvan een mooi voorbeeld. Zij doen dit in nauwe afstemming met artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, paramedici en ok-medewerkers. Hun betrokkenheid bij de plannen voor de volgende fase is van groot belang. Niet alleen op het landelijke niveau via koepels, maar vooral ook bij de zorgorganisaties zelf. Ik zal daar expliciet aandacht voor vragen in het herstelplan. De focus van het herstelplan is zorgbreed en is niet alleen gericht op de ziekenhuizen. Ik zie naast de reeds bestaande medezeggenschapsorganen nog meer initiatieven om zeggenschap te bevorderen. Denk aan de intrede van steeds meer CNO's, Verpleegkundige Advies Raden en Verpleegkundige Stafbesturen in zorginstellingen. Daarbij komt dat reeds bestaande platforms op dit vlak steeds professioneler worden en ook beter betrokken worden door raden van bestuur. In de komende periode waarin herstel van de reguliere zorg hand in hand moet gaan met herstel van zorgprofes-

<sup>14</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 839



sionals, moet de betrokkenheid van zorgprofessionals het vertrekpunt worden bij deze processen binnen organisaties. Er zijn al verschillende initiatieven om zeggenschap te bevorderen. In de ene sector meer/anders vormgegeven dan in de andere, maar er is brede aandacht voor:

- Tweejaarlijkse enquêtes over hoe zorgprofessionals hun autonomie ervaren als onderdeel van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, waarmee (bij)gestuurd kan worden op de initiatieven.
- V&VN verzorgt leiderschapstrainingen die er mede op zijn gericht om niet alleen de focus te leggen op méér zeggenschap, maar bijvoorbeeld ook op hoe je effectief kan opereren binnen de informele structuren van besturen.
- Mogelijkheden om inspraak van zorgprofessionals een plaats te geven binnen cao-kaders. In de VVT is afgesproken om adviesraden in te stellen die betrokken worden bij het beleid van de instelling. In de GGZ wordt inspraak van zorgprofessionals geregeld via een medische staf.
- Kennisdeling over zeggenschap wordt bevorderd via het platform professionele zeggenschap.
- De IGJ heeft binnen haar toezicht aandacht voor het bevorderen van inspraak, samenspraak en tegenspraak in zorginstellingen. Zo blijkt uit de sectorrapportage toezicht op de medisch specialistische zorg van september 2020, waarin is gereflecteerd op de COVID-zorg tijdens de eerste golf, dat de betrokkenheid van verpleegkundigen in het algemeen bij de besturing van het ziekenhuis en in het bijzonder in de crisisorganisatie als een belangrijke les moet worden gezien<sup>15</sup>.
- Ook spreekt de IGJ tijdens inspectiebezoeken regelmatig met de VAR, het VSB of een andere vertegenwoordiging van verpleegkundigen en stimuleert de IGJ het betrekken en vergroten van de rol van verpleegkundigen bij de organisatie van de zorg.

Ik ben blij dat de veldpartijen het initiatief hebben genomen om met een voorstel te komen hoe opvolging te geven aan het advies van de CNO «Niets over ons, zonder ons»<sup>16</sup> en de daaropvolgende verkenning van prof. dr. N.M. van Gestel. Daarover zijn de afgelopen maanden gesprekken met de partijen gevoerd resulterend in een gezamenlijk plan van werkgevers- en werknemersorganisaties en de beroepsverenigingen V&VN en NU»<sup>91</sup> hoe zij branche specifiek invulling willen geven aan het thema professionele zeggenschap voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Dit plan stuur ik u mee als bijlage<sup>17</sup> bij deze brief. Kort samengevat bestaan de vijf vervolgstappen uit de volgende onderdelen:

1. Kwaliteit van zorg als uitgangspunt voor professionele zeggenschap
2. Opleiden en ontwikkelen om professionele zeggenschap uit te oefenen;
3. Loopbaanpaden met passend functiehuis;
4. Vernieuwing in professionele zeggenschap;
5. Monitoring van de ontwikkeling van professionele zeggenschap op landelijk niveau.

Een vervolgstap is een nadere uitwerking van het plan. Aangezien het kabinet demissionair is, laat ik de besluitvorming hierover aan een volgend kabinet. Desalniettemin ben ik verheugd dat het thema zeggenschap door eerdergenoemde partijen voortvarend en in gezamenlijkheid wordt opgepakt.

<sup>15</sup> Toezicht MSZ in coronatijd | Rapport | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)

<sup>16</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 414

<sup>17</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

#### 4. Hoe komt de zorg beter uit deze crisis?

Nu het aantal patiënten met COVID-19 in de ziekenhuizen daalt, gaan we langzaam naar een situatie waarin nog steeds Covid-zorg wordt verleend, maar dat deze zorg niet meer de heersende druk op de zorgketen veroorzaakt. Het «kader passende inhaalzorg» en het herstelplan voor zorgprofessionals zijn eerste stappen terug naar de situatie voor COVID-19, maar ook een stap vooruit naar een toekomstbestendigere organisatie van zorg. Samen met veldpartijen en toezichthouders denk ik na over de manier waarop we in de toekomst beter voorbereid kunnen zijn op crisissituaties, hoe we meer en flexibeler opleiden kunnen stimuleren en hoe we ervoor zorgen dat zorgprofessionals hun werk zo goed mogelijk willen en kunnen blijven doen.

##### *Beter voorbereid op toekomstige crisissituaties*

De uitbraak van de coronapandemie heeft een zeer grote impact op het Nederlands zorgstelsel en op de maatschappij als geheel. Er liggen grote structurele vraagstukken voor ons over de manier waarop ons zorglandschap is voorbereid op de toekomst. Het moet robuuster, stootvaster en flexibeler zodat we niet alleen de crisis van gisteren en vandaag aankunnen maar vooral ook mogelijke crisissituaties die we nu niet kennen of kunnen bedenken. Hierbij denk ik aan:

- Het behouden en uitbouwen van een vorm van zorgcoördinatie
- Het behouden van de versterkte samenwerking binnen en tussen de zorgsectoren en tussen regio's
- Het versnellen en verdiepen van de digitalisering en hybride ontwikkelingen
- De inrichting van ons zorglandschap
- Regie en aansturing in tijden van crisis
- Optimale data-uitwisseling
- Voldoende persoonlijke beschermings- en geneesmiddelen
- Goede richtlijnen voor hygiëne en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen
- Een flexibele capaciteit van materiaal
- Een flexibele capaciteit van medisch geschoolde zorgprofessionals (incl. de benodigde opleidingsinspanningen).

We zullen op dit vlak nog de nodige geleerde lessen moeten ophalen en vervolgens deze en andere vraagstukken uitwerken samen met alle betrokken partijen. Dit moeten we niet overhaast doen. Besluitvorming over de crisisbestendigheid van de zorg in de toekomst laat ik over aan het nieuwe kabinet. Wel zorgen we ervoor dat de bouwstenen voor deze discussie klaarstaan.

Ik voer in dit kader tevens een verkenning uit in lijn met de motie van de leden Pieter Heerma en Wilders<sup>18</sup> die verzocht onderzoek te doen naar een Nationale Zorgreserve die kan worden ingezet tijdens een pandemie, ramp of terreuraanslag. Ik zal u voor de zomer informeren over de voortgang van deze verkenning. Ondertussen trachten de initiatieven Extra Handen voor de Zorg en Extra Zorg Samen zoveel mogelijk mensen met een zorgachtergrond te werven en te behouden voor de zorg. Deze ervaringen worden betrokken in de verkenning die thans wordt uitgevoerd naar een Nationale Zorgreserve, waarbij in ieder geval het bestand aan vrijwilligers beschikbaar blijft.

---

<sup>18</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 692

### *Meer en flexibel opleiden*

De huidige crisis heeft ons eens te meer laten zien dat het van belang is dat ziekenhuizen voldoende gekwalificeerde zorgprofessionals opleiden. Er is al jaren sprake van een tekort aan (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Het kostendekkend financieren van deze opleidingen heeft er de afgelopen jaren niet toe geleid dat voldoende professionals werden opgeleid. Ook was er reeds voor de huidige pandemie sprake van onvoldoende begeleidingscapaciteit voor stagiairs in zorgopleidingen. Door de pandemie is de begeleidingscapaciteit nog minder geworden, omdat alle capaciteit nodig was om zorg te verlenen.

Om sterker uit deze crisis te komen zal dan ook meer moeten worden ingezet op flexibeler en – waar mogelijk – verkort opleiden. Ook is het van belang dat zorgprofessionals zich gedurende hun loopbaan kunnen blijven ontwikkelen doordat de mogelijkheden tot bij- en nascholing goed op orde zijn en scholing door de werkgever ook worden aangemoedigd en gestimuleerd. Op deze manier kan adequater worden ingesprongen op situaties als de huidige; opleiden draagt bij aan een wendbaarder arbeidsmarkt. Sinds 2018 stimuleer ik met dit doel voor ogen het programma CZO Flex Level om de verpleegkundige vervolgoopleidingen (specialisaties) te flexibiliseren door ze uit modules op te bouwen. Tevens zie ik met partijen op welke wijze de medisch ondersteunende opleidingen (o.a. de opleiding tot operatieassistent en anesthesiemedewerker) flexibeler vormgegeven kunnen worden. Het belang hiervan is door de pandemie nogmaals benadrukt. Om die reden is in 2020 versneld gestart met de Basis Acute Zorg (BAZ)-opleiding. Met de BAZ-opleiding worden verpleegkundigen opgeleid om in de acute zorg te werken (Spoedeisende hulp, Intensive Care, Ambulance en hartbewaking). Zij kunnen met deze opleiding snel aan de slag op deze afdelingen en zijn flexibel inzetbaar in de acute zorg. Na deze opleiding kunnen zij doorstromen in een opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige in het acute cluster, zoals IC-verpleegkundige.

Een andere belangrijke voorwaarde voor het creëren van meer opgeleide zorgprofessionals is het kunnen aanbieden van voldoende stageplaatsen met bijbehorende begeleidingscapaciteit voor de initiële opleidingen in het MBO en het HBO. Zoals eerder gezegd was het tekort aan stagebegeleiding reeds voor de pandemie een probleem, maar het nam verder toe door de pandemie. Door dit tekort worden minder mensen voor de zorg opgeleid dan nodig, of lopen studenten vertraging van hun opleiding op waardoor ze minder snel beschikbaar komen voor de zorg. Het is noodzakelijk om meer stageplaatsen aan te gaan

bieden en de begeleidingscapaciteit op een slimme wijze vrij te maken. Hierdoor wordt de huidige capaciteit zo min mogelijk belast, maar wordt de capaciteit van de zorg als geheel voor de (nabije) toekomst wel versterkt met afgestudeerden die een volwaardige en kwalitatief goede stage hebben doorlopen. Het aanbieden van stageplekken en het begeleiden van stagiaires moet daartoe binnen zorginstellingen prioriteit hebben en onderdeel worden van de reguliere werkzaamheden, zodat de tekorten kunnen worden teruggebracht en de inhaalzorg wordt gefaciliteerd. Dit is geen gemakkelijke opgave. Daarom verken ik op dit moment samen met de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en in nauwe samenwerking met betrokken partijen welke mogelijkheden er zijn om stagebegeleiding in het MBO en HBO op zo efficiënt mogelijke wijze vorm te geven met behoud van kwaliteit. De resultaten van deze verkenning verwachten wij vlak na het zomerreces aan uw Kamer te zenden, zodat de resultaten daarvan al kunnen worden benut voor het aankomende studiejaar. De stagetekorten terugdringen lukt ons alleen als

het aanbieden van stages en het begeleiden van stagiairs binnen zorginstellingen prioriteit heeft en onderdeel is van de reguliere werkzaamheden, waar zorgprofessionals dan ook meer tijd en ruimte voor krijgen.

*Zorgprofessionals ondersteunen zodat zij hun werk zo goed mogelijk kunnen en willen blijven doen.*

Het herstel van de zorg vindt plaats in de context waarin schaarste aan personeel een dagelijkse realiteit is, en zal blijven. Het is daarom nodig er blijvend in te zetten dat zorgprofessionals hun werk zo goed mogelijk willen en kunnen blijven doen. Op Prinsjesdag heb ik daarom een breed pakket aan maatregelen aangekondigd dat erop gericht is om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Het kabinet heeft structureel hiervoor extra middelen vrij gemaakt, oplopend tot € 130 miljoen per jaar vanaf 2023.

Ik ga in de komende periode samen met de verschillende betrokken partijen kijken hoe vervolg kan worden gegeven aan het SER-advies «Aan de slag voor de zorg»<sup>19</sup>. Ik ben erg blij met dit brede en integrale advies dat de zorgprofessional centraal stelt. Het geeft duidelijke handvatten aan de verschillende betrokken partijen om de aantrekkelijkheid van de zorg via allerlei facetten te vergroten. Ik wil dan ook graag samen met partijen nagaan hoe het advies in concrete opties kan worden vevat ten behoeve van een nieuw kabinet. Na de zomer zal ik uw kamer hierover informeren.

### **Tot slot**

Door de dalende aantallen Covid-patiënten in de ziekenhuizen, kunnen de komende maanden meer in het teken gaan staan van het herstel van zorgprofessionals en het inhalen van de zorg waar patiënten op hebben moeten wachten. Ik vind het heel belangrijk dat er voor zowel de patiënten als de zorgprofessionals duidelijkheid is over wat zij kunnen verwachten. Dat vraagt van de sector om inzicht te creëren, goed samen te werken, de zorgprofessional te betrekken en goed te communiceren. De plannen in deze brief bieden daarvoor de basis.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

---

<sup>19</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 437