

Kader ‘passende inhaalzorg msz’

Inleiding

Sinds de uitbraak van de COVID-19 pandemie afgelopen jaar zet het zorgpersoneel zich maximaal in om onder grote druk de zorg te kunnen leveren. Als steeds meer mensen worden gevaccineerd, zal het aantal COVID-19 patiënten in ziekenhuizen afnemen. Er kan dan geleidelijk aan gestart worden met het inhalen van de reguliere medisch specialistische zorg (msz) die ten tijde van de hoogtepunten van de COVID-19 zorg niet geleverd kon worden. Bij de start van het opschalen van de zorg tot normaal niveau en het inhalen van zorg tot boven dit niveau is het van groot belang om aandacht te houden voor de beschikbaarheid en belastbaarheid zorgpersoneel, waarbij zij voldoende ruimte krijgen voor herstel.

Dit kader¹ richt zich specifiek op het opschalen van de zorg tot op normaal niveau en het inhalen van de medisch specialistische zorg, wat niet mogelijk was ten tijde van de COVID-19 pandemie.² Uit analyses blijkt dat gedurende de COVID-19 pandemie het aantal gemiste verwijzingen naar ziekenhuiszorg wordt geschat op 1,4 miljoen. Momenteel (17 mei 2021) zijn er landelijk 36% minder operatiekamers dan gebruikelijk operationeel, waarbij de laatste twee weken een geleidelijke stijging is waar te nemen in het aantal operatiekamers dan operationeel is. Daarmee heeft COVID-19 een grote impact op de zorg. Afspraken, behandelingen en operaties voor niet-COVID-patiënten zijn afgezegd of uitgesteld. Ook is zorg door patiënten gemeden, uit angst om te besmet te worden of om de zorg te ontlasten. Los van het feit dat een deel van de afspraken is vervangen door zorg op afstand of is verdampt, is de verwachting dat er veel zorg moet worden ingehaald.

Om ervoor te zorgen dat mensen die zijn geconfronteerd met uitstel van zorg ook weer geholpen kunnen worden, en daarbij regionale verschillen in toegankelijkheid te minimaliseren, is in dit kader een aantal randvoorwaarden geformuleerd. Daarbij is oog voor de gehele zorgketen, zowel de eerste- als tweedelijns zorg, als de vervolgzorg die nodig is als de patiënt het ziekenhuis verlaat. Samen houden we zicht op (de ontwikkeling) van de noodzakelijke zorgvraag, de beschikbaarheid van capaciteit en actuele wachttijden van zorg.

Samen met alle betrokken partijen moeten we ervoor gaan zorgen dat patiënten zo snel mogelijk de passende zorg gaan krijgen die zij nodig hebben. Centraal staat daarbij de communicatie tussen zorgprofessional en patiënt: samen beslissen zij welke zorg onder welke voorwaarden aan de patiënt geleverd wordt. Het belang van de patiënt om passende zorg te ontvangen op een plek waar dat het snelst geleverd kan worden, zoals dat is besproken met de patiënt, staat te allen tijde voorop.

Bij de spreiding van zorg maken partijen zoveel mogelijk gebruik van en bouwen voort op de bestaande netwerken, structuren en digitale mogelijkheden, die ook tijdens de COVID-19 pandemie zijn geïntensiveerd. Samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijft onverminderd noodzakelijk. Daar waar het leveren van (inhaal)zorg leidt tot financiële kwetsbaarheden moet dit tijdig besproken worden en een maatwerkoplossing worden

¹ Dit kader is gezamenlijk opgesteld met ZN, NZV, NFU, ZKN, FMS, Patiëntenfederatie, LHV en VenVN.

² Of een dergelijk kader ook moet worden ontwikkeld voor andere zorgsectoren, wordt nog nader gezien. Dit is mede afhankelijk van de mate waarin sprake is van uitgestelde zorg.

gevonden. Met als uitgangspunt dat overkoepelende financiële afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars niet mogen verhinderen dat het geld de patiënt kan volgen.

Dit kader is een beschrijving van rollen en verantwoordelijkheden, die niet afwijken van de rollen en verantwoordelijkheden zoals die op dit moment al binnen het zorgstelsel gelden. Vanuit die hoedanigheid maken zorgaanbieders met zorgverzekeraars nu al onderling afspraken over het opschalen van de reguliere zorg en het leveren van inhaalzorg. Alle betrokken partijen hebben hun commitment uitgesproken om met elkaar de schouders hieronder te zetten en bij te dragen aan het oplossen van knelpunten die bij het opschalen en inhalen van zorg kunnen ontstaan in de toegankelijkheid, betaalbaarheid en/of kwaliteit van zorg.

Bij de duur van dit tijdelijk kader wordt aangesloten bij de periode waarin fase 2 van het LNAZ opschalingsplan van kracht is en tot uiterlijk 31 december 2021. Periodiek zal in 2021 de noodzaak voor dit kader worden besproken op basis van knelpunten die naar voren komen bij de monitoring van de toegankelijkheid. Indien wordt vastgesteld dat ook in 2022 behoefte is aan een tijdelijk kader rond inhaalzorg, zal er een opnieuw een kader worden vastgesteld waarin onder meer de financiële regelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder die dan gelden op van toepassing zijn. Hierover wordt opnieuw de dialoog met betrokken branchepartijen gezocht.

Tijdelijk kader voor het borgen van de toegankelijkheid van (inhaal)zorg

Het tijdelijk kader bevat de volgende elementen:

1. Randvoorwaarden bij de uitvoering van inhaalzorg.
2. Transparantie over de toegankelijkheid van zorg via monitoring.
3. Verantwoordelijkheden van partijen.
4. Communicatie.

Randvoorwaarden bij de uitvoering van inhaalzorg

- o De planbare zorg (klasse 3, 4 en 5) die ingehaald moet worden als gevolg van het prioriteren van urgente (COVID-)zorg (klasse 1 en 2) is zorg die bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven door inzet op gepast gebruik, zinnige zorg en digitalisering. Passende zorg is ook onderdeel van de afspraken die zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken voor specifiek de zorg in klasse 3, 4 en 5.
 - i. Bij het uitvoeren van de inhaalzorg zorgen ziekenhuizen, klinieken en zorgverzekeraars ervoor dat dit ook in lijn is met de principes van De Juiste Zorg op de Juiste Plek en passende zorg en met de doelen uit het Hoofdlijnenakkoord. In de Plannen Inhaalzorg zoals die inmiddels door de ziekenhuizen en ZN worden afgesproken, wordt ook ingezet op het creëren van ruimte en capaciteit via bovengenoemde principes.
 - ii. De COVID-pandemie heeft allerlei vernieuwingen met zich meegebracht zoals bijvoorbeeld online consulten. Met oog op het structureel verankeren van digitalisering van zorg zetten partijen bij het organiseren van inhaalzorg waar mogelijk versneld in op het transformeren naar digitale/hybride zorg en passen zorgpaden en werkwijzen daarop aan.
- o De beschikbaarheid van voldoende zorgpersoneel is een primaire voorwaarde om zorg te kunnen opschalen tot regulier niveau en om daarnaast inhaalzorg te kunnen leveren. Om de continuïteit van zorg op de langere termijn te borgen moet daarom rekening gehouden worden met de belastbaarheid van zorgpersoneel. Ruimte voor herstel voor zorgpersoneel is derhalve belangrijk voor de beschikbare personele capaciteit. V&VN en FMS werken op aanraden van NZa en VWS aan een herstelplan voor zorgmedewerkers, met randvoorwaarden zodat in de herstelfase zorgmedewerkers fysiek en mentaal kunnen herstellen.
- o 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. Het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) heeft het afgelopen jaar de COVID-19 patiëntenstroom begeleid. We hebben geconstateerd dat deze spreidingsstrategie van COVID-19 patiënten helpt bij een gelijke verdeling in de druk op de zorg. De gerapporteerde druk in ziekenhuizen is landelijk al langere tijd redelijk vergelijkbaar. Om er voor te zorgen dat regio's in dezelfde mate kunnen opschalen/zorg gaan inhalen, is het nodig dat:

- i. Het LCPS zijn functie behoudt (incl. doorzettingsmacht) in de spreiding van COVID-19 patiënten om zo landelijk een gelijk speelveld te creëren voor opschaling.
 - ii. Het ROAZ/RCPS ervoor zorgt dat de benodigde capaciteit voor de opvang van COVID-19 patiënten in de regio geborgd is.
- o Bij het inhalen van de reguliere zorg wordt gebruik gemaakt van de zorgclassificaties, zoals dat ook is gebruikt bij het afschalen van zorg aan de hand van raamwerk FMS. Concreet betekent dit dat:
- i. Landelijk het Raamwerk van FMS leidend is voor de prioritering van zorg: bij prioritering blijft het onderscheid tussen de zorg uit klasse 1 (urgente zorg te leveren < 1 dag), 2 (semi-urgente zorg te leveren < 1 week), klasse 3 (zorg, die binnen 6 weken geleverd moet worden vanwege het verhoogd risico op gezondheidsschade); en klasse 4-5 zorg waarbij het risico op gezondheidsschade beperkt is. Als er bij de opschaling sprake is van schaarste gaat meer urgente zorg (klasse 1, 2 en 3) voor op minder urgente zorg (klasse 4 en 5).
 - ii. Het leveren van zorg blijft uiteraard maatwerk, waarbij de arts in goede communicatie en met inspraak van de patiënt samen bepaalt wat nodig is, waar en wanneer (wat is daarbij een acceptabele wachttijd en welk risico uitstel met zich meebrengt) deze zorg moet plaatsvinden. De Treeknormen zijn een referentiepunt bij het identificeren van knelpunten in de toegankelijkheid.
- o Het opschalen van de zorg tot normaal niveau en het inhalen van zorg tot boven dit niveau gebeurt met een integrale blik op de eerste- en tweedelijnszorg en vervolgzorg. Als ziekenhuizen hun reguliere zorg hervatten en inzetten op het inhalen van zorg, betekent dit ook een groter beroep op vervolgzorg, zoals verpleeghuis- en revalidatiezorg en thuiszorg. Ook daar is de beschikbaarheid van voldoende personeel en bedden is randvoorwaardelijk om de zorg te kunnen leveren. Voorgaande houdt concreet in dat:
- i. De opschaling van reguliere zorg (klasse 3-4-5) gebeurt in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daar waar nodig kan de Regulier Overleg Acute Zorg (ROAZ) en het Regionaal Orgaan Niet Acute Zorg (regionaal vvt-overleg) als overlegorgaan dienen om knelpunten te zien en te bespreken en oplossingen te genereren. Bij het opschalen en inhalen van reguliere zorg is het belangrijk oog te houden voor de druk op de gehele zorgketen en waar nodig (boven) regionaal afspraken gemaakt kunnen worden over zo efficiënt en effectief mogelijk benutten van de beschikbare zorgcapaciteit.
 - ii. NZa ondersteunt zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de ROAZ-regio's met regiorapportages, waardoor partijen geïnformeerd zijn over de beschikbare capaciteit binnen en buiten de regio.
- o Het opschalen van de reguliere zorg en het leveren van inhaalzorg gebeurt binnen de afspraken die zorgaanbieders daarover maken met zorgverzekeraars. Hieraan ten grondslag liggen bestuurlijke afspraken tussen ZN, NFU, NVZ en VWS. In de afspraken die zijn gemaakt tussen ZN, NVZ en NFU over 2021 is vastgelegd dat partijen zich maximaal inspannen om door middel van de juiste zorg op de juiste zorg, digitalisering et cetera (inhaal)zorg zoveel mogelijk binnen het HLA-kader te leveren.³
- o Daarnaast hebben VWS, NFU, NVZ en ZN afgesproken dat het onwenselijk is dat ziekenhuizen een eventuele overschrijding van het macrokader zouden moeten terugbetalen als en voor zover deze wordt veroorzaakt door inhaalzorg in 2021. Inhaalzorg is daarmee een omstandigheid waarmee rekening wordt gehouden bij een besluit om een eventuele

³ Document 'Afspraken VWS-NVZ-NFU-ZN over de financiële gevolgen van de COVID-crisis in 2021'

overschrijding van het macrokader te redresseren. Aangezien het hier gaat om het budgettair kader, afgesproken in het HLA, raakt deze afspraak alle HLA partijen dus ook de klinieken.

- Voor inhaalzorg worden door individuele ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken gemaakt op basis van een Plan Inhaalzorg. Ook ZKN en ZN hebben begin 2021 de afspraak gemaakt dat indien de individuele afspraken tussen zorgverzekeraar(s) en klinieken niet toereikend zijn, er vroegtijdig bilaterale, lokale gesprekken starten met als mogelijk resultaat een overeengekomen aanvulling op de huidige contractuele afspraken 2021.

Transparantie over de toegankelijkheid van zorg via monitoring

- Belangrijke voorwaarde voor het goed spreiden van patiënten is een objectieve vaststelling van noodzakelijke zorgvraag, beschikbaarheid van capaciteit en actueel inzicht in de wachttijden van zorg uit alle zorgclassificaties. Deze verschillende inzichten worden verschaft op de volgende wijzen:
 - i. Inzicht in de omvang van inhaalzorg en de mogelijkheid om deze zorg te leveren wordt inzichtelijk via de Plannen Inhaalzorg die ziekenhuizen opstellen. ZN, NVZ en NFU hebben alle ziekenhuizen verzocht om een Plan Inhaalzorg in te dienen. Op die manier wordt zichtbaar hoe groot de omvang van inhaalzorg is en of ziekenhuizen deze zorg in 2021 kunnen inhalen.
 - ii. De NZa heeft tijdens de COVID-19 pandemie aanvullend inzicht gecreëerd in wachttijden via het Zorgbeeldportaal. De NZa zal het gebruik van dit portaal verder voortzetten, als onderdeel van de uitvoering van de wachttijdregeling die momenteel wordt herzien en medio 2021 opnieuw wordt vastgesteld. Vanzelfsprekend is het daarvoor nodig dat zorgaanbieders dit naleven en dat cijfers actueel zijn om sturing mogelijk te maken.
 - iii. De LCPS heeft inzicht in de spreiding van COVID-19 patiënten en informeert zorgverzekeraars, ziekenhuizen en de NZa hierover.
 - iv. De NZa voedt de LCPS met data, ten behoeve van haar rol in het continueren van de spreiding van COVID-19 patiënten.
- De samenwerking tussen de NZa, LCPS en GGD GHOR wordt waar nodig gecontinueerd ten behoeve van de monitoring van druk in de gehele keten van inhaalzorg en de te leveren vervolgzorg.
- Uitgangspunt bij het monitoren en daarmee bij het identificeren van knelpunten van de toegankelijkheid zijn de Treeknormen. Wanneer knelpunten in de toegang tot zorg in een ziekenhuis en/of regio zich voordoen door (langdurige) overschrijding van deze Treeknormen, worden hiervoor de reguliere procedures ingezet. Zorgaanbieders informeren en betrekken tijdig de zorgverzekeraars in het kader van de uitvoering van hun zorgplicht. Ook worden de toezichthouders geïnformeerd en nemen waar nodig actie.

Verantwoordelijkheden van betrokken partijen bij het opschalen van zorg

In dit tijdelijk kader wordt aangesloten bij de bestaande rollen en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgprofessionals, samenwerkingsverbanden en toezichthouders. Deze rollen en verantwoordelijkheden worden hieronder beschreven. Alle partijen vullen hun rol en verantwoordelijkheid op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Inhaalzorg is een gezamenlijke opdracht, waarbij partijen zich gezamenlijk inspannen om de inhaalzorg passend en snel te kunnen verlenen. Daar waar knelpunten ontstaan in de toegankelijkheid, kwaliteit en/of betaalbaarheid van zorg, wordt gezocht naar maatwerkoplossingen.

Bij het organiseren van de inhaalzorg en in het verlengde daarvan de vervolgzorg, nemen alle partijen hun verantwoordelijkheid die past bij hun rol:

- Zorgaanbieders die inhaalzorg leveren spannen zich in om passende zorg te leveren binnen de geldende Treenormen.
- Zorgverleners informeren patiënten actief over wachttijden en de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Daartoe is transparantie vereist over de wachttijden richting de NZa via het Zorgbeeldportaal. Deze vereisten komen overeen met de regeling wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch specialistische zorg (nr/reg-1823a). Voor het borgen van de toegang tot zorg van urgentieklasse 3 krijgen zorgprofessionals de ruimte om deze zorg via de bestaande professionele netwerken te organiseren en te leveren (waar nodig vindt bovenregionale afstemming over schaarse capaciteit in LNAZ verband plaats).
- Zbc's leveren een bijdrage aan het verminderen van wachttijden als gevolg van de COVID-pandemie. Hierbij is de zorgplicht van zorgverzekeraars is leidend. ZN en ZKN hebben begin 2021 met elkaar afgesproken dat indien de individuele afspraken tussen zorgverzekeraar(s) en zbc niet toereikend zijn als gevolg van de COVID-pandemie er vroegtijdig bilaterale, lokale gesprekken starten met als mogelijk resultaat een overeengekomen aanvulling op de huidige contractuele afspraken 2021.
- Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor zorgbemiddeling en hebben een heldere communicatie ingericht over de mogelijkheden hiervan voor de verzekerde, zoals ook is opgenomen in de regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) en de Handvatten bij de uitvoering van de zorgplicht. In het kader van hun bemiddelingsfunctie en hun zorgplicht sturen zorgverzekeraars patiëntenstromen uit klasse 3, 4 en 5 als gevolg van te lange wachttijden. Zorgverzekeraars hebben daarmee een belangrijke regionale coördinerende rol in het borgen van de toegankelijkheid van (inhaal)zorg.
- Daarnaast bieden zorgverzekeraars (financieel) comfort aan de zorgaanbieders voor het opschalen voor zorg tot normaal niveau, het leveren van inhaalzorg en vervolgzorg. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben hiervoor reeds de regeling MSZ 2021 opgesteld. Ook ZN en ZKN hebben hierover afspraken gemaakt.
- ROAZ-en hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om lokaal, regionaal en bovenregionaal afspraken te maken om de toegankelijkheid van de acute en semi-acute zorg (klasse 1 en 2) te borgen. Ook bij de inhaalzorg wordt deze rol voortgezet om zo de druk op de keten managen. Concreet betekent dit dat in ROAZ verband en bij het regionaal VVT-overleg de komende tijd – in ieder geval tot het moment van evaluatie van dit tijdelijk kader – regelmatig gesproken wordt over de (on)mogelijkheden van de opschaling van zorg en de wijze waarop de zorgcapaciteit in de regio zo goed mogelijk kan worden benut. Ook houdt het ROAZ zicht op de vraag wat opschaling van medisch specialistische zorg betekent voor de toegankelijkheid van vervolgzorg.

De NZa bevordert vanuit haar toezichthoudende rol dat de samenwerking tussen partijen optimaal en effectief is, en dat binnen de regio en de verschillende zorgaanbieders uitvoering wordt gegeven aan de landelijke afspraken over de spreiding van zorg, zodat de zorg toegankelijk blijft. Vanuit die rol monitort de NZa de toegankelijkheid van zorg. De NZa houdt daarnaast toezicht op zorgverzekeraars op de wijze waarop zij invulling geven aan hun [zorgplicht](#). Daarbij heeft de NZa onder andere oog voor de wijze waarop de zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over hun rol als bemiddelaar en hoe zij dit daadwerkelijk uitvoeren en de wijze waarop zorgverzekeraars bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden. Ook monitort de NZa de aanlevering van wachttijdeninformatie door zorgaanbieders en borgt dat deze informatie periodiek wordt aangeleverd. Daarmee zorgen we ervoor dat patiënten ook op deze wijze optimaal geïnformeerd kunnen worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast signaleert de NZa samen met betrokken partijen knelpunten in de toegang tot (reguliere) zorg en de vervolgzorg. Indien nodig zorgt de NZa samen met betrokken partijen voor een oplossing. Als dat niet lukt, dan informeert de NZa daarover de minister.

Communicatie

Om ervoor te zorgen dat patiënten zo snel mogelijk de passende zorg gaan krijgen die zij nodig hebben, is goede communicatie tussen zorgprofessional en patiënt van groot belang: samen beslissen zij welke zorg onder welke voorwaarden aan de patiënt geleverd wordt. Daarbij is ook nodig dat de patiënt is geïnformeerd over en kan kiezen op welke plek de zorg het snelst geleverd kan worden.

Bij het goed organiseren van de inhaalzorg, staat het belang van actuele en betrouwbare informatie over wachttijden voorop. Actuele informatie is essentieel om de zorg aan de patiënt goed te coördineren en ervoor te zorgen dat de patiënt zijn zorg zo snel mogelijk ontvangt. De patiënt moet goed geïnformeerd worden over de keuzemogelijkheden die hij heeft. We zorgen er daarom voor dat:

- Zorgverleners met de patiënt het gesprek voert volgens het proces van 'Samen beslissen'. Onderwerp van gesprek zijn ook alternatieve vormen van zorg of hybride zorg en de wachttijd voor het leveren van de zorg. De zorgverlener informeert over de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars bemiddelen actief patiënten naar zorg waar nodig op basis van actuele wachttijden aangeleverd via het zorgbeeldportaal, dan wel op de website van de aanbieder, met een onderscheid tussen wachttijden polikliniek en behandeling.
- Alle Nederlanders moeten informatie kunnen vinden over de wachttijden die er zijn voor het ontvangen van zorg. Zorgaanbieders dienen informatie over wachttijden beschikbaar te hebben op hun website. Ook zorgverzekeraars moeten op hun website de mogelijkheid tot wachttijdbemiddeling vermelden. Daarnaast is brede publiekcommunicatie een belangrijk instrument om de patiënt te informeren over de keuzemogelijkheden die er zijn om elders zorg te ontvangen. Hierbij is betrokkenheid van de Patiëntenfederatie van belang en kunnen bijvoorbeeld de kanalen van zorgverzekeraars of de overheid worden gebruikt.
- De NZa houdt continu zicht op de toegankelijkheid van zorg in Nederland als geheel en publiceert hierover periodiek rapportages op haar website.