



U beter. De zorg beter.

Aan Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

5.1.2e

per mail: 5.1.2e @igj.nl

Zoetermeer, 14 december 2020

Geachte mevrouw 5.1.2e

Kwaliteit en veiligheid van zorg kan niet worden gegarandeerd zonder breed toegankelijke zorg. Wij hechten dan ook aan de door u gevraagde regionale samenwerking en stellen het op prijs dat u daar vanuit uw rol als toezichthouder inzicht in wil verkrijgen middels uw brief van 16 november jl..

Samenwerking van klinieken met ziekenhuizen en academische centra is niet nieuw - er zijn meerdere goede en succesvolle voorbeelden. In het huidige tijdsgewricht, met zorg die onder druk staat en oplopende wachtlijsten, is samenwerking meer en meer een vereiste. Het handelen van klinieken gedurende de Covid crisis is gestoeld op diverse afspraken en samenwerkingen die gedurende de Covid crisis vorm hebben gekregen. De rol van de klinieken is die van zorgpartner waarbij ZKN zich gedurende de Covid crisis steeds heeft ingezet voor behoud van de maximale capaciteit voor zowel Covid- als niet Covid zorg. Dit is conform het landelijk beleid. Naar aanleiding van dit landelijk beleid, verwoord in het beleidskader VWS, heeft de samenwerking tussen partners in de MSZ vorm gekregen in de leidraad 'regionale samenwerking MSZ' (bijlage 1). Daarbij heeft ZKN haar coronabeleid opgesteld dat gedurende de voortgang van de Covid crisis steeds wordt aangepast aan de mogelijkheden en eisen van dat moment (bijlage 2, momentaan 3^e versie). Als laatste benoemen wij hier de notitie 'passende inzet van personeel ten behoeve van reguliere zorg' (bijlage 3), waarin wij de inzet van medewerkers duiden en uitleggen.

Vanuit de voorzitters van de ROAZ-regio's heeft u de antwoorden ontvangen op uw vragen inzake de regionale samenwerking. ZKN hecht eraan u middels deze brief te informeren over de ervaringen van de ZKN-vertegenwoordigers in de ROAZ-regio's, waarmee u samen met de antwoorden op uw brief, een volledig beeld krijgt van de actuele situatie in de verschillende regio's. We doen dat langs de lijn van de 4 randvoorwaarden opgesomd in uw toezichtskader.

1. Vertrouwen in elkaar en heldere verwachtingen over ieders rol in de zorg

ZKN stelt vast dat door (nieuwe) contacten tussen ziekenhuizen en klinieken en de aansluiting in een aantal ROAZ-regio's er over en weer meer begrip ontstaat voor ieders rol en verantwoordelijkheid in het zorgveld. Door contacten wordt een relatie opgebouwd, leert men elkaar kennen en vertrouwen en wordt er een basis gelegd voor samenwerking. Nieuwe maar ook verbeterde vormen van samenwerking ontwikkelen zich en worden als best practices gedeeld. Tussen onze leden maar ook met de rest van het veld (bijlage 4).

Deze samenwerkingsvoorbeelden ontstaan vaak bilateraal of in groepjes van MSZ-instellingen (ziekenhuizen en klinieken) in een regio. Wat ZKN betreft kan het samen beter. ZKN verwacht dat de ROAZ-regio's vanuit de door NZa gegeven opdracht voor afstemming van de zorg daarin een meer verbindende en ondersteunende rol gaan spelen, waarbij klinieken als volwaardig en gelijkwaardig gesprekspartner op basis van onderling vertrouwen participeren. ZKN stelt vast dat dit proces van aansluiting en volwaardige deelname vooruitlopend op uw tweede punt vooralsnog moeizaam verloopt.





2. Samenwerking vraagt om betrokkenheid bij besluitvorming over inrichting van zorg en vraagt om sturingsinformatie

Samenwerking vraagt om betrokkenheid en aansluiting van alle aanbieders. ZKN heeft in afstemming met de NZa gekozen voor een model van vertegenwoordiging om e.e.a. voor eenieder werkbaar te houden. 10 Kliniekdirecteuren zijn in augustus en september benaderd om als vertegenwoordiger namens de klinieken op te treden en zijn voorgedragen aan de 10 ROAZ-bureaus. Dit proces, waarvoor vanuit het ZKN-bureau met de kliniekvertegenwoordigers een behoorlijke inspanning is geleverd, heeft er uiteindelijk toe geleid dat nu in drie regio's sprake is van volwaardige aansluiting en participatie in het ROAZ-overleg. In vijf regio's is, met een wisselende frequentie, sprake van contact met het ROAZ-bureau en/of de voorzitter, waarbij in enkele van deze regio's de vertegenwoordiger tevens agendalid van het ROAZ-overleg is. In twee regio's (Zwolle en Zuidwest) is er - ondanks herhaaldelijk verzoek - tot op heden geen enkele vorm van overleg en afstemming over de participatie van klinieken in het ROAZ.

Er zijn ook verschillen in de mate waarin onze ZKN-vertegenwoordigers betrokken zijn geweest bij de beantwoording van uw vragen. Drie regio's springen er in negatieve zin uit. Vanuit de regio's Zwolle, Zuidwest en West is op geen enkele wijze contact gelegd en / of gehoor gegeven aan toenadering voor afstemming over de beantwoording. In 7 van de 10 andere regio's lijkt - los van mate van participatie in het ROAZ - de beantwoording overeen te komen met de zienswijze van de kliniekvertegenwoordigers. Wij verwijzen u voor een totaaloverzicht naar bijlage 5.

Het maken van afspraken over het zo veel als mogelijk doorgang kunnen laten vinden van de zorg is in meerdere regio's nauwelijks onderwerp van gesprek of wordt niet gezien als aanleiding om met elkaar in gesprek te gaan. ZKN constateert dat ROAZ-regio's vanuit hun eigenlijke, oorspronkelijke taken en verantwoordelijkheden zich vooral richten op de afstemming en organisatie van de (semi-) acute zorg in en tussen de regio's. Daar waar de Covid-zorg nu zo'n essentieel onderdeel van uitmaakt. Gezien de situatie in de ziekenhuizen is dat begrijpelijk. Tegelijkertijd signaleert ZKN dat wachtlijsten voor minder urgent planbare zorg fors oplopen vanwege het afschalen van reguliere zorg in de afgelopen periode.

Je zou kunnen stellen dat er een discrepantie is tussen de focus van het ROAZ op klasse 1, 2 en 3 van de FMS-lijst en het 'aanbod' van klinieken voor reguliere planbare zorg in klasse 3, 4 en 5. Hierdoor komt het gesprek met en binnen het ROAZ moeilijk op gang.

De sturingsinformatie vanuit het dataportaal 'Zorgbeeld' van de NZa zou, uitgaande van gespreksdeelname door klinieken in het ROAZ, een impuls moeten gaan geven aan de samenwerking. Klinieken leveren aan dit dataportaal van harte en voortvarend een bijdrage. Binnen een week hebben ruim 90 van de 145 ZKN-klinieken zich al aangemeld. Opgemerkt moet worden dat een deel van onze achterban wel zijn vraagtekens zet bij het dataportaal. Men stelt dat data om patiënten, op basis van inzicht in capaciteit, te leiden naar instellingen waar zij sneller geholpen kunnen worden, in feite al lang beschikbaar zijn, maar blijkbaar onvoldoende worden benut. Wij verwachten dat het dataportaal nog inzichtelijker zal maken wat al kan.

De verwijzingen naar klinieken stijgen of nemen relatief veel minder af. In ieder geval stijgt het aandeel van de verwijzingen naar de klinieken. Patiënten, samen met hun verwijzers, zoeken begrijpelijkerwijs hun eigen weg als ze lang op een afspraak moeten wachten door olopende wachtlijsten. Klinieken geven bij de zorgverzekeraars aan hier extra capaciteit voor beschikbaar te hebben. De financiële randvoorwaarden, maatregel 5 uit het tijdelijk beleidskader, is al langere tijd onderwerp van gesprek met ZN en de individuele zorgverzekeraars en kan vooruitlopend op punt 3 en 4 uit uw kader als een belangrijk knelpunt en dus risico worden beschouwd.

3. Signaleren en beheersen van de risico's in de zorg en in de samenwerking is vereist

Aan het signaleren en beheersen van risico's hecht ZKN zeker ook belang. Gelijkwaardigheid tussen aanbieders en met elkaar het gesprek aangaan om de beschikbare capaciteit zo goed mogelijk te benutten is hiervoor vereist.





Het daarvoor uitgewerkte samenwerkingsmodel 'regionale samenwerking' en de sturingsinformatie uit Zorgbeeld moeten hierin faciliterend zijn.

Klinieken verrichten onderzoeken (diagnostiek) en voeren behandelingen uit die vanuit het perspectief van de individuele patiënt wel degelijk urgent kunnen zijn, of uiteindelijk bij te lang wachten vanzelf ook medisch urgent worden. Voor deze behandelingen is nu landelijk en met een behoorlijke spreiding over de regio's behandelcapaciteit beschikbaar. Het is derhalve onnodig de wachttijden te laten oplopen boven de geldende Treeknormen. Wat speelt is het 'frame' wat leeft binnen ziekenhuizen dat doorgang van planbare zorg onaanvaardbaar is. Waarbij dan zonder overleg met klinieken en zonder het bieden van transparantie over de beschikbare capaciteit binnen de ziekenhuizen, door het ROAZ wordt gevraagd naar inzet van kliniekpersoneel binnen ziekenhuizen. ZKN heeft met haar eerdergenoemde notitie in bijlage 3 dit laatste punt zorgvuldig geadresseerd. Daarnaast wijzen wij op de staande praktijk in veel ziekenhuizen ten aanzien van de mate van afschaling van minder urgent planbare zorg, op onze zorgplicht en op de afwezigheid van een CB-regeling in de tweede golf.

4. Samen knelpunten oplossen en als dat niet mogelijk is adresseren daar waar aan een oplossing gewerkt kan worden.

Op basis van de ontvangen afschriften van de brieven, in antwoord op uw vragen, stelt ZKN bij de beantwoording van vraag 6 vast dat er vanuit de ROAZ-voorzitters niet of nauwelijks knelpunten worden ervaren in de samenwerking. Klinieken zien ze wel. In de reacties klinkt door dat ROAZ-regio's worstelen met deze extra opdracht van de NZa:

- Veelal wordt ingestoken vanuit reguliere taak en verantwoordelijkheid namelijk de (semi-) acute zorg en de organisatie en afstemming ervan in de regio.
- Urgent planbare zorg (<6 weken) wordt daar nog bij gehaald maar afstemming en samenwerking over klasse 4 en 5 met als doel (groepen) patiënten sneller te helpen en capaciteit daarmee vrij te maken in ziekenhuizen voor klasse 1,2,3 lijkt in veel gevallen voor het ROAZ en de deelnemers een brug te ver.
- De samenwerkingsvoorbeelden zijn er wel, maar die ontstaan bilateraal of in groepjes van MSZ-instellingen (ziekenhuis en kliniek) binnen een regio. De vraag is welke stimulerende en ondersteunende rol het ROAZ daarin speelt. In deze samenwerkingen is de ROAZ niet het stimulerende gremium.
- De kloof tussen ROAZ-focus op FMS-lijst en het ZKN-'aanbod' voor reguliere planbare zorg lijkt lastig overbrugbaar.

Het beroep op de inzet van kliniekpersoneel in ziekenhuizen wordt in de beantwoording van de brief door de ROAZ-voorzitters niet (meer) genoemd. De ZKN-insteek in deze wordt bijna over de hele linie gerapporteerd, herkend en deels erkend. Verder valt op dat veel antwoorden van de ROAZ-voorzitters nog vanuit het proces worden ingestoken: er moet nog overlegd worden, gesprekken zijn gaande, contacten zijn gelegd voor het geval dat, etc.

ZKN wijst IGJ op het positieve signaal, dat een groot aantal ZKN-leden op directieniveau de handschoen heeft opgepakt om van de deelname aan het ROAZ een succes te maken. Althans voor zover dat in onze macht ligt. Wij gaan hier organisch mee om in die zin, dat wij het proces van aansluiting niet afdwingen, maar af laten hangen van de couleur locale en de al of niet gevoelde noodzaak om klinieken mee te laten praten - en vooral meedenken - over de zorg uitdagingen die Covid met zich meebrengt. De inzet van onze vertegenwoordigers wordt ondersteund door het ZKN-bureau. Wekelijks vindt vanuit het bureau met de ROAZ-vertegenwoordigers gezamenlijk overleg plaats om de voortgang en eventuele obstakels te bespreken.

Financiering als knelpunt

Verzekeraars vragen expliciet om aansluiting van klinieken in het ROAZ als oplossing voor de olopende wachtlijsten. Zowel binnen het ROAZ als rechtstreeks richting ZKN. Echter we moeten helaas vaststellen dat er op dit moment bij het ROAZ en de hieraan deelnemende ziekenhuizen geen incentives lijken te zijn om zorg ook echt te verplaatsen en patiënten te laten helpen op plekken waar dat binnen de daarvoor geldende treeknormen mogelijk is. Dit komt de toegankelijkheid en dus ook de kwaliteit en veiligheid van zorg niet ten goede.





Onze bezorgdheid is in meerdere bestuurlijke en bureau overleggen gedeeld met u, NZa, VWS en ZN. Wij verwijzen hierbij tevens naar onze brief van 3 december aan ZN. U heeft dit schrijven in afschrift reeds ontvangen.

Al geruime tijd wijst ZKN op het gegeven dat de generieke afspraken tussen ZN en de ziekenhuiskoepels tot gevolg hebben dat geld, bestemd voor reguliere zorg, vast komt zitten in de lumpsum-betaling van het ziekenhuis, terwijl de patiënt zorg ontvangt buiten het ziekenhuis. Het is een lastig probleem en ZKN begrijpt de dilemma's, ook aangaande het macrokader. Om alle capaciteiten in te kunnen zetten dienen er nieuwe modellen voor financiering hoe dan ook de nieuwe samenwerkingsvormen te gaan ondersteunen. Dit wordt ook in het HLA ondersteund met het principe dat het geld de patiënt dient te volgen.

Afsluitend

Met deze rapportage en onze bespiegelingen daarbij hopen wij bij te dragen aan een zorgvuldige oordeelsvorming over de noeste pogingen in de MSZ om gezamenlijk tot samenwerking te komen. Wij danken u voor de aandacht.

In het kader van delen van informatie met betrekking tot het Tijdelijk beleidskader en de opdracht aan het ROAZ is een afschrift van deze brief verstuurd aan NZA, ZN en VWS.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

Bijlagen (in 1 document)

1. Leidraad regionale samenwerking MSZ
2. Coronabeleid ZKN 1 oktober 2020
3. ZKN-notitie - Passende inzet personeel ten behoeve van reguliere zorg 13 oktober 2020
4. ZKN-brief Samenwerking ziekenhuizen en klinieken 16 november 2020
5. Mate van aansluiting klinieken op ROAZ-regio's d.d. 2 december 2020

Cc

5.1.2e, ministerie van VWS; 5.1.2e @minvws.nl
 5.1.2e Nederlandse Zorgautoriteit; 5.1.2e @nza.nl
 5.1.2e Zorgverzekeraars Nederland; 5.1.2e @zn.nl

