





Doel van deze sessie

- Context: reële mogelijkheid dat het aantal MSOB-aanvragen op enig moment in de periode van maart t/m mei explosief stijgt
- Centrale vraag: hoe gaan we daar als driehoek mee om?
- Doel: ter voorbereiding op mogelijke noodsituatie nu vast gezamenlijk optimale werkwijze tijdens noodsituatie vaststellen en nadenken over mogelijk nieuw toetsingskader
- Hoe: vandaag gesprek over i) beleidsprioriteiten en ii) het werkproces van het driehoeksoverleg

- 7 discussiepunten om die discussie eerste richting te geven
- Resultaten 'landen' in toetsingskader



Scenario's voor beleidsprioriteiten

Huidig toetsingskader (d.d. 31-12-2020) kent de volgende prioriteitstelling:

- Ondersteuning van verpleeghuizen om de druk op de continuïteit van de zorg te verminderen;
- Ondersteuning van de keten om stagnatie van de doorstroom vanuit ziekenhuizen te voorkomen;
- Landelijke capaciteit (UMCU) voor opvang van patienten uit andere regio's.

Maar beleidsprioriteit is niet in beton gegoten. Drie mogelijke scenario's:

1. Behoud van de huidige beleidsprioriteit
2. Druk op de ziekenhuiszorg neemt toe
 - Door toename van het aantal besmettingen en veel uitval van zorgpersoneel in wijkverpleging en ziekenhuizen (hebben nog geen (tweede) vaccinatie gehad)
3. 'De dijken breken door'
 - De druk op alle sectoren loopt op, uitval van zorgmedewerkers en de toegang tot de Covid en niet - Covid zorg is in het geding



Scenario's voor beleidsprioriteiten (vervolg)

Discussiepunt 1/7: De mail met deze ppt bevat tevens een bijlage met de huidige status van de regioplannen voor op- en afschaling van zorg tijdens een derde golf. Geeft dit nu al aanleiding tot het aanpassen van de huidige beleidsprioriteit (d.d. 31-12-2020)?

Discussiepunt 2/7: De beleidsprioriteit hangt niet enkel van de situatie in de zorg af, maar dient ook goed aan te sluiten op de mogelijkheden bij Defensie. Met welke factoren moeten we rekening houden t.a.v. de inzet van Defensiepersoneel indien we een nieuwe beleidsprioriteit moeten vaststellen?

- Capaciteit Defensie
- Bestaan er zorgsectoren waarin inzet minder voor de hand ligt? Welke?

Uitgangspunt = zo efficiënt mogelijk (max toegevoegde waarde per militair)



Van beleidsprioriteit naar werkproces van de driehoek

Scenario 1: 'Behoud van de huidige beleidsprioriteit' (dia 3)

- Geen actie vereist indien we in scenario 1 blijven

Scenario 2: 'Druk op de ziekenhuiszorg neemt toe' (dia 3)

- Geen aangepast werkproces nodig indien we in scenario 2 terecht komen, maar wel nieuwe beleidsprioriteit (zie discussiepunt op volgende dia)



Van beleidsprioriteit naar werkproces van de driehoek (vervolg)

Discussiepunt 3/7: Een van de mogelijkheden is dat we in scenario 2 terecht komen en de beleidsprioriteit moeten wijzigen. Toetsingskader is nu helder over de vvt en via o.a. expertisecentrum hebben we daar ook goed zicht. Maar in dit scenario moeten we het toetsingskader op de MSZ toepassen.

Hoe bepalen we welke ziekenhuizen in aanmerking komen?

Wat weten we?

Wat zit de grootste toegevoegde waarde van Defensie?

Op basis waarvan beslis je?



Huidig werkproces Driehoeksoverleg

Intensiteit: max. 2x/week driehoeksoverleg

Nieuwe MSOB-aanvragen:

1. LOCC ontvangt MSOB-aanvraag
2. VWS beoordeelt zorginhoudelijk en adviseert DEF (wel/niet inzet)
3. DEF beoordeelt ter plaatse (factfinding) en bepaalt omvang en type inzet

Wat kan er wel/niet tussen de overleggen door geregeld worden?

- Niet: beleidsprioriteit wijzigen (kan alleen in driehoeksoverleg)
- Wel: aanvraag beoordelen & besluit communiceren richting LOCC en NATOPS (uitvoering door bijstandsteam VWS na akkoord van de DG's; wel geniet het de voorkeur om indien mogelijk eerst de aanvragen te bespreken in het driehoeksoverleg)



Laatste thema: slagvaardige organisatie

Scenario 3: 'De dijken breken door' (dia 3)

- Dit noodscenario stelt extra eisen aan een efficiënt werkproces, vanwege de grote hoeveelheid MSOB-aanvragen.
- Ten opzichte van het huidig werkproces zijn een aantal aanpassingen denkbaar.
- De discussiepunten op de laatste slides richten zich daarop.



Slagvaardige organisatie

Discussiepunt 4/7: Welk format voor het driehoeksoverleg verdient de voorkeur in het geval we in het noodscenario terecht komen? Bijvoorbeeld optie A of B (of ander idee?).

A) Tijdelijk om de dag of zelfs dagelijks een driehoeksoverleg in de ochtend

B) Zelfde als nu (2x per week driehoeksoverleg; mandaat aan bijstandsteam VWS om tussentijds besluiten te nemen)
+ voorbeelden van mogelijke uitbreidingen: mandaat van DG's aan plaatsvervangers om namens hen tussentijds akkoord te geven; groter bijstandsteam; tussentijdse communicatie over aanvragen waar nodig (hele groep per mail? individuen rechtstreeks met elkaar?)

Uitgangspunt = besluit VWS richting DEF a.s.a.p.



Slagvaardige organisatie

Discussiepunt 5/7: De inzet van Defensie is in principe van korte duur (nu wordt '1-2 weken' genoemd). Dienen we tijdens het noodscenario te streven naar een nog kortere inzet?

Discussiepunt 6/7: Hoe bepalen we wie er in aanmerking komen voor steun in scenario 3? Wat is leidend? En hoe maken we vanuit schaarste een keuze tussen verschillende MSOB-aanvragen aan de eisen voor toekenning voldoen (los van capaciteit e.d.)? Houden we een reservelijst aan?

Discussiepunt 7/7: De bijlage bevat een format voor hoe VWS besluiten t.a.v. MSOB-aanvragen richting DEF en LOCC wil communiceren. Bij schaarste kan het driehoeksoverleg besluiten dat aanvragen met een positief advies toch geen ondersteuning krijgen. Hoe registreren we dat? Dient het besluit dat een zorginstelling terug ontvangt uitgebreid te worden met een passage over de afwegingen? Verleent het driehoeksoverleg LOCC mandaat om aanvragen terug te sturen?