

Post-COVID

Organisatie van zorg voorstel NFU en NVZ

Vorbereiding tbv bijeenkomst 28 maart 2024

Door: 5.1.2e (NVZ) en 5.1.2e (NFU)

Onderstaand betreft een eerste inventarisatie van uitgangspunten, randvoorwaarden en processtappen m.b.t. de organisatie van post-COVID zorg.

De NVZ en NFU gaan er daarbij vanuit de post-COVID zorg domein-overstijgende, multidisciplinaire zorg betreft en dat deze idealiter in een netwerk wordt geleverd. Dit betekent dat de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt geleverd indien dit kan en dat de patiënt zorg vanuit een experticeentrum verder weg ontvangt indien dit nodig is.

Onderstaande voorstel gaat uit van het leveren van netwerkzorg en richt zich met name op organisatie van post-COVID experticeentra.

We gaan daarbij in op:

1. Het proces om te komen tot een keuze voor de aanbieders die het inrichten van post-COVID experticeentra gaan realiseren en vanuit daar de post-COVID zorg ook zullen gaan leveren.
2. Een inventarisatie van uitgangspunten, inclusie- en exclusie criteria voor het inrichten van experticeentra. Deze elementen kunnen behulpzaam zijn om te bepalen waar en door wie deze centra uiteindelijk ingericht gaan worden.
3. De randvoorwaarden die nodig zijn om post-COVID zorg (in netwerken met behulp van experticeentra) te kunnen leveren.

1. Voorstel proces bepaling locaties post-COVID experticeentra

1. Opstellen inclusie- en exclusiecriteria voor locaties (NVZ en NFU). Zie punt 2. Hierin dienen criteria terug te komen die in ieder geval betrekking hebben op:
 - a. De fysieke locatie
 - b. Organisatie van zorg (o.a. samenwerking tussen aanbieders)
 - c. Zorginhoud
 - d. Spreiding van het aanbod
2. Uitvoeren verkenning naar belangstelling inrichten klinieken (VWS, NVZ en NFU)
3. Inventariseren van randvoorwaarden voor het organiseren van post-COVID zorg en bepalen in hoeverre deze randvoorwaarden ingericht kunnen worden en wat daar voor nodig is.
4. Inventarisatie huidige/bestaande infrastructuur die gebruikt kan worden.
5. Aanbesteding/tender en businesscase met regie vanuit VWS/NZa waarna gezamenlijke invulling gegeven kan worden.
6. Keuze locaties (VWS).
7. ((Eventueel pilots starten?))

2. Inclusie/exclusie criteria: organisatie post-COVID experticeentra

Een ziekenhuis/UMC dat als post-COVID expertisecentra post-COVID zorg wil leveren dient:

- In staat te zijn om te fungeren als expertisecentrum in een netwerkorganisatie. Dit betekent onder andere dat:
 - Er nauw wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders als netwerkorganisaties in een directere omgeving van de patiënt. Het expertisecentrum heeft een regiefunctie binnen deze samenwerking. De organisatie dient in staat te zijn nauw samen te werken met bijvoorbeeld eerstelijns aanbieders en ziekenhuizen/UMC's.
 - Beschikbare, up-to-date kennis in het veld aan zorgprofessionals en andere relevante beroepsbeoefenaren waarmee wordt samenwerkt wordt overgedragen.
 - Relevante kennis op internationaal niveau wordt gedeeld.
 - Er nauw wordt samengewerkt met onderzoekscentra. Het expertisecentrum dient in staat te zijn om resultaten van wetenschappelijk, ook biomedisch, onderzoek naar effectieve behandelingen te vertalen naar behandelpraktijk.
- De organisatie dient zorg te dragen voor kennisontwikkeling en regievoering op het gebied van:
 - a. Scholing van de regio (0^e tot 3^e lijn)
 - b. Koppeling van zorg aan wetenschap, inclusief nadenken over follow-up vanuit wetenschap (koppeling expertisenetwerk)
 - c. Brug tussen post-COVID kliniek volwassenen en kinderen inclusief traject voor transitie van zorg bij bereiken 18 jarige leeftijd
 - d. Regiefunctie betreffende organisatie regionale samenwerking
 - e. Deelname aan landelijke kadersetting waar vanuit inhoud van zorg wordt aangestuurd, en waarin continu landelijke standaarden worden getoetst en bijgesteld.
- In staat zijn een passende infrastructuur in te richten, of gebruik te kunnen maken van bestaande structuren. Het gaat in ieder geval om een fysieke locatie waar een polikliniek ingericht kan worden (huur, epd, back office, personeel, etc)
- Te beschikken over de benodigde inhoudelijke/medische expertise om als expertisecentrum voor post-covid te fungeren (nog expliciteren wat dit dan precies is door zorginhoudelijke groep). Daarbij dient er voor iedere expertisegebied ook voldoende personele bezetting gerealiseerd te kunnen → (Expliciteren welke vakgroepen, aantal verpleegkundigen we nodig denken te hebben?)
- De organisatie dient in staat te zijn om de post-COVID zorg te leveren, zonder dat dit ten koste gaat van het leveren van ander zorg. Hoe mee om te gaan?

-

3. Randvoorwaarden

- Passende bekostiging & financiering:
 - Korte termijn, incidenteel: Het is voor ziekenhuizen een te grote investering om deze zorg in te richten, zonder dat daar aan de basis afdoende vergoeding tegenover staat. Instellingen dienen een passende vergoeding te ontvangen voor het inrichten van de expert klinieken.
 - Instellingen dienen de geleverde zorg te kunnen declareren en registreren. Daarvoor zijn passende betaaltitels noodzakelijk. Deze zijn bij voorkeur domein-overstijgend gegeven de aard van de zorg die wordt geleverd. Er kan eventueel gedacht worden aan innovatievere vormen van bekostiging zoals bundelbekostiging.
 - Het centrum dient een passende vergoeding te ontvangen voor de bijdragen die worden geleverd. Hierover dienen afspraken worden gemaakt, in aanvulling op reeds bestaande (contract)afspraken. Indien een instelling als experticeentrum post-COVID zorg gaat leveren resulteert het toevoegen van een grote extra stroom patiënten mogelijk tot een overschrijding van de reeds gemaakte contractafspraken. Aanvullende afspraken hierover zijn dus nodig.
- Infrastructuur en ICT: Post-COVID zorg is multidisciplinair. Om de organisatie van deze zorg efficiënt te kunnen inrichten is het van belang dat alle betrokken aanbieders tijdig beschikken over up-to date informatie. Patiëntinformatie dient tussen aanbieders gedeeld te kunnen worden. Ook patiënten dient alle informatie overzichtelijk te zijn.
- Data-infrastructuur pilots en onderzoek. Uitkomsten van onderzoeken/pilots dienen voor iedereen beschikbaar te zijn.

Openstaande vragen/dilemma's:

- Bekostiging: valt zorg onder verzekerde pakket en reguliere zorg?
- Hoe past "extra zorgvraag" binnen bestaande kaders?
- Hoe om te gaan met concentratie van COVID-zorg en reguliere inkoop door verzekeraars bij meerdere aanbieders over verschillende domeinen?
- Indien we wel betaaltitels toevoegen maar contractafspraken blijven gelijk, netto geen extra vergoeding. Zorgvraag voor individuele instellingen neemt toe, ook met patiënten buiten de regio. Hoe mee om te gaan?
- Hoe om te gaan met schaarde capaciteit/personeel? Welke inzet is nodig en is dit realistisch om in enkele regio's te beleggen? Bij spreiding is het kleine vraag voor aanbieders erbij, bij concentratie mogelijk voor groter. Dient niet ten koste te gaan van andere zorg.
- Inrichting interactie tussen kindergeneeskundige en volwassen zorg
- Privacy beperkingen
- → Kan dit opgelost worden met in gebruik name van een PGO?
- Systematische inrichting van dataverzameling; uitkomsten van diagnostiek, behandeling, onderzoek etc.
- Inzet Health RI?

