

Aanvulling op het ‘tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie’ voor de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg

Context en inhoud van het ‘Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie’

In oktober 2020 heeft de minister voor Medische Zorg en Sport met betrokken partijen afgesproken om met het ‘Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie’ te gaan werken.¹ Dit tijdelijk beleidskader is nog steeds van kracht.

In het tijdelijk beleidskader zijn de volgende afspraken gemaakt:

(1) Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) expliciteert richting de regionale overleggen acute zorgketen (ROAZ'en) – en desgewenst via de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS) met de individuele ziekenhuizen – hoeveel COVID-patiënten zij op basis van de prognoses de komende zeven dagen kunnen verwachten en waar ze zich dus op moeten voorbereiden. Hierdoor weet elk ziekenhuis waar het aan toe is. Alle partijen in het ROAZ hebben een bestuurlijke verantwoordelijkheid om de zorg voor het te verwachten aantal patiënten te accommoderen; de ziekenhuizen en zo mogelijk ook de zelfstandige klinieken dienen hiertoe de COVID-zorg op te schalen en de non-COVID-zorg af te schalen. (2) Dit doen zij aan de hand van de handvatten van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)², waarbij voorop staat dat besluitvorming begint én eindigt bij de zorgbehoefte van de individuele patiënt en datgene wat zorgverleners nodig hebben om die zorg goed en veilig te bieden. Om dit mogelijk te maken is (3) maximale regionale ketensamenwerking noodzakelijk van alle zorgaanbieders in de regio, waarbij de instroom via de huisartsen en de door- en uitstroom uit de ziekenhuizen wordt verbeterd, (4) een actueel beeld met de laatste stand van zaken essentieel om de zorg rondom patiënten goed te kunnen coördineren en (5) financieel comfort nodig voor de zorgaanbieders om de benodigde keuzes te kunnen maken.

Om dit te realiseren neemt iedereen zijn verantwoordelijkheid; de ziekenhuizen en zelfstandige klinieken, de huisartsen, VVT-instellingen, de wijkverpleging, thuiszorg en andere zorgaanbieders in de uitvoering, de ROAZ'en en het LCPS in de coördinatie van de samenwerking, en de zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling en het financiële comfort. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevorderen vanuit hun toezichthoudende rol dat de samenwerking optimaal en effectief is, en dat binnen de regio en de verschillende zorginstellingen uitvoering wordt gegeven aan de landelijke afspraken over de spreiding van zorg, zodat de zorg goed, veilig en toegankelijk blijft.

De afspraken in het tijdelijk beleidskader zijn van kracht tijdens fase 2 van het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ (hierna: LNAZ fase 2).³ LNAZ fase 2 vraagt om een systeemgerichte benadering met als doel het voorkomen van een ernstige crisis (fase 3) en het borgen van de zorgcontinuïteit. In deze fase is nauwe samenwerking en solidariteit in de regio en tussen regio's noodzakelijk.

De landelijke en regionale afspraken zijn niet vrijblijvend. De regionale samenwerking is in deze pandemie, op basis van dit tijdelijk beleidskader, een randvoorwaarde voor goede zorg en heeft daarmee ook een duidelijke wettelijke basis in onder andere artikel 3 van de Wkkgz.

In de algemene vergadering van het LNAZ op 3 november jl. is de afspraak herbevestigd dat op landelijk niveau het ‘fair share’ principe (evenredige spreiding van COVID-19 patiënten over regio's) het uitgangspunt blijft voor de regionale verdeling van de gevraagde capaciteit voor COVID-19 patiënten per ROAZ-regio.

Noodzaak tot aanvulling op dit beleidskader

Deze aanvulling op het tijdelijk beleidskader richt zich specifiek op de toegang tot de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg tijdens LNAZ fase 2.

¹ Kamerstukken 2020/21, 29247, nr. 317.

² FMS ‘Raamwerk voor het behoud van de reguliere klinische non-COVID zorg’, 30 oktober 2020.

³ LNAZ, ‘Opschalingsplan COVID-19, versie 1.1’, oktober 2021.

We zien dat de recente ontwikkelingen – waaronder de toename van het aantal COVID-19 patiënten in de ziekenhuizen in combinatie met de inhaalzorg-opgave en het zo lang mogelijk in stand houden van de reguliere zorg terwijl het zorgpersoneel langdurig onder druk staat – tot aanvullende vraagstukken leiden over hoe de (IC-)capaciteit in de ziekenhuizen moet worden ingezet. Op basis van de bestaande afspraken kan de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg te vroeg en te vaak in het gedrang komen, omdat voor deze zorg zowel IC-capaciteit als OK-capaciteit nodig is. Dit is onwenselijk, omdat juist het overeind houden van deze zorg gezondheidsschade kan voorkomen. Om de toegankelijkheid tot deze zorg bij toenemende COVID-19 druk te borgen en meer uniformiteit en voorspelbaarheid te realiseren bij de op- en afschaling van de planbare zorg, zijn in samenwerking met alle betrokken partijen aanvullende uitgangspunten en spelregels geformuleerd.

Aanvullende afspraken over IC-afhankelijke kritiek planbare zorg

- In LNAZ fase 2 worden in iedere ROAZ-regio met alle betrokken partijen afspraken gemaakt en vastgelegd over het spreiden van COVID-19 patiënten binnen de regio, gegeven de landelijke spreidingsafspraken die voortvloeien uit het opschalingsplan voor de IC-capaciteit van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). Bij de totstandkoming van deze regionale afspraken wordt nadrukkelijk rekening gehouden met het borgen van de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg. Dat houdt in dat bij de afwegingen en afspraken rond de IC-capaciteit in de regio vanaf nu ook specifiek de benodigde inzet ten behoeve van de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg wordt meegenomen. Deze afspraak geldt bij het af- en opschalen van de reguliere zorg in LNAZ fase 2.
- Het gesprek over de afspraken wordt geïnitieerd door de ROAZ-voorzitter. Alle betrokken partijen hebben een verantwoordelijkheid om hieraan oplossingsgericht deel te nemen en overeenstemming te bereiken over de afspraken. Participatie van zorgprofessionals in het ROAZ is hierbij behulpzaam. Op welke wijze de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg wordt geborgd, kan in elke regio anders zijn. Dit kan per regio leiden tot aangepaste onderlinge capaciteitsafspraken om te voldoen aan de ‘fair share’: sommige zorgaanbieders leveren dan (meer) IC-afhankelijke COVID-19 zorg en andere zorgaanbieders leveren (meer) IC-afhankelijke kritiek planbare zorg, maar de regio in zijn geheel blijft diens ‘fair share’ leveren.
- Om het goede gesprek in het ROAZ te voeren, zijn zorgaanbieders transparant over werkvoorraad en wachttijden en over de uitvoering van de gemaakte afspraken, specifiek ook over de IC-afhankelijke kritiek planbare zorg. Afspraken die in het ROAZ worden gemaakt, worden zorgvuldig vastgelegd.
- De zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de verantwoordelijkheid om in het ROAZ, samen met de betrokken zorgaanbieders, de goede randvoorwaarden te scheppen voor de toegankelijkheid van zorg. Zorgverzekeraars maken waar nodig afspraken met ziekenhuizen en andere zorgaanbieders om eventuele financiële consequenties op te vangen, die mogelijk ontstaan als zij doen wat in ROAZ-overleg is afgesproken om de toegang tot (semi-)acute en (IC-afhankelijke) kritiek planbare zorg te borgen. Er mogen geen financiële belemmeringen zijn om de totstandkoming en uitvoering van afspraken die in ROAZ-verband worden gemaakt te bewerkstelligen.
- Wanneer de gemaakte regionale afspraken niet tot het gewenste gedrag leiden of wanneer de toegang tot zorg komt onder druk te staan, dan spreken partijen elkaar onderling aan en zoeken zij samen met de ROAZ-voorzitter en betrokken partijen naar oplossingen.
- Als dat niet tijdig tot het gewenste resultaat leidt, informeert de zorgverzekeraar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hierover en/of informeert een zorgaanbieder via of in afstemming met de ROAZ-voorzitter de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).
- De IGJ en NZa zien er samen op toe dat iedere ROAZ-regio dit gesprek voert en dat de noodzakelijke afspraken worden gemaakt en vastgelegd. De toezichthouders monitoren de wijze waarop de afspraken tot stand komen, worden vastgelegd en hoe de uitvoering plaatsvindt (af- en opschaling).
- De NZa zal specifiek de druk op de IC-afhankelijke en niet-IC-afhankelijke kritiek planbare zorg bij ziekenhuizen monitoren. Ziekenhuizen en andere relevante zorgaanbieders dragen er zorg voor dat de informatie die zij bij de NZa aanleveren actueel is. De NZa borgt de proportionaliteit en het gemak van de data-uitvraag.

- De Patiëntenfederatie Nederland, ZN, de FMS, de LHV, MIND, V&VN, NFU, ZKN, NVZ en VWS en de NZa werken samen aan actuele en eenduidige communicatie richting patiënten, mede op basis van deze aanvulling op het tijdelijk beleidskader, over de keuzes die worden gemaakt om de zorg tijdens deze pandemie zo goed mogelijk toegankelijk te houden. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling door zorgverzekeraars en actief worden doorverwezen, zodat zoveel mogelijk reguliere zorg aan patiënten verleend kan blijven worden.

Aanvullende afspraken inzet zelfstandige klinieken

- Tot en met LNAZ fase 2D continueren zelfstandige klinieken de planbare zorg die zij leveren, zolang dit de (semi-)acute zorg en IC-afhankelijke kritiek planbare zorg niet in de weg staat. Op het moment dat dit wel het geval is, en dat is in principe het moment waarop het LNAZ, de minister en de IGJ informeert dat er een situatie dreigt te ontstaan waarbij fase 3 op korte termijn moet worden afgekondigd,⁴ wordt in ROAZ-verband het gesprek gevoerd over de vraag waar zorgprofessionals uit de zelfstandige klinieken kunnen helpen om te voorkomen dat de toegankelijkheid tot de (semi-)acute zorg en IC-afhankelijke kritiek planbare zorg in het geding komt. Uiteraard kan dit gesprek op basis van onderlinge vrijwilligheid al eerder plaatsvinden. Dit alles om een zorginfarct te voorkomen.

Om deze aanvullende afspraken te realiseren neemt iedereen zijn verantwoordelijkheid. De minister van VWS heeft samen met LNAZ, LCPS, FMS, NVIC, V&VN, NVZ, NFU, ZKN, ZN/zorgverzekeraars, Patiëntenfederatie, IGJ en de NZa op 18 november 2021 afgesproken om op basis van deze aanvulling op het tijdelijk beleidskader te gaan werken en alle partijen hebben daartoe hun commitment uitgesproken.

⁴ Zoals beschreven in het 'Tijdelijk verdiepend beleidskader Continuïteit en kwaliteit van zorg in fase 3 van de COVID-19', Kamerstukken 2020/2021, 31765, nr. 549.