

Sturing en Regie in crisistijd

Governance fase 2



Mei 2022 – Expertteam Opschaling / werkgroep Governance

De complexiteit van governance in algemene zin is gelegen in het feit, dat het in essentie een discussie vormt over de mate van vrijheid én de mate van vrijblijvendheid van maatregelen. Het is cruciaal juist in “vredestijd” het gesprek te voeren op welke wijze sturing en regie in crisistijd vormgegeven kunnen worden, lerende van de voorgaande COVID19-golven.

Samenvatting Sturing en Regie in crisistijd (governance Fase 2)

1. Zorgcontinuïteit vormt een maatschappelijke belang welke prevaleert boven het individueel (organisatie)belang;
2. Een systeemgerichte, ketenbrede benadering is vereist om fase 3 te voorkomen;
3. Gewenst effect: zo kort én zo laag mogelijk in Fase 2 te blijven;
4. Een systeemgerichte benadering werkt per definitie marktversturend;
5. Vanaf fase 2 zijn noodzakelijke beleidsopties t.b.v. zorgcontinuïteit zeer ingrijpend en/of marktversturend en moet de werking landelijk zijn: er zijn tenslotte geen lokale of regionale oplossingen voor landelijke problemen;
6. Het afkondigen van beleidsopties (regie en sturing) moet halverwege fase 2 (vanaf fase 2c) eenduidig en landelijk worden bevestigd; de uitvoering kan voor zorgorganisaties niet vrijblijvend zijn;
7. Om zorgorganisaties in staat te stellen het maatschappelijk belang boven hun individuele (organisatie)belang te laten gaan, is een juridisch en financieel kader dat risico's op financiële kwetsbaarheid en aansprakelijkheid afvangt vereist.

1: Inleiding

De afgelopen COVID-19 golven geven aanleiding voor een verbeterde regie en sturing met als doel een verbeterde continuïteit van zorg en gelijke toegang tot zorg

Aanleiding en doel:

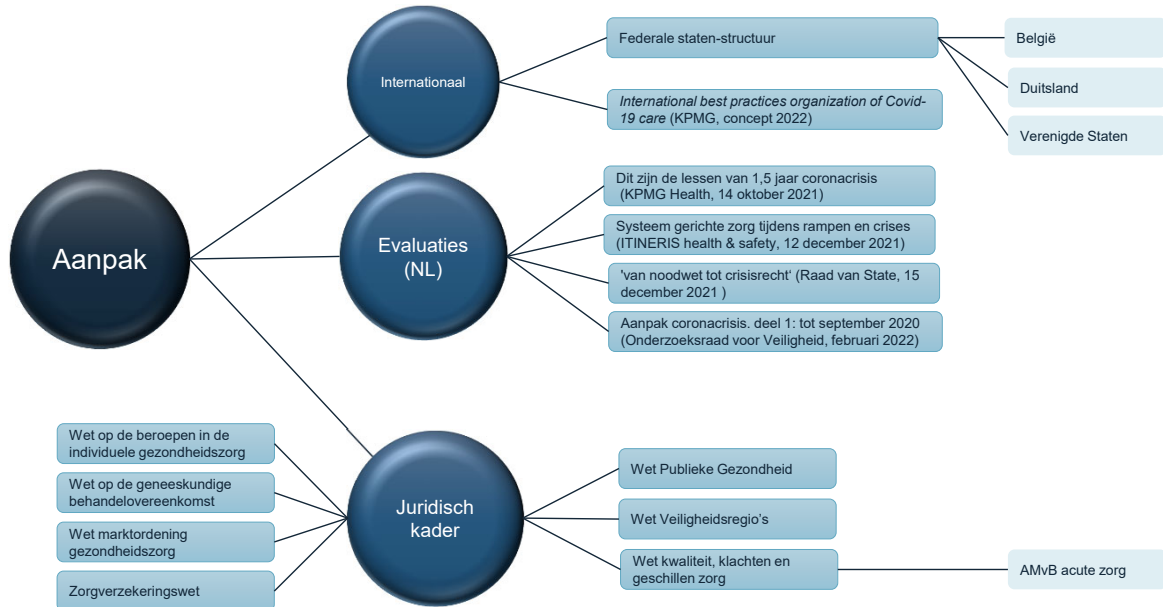
Evaluatie van de afgelopen COVID-19 golven heeft onwenselijke verschillen laten zien in de toegankelijkheid van zorg tussen de verschillende ROAZ regio's. Doel van verbeterde sturing en regie in crisistijd is de continuïteit van zorg zo goed mogelijk borgen en de toegang tot de zorg zo gelijk mogelijk houden voor elke Nederlandse burger

De uitwerking van deze opdracht is gericht op de opdracht van de expertgroep COVID-zorg ziekenhuizen met een scope richting het najaar van 2022

- Het Expertteam COVID-zorg in ziekenhuizen dat in januari 2022 door VWS is ingesteld, heeft zich gebogen over de vraag hoe sturing en regie in tijden van hoge Covid-druk verbeterd kan worden.
- Betere sturing en regie moeten eraan bijdragen dat zorgcapaciteit in de keten effectiever wordt ingezet, waardoor afschaling van planbare zorg minder (snel) nodig is. En leidt er ook toe dat de toegankelijkheid tot zorg gelijk is in Nederland.
- Implementatie van dit advies is nodig vóór het najaar van 2022, ter voorbereiding op een mogelijke Covid-opleving in het najaar.

2. Aanpak

De aanpak is breed: voorbeelden uit andere landen, evaluaties uit de COVID-19 crisis en juridische kaders zijn als basis gebruikt



Als vertrekpunt is door de werkgroep gekozen voor de volgende bronnen:

- Allereerst is verkend welke juridische kaders direct gerelateerd zijn aan het vraagstuk van regie en sturing in crisistijd, waarbij ook gekeken is op welke wijze deze wetten zich tot elkaar verhouden, op welke wijze de organisatiestructuur hierin is verankerd en op welke wijze verantwoordelijkheden thans belegd zijn (zie ook dia's 16 en 18);
- Daarnaast is gebruik gemaakt van een viertal evaluaties die direct betrekking hebben op de Nederlandse situatie ten tijde van de pandemische golven (zie ook dia 9);
- Tenslotte is ook gebruik gemaakt van internationale ervaringen; enerzijds is dit het stuk wat toeziet op de internationale bevindingen als onderdeel van de taakopdracht van dit expertteam, anderzijds is ook gekeken op welke wijze federaal georganiseerde landen de COVID-pandemie hebben ervaren, mede omdat de regionale organisatie-aanpak in Nederland grote gelijkenissen hiermee vertoont (zie ook dia 8).

Internationale voorbeelden laten zien dat meer regie en sturing in crisistijd ook daar gewenst is

- 'Regionaliseren kan, maar houd het crisisbeleid federaal'*
- 'Federalisme is geen kakofonie. Je moet het gewoon goed inrichten. Bevoegdheden die veel grensoverschrijdende effecten en schaalvoordelen hebben, moet je centraal houden. Voorbeelden daarvan zijn defensie en sociale zekerheid.'*
- Helderheid schep je door duidelijke kaders in de landelijke wetgeving.

België: <https://www.leuvenpubliclaw.com/hoer-het-coronavirus-onze-bevoegdheidsverdeling-op-de-proef-stelt/>
<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/05/29/waarom-niet-enkel-de-staatsstructuur-de-belgische-corona-aanpak/>
<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/05/26/kafka-in-de-gezondheidszorg-wie-zijn-de-9-ministers-en-waarvoor/>
Duitsland: https://www.digibron.nl/viewer/collectie/Digibron/id/tag:RD.nl,20210416:newsml_pr17016619

Dit vormen een aantal citaten uit federaal georganiseerde landen.

Uit evaluaties naar de aanpak van de COVID-crisis blijkt dat meer regie en sturing nodig is om de snelheid van handelen te vergroten

- Het zorglandschap (publiek en curatief) en de regie daarop is in Nederland meer regionaal dan centraal vormgegeven. Dat kan in crisistijd een nadeel zijn op zowel de lijn van regie/besluitvorming als in operationele afstemming¹
- Het accent van de juridische en financiële kaders ligt op Fase 3 (crisiszorg), terwijl het zou moeten liggen op het voorkomen daarvan, oftewel op de Fase 2 (aangepaste zorgverlening).²
- Zo lang de juridische, financiële en bestuurlijke prikkels niet zijn gericht op systeemgerichte zorg, zal er spanning op de samenwerking blijven bestaan.²
- een formele crisisstructuur met coördinatie- en sturingsmogelijkheden om problemen die instellingen, gezondheidssectoren of regionale samenwerkingsverbanden overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden, ontbreekt.³
- De infectieziektebestrijding was een uitdaging die op onderdelen de oplossingsmogelijkheden van individuele zorgaanbieders op regionaal niveau oversteeg en vroeg om landelijke afspraken en sturing³

1. Dit zijn de lessen van 1,5 jaar coronacrisis (KPMG Health, 14 oktober 2021)
2. Systeem gerichte zorg tijdens rampen en crises (ITINERIS health & safety, 12 december 2021)
3. Aanpak coronacrisis. deel 1: tot september 2020 (Onderzoeksraad voor Veiligheid, februari 2022)

Dit zijn een aantal conclusies uit rapporten die specifiek toezien op de Nederlandse situatie.

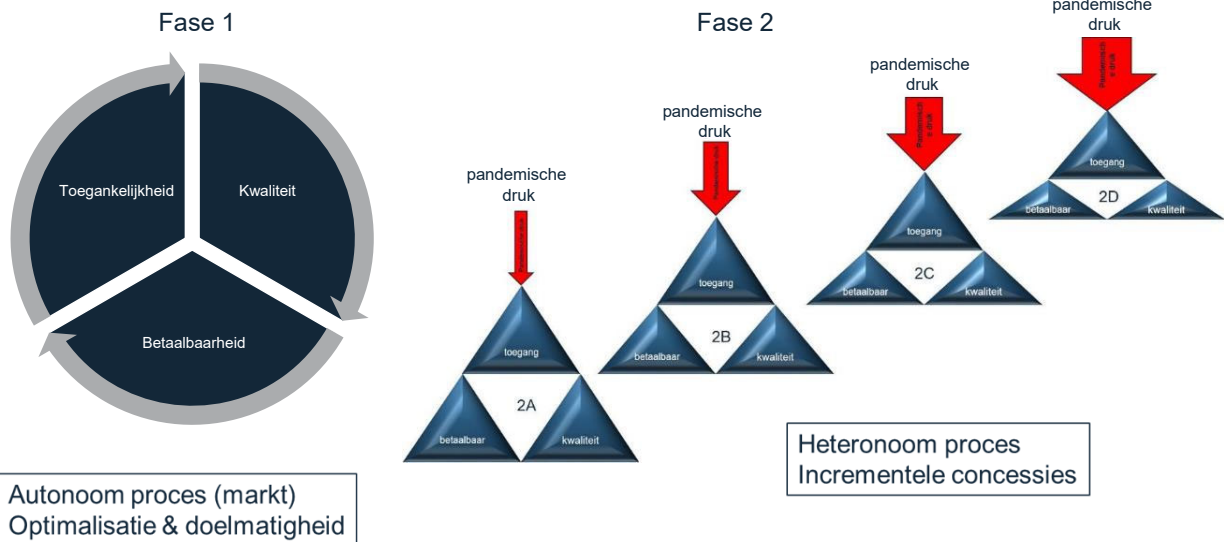
3: Probleemschets

Bij toename van de druk op de zorg raken zorgvraag en zorgcapaciteit steeds meer uit balans



Zorgcontinuïteit is de resultante van zorgvraag versus beschikbare zorgcontinuïteit en speelt zich af op lokaal (individuele zorgaanbieder), regionaal (ROAZ) en landelijk niveau. Zorgcontinuïteit heeft daarmee direct effect op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg in Nederland, en het behoud van de balans is daarmee dus van groot maatschappelijk belang.

In fase 1 zijn toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid in balans, in fase 2 is toegankelijkheid dominant en doen we op andere punten steeds meer concessies



In fase 1 dragen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de volledige verantwoordelijkheid voor het doorlopend streven naar optimale kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit is een autonoom proces, waarbij er wel sprake is van 'checks and balances' en toezicht maar niet van centrale sturing en regie.

In fase 2 is er sprake van schaarste en zijn optimale kwaliteit én toegankelijkheid én betaalbaarheid van zorg niet haalbaar; er moeten concessies worden gedaan. Hierbij worden bij de faseovergangen (van 1 naar 2A, van 2A naar 2B etc.) steeds ingrijpendere maatregelen genomen. Hierbij wordt van buiten (dus niet door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf) bepaald welke concessies gedaan dienen te worden. Prioriteit in deze fase is gelegen in het zolang mogelijk borgen van de toegankelijkheid van zorg door incrementeel acceptabele concessies te doen wat betreft kwaliteit en betaalbaarheid. Zodra de grens bereikt is, zullen er ook concessies gedaan moeten worden wat betreft de toegankelijkheid oftewel zal planbare zorg uitgesteld dienen te worden.

De disbalans tussen vraag en aanbod leidt tot een verminderde continuïteit en toegankelijkheid van zorg die alleen landelijk kan worden opgelost

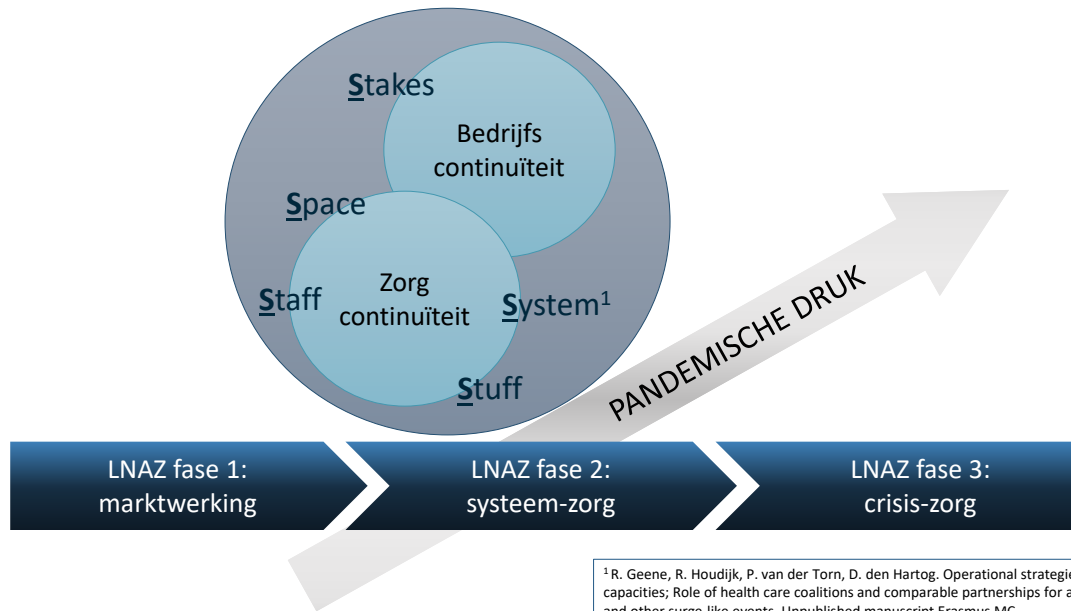
Voorbeelden van situaties van disbalans tussen vraag en aanbod:

- Forse afschaling van kritiek planbare zorg (U3) in één of enkele regio's, terwijl andere regio's nagenoeg nog alle (planbare) zorg doorleveren.
- Dergelijke grote druk op (semi-)acute zorg in een regio, waardoor vrees is dat er onvoldoende bedden beschikbaar zijn voor nieuwe instroom op IC en SEH.
- Toenemende omvang van uitgestelde planbare zorg.
- ...

Deze disbalans kan alleen worden opgelost door landelijke keuzes te maken die vervolgens in de regio af te dwingen zijn.

Uit de evaluatie van de voorgaande golven blijken situaties zich te hebben voorgedaan, die regionaal niet oplosbaar zijn, en waarvoor landelijke sturing en regie noodzakelijk zijn.

Het LNAZ-op-schalingsplan onderscheidt drie fasen van disbalans tussen vraag en aanbod. Elke fase vraagt om het balanceren van de 5 S-en om de zorg- en bedrijfscontinuïteit te borgen.



¹ R. Geene, R. Houdijk, P. van der Torn, D. den Hartog. Operational strategies for collective surge capacities; Role of health care coalitions and comparable partnerships for acute care with Covid-19 and other surge-like events. Unpublished manuscript Erasmus MC

Het is cruciaal om bij toenemende zorgdruk niet alleen deze 4 S-en van de zorgcontinuïteit continu aan te passen aan de hand van de veranderende omstandigheden (zorgvraag), maar ook de bedrijfscontinuïteit te blijven borgen. De bedrijfscontinuïteit is gebaseerd op de 5e S (Stakes), welke de volgende elementen bevat:

1. Wet- en regelgeving
2. Financiering
3. Reputatie
4. Legitimiteit

Gewenst gedrag en maatregelen omvatten concessies wat betreft kwaliteit, betaalbaarheid en/of toegankelijkheid: leidt tot gewenst effect



In de afgelopen golven lag er onvoldoende nadruk op zo laag mogelijk in fase 2 te blijven. Zwaartepunt van de maatregelen lag zowel in de sector als in het publieke domein pas in 2D, daar waar dit de laatste fase is voor fase 3 crisiszorg. In de toekomst is het wenselijk om al in fase 2A en 2B meer maatregelen te treffen om zo laag mogelijk in fase 2 te blijven. Deze maatregelen omvatten concessies wat betreft kwaliteit, betaalbaarheid en/of toegankelijkheid.

Bestuurders en zorgverleners zijn vanuit verschillende wettelijke kaders breed verantwoordelijk, andere keuzes maken is alleen mogelijk als zij worden gevrijwaard van negatieve gevolgen

Bestuurders van zorginstellingen zijn op grond van verschillende wettelijke kaders verantwoordelijk voor zowel de zorg voor patiënten, de inzet van werknemers als voor de bedrijfscontinuïteit. Zorgverleners zijn bestuurs-, tucht-, civiel- én strafrechtelijk aanspreekbaar op de wijze waarop zij hun professionele verantwoordelijkheid invullen.

Betrokkenen zullen het gewenste gedrag (die behelst dat er concessies worden gedaan aan de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van zorg) alleen vertonen als zij niet kunnen worden aangesproken op de negatieve gevolgen hiervan.

In meer detail zien de fasen van disbalans er als volgt uit

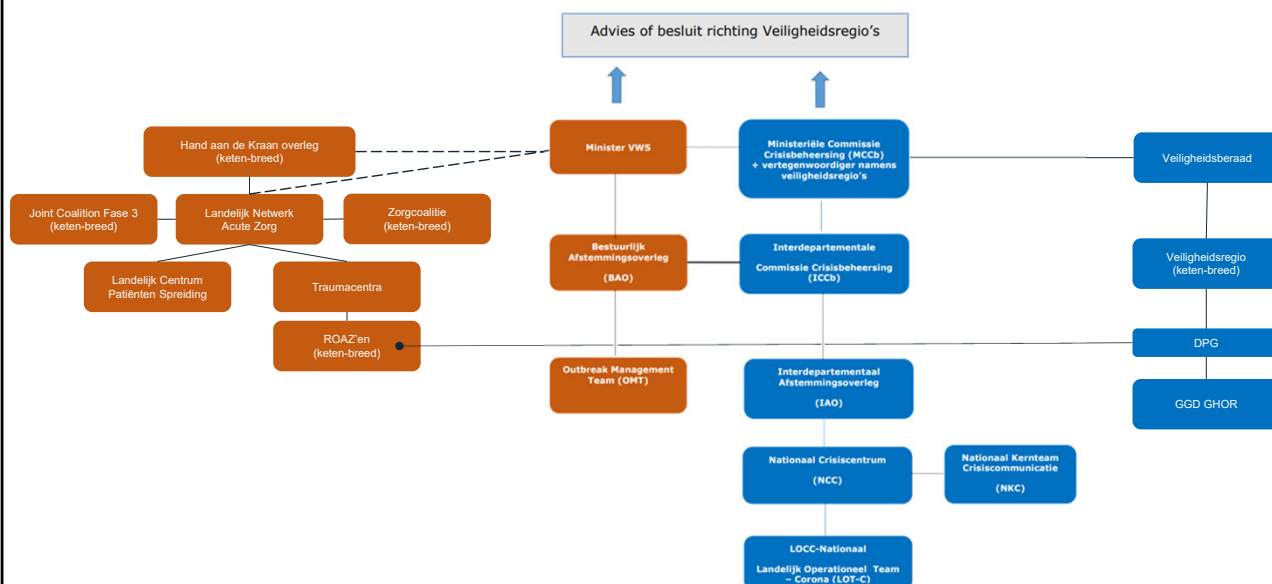
- F1 reguliere zorg
 - F2a aangepaste zorg(verlening)
 - Zorgcontinuïteit in meerdere ziekenhuizen gecompromitteerd
 - Minimale concessies kwaliteit – betaalbaarheid
 - F2b aangepaste zorg(verlening)
 - Zorgcontinuïteit in één of meerdere regio's gecompromitteerd.
 - Incrementele concessies kwaliteit – betaalbaarheid
 - F2c aangepaste zorg(verlening)
 - Zorgcontinuïteit in alle regio's gecompromitteerd.
 - Incrementele concessies aan toegankelijkheid – kwaliteit – betaalbaarheid
 - F2d aangepaste zorg(verlening)
 - Landelijk zorgcontinuïteit gecompromitteerd.
 - Hoog risico op permanente gezondheidsschade danwel verlies van levensjaren
 - F3 crisiszorg
- Toegankelijkheid in gevaar (NZa)
- Ondergrens kwaliteitsstandaard (IGJ)

vanaf fase 2C

- hebben alle regio's een probleem;
- zijn concessies qua toegankelijkheid van zorg noodzakelijk, lees afschaling planbare zorg.

Dit zou het moment zijn om naar landelijke sturing en regie te schakelen.

Ten tijde van COVID-19 ontstond een crisisstructuur binnen de zorg waarbij rollen, verantwoordelijkheden en juridische grondslag niet was vastgelegd



Oranje crisiskolom is gedurende de Covid-pandemie ontstaan.

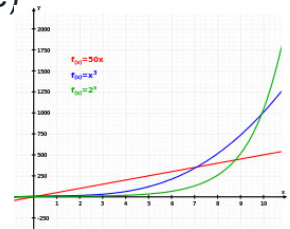
Aankankelijk was de focus sterk gericht op de ziekenhuissector, later werd deze verbreed naar de hele keten. Rollen en mandaten van de verschillende gremia zijn (nog) niet geformaliseerd in wetgeving, m.u.v. de rol van het ROAZ t.b.v. het borgen van de toegankelijkheid van de acute zorg.

- Juridische grondslag voor besluitvorming ontbreekt (afspraken tussen partijen worden wel gemaakt)
- Uitvoeringsverantwoordelijkheid is niet afdoende belegd

4: Oplossingsrichting en benodigde randvoorwaarden

Leiderschap in crisistijd vraagt een ander soort leiderschap

- Snelheid van handelen (besluitvorming lineair, virus exponentieel)
- Mandaat – doorzettingsmacht
- Acties dienen gecoördineerd en afgestemd plaats te vinden
- Omgaan met beperkte informatie en onzekerheden
- Goede datastrategie noodzakelijk voor data-gedreven crisisrespons
- Eenduidige communicatie (draagvlak, legitimiteit, reputatie)



De regie en sturing in fase 2 richt zich op zorgcontinuïteit, waarbij de waarborgen voor bedrijfscontinuïteit geregeld moeten zijn

Zorgcontinuïteit vormt een existentieel belang,

- waarbij in fase 2 het algemeen belang prevaleert boven het individueel (organisatie)belang, en
- dient geborgd te worden middels een systeem-gerichte benadering (ter voorkoming fase 3),
- door zo kort én zo laag mogelijk in Fase 2 te blijven.

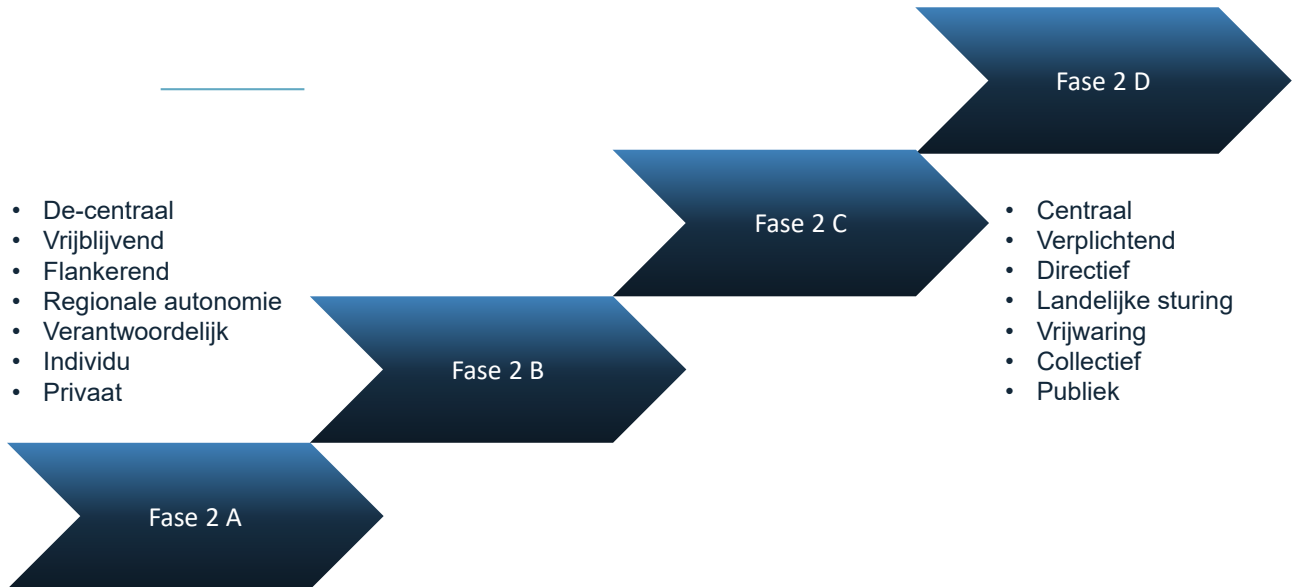
De overkoepelende waarde in de systeembenadering van fase 2 is solidariteit.

Het laten prevaleren van het algemeen belang boven het individueel (organisatie)belang (solidariteit) lukt alleen als er waarborgen zijn voor bedrijfscontinuïteit:

- Financiering
- Wet & regelgeving
- Reputatie
- Legitimiteit

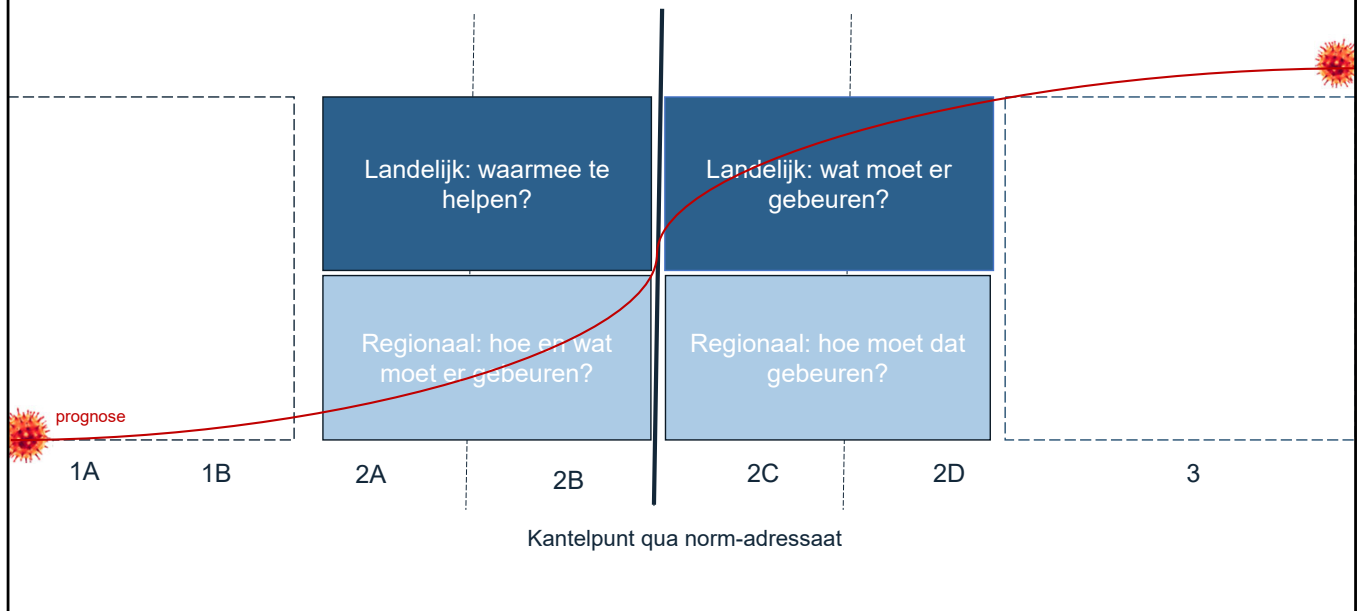
De effectiviteit van de systeembenadering in fase 2 gaat uit van doeltreffendheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

Proportionaliteit maatregelen



Naarmate de druk vanaf fase 2C toeneemt, zijn er geen additionele lokale of regionale oplossingen meer voor handen om de zorgcontinuïteit te borgen. Landelijke sturing en regie zijn dan nodig om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te optimaliseren gegeven de druk en een fase 3 af te wenden, het individuele (organisatie)belang is ondergeschikt aan het maatschappelijk belang, dit vereist een juridisch en financieel kader dat risico's op financiële kwetsbaarheid en aansprakelijkheid afvangt.

Vanaf fase 2C is landelijke regie en sturing nodig



Aan het begin van Fase 2 ligt sturing en regie op regionaal niveau. Begin fase 2C wordt de druk op de zorg dermate groot dat alle regio's onder druk staan. Dit is het moment waarop beleidsopties ook landelijk afgekondigd worden om de lokale en regionale problemen, daar waar de druk het grootst is, te verlichten. Immers, er is dan in alle regio's sprake van schaarste, waardoor hulp tussen regio's niet meer vanzelf tot stand komt. Het kantelpunt later laten vallen, geeft onvoldoende tijd om nog bij te kunnen sturen, aangezien de besmettingscijfers naar verwachting op dat moment al een exponentiële groeicurve zullen volgen, én het effect van maatregelen op ziekenhuisopnames pas 2 weken later en op IC-opnames zelfs pas 3 weken later zichtbaar wordt.

Wat behelst landelijke sturing en regie?

- De minister:
 - informeren over de situatie in de zorg en de maatschappelijke gevolgen, en
 - adviseren over afkondigen fase 2d.
- Helder mandaat om in fase 2c en 2d sturend te zijn in wat landelijk, regionaal en lokaal moet gebeuren om zorgcontinuïteit te borgen.
 - gegeven de pandemische druk de zorg op een bepaalde manier in te richten en
 - daarvoor van de benodigde middelen te voorzien
 - denk aan: aanpassen fair share, uitvoering geven aan modules die op bepaalde plekken de druk in de keten kunnen verlichten
- Een functionaris, die zich laat omringen door klein comité van experts die ketenperspectief inbrengen
- Gefaciliteerd door data op het vlak van toegankelijkheid, capaciteit en continuïteit (NZa, LCPS, ...)

Wie oefent landelijke regie en sturing uit?

Kenmerken van deze functionaris:

- Gezaghebbend persoon met medisch-inhoudelijke expertise en een ketenbrede blik.
- Met juridisch mandaat om beslissingen te nemen die lokaal en regionaal opgevolgd moeten worden t.b.v. zorgcontinuïteit. Heeft signalerende functie richting toezichthouders.
- Onafhankelijk gepositioneerd van politiek en zorgsector, met een rechtstreekse rapportagelijn en adviserende bevoegdheid richting de verantwoordelijk minister.
- Weet onder grote druk snel en afgewogen keuzes te maken. Ervaring met crisismanagement.

Samenvatting Sturing en Regie in crisistijd (governance Fase 2)

1. Zorgcontinuïteit vormt een maatschappelijke belang welke prevaleert boven het individueel (organisatie)belang;
2. Een systeemgerichte, ketenbrede benadering is vereist om fase 3 te voorkomen;
3. Gewenst effect: zo kort én zo laag mogelijk in Fase 2 te blijven;
4. Een systeemgerichte benadering werkt per definitie marktversturend;
5. Vanaf fase 2 zijn noodzakelijke beleidsopties t.b.v. zorgcontinuïteit zeer ingrijpend en/of marktversturend en moet de werking landelijk zijn: er zijn tenslotte geen lokale of regionale oplossingen voor landelijke problemen;
6. Het afkondigen van beleidsopties (regie en sturing) moet halverwege fase 2 (vanaf fase 2c) eenduidig en landelijk worden belegd; de uitvoering kan voor zorgorganisaties niet vrijblijvend zijn;
7. Om zorgorganisaties in staat te stellen het maatschappelijk belang boven hun individuele (organisatie)belang te laten gaan, is een juridisch en financieel kader dat risico's op financiële kwetsbaarheid en aansprakelijkheid afvangt vereist.

Bijlagen

Evaluatie onderzoek naar de COVID crisis geeft diverse bevindingen waarin geconstateerd wordt dat meer regie en sturing nodig is

- *Het zorglandschap (publiek en curatief) en de regie daarop is in Nederland meer regionaal dan centraal vormgegeven. Dat kan in crisistijd een nadeel zijn op zowel de lijn van regie/besluitvorming als in operationele afstemming¹*
- *Gedurende de pandemie is met name door de minister van VWS meermaals het gebrek aan mogelijkheden tot het voeren van regie benoemd. Tegelijkertijd is deze opmerking moeilijk te plaatsen, aangezien de wettelijke bevoegdheden van het departement bij een A-ziekte zeer groot zijn...*¹
- *Soms leek het gedurende de pandemie alsof het departement enerzijds de bestaande bestuurlijke structuren in stand wilde houden, anderzijds de regie wilde voeren, en op weer een ander moment het ook prettig vond niet over alles de regie daadwerkelijk te voeren, omdat de lokale uitvoering dit al goed deed.*¹
- *de regionale governance versnipperd is, anderzijds zijn er nu eenmaal veel partijen die hun rol moeten spelen en expertise moeten inbrengen en is een frictieloze samenwerking waarschijnlijk een illusie.*¹
- *Het accent van de juridische en financiële kaders ligt op Fase 3 (crisiszorg), terwijl het zou moeten liggen op het voorkomen daarvan, oftewel op de Fase 2 (aangepaste zorgverlening).*²
- *Zo lang de juridische, financiële en bestuurlijke prikkels niet zijn gericht op systeemgerichte zorg, zal er spanning op de samenwerking blijven bestaan.*²

1. Dit zijn de lessen van 1,5 jaar coronacrisis (KPMG Health, 14 oktober 2021)
2. Systeem gerichte zorg tijdens rampen en crises (ITINERIS health & safety, 12 december 2021)
3. Aanpak coronacrisis. deel 1: tot september 2020 (Onderzoeksraad voor Veiligheid, februari 2022)
4. *International best practices organization of Covid-19 care* (KPMG, concept 2022)

Evaluatie onderzoek naar de COVID crisis geeft diverse bevindingen waarin geconstateerd wordt dat meer regie en sturing nodig is

- een formele crisisstructuur met coördinatie- en sturingsmogelijkheden om problemen die instellingen, gezondheidssectoren of regionale samenwerkingsverbanden overstijgen snel en adequaat het hoofd te bieden, ontbreekt.³
- De verschillende keuzes in regievoering van VWS op verschillende vraagstukken geven geen duidelijk beeld hoe de landelijke sturing op de gezondheidszorg tijdens de crisis georganiseerd is.³
- De infectieziektebestrijding was een uitdaging die op onderdelen de oplossingsmogelijkheden van individuele zorgaanbieders op regionaal niveau oversteeg en vroeg om landelijke afspraken en sturing. Hierop waren zowel het reguliere zorgstelsel als de crisisorganisatie niet toegerust. Ook speelden capaciteitsproblemen in de zorg een rol. De verschillende keuzes in regievoering van VWS op verschillende vraagstukken gaven geen duidelijk beeld hoe de landelijke sturing op de gezondheidszorg tijdens de crisis was georganiseerd, en leidden regelmatig tot onduidelijkheid en ergernis in het zorgveld. De onderlinge afstemming die nodig was om de landelijke samenwerking te creëren en daadwerkelijk te laten functioneren ging bovendien ten koste van de snelheid, die in de acute fase van een crisis nodig is.³
- Consider a more strict central governance for the Netherlands during worser and worst case scenarios. This would allow faster decision making and less time spend on coordinating.⁴

1. Dit zijn de lessen van 1,5 jaar coronacrisis (KPMG Health, 14 oktober 2021)
2. Systeem gerichte zorg tijdens rampen en crises (ITINERIS health & safety, 12 december 2021)
3. Aanpak coronacrisis. deel 1: tot september 2020 (Onderzoeksraad voor Veiligheid, februari 2022)
4. International best practices organization of Covid-19 care (KPMG, concept 2022)

De verschillende fasen hebben verschillende kenmerken

Fase 2

- Aangepaste zorg
- Systeem-gericht
- Voorkomen fase 3
- Redundantie $\equiv$ inefficiëntie



Fase 1

- Conventionele zorg
- Individu-gericht
- Marktwerving
- Doelmatigheid

Fase 3

- Crisis zorg
- Populatie-gericht
- *Do the best for the most*
- Absolute schaarste

*Elk van deze fasen kent
eigen regime*