

Opdracht taskforce:

De taskforce optimale inzet ziekenhuis capaciteit onderzoekt en realiseert wat nodig is om vanaf september 2022 de covid ziekenhuiszorg zo te organiseren dat de reguliere zorg zoveel mogelijk toegankelijk blijft. De taskforce brengt in beeld wat hiervoor nodig is in termen van middelen, financiën en governance/doorzettingsmacht. In het licht van haar opdracht organiseert de taskforce 1 of meerdere pilots van geconcentreerde ziekenhuiszorg.

De taskforce:

- Brengt in beeld welke organisatie, sturing en capaciteit nodig is in termen van mensen en spullen voor 1 september 2022.
- Daarbij vraagt de taskforce in het veld uit welke innovatieve aanpakken hierbij mogelijk zijn.
- Daarbij onderzoekt de taskforce welke ervaringen in het buitenland zijn opgedaan met covidzorg in ziekenhuizen, bijvoorbeeld door separate covid ziekenhuizen te maken.
- Daarbij wordt de taskforce gevraagd om in februari/maart 1 of meerdere pilots te starten waarin covid zorg geconcentreerd wordt verleend. De ervaringen met deze pilot(s) worden door de taskforce gemonitord zodat verwachte efficiencywinst kan worden gevalideerd en geleerde lessen voor het najaar van 2022 kunnen worden benut.
- Stelt voor hoe de financiering en bekostiging van covid-zorg vorm gegeven moet worden. Daarbij moet rekening worden gehouden met de subsidieregeling die geldt tot en met 2022 (hoe zijn deze middelen te benutten en mogelijk tussen ziekenhuizen te verschuiven) en de reguliere bekostiging zoals deze vanaf 2023 weer in zou moeten gaan door verzekeraars.
- Brengt in beeld hoe de coördinatie en eventueel sturing van capaciteit in tijden van crisis moet worden vormgegeven. Waarbij rekenschap wordt gegeven van de ervaring, kennis en infrastructuur die is opgebouwd door de LNAZ, het LCPS en de ROAZen.

De organisatie

De taskforce heeft een onafhankelijke voorzitter. Het secretariaat wordt vormgegeven door MinFin en VWS gezamenlijk. Het secretariaat heeft een linking pin met het secretariaat optimale inzet zorgmedewerkers. Het secretariaat wordt ondersteund door een extern bureau.

Voor deelname aan de taskforce worden uitgenodigd: MinFin, SZW, EZ, NZA, IGJ en een aantal experts uit de zorgwereld die op persoonlijke titel deelnemen.

In een klankbordgroep die bestaat uit NVZ, NFU, LHV, InEen en ZN worden voorstellen getoetst.

Een paar opmerkingen vooraf:

1. Bijgaand voorstel gaat uit van een taskforce met een tweeledige opdracht: voor de KT en MLT.
2. Op de inhoud denken we dat je voor de pilots het volgende zou moeten doen:
 - Huur 5.1.2e in
 - Samen met een PZO (kwaliteit en organisatie), een Z (financiering) en iemand uit flex pool kan hij aan de slag.
 - Graag aan voorkant commitment van Hugo bij Wobke regelen op financiën en aanpak; als zij mee willen doen, prima.
 - Zouden vrij top down inrichten:
 - Uitvraag wat we willen beschrijven (komende twee weken), denk aan aantallen, kwaliteitseisen etc.
 - Daarna per 20 december de uitvraag bij ROAZ en/of bij Ziekenhuizen neerleggen wie gegeven uitvraag een aanbod wil doen. Deadline reactie uitvraag 7 januari.
 - Taskforce selecteert het aanbod op:
 - Op kortst mogelijke termijn te organiseren;
 - Goedkoopst;
 - Draagvlak in de regio.
 - Uiterlijk 14 januari selectie. En dan aan de slag met de uitwerking en uitvoering.

Daarnaast starten we dan offerte aanvraag ondersteuning taskforce door rebel, gupta (daar zit 5.1.2e) of 5.1.2e

3. Voor de KT zou je het ook anders kunnen doen: Je zou de opdracht voor de pilots mogelijk neer kunnen leggen bij de NZA.
4. Wat doen we met meneer 5.1.2e?
5. Er is een kans dat pilots niet lukken? Wat doen we dan? Hoe minimaliseren we afbreukrisico voor minister en zorgen we dat de dan snel kunnen stoppen/werk niet doorloopt.

Achtergrond opdracht

- We willen voorkomen dat bij een volgende golf aan covid patienten in de ziekenhuizen de reguliere zorg weer wordt overbelast en moet worden afgeschaald. Dit ontwricht de reguliere zorg en zorgt voor overbelasting van het personeel.
- Er is de afgelopen maanden ook gebleken dat ziekenhuizen onvoldoende in staat zijn om te opschalen conform het oorspronkelijke IC-opstalingsplan. Men kan alleen kortdurend opschalen naar 1350 bedden en helemaal niet naar 1700 bedden. Dit ligt op dit moment niet aan de beschikbaarheid van geld of spullen, maar een tekort aan personeel. Dit omdat het personeel er niet is, het ziekteverzuim hoog is, er onvoldoende verpleegkundigen zijn opgeleid (omdat ziekenhuizen zich richten op zowel covid-zorg als (het inhalen van) reguliere zorg) en personeel niet langer wil werken.
- De financiering voor de covid-zorg in ziekenhuizen is voor het grootste gedeelte mogelijk gemaakt met een subsidie. Deze loopt uiterlijk 31 december 2022 af.
- De Kamer heeft een motie aangenomen die luidt pm

De komende tijd willen we langs twee sporen werken aan opschaling van de zorg en het ontlasten van de reguliere zorg.

- Inzetten op meer personeel.
- Een andere organisatie van de covid zorg in de ziekenhuizen.

Voor beide sporen wordt een taskforce ingericht. De taskforce personeel wordt getrokken door...

De taskforce andere organisatie covid in ziekenhuizen (AOCZ) door de DGCZ.

Deze opdracht ziet op de taskforce AOCZ.

Inhoud opdracht:

De taskforce heeft een tweeledige opdracht:

Deel A: tot stand brengen experimenten met geconcentreerde zorg

- Maak mogelijk dat – op basis van vrijwilligheid – in 2 tot 3 ROAZ regio's op zo kort mogelijke termijn (inzet is tweede helft deze winter beschikbaar) een experiment kan worden gestart met het concentreren van de Covid-IC en klinische capaciteit in 1 of een beperkt aantal ziekenhuizen voor de duur van 1 jaar.
- Laat dit experiment monitoren en lerend evalueren zodat we hiervan kunnen leren voor de toekomst.

Deel B: Beschikbaarheid voldoende IC-capaciteit vanaf september 2022

- Onderzoek en realiseer wat nodig is om vanaf september 2022 voldoende covid ziekenhuiszorg beschikbaar te hebben in termen van mensen, middelen, financiën en governance/doorzettingsmacht.

In dit licht wordt de taskforce gevraagd een verkenning te doen en vervolgens de gewenste uitkomst tot stand te brengen.

Analyse en verkenning (tot 1 februari)

- Breng in beeld hoeveel capaciteit extra nodig is in termen van mensen en spullen en hoe dit zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden georganiseerd voor 1 september 2022. Breng in beeld welke innovatieve aanpakken hierbij mogelijk zijn.

- Breng in beeld hoe de financiering en bekostiging vorm gegeven moet worden. Daarbij moet rekening worden gehouden met de subsidieregeling die geldt tot en met 2022 (hoe zijn deze middelen te benutten en mogelijk tussen ziekenhuizen te verschuiven) en de reguliere bekostiging zoals deze vanaf 2023 weer in zou moeten gaan door verzekeraars.
- Breng in beeld hoe de coördinatie van capaciteit in tijden van crisis moet worden vormgegeven. Waarbij rekenschap wordt gegeven van de ervaring, kennis en infrastructuur die is opgebouwd door de LNAZ, het LCPS en de ROAZen.
- Deze verkenning moet 1 februari 2022 zijn afgerond en worden voorgelegd aan de verantwoordelijk minister en het kabinet zodat deze kan besluiten over vervolgstappen.

Uitvoering

- De taskforce geeft uitvoering aan het besluit dat het kabinet neemt

Organisatie Taskforce

De taskforce zal bestaan uit de DGCZ (vz)/de PDGCZ Covid, een secretariaat - dat is samengesteld uit de directeur covid van DGCZ, 1 medewerker van DGCZ en 1 medewerker van Min Fin - OCW, MinFin, SZW, EZ, NZA, IGJ.

Binnen VWS is er een werkgroep die wordt geleid door de directeur covid van CZ en het secretariaat van de taskforce en bestaat uit MEVA (mensen), GMT en CZ (spullen), Z en FEZ (financiering) en PZO (governance, doorzettingsmacht).

Er wordt een "expertgroep uitvoering" ingericht die steeds toetst of de plannen van de taskforce uitvoerbaar zijn. Hierin hebben experts uit het zorgveld op persoonlijke titel zitting.

De voorstellen worden bestuurlijk getoetst bij de veldpartijen.

De heer 5.1.2e wordt gevraagd 5.1.2e van de pilots

Achtergrondinformatie: waarom pilots?

We willen een experiment doen omdat de verwachting is dat centralisatie van de covid zorg leidt tot verbetering van productiviteit en minder belasting van de reguliere zorg doordat:

- Je meer gespecialiseerd kan gaan werken kun je bijvoorbeeld 1 verpleegkundige op 4 patiënten inzetten, en in de nacht zelfs 1 op 5.
- Er dan in de andere ziekenhuizen in die regio geen noodzaak is voor opschalen van IC capaciteit en daardoor het afschalen van reguliere zorg.
- Je kunt werkprocessen nog beter inrichten (bijvoorbeeld minder omkleden)
- Je personeel aanneemt dat echt kiest voor deze zorg en deze manier van werken.

De verwachting is wel dat je daarbij wel bereid zult moeten zijn een relatief hoger salaris te betalen aan personeel in deze "covid-zorg units".