

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3266330-1017386-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
4 oktober 2021

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 26 oktober 2021
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Paulusma (D66) over de voortgang in de inhaalzorg (2021Z17050).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van het lid Paulusma (D66) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voortgang in de inhaalzorg (2021Z17050) (ingezonden d.d. 4 oktober 2021)

1.

Kunt u een globaal beeld geven van de onderlinge verschillen tussen ziekenhuizen als het aankomt op het tijdig verlenen van inhaalzorg of zijn deze wachttijden voor alle ziekenhuizen min of meer gelijk? 1)

Antwoord vraag 1

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in de “Monitor Toegankelijkheid van Zorg” inzicht in de wachttijden per regio.¹ Daarin is te zien dat de wachttijden verschillen per behandeling en per regio. Dat was ook voor de COVID-19 crisis al het geval. Voor meer inzicht in de onderlinge verschillen in wachttijden bij ziekenhuizen verwijs ik u naar www.zorgkaartnederland.nl/wachttijden.

Hoeveel operaties de komende tijd ingehaald worden, moet blijken uit de ontwikkeling de zogenoemde werkvoorraad die ziekenhuizen inzichtelijk moeten maken en de productie van ziekenhuizen en klinieken. Deze cijfers over de werkvoorraad in de NZa-monitor zijn op dit moment nog gebaseerd op gegevens van ongeveer 40% (academische) ziekenhuizen. Deze cijfers moeten dan ook met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, ook omdat de NZa grote verschillen ziet tussen ziekenhuizen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars krijgen steeds beter zicht op de stijging van de werkvoorraad als gevolg van de coronapandemie. De NZa zal dit beeld in de maandelijkse monitor steeds verder verfijnen.

2.

Kunt u uiteenzetten welk percentage van de geleverde zorg in Universitair Medische Centra (UMC's) niet verplaatsbaar is naar andere zorgverleners?

Antwoord vraag 2

Voor hoogcomplex medisch specialistische zorg (msz) kunnen patiënten terecht in umc's, voor minder complexe medisch specialistische zorg in de andere ziekenhuizen. Wanneer deze zorg overgedragen wordt, kunnen umc's zich richten op de behandeling van andere patiënten met zeer specialistische aandoeningen. Het is daarom van belang dat umc's zich richten op de taken waar zij echt meerwaarde scheppen, namelijk op de complexe derdelijnszorg (last resort functie). En dat umc's zich inspinnen om patiënten die geen complexe zorg nodig hebben, te verwijzen naar een ander (algemeen) ziekenhuis. Dit geldt ook voor de rol bij umc's bij inhaalzorg. Over welk deel van de zorg door umc's niet kan worden overgedragen aan andere ziekenhuizen is geen percentage bekend.

In 2019 heeft de Tweede Kamer ingestemd met de motie van mevrouw van den Berg (CDA) die verzoekt om de Kamer jaarlijks te informeren over de uitkomsten van de monitoring met betrekking tot de verwijzing van basiszorgpatiënten in een umc naar een ander (algemeen) ziekenhuis. Ik heb de NZa gevraagd om dit op te pakken. De eerste monitor heeft uw Kamer begin oktober 2020 ontvangen². Op basis van deze eerste monitor, een nulmeting, ziet de NZa mogelijkheden tot verbetering van de patiëntenstromen binnen umc's. De NZa nodigt alle betrokken

¹ NZa, “Monitor Toegankelijkheid van Zorg; gevolgen van Covid-19 - 30 september 2021”

² Kamerstuk 33278 nr. 10

partijen uit om onder andere kritisch te kijken naar de oncologische zorg, diabeteszorg, korte consulten en SEH-zorg. De NZa is samen met de umc's bezig om de monitor verder te ontwikkelen. De monitor zal, in het licht van de maatschappelijke opgaven van umc's, een belangrijk aandachtspunt blijven in de overleggen tussen VWS en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

3.

Kunt u uiteenzetten welke stappen er worden gezet om de druk op UMC's te verlichten zodat deze zich volledig kunnen richten op zorg die niet elders kan worden geleverd, zoals hoog-specialistische zorg?

Antwoord vraag 3

In het hoofdlijnakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 zijn afspraken gemaakt over onder andere de juiste zorg op de juiste plek. De beweging naar juiste zorg op de juiste plek heeft ook als effect het verplaatsen van zorg (dichter) bij mensen thuis als dat kan, dan wel verder weg (geconcentreerd) als het omwille van de kwaliteit en doelmatigheid moet. Om partijen hierin te ondersteunen zijn transformatiegelden beschikbaar gesteld.

Specifiek ten aanzien van inhaalzorg zijn afspraken gemaakt in het 'Kader passende inhaalzorg msz' (hierna 'Kader inhaalzorg'). Het doel van deze afspraken is om de uitgestelde zorg zo snel mogelijk in te halen en daarbij regionale verschillen in toegankelijkheid te minimaliseren.³ Een belangrijke afspraak in dat kader is om COVID-19 patiënten te blijven spreiden, zowel landelijk als binnen de regio's. Daarvoor is er continue monitoring op verschillende niveaus. Deze afspraken zien ook op de zorg die in de umc's geleverd moet worden.

Daarnaast hebben alle ziekenhuizen, dus ook de umc's, plannen gemaakt voor het uitvoeren van inhaalzorg en voorgelegd aan de zorgverzekeraar. Eind september was 90% van deze plannen goedgekeurd door de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben op basis van deze plannen knelpunten geïdentificeerd en zijn deze aan het oplossen in samenwerking met partijen in de regio. Daarvoor is door de zorgverzekeraars in elke regio een regio-overleg gevoerd met ziekenhuizen/umc's, zelfstandige behandelcentra (zbc's) en ketenpartners. In het Kader inhaalzorg is immers afgesproken dat er (boven)regionaal afspraken gemaakt kunnen worden over zo efficiënt en effectief mogelijk benutten van de beschikbare zorgcapaciteit.

4.

Kunt u uiteenzetten welke factor de 'onbekende patiënten' spelen in de strategie voor de inhaalzorg? 2)

³ Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 566.

Antwoord vraag 4

De aanpak rondom inhaalzorg en het Kader inhaalzorg richten zich op 'bekende patiënten', dus mensen die al in behandeling waren of een verwijzing naar de medisch-specialistische zorg hadden, maar die niet geholpen konden worden vanwege de COVID-19 pandemie.

Tijdens de corona-pandemie heb ik – samen met andere betrokken partijen – mensen altijd opgeroepen om zich met klachten bij hun huisarts of behandelaar te melden. Helaas is het beeld, op basis van de cijfers van de NZa, dat met name tijdens de eerste golf de verwijzingen vanuit de huisartsen naar de medisch-specialistische zorg zijn achtergebleven in vergelijking met voorgaande jaren. Dat kan betekenen dat er toen mensen zijn geweest die de afweging hebben gemaakt om op dat moment niet naar hun (huis)arts te gaan. Het is niet goed mogelijk om nu een inschatting te maken van deze groep en welke zorgvraag daar nu nog ligt. Mogelijk zijn deze mensen inmiddels op een andere manier geholpen of zijn klachten vanzelf over gegaan.

Uit de monitor van de NZa blijkt dat het aantal verwijzingen naar de medisch specialistische zorg zich sinds de zomer van 2020 weer ontwikkeld heeft naar ongeveer het normale niveau. Er is dus geen sprake geweest van een inhaalslag rond niet-gedane verwijzingen en er zijn op dit moment geen signalen dat die zich alsnog zou gaan voordoen. Uiteraard zijn de (huis)artsen alert op eventuele nieuwe ontwikkelingen die met deze 'onbekende' groep patiënten te maken zouden kunnen hebben.

5.

Bent u bekend met het bericht '154 COVID-patiënten op de IC, 321 in de kliniek; geen COVIDpatiënten verplaatst' van 28 september jongstleden? 3)

Antwoord vraag 5

Ja.

6.

Hoe verhoudt het uitblijven van bovenregionale verplaatsingen zich tot de constatering dat bij enkele ziekenhuizen de wachttijden disproportioneel hoog zijn ten opzichte van andere ziekenhuizen?

Antwoord vraag 6

In het Kader inhaalzorg is over het spreiden van COVID-19 patiënten opgenomen: *"Om landelijk een gelijke uitgangssituatie te realiseren voor het inhalen van reguliere zorg is het noodzakelijk dat regio's een gelijke inspanning blijven leveren bij het leveren van de zorg aan COVID-19 patiënten. Regionale verschillen qua COVID-druk worden op deze wijze beperkt, waardoor alle regio's kunnen starten met het inhalen van zorg."* Daarom is afgesproken dat het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) zijn functie behoudt (incl. doorzettingsmacht) in de spreiding van COVID-19 patiënten om zo landelijk een gelijk speelveld te creëren voor opschaling. Het spreiden van COVID-19 patiënten is dus niet direct gekoppeld aan de wachttijden in een ziekenhuis. Op het moment dat de aantallen COVID-19 patiënten laag zijn of redelijk verspreid over de regio's, is het niet nodig om patiënten te verplaatsen om dit gelijke speelveld voor opschaling te realiseren.

7.

Is een bredere inzet van (boven)regionale verspreiding van COVID-patiënten nog wenselijk om de wachtlijsten bij ziekenhuizen terug te dringen? Zo ja, hoe wordt hier op gestuurd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 7

De insteek van het Kader inhaalzorg zoals beschreven in het antwoord op vraag 6 blijft van kracht. Het is aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de Regionale Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) om met het LCPS invulling te geven aan deze afspraak in het kader.

8.

Kunt u uiteenzetten hoe de (boven)regionale verspreiding van inhaalzorgpatiënten er momenteel uitziet? Welke rol spelen de zorgverzekeraar en zorgverleners en over wat voor aantallen gaat het? Ziet u mogelijkheden tot verbetering van de communicatie tussen zorgverzekeraar, zorgverlener en patiënt?

Antwoord vraag 8

Het Kader inhaalzorg bevat geen afspraken over het spreiden van non-COVID patiënten. Patiënten hebben wel zelf de keuze om op een andere plek te worden geholpen. Patiënten die wachten op een behandeling die eerder door COVID-19 drukte is uitgesteld, worden door hun zorgverlener geïnformeerd wanneer ze aan de beurt zijn. De zorgverlener zal ook de mogelijkheid tot zorgbemiddeling via de zorgverzekeraar toelichten of kan iemand naar een andere zorginstelling verwijzen als iemand elders sneller wil worden geholpen. Dat is ook zo afgesproken in het Kader inhaalzorg.

Het overstappen naar een andere behandelaar is de keus van een patiënt. Het zal per geval verschillen of iemand liever langer wacht en bij de eigen behandelaar blijft of elders sneller aan de beurt is. Zorgverzekeraars geven aan dat zij elke week 450 succesvolle bemiddelingen verzorgen. Ziekenhuizen proberen momenteel (onder andere door patiënten te bellen) een beeld te krijgen voor hoeveel patiënten het mogelijk is om elders behandeld te worden en zo de inhaalzorg in de regio te spreiden. De zorgverzekeraars zien dat, als er spreiding van patiënten plaatsvindt, dit vaak binnen de regio gebeurt. Naast reguliere zorgbemiddeling zetten zorgverzekeraars en zorgverleners ook in op regio-overleggen (waarin alle zorgaanbieders en verzekeraars in de regio oplossingen zoeken), actuele inzichten in data, intervisie op landelijk niveau onder verzekeraars en het delen van best-practices.

Ik vind het belangrijk dat patiënten die wachten op een behandeling, weten waar zij aan toe zijn. Ik ben daarom blij dat de NZa samen met Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Federatie Medisch Specialisten, LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), MIND, V&VN (beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden), NFU, ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland), NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en VWS een handreiking heeft ontwikkeld die alle partijen kan ondersteunen bij de communicatie over inhaalzorg. Deze handreiking is in september bij zorgverleners onder de aandacht gebracht, om te stimuleren dat patiënten zo goed mogelijk worden geïnformeerd. De zorgverzekeraars besteden ook extra aandacht aan de mogelijkheid tot zorgbemiddeling. Op de website www.zorgkaartnederland.nl kunnen patiënten de wachttijden inzien van ziekenhuizen en klinieken.

9.

Is een bredere inzet van (boven)regionale verplaatsingen van inhaalzorg-patiënten mogelijk om de wachtlijsten bij ziekenhuizen terug te dringen? Zo ja, hoe gaat u hier op sturen komende periode? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 9

Op dit moment zie ik geen aanleiding voor een bredere inzet op het bovenregionaal verplaatsen van patiënten. Zoals in het antwoord op vraag 8 beschreven, hebben patiënten mogelijkheden om eventueel elders sneller te worden geholpen. Het is uiteraard wel van belang dat wordt gezocht naar oplossingen voor knelpunten in de inhaalzorg, bijvoorbeeld bij bepaalde diagnoses en behandelingen. Hiervoor zijn de zorgverzekeraars aan de slag, samen met de ziekenhuizen/umc's, vertegenwoordiger van zbc's en ketenpartners. De NZa monitort maandelijks hoe het gaat met de toegankelijk van de zorg, inclusief de inhaalzorg.

10.

In hoeverre kunnen uitplaatsingen van COVID-patiënten naar Noordrijn-Westfalen bijdragen aan het terugdringen van de wachtlijsten voor de inhaalzorg in het oosten des lands?

Antwoord vraag 10

De afspraken tussen Nederland en Duitsland over COVID-19 voorzien in het gebruik van elkaars IC-bedden in gevallen van nood. Dit betekent dat, op het moment dat in Nederland wordt opgeschaald richting de 1.350 IC-bedden en deze capaciteit onvoldoende dreigt te worden, Nederland in overleg zal treden over het sturen van IC-behoefte patiënten naar Duitsland. In deze fase zal in Nederland parallel ook noodgedwongen worden ingezet op afschalen van non-COVID zorg. Dit is dus geen oplossing voor het terugdringen van wachtlijsten voor inhaalzorg. In de grensregio's zijn er (vaak al langer bestaande) reguliere afspraken over samenwerking over de grenzen heen. Hier kan uiteraard wel gebruik van worden gemaakt.

11.

Kunt u bij benadering uiteenzetten bij hoeveel mensen afgelopen periode klachten vanzelf zijn overgegaan waardoor een behandeling niet meer nodig was?

Antwoord vraag 11

De gegevens over inhaalzorg in de monitor Toegankelijkheid van zorg" van de NZa richten zich op ('bekende') patiënten die bij de medisch specialistische zorg in beeld zijn, bijvoorbeeld omdat zij zijn verwezen of in behandeling zijn. Over ('onbekende') mensen met klachten die niet in beeld zijn bij de medisch specialistische zorg, kan ik op basis van de data van de NZa geen uitspraken doen.

De NZa heeft becijferd dat er sinds de start van de pandemie ongeveer 380-420 duizend minder operaties zijn uitgevoerd in vergelijking met voorgaande jaren. De NZa schat dat voor ongeveer 45-55% van deze operaties geen inhaalzorgvraag aan de orde is. Bijvoorbeeld omdat de klacht niet heeft kunnen ontstaan (denk aan minder luchtweginfecties vanwege de afstandsmaatregelen en minder verkeers- en sportongevallen), in de tussentijd verdwenen is of omdat er is gekozen voor een andere behandeling (denk aan zorg op afstand of zorg geleverd door een andere zorgprofessional zoals de huisarts). Het is voor de NZa niet mogelijk om hier nadere duiding aan te geven. De NZa ziet bijvoorbeeld dat er veel minder patiënten zijn geholpen in verband met infecties aan de bovenste luchtwegen en het middenoor, maar het is niet bekend in hoeverre dit komt doordat er (als gevolg van de coronamaatregelen) minder infecties optraden en in hoeverre infecties zijn overgegaan voordat een ingreep kon plaatsvinden.

12.

Is nader te specificeren hoeveel operaties niet ingehaald hoefden te worden doordat klachten zijn overgegaan, aangezien de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schat dat 45-55% van de totaal uitgestelde operaties niet ingehaald hoeft te worden? 4)

Antwoord vraag 12

Zoals in het antwoord op vraag 11 beschreven, is het niet mogelijk om op basis van de beschikbare gegevens een onderscheid te maken tussen klachten die niet zijn ontstaan en klachten die vanzelf zijn overgegaan. Het is dus niet mogelijk om een nadere specificatie te geven van het aantal operaties dat niet ingehaald hoefde te worden doordat klachten zijn overgegaan.

13.

Wordt binnen de aanpak van inhaalzorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat nog meer zorgvraag verdwijnt, bijvoorbeeld omdat klachten afnemen? Met andere woorden: is alle uitgestelde zorg ook zinnige zorg? Is er een schatting te maken hoeveel van de 180-200 duizend operaties uiteindelijk ook alsnog niet hoeft te worden ingehaald? 4)

Antwoord vraag 13

Bij de berekening van de 180-200 duizend heeft de NZa al ingeschat dat bepaalde zorgvragen niet noodzakelijkerwijs ingehaald hoeven te worden. Het plaatsen van trommelvliesbuisjes en het knippen van keelamandelen zijn hiervan een voorbeeld.

14.

Welke rol spelen de eerstelijnszorg en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) momenteel in het terugdringen van de wachtlijsten voor de inhaalzorg?

Antwoord vraag 14

Patiënten die wachten op een behandeling zullen soms terugvallen op de eerste lijn. Het is daarom van groot belang dat ook bijvoorbeeld huisartsen goed op de hoogte zijn van afspraken in hun regio over inhaalzorg, wachttijden en de mogelijkheid tot zorgbemiddeling. De handreiking voor zorgverleners die ik in het antwoord op vraag 8 benoem, is daarom ook gericht op huisartsen en in overleg met de LHV opgesteld.

Zbc's leveren een bijdrage aan het verminderen van wachttijden als gevolg van de COVID-19 pandemie. De NZa ziet dat de zbc's in 2020 aanvankelijk ook flink hebben afgeschaald, maar dat zij in de loop van dat jaar de productie hebben verhoogd. Het precieze aandeel van zbc's in de inhaalzorg is nog niet bekend, omdat er minder actuele productiedata beschikbaar is van zbc's.

15.

Bent u van mening dat de eerstelijnszorg en zbc's momenteel effectief genoeg worden ingezet voor de inhaalzorg? Zo ja, wat is uw reactie op het artikel in Zorgvisie waarin ZBC's spreken van een 'niet constructieve sfeer'? Zo nee, wat gaat u hieraan doen? 5)

Antwoord vraag 15

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten samenwerken om de capaciteit die er is, optimaal beschikbaar te maken. Dit hebben partijen ook met elkaar afgesproken in het Kader inhaalzorg. We zien dat zbc's hun productie hebben verhoogd en daarmee een bijdrage leveren aan het leveren van inhaalzorg. Ik heb ook begrepen dat patiënten en hun verwijzers de weg naar de zbc's ook steeds beter weten te vinden. De NZa ziet erop toe dat het Kader inhaalzorg goed wordt uitgevoerd.

16.

Welke lessen heeft u getrokken met betrekking tot De Juiste Zorg op de Juiste Plek die nu worden toegepast op de inhaalzorg?

Antwoord vraag 16

Van belang is dat de zorg toegankelijk moet blijven voor mensen die dat nodig hebben. Een belangrijke les is dat digitale zorg kan hier een behulpzame bijdrage aan leveren. Wat we hebben gezien is dat tijdens de crisis vaker werd ingezet op vormen van digitale en/of hybride zorg om mensen zorg thuis of dichtbij te bieden. En dat die vormen van zorg over het algemeen ook positief door patiënten werden gewaardeerd, zoals beeldschermzorg en vormen van telemonitoring of telebegeleiding van mensen met chronische ziekten. Tegelijkertijd blijkt ook dat lang niet alle organisaties van die mogelijkheden gebruik hebben gemaakt en dat een aantal organisaties deze mogelijkheden van digitale/hybride zorg ook weer afschalen.

Samen met veldpartijen en NZa, Zorginstituut Nederland, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, ZonMw kijken we hoe we kunnen doorpakken met de inzet van digitale/hybride zorg. Binnenkort informeer ik de Tweede Kamer (in reactie op de motie van lid de Vries) nader over de versnellingsimpuls die op initiatief van VWS is ingezet en de initiatieven van de betrokken partijen.

17.

In hoeverre kan een brede inzet op De Juiste Zorg op de Juiste Plek leiden tot een lagere druk op zorgpersoneel en lagere wachttijden voor inhaalzorgpatiënten?

Antwoord vraag 17

Met de coronacrisis is het belang van de Juiste Zorg op de Juiste Plek nog duidelijker geworden. En ondanks de lastige omstandigheden heeft de crisis ook een impuls gegeven aan ontwikkelingen en initiatieven die nauw aansluiten bij de bedoeling en geest van de beweging. Zaken die voorheen lastig te organiseren

leken, zijn in een stroomversnelling geraakt. Bij veldpartijen signaleer ik een gezamenlijk gedeeld gevoel van urgentie om hiermee aan de slag te gaan. Ik heb uw Kamer op 18 oktober jl.⁴ een voortgangsbrief over de Juiste Zorg op de Juiste Plek gestuurd.

Er is op het gebied van landelijke en regionale coördinatie al veel gewonnen in de afgelopen periode. De beweging die is ingezet op domeinoverstijgende en gestroomlijnde samenwerking in de regio moet daarom met kracht worden doorgezet. Goede afstemming en focus in besluitvormingsprocessen helpen onnodige administratieve lasten te voorkomen en bij het gericht sturen op capaciteitsmanagement.

De coronacrisis bleek een impuls voor het versneld toepassen van innovaties. In korte tijd werden grote stappen gezet om digitale zorg voor zoveel mogelijk patiënten mogelijk te maken. Innovaties voor communicatie als beeldbellen en medisch-inhoudelijke digitale toepassingen (bijvoorbeeld apps voor triage) kunnen helpen bij het zo efficiënt en effectief mogelijk inrichten van zorgprocessen en zorgcapaciteit vrij te spelen. Digitale en/of hybride zorg is daarbij nooit een doel op zich. Het streven is om deze vorm van zorg altijd beschikbaar te hebben opdat de patiënt daar indien gewenst, in overleg met de zorgaanbieder, gebruik van kan maken: 'dichtbij en digitaal als het kan, fysiek als het moet'.

In het Kader inhaalzorg hebben partijen met elkaar afgesproken dat ziekenhuizen, klinieken en zorgverzekeraars ervoor zorgen dat het uitvoeren van de inhaalzorg in lijn gebeurt met de principes van De Juiste Zorg op de Juiste Plek, passende zorg en met de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord. De afspraak is ook dat in de Plannen Inhaalzorg van de ziekenhuizen wordt ingezet op het creëren van ruimte en capaciteit via bovengenoemde principes.

18.

Kunt u deze vragen ieder afzonderlijk, en uiterlijk de week voor de begrotingsbehandeling voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoorden?

Antwoord vraag 18

Uw Kamer ontvangt deze antwoorden voorafgaand aan de begrotingsbehandeling VWS. Voor het beantwoorden van deze vragen was het nodig om af te stemmen met andere partijen, daarom is het niet gelukt om de antwoorden de week voorafgaand aan de begrotingsbehandeling te verzenden.

⁴ [Voortgang 'De Juiste Zorg Op de Juiste Plek' | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#)

- 1) Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020-2021, nr. 3319.
- 2) Zorgvisie, 29 juni 2021, 'ZN: 'Bij inhaalzorg gaat het ook om de onbekende patiënten'' (www.zorgvisie.nl/zn-bij-inhaalzorg-gaat-het-ook-om-de-onbekende-patienten/).
- 3) 28 september 2021, '154 COVID-patiënten op de IC, 321 in de kliniek; geen COVID-patiënten verplaatst' (lcpn.nl/154-covid-patienten-op-de-ic-321-in-de-kliniek-geen-covid-patienten-verplaatst/).
- 4) NZa, 30 september 2021, 'Toename van de werkvoorraad operaties ziekenhuizen leidt tot achterstand van 1 tot 6 weken' (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/09/30/toename-van-de-werkvoorraad-operaties-ziekenhuizen-leidttot-achterstand-van-1-tot-6-weken>).
- 5) Zorgvisie, 14 september 2021, 'ZKN wil praten met VWS, NVZ, ZN en NZa om uit 'niet constructieve sfeer' te komen' (www.zorgvisie.nl/zkn-wil-praten-met-vws-nvz-zn-en-nza-om-uit-niet-constructieve-sfeer-te-komen/).