Addendum kader inhalen van uitgestelde zorg

Addendum Kader 'inhalen van uitgestelde zorg: MSZ'

In mei 2021 heeft de NZa met betrokken partijen het kader passende inhaalzorg vastgesteld. Toen is aangegeven dat het kader tot uiterlijk 31 december 2021 geldig zou zijn en er periodiek gekeken zou worden naar de noodzaak tot verlenging van het kader. Gezien het feit dat als gevolg van nieuwe Covid-golven opnieuw zorg is uitgesteld, moeten we vaststellen dat het ook in 2022 nog steeds noodzakelijk is dat er heldere afspraken bestaan over wie welke rol heeft bij het inhalen van uitgestelde zorg. Dit addendum op het kader voor uitgestelde zorg beantwoordt aan deze behoefte. We spreken in het vervolg van dit addendum van het inhalen van uitgestelde zorg in plaats van inhaalzorg, omdat dit meer recht doet aan de feitelijke omstandigheden.

De uitgangspunten uit het 'kader passende inhaalzorg' van mei 2021 blijven van kracht. Wel vindt een aantal wijzigingen plaats in de artikelen van het kader. Deze wijzigingen worden hieronder toegelicht.

Artikel 1.3: Dit artikel komt te vervallen en wordt vervangen door Artikel 1.3: Bij een opleving van COVID-19 die wederom druk legt op de (semi-)acute zorg in de ziekenhuizen zal het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding opnieuw een rol spelen om de COVID-druk evenredig over het land te verdelen, zodat regionale verschillen in de toegankelijkheid van zorg zoveel mogelijk worden beperkt

Aanscherping artikel 1.4.a: In dit artikel van het kader is opgenomen dat bij het prioriteren van zorg, zowel bij het af- als opschalen van urgentie non-COVID-zorg gebruik gemaakt wordt van de zorgclassificaties zoals vastgesteld in het Raamwerk van de FMS. Hierbij wordt de volgende aanscherping toegevoegd: juist ook bij het op- en afschalen van zorg is het van groot belang dat bij de prioritering de koppeling tussen afschalen een bepaalde volgordelijkheid vereist is richting het realiseren van uitgestelde zorg. In alle gevallen is het belangrijk dat het inhalen van uitgestelde planbare zorg de toegankelijkheid van U3-IC afhankelijke zorg niet belemmerd mag worden. Dat betekent dat ziekenhuizen gezamenlijk prioriteit geven aan het wegwerken van de achterstand van U3-IC afhankelijke zorg en hieraan prioriteit geven bij het toewijzen van IC- en OK-capaciteit ten opzichte van capaciteit voor U4- en U5-zorg.

Aanscherping artikel 1.5: In dit artikel van het kader is aangegeven dat het opschalen van de zorg tot normaal niveau en het inhalen van zorg tot boven dit niveau met een integrale blik op de eerste- en tweedelijnszorg en vervolgzorg gebeurt. Hierbij wordt de volgende aanscherping toegevoegd: In fase 2 van het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ (hierna: LNAZ fase 2), wanneer er sprake is van geleidelijke opschaling van zorg, leveren ziekenhuizen als ook zelfstandige klinieken U4-U5 zorg, zolang het leveren van deze zorg (1) niet de toegang tot U3 zorg op enigerlei wijze belemmert en (2) dit niet leidt tot een onevenredige druk op de vervolgzorg.

artikelen 1.6 en 1.7: Deze artikelen komen te vervallen en worden vervangen door artikel 1.6: Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om samen goede afspraken te maken om toegankelijkheid van zorg te borgen zoals ook in het kader is afgesproken voor 2021 en dat gemaakte afspraken ervoor zorgen dat de financiële risico's door corona in 2022 hanteerbaar zijn voor umc's en algemene ziekenhuizen.

1. In de brief van 9 september jl.[1] over de risicoverevening en bij de antwoorden van de begrotingsbehandeling VWS 2022[2] heeft de voormalig minister van VWS de kamer geïnformeerd over de macronacalculatie op het somatische- en eigen risicomodel. Daarin staat dat in het macrokader voor 2022 (vooraf) geen rekening gehouden is met uitgaven als gevolg van uitgestelde zorg, omdat daarvoor geen raming viel en valt te maken. Tegelijkertijd mag het HLA kader niet beperkend zijn voor uitgaven aan uitgestelde zorg als gevolg van COVID.

[1] TK 2020-2021, 29689, nr. 1126

[2] Antwoorden begrotingsbehandeling, 27 oktober 2021, p46

2. Vanwege de onzekerheden in de uitgaven 2022 is besloten tot een macronacalculatie op het somatische- en eigen risicomodel van 70% .
3. Tevens geldt dat uitgestelde zorg, nazorg en een opleving van de pandemie omstandigheden zijn waarmee rekening wordt gehouden bij een besluit om een eventuele overschrijding van het macrokader te redresseren.

Artikel 1.8: Dit artikel komt te vervallen en wordt vervangen door Artikel 1.7: Voor alle MSZ-zorgaanbieders geldt dat er lokale, bilaterale afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar over het leveren van zorg.

Artikel 2.1.a: Dit artikel komt te vervallen. De NZa ontvangt de informatie over de omvang van uitgestelde zorg op een andere wijze. Zie hiervoor de aanvulling op het nieuwe artikel 2.1.a.

Aanvulling artikel 2.1.a (voorheen artikel 2.1.b): Actueel inzicht in de werkvoorraad en wachttijden zijn de komende tijd van belang om zicht te krijgen op de opgave van uitgestelde zorg en zicht te krijgen op eventuele regionale verschillen. Deze informatie, gecombineerd met wachttijdinformatie en informatie over de productie in ziekenhuizen en zelfstandige klinieken, maken het mogelijk goed zicht te krijgen op de toegankelijkheid van planbare zorg. Daarom gaat de NZa in haar monitoring ook gebruik maken van de werkvoorraad OK-uren per specialisme. Daarnaast werkt de NZa met ZKN samen om de productiedata van een representatief aantal zelfstandige klinieken in beeld te krijgen. De NZa doet daarbij het dringende verzoek aan de zorgaanbieders om de relevante gegevens (werkvoorraad dan wel productiedata) aan te leveren

Artikel 3.3 en 3.6: Het gedeelte van deze artikelen waar verwezen wordt naar de regeling MSZ 2021 en afspraken die gemaakt zijn in 2021 tussen ZKN en ZN komen te vervallen. Voor alle MSZ-zorgaanbieders geldt dat er lokale, bilaterale afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar om de toegankelijkheid van de zorg te borgen Daarnaast spannen ziekenhuizen en klinieken zich maximaal in om wachttijden boven de treeknorm te verkorten. Indien samenwerking tussen zorgaanbieders hieraan bijdraagt, zoeken ziekenhuizen en klinieken deze samenwerking op, ondersteund door zorgverzekeraars.

Aanvulling artikel 3.8: In dit artikel over de rol van de toezichthouders is de volgende rol van de IGJ toegevoegd: De IGJ verwacht dat zorgaanbieders zicht hebben op de risico’s op gezondheidsschade van wachttijden en maatregelen nemen om de kans hierop te verkleinen. Om continuïteitsrisico’s als gevolg van oplopende wachttijden te voorkomen verwacht de IGJ van zorgaanbieders dat zij zich maximaal inspannen om een behandeling zo spoedig en passend mogelijk plaats te laten vinden. De inspectie kijkt tevens naar de elementen van de wachttijdproblematiek die in de invloedssfeer van de zorgaanbieder liggen, zoals transparantie over wachttijden, het informeren van de patiënt over wachttijden en de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.

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

Tot slot gelden in aanvulling hierop de afspraken zoals in aanvulling op het tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de COVID-19 pandemie van november jl. zijn afgesproken. Om deze afspraken te realiseren neemt iedereen zijn verantwoordelijkheid. De betrokken partijen hebben op 1-3-2022 daartoe hun commitment uitgesproken. Bij de duur van dit tijdelijk kader wordt wederom aangesloten bij de periode waarin fase 2 van het LNAZ opschalingsplan van kracht is en tot uiterlijk 31 december 2022. Periodiek zal in 2022 de noodzaak voor dit kader worden besproken op basis van knelpunten die naar voren komen bij de monitoring van de toegankelijk. Indien wordt vastgesteld dat ook in 2023 behoefte is aan een tijdelijk kader rond uitgestelde zorg, zal er een opnieuw een kader worden vastgesteld

Bijlage: inhalen van uitgestelde zorg: MSZ

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 uitgestelde 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 uitgestelde 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 kader[3] richt zich specifiek op het opschalen van de zorg tot op normaal niveau en het inhalen van Momenteel (21-2-2022) zijn er landelijk 15% minder operatiekamers dan gebruikelijk operationeel, waarbij de laatste weken een geleidelijke stijging is waar te nemen in het aantal operatiekamers dan operationeel is. 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 uitgestelde zorg leidt tot financiële kwetsbaarheden moet dit tijdig besproken worden en een maatwerkoplossing worden 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 uitgestelde zorg. 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 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 2022. Periodiek zal in 2022 de noodzaak voor dit kader worden besproken op basis van knelpunten die naar voren komen bij de monitoring van de toegankelijk. Indien wordt vastgesteld dat ook in 2022 behoefte is aan een tijdelijk kader rond uitgestelde zorg, zal er een opnieuw een kader worden vastgesteld waarin onder meer de financiële regelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder

[3] Dit kader is gezamenlijk opgesteld met ZN, NVZ, NFU, ZKN, FMS, Patiëntenfederatie, LHV en VenVN

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 uitgestelde zorg

Het tijdelijk kader bevat de volgende elementen

1. Randvoorwaarden bij het uitvoeren van uitgestelde zorg
2. Transparantie over de toegankelijkheid van zorg via monitoring
3. Verantwoordelijkheden van partijen bij het opschalen van zorg
4. Communicatie

1 Randvoorwaarden bij het uitvoeren van de uitgestelde zorg

1 De uitgestelde 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.

a Bij het uitvoeren van de uitgestelde zorg, 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. 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 uitgestelde zorg waar mogelijk versneld in op het transformeren naar digitale/hybride zorg en passen zorgpaden en werkwijzen daarop aan.

2 De beschikbaarheid van voldoende zorgpersoneel is een primaire voorwaarde om zorg te kunnen opschalen tot regulier niveau en om daarnaast uitgestelde zorg te kunnen leveren. Om de continuïteit van zorg op de langere termijn te borgen moet daarom rekening gehouden worden met de belastbaarheid van zorgpersoneel. Hiertoe hebben V&VN en FMS het Herstelplan voor de zorg opgesteld.

3 Bij een opleving van COVID-19 die wederom druk legt op de (semi-)acute zorg in de ziekenhuizen zal het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding opnieuw een rol spelen om de COVID-druk evenredig over het land te verdelen, zodat regionale verschillen in de toegankelijkheid van zorg zoveel mogelijk worden beperkt

a Het LCPS zijn functie behoudt (incl. doorzettingsmacht) in de spreiding van COVID-19 patiënten om zo landelijk een gelijk speelveld te creëren voor opschaling.

b Het ROAZ/RCPS ervoor zorgt dat de benodigde capaciteit voor de opvang van COVID-19 patiënten in de regio geborgd is.

4 Bij het inhalen van de uitgestelde 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:

a 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). Dit betekent dat bij het op- en afschalen van zorg het van groot belang is dat bij de prioritering de koppeling tussen afschalen een bepaalde volgordelijkheid vereist is richting het realiseren van uitgestelde zorg. In alle gevallen is het belangrijk dat bij het inhalen van uitgestelde planbare zorg de toegankelijkheid van U3-IC afhankelijke zorg niet belemmerd mag worden. Dat betekent dat ziekenhuizen gezamenlijk prioriteit geven aan het wegwerken van de achterstand van U3-IC afhankelijke zorg en hieraan prioriteit geven bij het toewijzen van IC- en OK-capaciteit ten opzichte van capaciteit voor U4- en U5-zorg.

b 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.

5 Het opschalen van de zorg tot normaal niveau en het inhalen van uitgestelde 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 uitgestelde 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. Daarnaast geldt dat in fase 2 van het Opschalingsplan COVID-19 van het LNAZ (hierna: LNAZ fase 2), wanneer er sprake is van geleidelijke opschaling van zorg, ziekenhuizen als ook zelfstandige klinieken U4-U5 zorg leveren, zolang het leveren van deze zorg (1) niet de toegang tot U3 zorg op enigerlei wijze belemmert en (2) dit niet leidt tot een onevenredige druk op de vervolgzorg. Voorgaande houdt concreet in dat:

a 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 uitgestelde 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.

b NZa ondersteunt zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de ROAZ-regio's met regiorapportages, waardoor partijen geïnformeerd zijn over de beschikbare capaciteit binnen en buiten de regio.

6 Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om samen goede afspraken te maken om toegankelijkheid van zorg te borgen zoals ook in het kader is afgesproken voor 2021 en dat gemaakte afspraken ervoor zorgen dat de financiële risico’s door corona in 2022 hanteerbaar zijn voor umc’s en algemene ziekenhuizen

   a In de brief van 9 september jl. over de risicoverevening en bij de antwoorden van de begrotingsbehandeling VWS 2022 heeft de voormalig minister van VWS de kamer geïnformeerd over de macronacalculatie op het somatische- en eigen risicomodel. Daarin staat dat in het macrokader voor 2022 (vooraf) geen rekening gehouden is met uitgaven als gevolg van uitgestelde zorg, omdat daarvoor geen raming viel en valt te maken. Tegelijkertijd mag het HLA kader niet beperkend zijn voor uitgaven aan uitgestelde zorg als gevolg van COVID.

   b Vanwege de onzekerheden in de uitgaven 2022 is besloten tot een macronacalculatie op het somatische- en eigen risicomodel van 70% .

   c Tevens geldt dat uitgestelde zorg, nazorg en een opleving van de pandemie omstandigheden zijn waarmee rekening wordt gehouden bij een besluit om een eventuele overschrijding van het macrokader te redresseren.

7 Voor alle MSZ-zorgaanbieders geldt dat er lokale, bilaterale afspraken worden gemaakt met de zorgverzekeraar over het leveren van zorg.

2 Transparantie over de toegankelijkheid van zorg via monitoring

1 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:

a 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. Vanzelfsprekend is het daarvoor nodig dat zorgaanbieders dit naleven en dat cijfers actueel zijn om sturing mogelijk te maken. Actueel inzicht in de werkvoorraad en wachttijden zijn de komende tijd van belang om zicht te krijgen op de opgave van uitgestelde zorg en zicht te krijgen op eventuele regionale verschillen. Deze informatie, gecombineerd met wachttijdinformatie en informatie over de productie in ziekenhuizen en zelfstandige klinieken, maken het mogelijk goed zicht te krijgen op de toegankelijkheid van planbare zorg. Daarom gaat de NZa in haar monitoring ook gebruik maken van de werkvoorraad OK uren per specialisme. Daarnaast werkt de NZa met ZKN samen om de productiedata van een representatief aantal zelfstandige klinieken in beeld te krijgen. NZa doet daarbij het dringende verzoek aan zorgaanbieders om wachttijd en werkvoorraad data aan te leveren in het Zorgbeeldportaal.

b De LCPS heeft inzicht in de spreiding van COVID-19 patiënten en informeert zorgverzekeraars, ziekenhuizen en de NZa hierover

c De LCPS heeft inzicht in de spreiding van COVID-19 patiënten en informeert zorgverzekeraars, ziekenhuizen en de NZa hierover.

2 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 uitgestelde zorg en de te leveren vervolgzorg.

3 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.

3 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. Het inhalen van uitgestelde zorg is een gezamenlijke opdracht, waarbij partijen zich gezamenlijk inspannen om de uitgestelde zorg 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 het inhalen van uitgestelde zorg en in het verlengde daarvan de vervolgzorg, nemen alle partijen hun verantwoordelijkheid die past bij hun rol:

1. Zorgaanbieders die uitgestelde zorg leveren spannen zich in om passende zorg te leveren binnen de geldende Treeknormen.
2. 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).
3. Klinieken leveren een bijdrage aan het verminderen van wachttijden als gevolg van de COVID pandemie. Hierbij is de zorgplicht van zorgverzekeraars leidend.
4. Ziekenhuizen en klinieken spannen zich maximaal in om wachttijden boven de treeknorm te verkorten. Indien samenwerking tussen zorgaanbieders hieraan bijdraagt, zoeken ziekenhuizen en klinieken deze samenwerking op, ondersteund door zorgverzekeraars.
5. 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 coördinatierol in het borgen van de toegankelijkheid van (uitgestelde)zorg.
6. Daarnaast bieden zorgverzekeraars (financieel) comfort aan de zorgaanbieders voor het opschalen van zorg tot normaal niveau, het leveren van uitgestelde zorg en vervolgzorg.
7. 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 uitgestelde zorg 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.
8. De NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd trekken daar waar mogelijk en relevant vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit en veiligheid van zorg. 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. De IGJ verwacht dat zorgaanbieders zicht hebben op de risico's op gezondheidsschade van wachttijden en maatregelen nemen om de kans hierop te verkleinen. Om continuïteitsrisico's als gevolg van oplopende wachttijden te voorkomen verwacht de IGJ van zorgaanbieders dat zij zich maximaal inspannen om een behandeling zo spoedig en passend mogelijk plaats te laten vinden. De inspectie kijkt tevens naar de elementen van de wachttijdproblematiek die in de invloedssfeer van de zorgaanbieder liggen, zoals transparantie over wachttijden, het informeren van de patiënt over wachttijden en de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar.

4 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 uitgestelde zorg, 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:

1. 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.
2. 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.
3. De NZa houdt continu zicht op de toegankelijkheid van zorg in Nederland als geheel en publiceert hierover periodiek rapportages op haar website.