

WIJ WILLEM ALEXANDER,
BIJ DE GRATIE GODS,
KONING DER NEDERLANDEN,
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met patiëntenspreiding alsmede inzicht in capaciteit van zorgaanbieders en druk op de zorg

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 januari 2023, kenmerk 3506742-1043030-WJZ;

Gelet op artikel 56a, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van _____, no. _____);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van (_____, _____);

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Onderdeel B, onder 5, van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden: *Acute zorg*.

2. Subonderdeel a komt te luiden:

a. coördinatie traumazorg, regionaal overleg acute zorgketen, patiëntenspreiding alsmede inzicht in capaciteit en druk op de zorg

Het gaat hierbij om

- het organiseren van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van traumazorg in instellingen voor medisch specialistische zorg;
- het onderhouden en ontwikkelen van het traumazorgnetwerk en de kenniscentrumfunctie voor traumazorg alsmede het uitvoeren van activiteiten gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de traumazorg;
- het uitvoeren van de activiteiten, omschreven bij of krachtens de artikelen 8A.2 en 8A.3 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz;
- het, ten behoeve van de beschikbaarheid van de acute zorg, verkrijgen en bieden van zoveel mogelijk inzicht in de actuele en toekomstige capaciteit van

zorgaanbieders en druk op de zorg, in de eigen regio en, samen met de andere traumacentra, in alle regio's gezamenlijk;

- het coördineren van de spreiding en plaatsing van patiënten binnen de eigen regio alsmede het coördineren van de spreiding van patiënten tussen verschillende regio's en zo nodig en mogelijk in het buitenland, als de beschikbaarheid van de acute zorg in één of meerdere regio's onder druk staat;
- het coördineren van het vervoer van patiënten die bovenregionaal of internationaal gespreid worden.

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 juli 2023.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Nota van toelichting

Algemeen deel

1. Inleiding

Met dit besluit wordt onderdeel B, onder 5, van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG op een aantal punten gewijzigd. Deze wijzigingen hebben, naast enkele technische aanpassingen, tot doel te bewerkstelligen dat de in subonderdeel a reeds geregelde beschikbaarheidbijdrage ten behoeve van de beschikbaarheid van de acute zorg wordt verbreed naar de volgende activiteiten:

- het verkrijgen en bieden van regionaal en landelijk inzicht in de actuele en toekomstige capaciteit van zorgaanbieders én in de actuele en toekomstige druk op de zorg, met het oog op het reguleren van de capaciteit van en de druk op de acute zorg;
- het met het oog op het reguleren van de druk op de acute zorg coördineren van de spreiding en plaatsing van patiënten en het daarbij coördineren van het vervoer van patiënten die (boven)regionaal of internationaal gespreid worden.

Dit besluit kent geen nieuwe taken en bevoegdheden toe aan de traumacentra die de beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Ook wordt in dit besluit niets geregeld over het aanleveren of delen van informatie. Op basis van scenario's voor zorgcoördinatie zullen dergelijke vragen beantwoord moeten worden en wordt bezien wat eventueel in regelgeving wordt opgenomen.

Een beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om de beschikbaarheid van noodzakelijke vormen van zorg te waarborgen. In het Integraal Zorgakkoord worden zorgcoördinatie in de acute zorg en het ELV-coördinatiepunt als voorbeelden genoemd van een systeemfunctie, een regionale voorziening waarvan de beschikbaarheid moet zijn geborgd. Het gaat om een tijdelijke verbreding. Na twee jaar zal bezien worden of bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage, mede in het licht van de ontwikkelingen met betrekking tot de landsdekkende inrichting van zorgcoördinatie¹, de meest passende structurelere vorm van bekostiging is. De hoofdlijn is immers dat zorgaanbieders in beginsel hun kosten financieren uit de opbrengst van tarieven voor geleverde prestaties die zij in rekening brengen aan de individuele verzekerde of diens verzekeraar. Hieronder wordt nader ingegaan op bovenbedoelde activiteiten (paragrafen 2 en 3), de beschikbaarheidsbijdrage daarvoor (paragraaf 4), de uitkomsten van de consultatie en de uitvoeringstoets van de Nederlandse Zorgautoriteit (paragrafen 5 en 6), de regeldrukeffecten (paragraaf 7) en de fraudetoets (paragraaf 8).

2. Inzicht in capaciteit en druk op de zorg

Toen in het begin van de Covid-19-crisis snel duidelijk werd dat de ziekenhuiszorg onder grote druk kwam te staan, is op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) door de koepelorganisatie van de traumacentra, de Landelijke Vereniging voor traumacentra (ook wel aangeduid als Landelijk Netwerk Acute Zorg, LNAZ), het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) opgericht om de ziekenhuizen te ondersteunen bij het spreiden van patiënten en het maken van afspraken daarover. De elf traumacentra waren al belast met de organisatie en de voorbereiding van het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ), waarvoor het traumacentrum in elke regio een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt om onder meer een ondersteunend bureau in te richten voor de uitvoering van deze taken. Uit deze bureaus vloeiden gedurende de Covid-19-crisis de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS-en) voort, die dus onderdeel uitmaken van de onderscheiden traumacentra. Tijdens de crisis steeg de druk op de gehele zorgketen en nam de behoefte aan landelijke, regionale en lokale coördinatie toe, waardoor de taken van de RCPS-en en het LCPS belangrijker en omvangrijker werden. In dat kader was ook een goed zicht op de (toekomstige) capaciteit en drukte in de zorg van groot belang. Op basis van de overeenkomst die was gesloten tussen het ministerie van VWS en het LNAZ voor het LCPS, moest het zicht op de capaciteit en de drukte zich beperken tot de ziekenhuizen.

Om de beschikbaarheid van acute zorg zo goed mogelijk te borgen is het van belang dat het inzicht in capaciteit en drukte van de zorg blijft bestaan en wordt verbreed. Het gaat wat betreft de drukte in de zorg niet alleen om de drukte op de spoedeisende hulp of de acute opnameafdeling, maar om de drukte in de gehele brede acute zorgketen. Om de gehele keten van instroom in, doorstroom binnen en uitstroom uit de acute zorg toegankelijk te houden, moet ook buiten de muren van het ziekenhuis worden gekeken. Druk in de acute zorg kan namelijk ook worden veroorzaakt door te grote druk op één schakel in de keten, waardoor het elders in de keten vastloopt met een domino-effect tot gevolg. Zo kan een gebrek aan bedden voor eerstelijnsverblijf (ELV) leiden tot een hoge bedbezetting op verpleegafdelingen, waardoor patiënten niet vanuit de spoedeisende hulp kunnen doorstromen naar een verpleegafdeling. Ook is het zo dat er bij ontbreken van een ELV-bed meer patiënten door de huisarts worden ingestuurd naar de spoedeisende hulp, met het risico dat het stopt op de spoedeisende hulp, waardoor de druk daar oploopt en op die spoedeisende hulp een 'stop' moet worden afgekondigd.

¹ Zie Beleidsagenda acute zorg, Tweede Kamer, 2022/23, 29247, nr. 362.

Dit laatste leidt vervolgens weer tot meer/langduriger inzet van ambulances, omdat deze verder moeten rijden naar een spoedeisende hulp waar nog wel plek is. Daarbij is van belang dat er goed inzicht is in de actuele capaciteit van de spoedeisende hulp bij andere ziekenhuizen, zodat men weet waar de ambulance met de patiënt naartoe moet rijden. Daarnaast is ook het inzicht in andere onderdelen van de acute zorgketen van belang voor de beschikbaarheid van de acute zorg. Zo is voor een goede uitstroom bijvoorbeeld van belang dat inzicht bestaat in de beschikbare ELV-bedden maar ook in de beschikbare wijkverpleging voor onplanbare zorg. Bovendien is het inzicht in de actuele en toekomstige capaciteit van belang voor het spreiden van patiënten (zie hierboven en paragraaf 3 van deze toelichting) en het maken van afspraken tussen zorgaanbieders in de regio om de beschikbaarheid van de acute zorg te borgen.

De activiteiten met betrekking tot het inzicht in capaciteit en het inzicht in de druk op de zorg, hebben zich tijdens de Covid-19 crisis noodzakelijkerwijs in sneltreinvaart ontwikkeld. Met het oog op het zo goed mogelijk borgen van de beschikbaarheid van de acute zorg moeten deze functies worden gehandhaafd. Niet alleen voor het geval de Covid-19-pandemie weer oplaat, maar ook voor andere situaties wordt inzicht in de capaciteit en de druk op de zorg van groot belang geoordeeld voor de beschikbaarheid van de acute zorg. Denk hierbij aan drukte door een influenza-golf, hoog ziekteverzuim of personeelstekort anderszins, een (natuur)ramp waardoor één of meerdere zorginstellingen (deels) moeten worden ontruimd of tijdelijk gesloten, voor zover deze omstandigheden gevolgen kunnen hebben voor de beschikbaarheid van de acute zorg. Door inzicht in capaciteit en druk op de zorg, kunnen de juiste maatregelen worden genomen teneinde ook in die situaties de beschikbaarheid van de acute zorg voor de patiënten die dat nodig hebben, zo goed mogelijk te borgen.

Om voldoende zicht te houden op de capaciteit en de druk op de acute zorgketen, zowel regionaal als landelijk, is van belang dat er een (digitaal) systeem in stand wordt gehouden waarin per regio inzichtelijk wordt hoe druk het bij zorgaanbieders is en of, en zo ja waar, er specifieke capaciteit beschikbaar is om patiënten over te nemen of te laten door/uitstromen. Door de in dit besluit geregelde verbreding van de beschikbaarheidsbijdrage aan traumacentra, worden de traumacentra in staat gesteld gezamenlijk een zodanig systeem (het Landelijk Platform Zorgcoördinatie, LPZ) in stand te houden. Beoogd is dat dit systeem zowel inzichtelijk is voor als ingevuld wordt door de bij de brede acute zorgketen betrokken zorgaanbieders in de regio, zodat op basis van deze informatie onderling afspraken gemaakt kunnen worden over het beschikbaar maken van acute zorg of het overnemen van patiënten. Opgemerkt wordt dat het systeem naar de aard daarvan geen persoonsgegevens bevat, omdat alleen de beschikbare capaciteit wordt geregistreerd. Er wordt dus niet geregistreerd welke concrete patiënten 'bedden' bezet houden of 'bedden' nodig hebben, maar alleen waar 'bedden' beschikbaar zijn en waar niet.

Met deze wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG kunnen verschillende activiteiten van traumacentra in het kader van het verkrijgen en het bieden van inzicht in drukte en capaciteit bekostigd worden. De hoofdlijn is dat voor zover het gaat om activiteiten ten behoeve van de eigen regio, de traumacentra deze activiteiten zelf verzorgen door middel van hun RCPS-en. Voor zover het gaat om regio-overstijgende activiteiten zoals bijvoorbeeld het beheer van het LPZ, verzorgt hun koepelorganisatie LNAZ deze activiteiten, in dit geval door middel van het LCPS. Dit is vergelijkbaar met de overige activiteiten waarvoor de traumacentra nu reeds een beschikbaarheidsbijdrage krijgen. Ook daarvoor geldt dat een deel van de activiteiten worden uitgevoerd door de (acute zorg bureaus van de) traumacentra en een deel door het LNAZ.

Het gaat bij inzicht in drukte en capaciteit bijvoorbeeld om het verzamelen van data, het maken van rapportages, het zorgdragen voor een kennis- en expertisefunctie voor de

zorgaanbieders in de regio² en het voorbereiden van beleid, in de zin van het treffen van voorbereidingen ten behoeve van het maken van afspraken op basis van inzicht in capaciteit en druk op de zorg. Deze activiteiten zijn ontstaan en gegroeid ten tijde van de Covid-19 crisis en blijken in de praktijk, gegeven de grote en groeiende omvang van de zorgvraag en de schaarste aan zorgaanbod, van belang om patiënten op de juiste plek te krijgen en zorgverleners te ontlasten om een plaats te vinden voor een patiënt. Met actuele capaciteit wordt zowel het actuele aantal 'bedden' of 'behandelkamers' bedoeld als de vrij beschikbare capaciteit bedoeld (waarbij bijvoorbeeld ook rekening kan worden gehouden met de actuele beschikbaarheid van personeel). Hierbij hoort ook het analyseren van regionale data om mogelijke knelpunten te signaleren. De verbrede beschikbaarheidsbijdrage kan voorts worden aangewend voor de gezamenlijke activiteiten van de traumacentra die ertoe strekken dat de bovenbedoelde werkzaamheden ten behoeve van het verkrijgen en bieden van inzicht in capaciteit en drukte ook worden uitgevoerd op landelijk niveau, op basis van de aangeleverde data, bijvoorbeeld door het opstellen van een ketenmonitor en prognoses met betrekking tot Covid-19 of andere ontwikkelingen die kunnen leiden tot (extra) druk op de acute zorg.

3. Coördineren van patiëntenspreiding

Regionale coördinatie

Gedurende de Covid-19-crisis is gebleken dat de drukte in de acute zorgketen niet overal in het land altijd gelijktijdig even hoog is. Waar echter bij toename van de drukte in een zorginstelling op individueel patiëntniveau kan worden uitgeweken naar een andere zorginstelling in de buurt, bleek dat wanneer de druk in de gehele regio hoog was, er geen coördinatie was voor het verplaatsen van grotere aantallen patiënten over grotere afstanden dan normaal en artsen hier onevenredig veel tijd aan moesten spenderen. Dit veranderde echter met de oprichting van het LCPS en de RCPS-en. Op basis van het in dat kader verkregen inzicht werd snel duidelijk waar de druk hoog was en waar er nog wel beschikbare capaciteit was. Het LCPS en de RCPS-en coördineerden bovendien de patiëntenspreiding, zodat de beschikbaarheid van de acute zorg in alle regio's geborgd werd en er geen grote regionale verschillen ontstonden.

Door de instandhouding van de functies voor het verkrijgen van inzicht in drukte en capaciteit in de zorg, kan op tijd gesignaleerd worden dat het bij een bepaalde (afdeling van een) zorginstelling, waar dan ook binnen de acute zorgketen, mogelijk gaat vastlopen. Hierdoor kunnen zorgaanbieders zelf snel op lokaal niveau ingrijpen, bijvoorbeeld door het tijdelijk ophogen van contracten of aanpassen van roosters.

Bovenregionale en landelijke coördinatie

Het RCPS van een traumacentrum heeft niet alleen een belangrijke functie in de signalering van de drukte in de regio, maar kan ook de verplaatsing en spreiding van patiënten binnen de regio coördineren ten behoeve van het reguleren van de druk op de acute zorg wanneer dat noodzakelijk is. Het gaat hierbij niet alleen om patiënten met een acute zorgvraag. Het kan ook noodzakelijk zijn om andere patiënten te spreiden, om plaats te maken voor patiënten met een acute zorgvraag. Van belang is dat, ter voorkoming van hoge druk op de acute zorg, eerst in de eigen regio wordt bekeken of patiënten kunnen worden gespreid. Dit kan ook aan de orde zijn als de wachttijden voor (kritiek) planbare zorg bij bepaalde aanbieders in de regio (te) hoog zijn of als bepaalde aanbieders niet genoeg capaciteit hebben om inhaalzorg te leveren. Indien noodzakelijk worden patiënten door het LCPS over de regio's heen gespreid. De

² De kennis- en expertisefunctie ziet op het informatie verzamelen en delen en heeft niet te maken met traumazorg, maar met drukte in de acute zorgketen. Het is ook het maken van prognoses. Het ziet niet alleen op inzicht in drukte en capaciteit nu, maar ook op ontwikkelingen en prognoses. En daarbij op het helpen van regio's in het maken van modellen en prognoses.

bovenregionale/landelijke coördinatie valt binnen de activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdragen aan de traumacentra worden verstrekt.

De activiteiten die vallen onder het coördineren van regionale patiëntenspreiding ten behoeve van het reguleren van de druk op de acute zorg waarmee de RCPS-en van de traumacentra zijn belast, zijn het monitoren van de verdeling van patiënten binnen de regio, het indien nodig matchen van verzoeken tot verplaatsing van patiënten van een zorginstelling naar een andere zorginstelling, het afstemmen over verplaatsingen met betrokken zorginstellingen en het opstellen van rapportages met betrekking tot patiëntverplaatsingen. Deze activiteiten moeten eveneens worden uitgevoerd op bovenregionaal of landelijk niveau, wanneer regionale verplaatsing niet mogelijk is of niet voldoende is voor het borgen van voldoende beschikbaarheid van de acute zorg. In dat geval moet ook de coördinatie plaatsvinden van het vervoer van patiënten naar een zorgaanbieder buiten de eigen regio (waarbij niet wordt bedoeld op het daadwerkelijk uitvoeren van het vervoer maar wel op het regelen, afstemmen en het maken van afspraken hierover).

Internationale patiëntenspreiding

Er kan ook sprake zijn van de noodzaak tot internationale patiëntenspreiding. Hierbij kan onder meer worden gedacht aan de verplaatsing van patiënten naar Duitsland gedurende de Covid-19 crisis. Niet alleen moet men daartoe beschikken over voldoende inzicht om te kunnen concluderen dat de toegankelijkheid van de acute zorg ondanks regionale en landelijke spreiding onvoldoende blijft en internationale spreiding noodzakelijk is, maar er moeten ook activiteiten worden uitgevoerd met het oog op het maken van afspraken over deze internationale spreiding, het matchen van de te verplaatsen patiënten met een zorginstelling in het buitenland en het coördineren van het internationaal vervoer van de betreffende patiënt(en). Waar het internationaal verplaatsen wordt veroorzaakt door een nationale noodzaak voor de beschikbaarheid van de acute zorg is het evident dat de traumacentra voor deze activiteiten worden bekostigd uit de verbrede beschikbaarheidsbijdrage. Daarnaast kan wat betreft internationale patiëntenspreiding worden gedacht aan de situatie waarin op basis van internationale verdragen of afspraken wordt toegezegd in Nederland zorg te verlenen aan groepen patiënten uit andere landen die direct medisch acute zorg nodig hebben. Ook in dat geval kan spreiding noodzakelijk zijn om te voorkomen dat bijvoorbeeld ziekenhuizen in een of meer regio's dichtslippen, waardoor de beschikbaarheid van de acute zorg in een regio in gevaar komt. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is het verlenen van zorg aan de Oekraïense ontheemden die vanuit het oorlogsgebied zijn gevlucht. Nederland heeft op verzoek van de Europese Commissie toegezegd patiënten op te vangen die om medische redenen geëvacueerd moeten worden. Met het oog op het borgen van de beschikbaarheid van de acute zorg is ook hiervoor coördinatie van de spreiding van deze patiënten nodig. Om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de acute zorg te borgen, is het immers belangrijk dat niet alle patiënten in dezelfde zorginstelling of regio worden opgenomen. Ook wanneer deze patiënten geen acute, maar geplande zorg ontvangen, kan daardoor de druk op een bepaalde schakel in de acute zorgketen te hoog oplopen waardoor het doorwerkt in de gehele keten en de toegankelijkheid van de acute zorg onder druk kan komen te staan. Ook deze coördinatie maakt dus onderdeel uit van de coördinatie van patiëntenspreiding die kan worden bekostigd uit de verbrede beschikbaarheidsbijdrage.

ELV coördinatie

Zoals in paragraaf 2 is aangegeven is inzicht in de beschikbare ELV-bedden van belang voor inzicht in de druk op de acute zorg. De druk op de acute zorg kan immers worden veroorzaakt door beperkt inzicht in capaciteit in het ELV (waar patiënten in bepaalde gevallen beter geholpen kunnen worden dan op de acute afdeling van het ziekenhuis). Een tekort aan ELV bedden kan bovendien leiden tot extra opnames in het ziekenhuis of

tot een moeizame uitstroom uit het ziekenhuis. Als er inzicht is in de capaciteit van ELV-bedden kunnen er in de regio betere afspraken worden gemaakt om de druk op de acute zorg te mitigeren. Het is daarom van belang dat dit inzicht beschikbaar is voor het RCPS en het ROAZ, dat de informatie zo gestandaardiseerd en automatisch mogelijk wordt aangeleverd aan het RCPS en dat deze informatie geanalyseerd wordt met het oog op goede afspraken over het beperken van de druk op de acute zorg. Dit vergt inzet van de RCPS-en.

ZN en de zogenoemde ELV coördinatiepunten³ werken aan een doorontwikkeling van de ELV-coördinatiepunten. Deze doorontwikkeling is van belang met het oog op de toekomstige zorgcoördinatie. Tijdens de internetconsultatie is gebleken dat enige verwarring is ontstaan over of de ELV-coördinatiefuncties bekostigd kunnen worden vanuit de beschikbaarheidsbijdrage.

De onderhavige beschikbaarheidsbijdrage is niet bedoeld voor de bekostiging van de functionaliteiten⁴ die een coördinatiepunt ELV heeft uit te voeren, ongeacht of deze functionaliteiten door een ELV-coördinatiepunt of door een RCPS worden uitgevoerd. De NZa heeft een aparte prestatie en tarief vastgesteld voor deze functionaliteiten. Zoals in paragraaf 1 is aangegeven wordt de bekostiging van RCPS-en en LCPS via een beschikbaarheidsbijdrage na twee jaar geëvalueerd in het licht van de ontwikkelingen met betrekking tot zorgcoördinatie.

4. Beschikbaarheidsbijdrage

Ingevolge artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een beschikbaarheidsbijdrage toekennen ten behoeve van de beschikbaarheid van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg. Voor activiteiten ten behoeve van de beschikbaarheid van de acute zorg vindt op dit moment bekostiging van traumacentra plaats via twee beschikbaarheidsbijdragen die zijn omschreven in onderdeel B, onder 5, sub a en b, van de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. Dit betreft een beschikbaarheidsbijdrage voor de coördinatie regionaal overleg acute zorgketen en coördinatie traumazorg (de beschikbaarheidsbijdrage CTR) en een beschikbaarheidsbijdrage voor opleiden, trainen en oefenen voor rampen en crises (OTO). Met de onderhavige wijziging wordt de eerstbedoelde beschikbaarheidsbijdrage verbreed, te weten voor de bekostiging van de coördinatie van patiëntenspreiding alsmede voor inzicht in capaciteit en in de druk op de zorg.

Deze werkzaamheden van de traumacentra zijn niet direct herleidbaar tot de zorg aan een individuele patiënt of een groep patiënten, maar zijn ten behoeve van alle patiënten die (acute) zorg nodig hebben en of in het ziekenhuis liggen. Als patiënten niet verplaatst kunnen worden, komen immers de kwaliteit en beschikbaarheid van de gehele regionale of landelijke acute zorgketen in gevaar. Aangezien bij deze activiteiten geen sprake is van direct patiënt gerelateerde zorg, kunnen de kosten niet worden toegerekend aan individuele patiënten.

Tijdens de coronapandemie is een overeenkomst gesloten tussen de Minister van VWS en het LNAZ die onder andere ziet op het door het LNAZ inrichten van het LCPS om de overplaatsing en spreiding van patiënten binnen Nederland in goede banen te leiden. Deze overeenkomst tussen het LNAZ en VWS is van tijdelijke aard en loopt af op 1 juli 2023. De overeenkomst is tijdens de coronapandemie tot stand gekomen en daarom direct gerelateerd aan de uitbraak van Covid-19. Wegens de onzekerheid over het

³ Tweede Kamer, 2019/20, 31765, nr. 452.

⁴ Functionaliteiten: triage, 24/7 bereikbaarheid en inzicht in beschikbare capaciteit van verblijfsmogelijkheden, monitoring en evaluatie van de uitoefening van de functie en kwaliteit- en effectmeting regionale coördinatiefunctie.

verloop van de coronapandemie en de in het algemeen hoge druk op de acute zorg is het voor nu in elk geval wenselijk dat de betrokken functies behouden blijven. Met het oog op de toenemende druk op de acute zorg is het daarbij noodzakelijk dat deze functies zich richten op de gehele acute zorgketen.

De NZa heeft daarom, op verzoek van VWS, onderzocht welke manier van bekostiging passend is bij de taken van het LCPS, de RCPS-en en het gebruik van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)⁵. De NZa heeft op 23 mei 2022 ter zake advies uitgebracht.⁶ Uitkomst is dat voor LCPS wordt geadviseerd de coördinerende landelijke activiteiten tijdelijk te vergoeden via een beschikbaarheidsbijdrage, minstens tot het moment dat zorgcoördinatie structureel wordt ingericht. Ten aanzien van de RCPS-en adviseert de NZa aan te sluiten bij de dominante geldstroom en de kosten tijdelijk onder te brengen in de beschikbaarheidsbijdrage CTR. De kosten van het LPZ zouden moeten worden doorberekend aan de gebruikers, de traumacentra. De beschikbaarheidsbijdrage CTR kan hiertoe door traumacentra worden gebruikt.

Met de onderhavige wijziging is er voor gekozen de beschikbaarheidsbijdrage voor regionaal en landelijk inzicht in capaciteit en druk op de zorg alsmede voor regionale, bovenregionale/landelijke en internationale patiëntenspreiding in zijn geheel toe te voegen aan de beschikbaarheidsbijdrage CTR voor traumacentra. De reden hiervoor is dat de taken van het LCPS en de RCPS-en worden uitgevoerd in het kader van regionale, landelijke of internationale spreiding en inzicht in capaciteit en druk op de zorg dusdanig met elkaar verweven zijn dat deze als één geheel moeten worden gezien. Er is een integraal beeld van de capaciteit in de zorg nodig, om een integrale afweging te kunnen maken bij het reguleren van de druk op de acute zorg. Daarnaast geldt dat het gebruik van het LPZ lastig is toe te rekenen aan alle verschillende betrokkenen. Voor bijna alle taken worden dezelfde mensen ingezet, dezelfde systemen gebruikt en daarbij zijn dezelfde partijen betrokken. De verwevenheid tussen wat er landelijk en regionaal gebeurt is groot en niet in alle regio's dezelfde. Bekostiging middels één beschikbaarheidsbijdrage is om die reden de meest praktische, doelmatige en werkbare oplossing. Eén beschikbaarheidsbijdrage maakt een meer flexibele inzet van medewerkers mogelijk en voorkomt dat bij de verantwoording arbitraire kostentoe-rekeningen nodig zijn.

De NZa heeft in haar advies aangegeven het van groot belang te vinden dat de tijdens de coronapandemie ontwikkelde functies behouden blijven. De NZa adviseert echter om, mede gezien de actuele ontwikkelingen rond het onderwerp zorgcoördinatie in het algemeen, de geadviseerde constructie over twee jaar te evalueren. Twee jaar na inwerkingtreding zal dan ook worden bezien of de bekostiging van de activiteiten die via dit wijzigingsbesluit worden toegevoegd aan de beschikbaarheidsbijdrage CTR de meest passende wijze van bekostiging blijft, mede met het oog op de landelijk dekkende inrichting van zorgcoördinatie en de bijbehorende bekostiging.

5. Consultatie

Een ontwerp van dit besluit is via internetconsultatie geconsulteerd van 27 oktober 2022 tot en met 24 november 2022. Er zijn vijf reacties ontvangen op de internetconsultatie, drie anonieme, één van een met naam genoemde persoon en één van het LNAZ. Daarnaast heeft één organisatie ook per mail gereageerd op het ontwerpbesluit. Het

⁵ Het LPZ is het systeem dat inzicht biedt in capaciteit.

⁶ Dit advies is getiteld "Advies bekostiging LCPS, RCPS en LPZ, Voor de functies van inzicht in capaciteit en spreiding van patiënten" en is door de Minister van VWS in juni 2022 naar de Tweede Kamer gestuurd (Kamerstukken II 2021/22, 29247, 351).

ontwerpbesluit is overwegend positief ontvangen. In één van de anonieme reacties wordt gevraagd de taken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen beter te definiëren en het belang van ketenzorg en een multidisciplinaire aanpak beter uit te werken. Op basis van besluitvorming over scenario's de partijen voor zorgcoördinatie opstellen, zal worden gezien hoe de taken en verantwoordelijkheden worden belegd en of en zo ja, hoe dat in regelgeving moet worden ingebed. Ketenzorg en multidisciplinaire aanpak zullen een belangrijk element vormen van de scenario's. Het LNAZ onderschrijft de onderhavige wijziging en heeft een aantal tekstvoorstellen gedaan die grotendeels zijn overgenomen. Naar aanleiding van een suggestie van LNAZ is in de toelichting bij het vierde lid van artikel I nogmaals toegelicht dat het niet alleen gaat om inzicht in capaciteit van ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook van aanbieders van ELV en acute wijkverpleging. Tot slot is naar aanleiding van de consultatie een passage in paragraaf 2 van de toelichting opgenomen over de ELV-coördinatie. Daarin is verduidelijkt dat de aanpassing van dit besluit er niet toe strekt de ELV-coördinatiepunten te bekostigen via een beschikbaarheidsbijdrage.

6. Uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets NZa

Op 6 december 2022 heeft de NZa een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uitgebracht. De NZa concludeert dat de concept wijziging van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG uitvoerbaar is. Het is mogelijk de beleidsregels voor de wijzigingen in het Besluit aan te passen. De NZa zal daarvoor een kostenonderzoek uitvoeren, met als doel een verhoging van de reeds afgegeven verleningsbeschikking per 1 juli 2023. Voor wat betreft de handhaafbaarheid is de NZa van mening dat het wijzigingsbesluit geen nadelige effecten of nieuwe risico's met zich meebrengt.

7. Regeldrukeffecten en administratieve lasten voor het bedrijfsleven en de burger

De wijzigingen in dit wijzigingsbesluit hebben geen regeldrukeffecten voor burgers, bedrijven, instellingen of professionals, noch is er sprake van noemenswaardige kennismakingskosten. Voorafgaand aan de huidige wijziging moest door de traumacentra verantwoording worden afgelegd over de beschikbaarheidsbijdragen die zij reeds kregen en door het LNAZ moest verantwoording worden afgelegd in het kader van de overeenkomst met het Ministerie van VWS voor inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding in relatie tot Covid-19. Door aan te sluiten bij een reeds bestaande beschikbaarheidsbijdrage worden zo veel als mogelijk extra verantwoordingslasten voorkomen. Door het bieden van inzicht in capaciteit zullen professionals minder tijd kwijt zijn aan het zoeken van een plek voor een patiënt, hetgeen resulteert in meer tijd voor de zorg.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het materieel geen (negatieve) gevolgen voor de regeldruk heeft.

8. Fraudetoets

De kans op fouten en/of fraude is in beeld gebracht en wordt klein geacht. In de situatie zoals die bestaat voorafgaand aan de onderhavige wijziging, moet het LNAZ kosten die door dezelfde medewerkers en middels dezelfde systemen worden gemaakt, maar worden uitgevoerd in het kader van verschillende opdrachten, toegerekend worden aan verschillende taken. De kosten moeten worden gesplitst en toegerekend aan spreiding van Oekraïne-patiënten, de ketenmonitor, de spreiding van Covid-patiënten etc. Terwijl deze kosten in de praktijk niet zo strikt te scheiden zijn. Dit maakt dat activiteiten in de situatie voorafgaand aan deze wijziging worden opgeknipt en apart gedeclareerd worden. Dat geeft kans op fraude of fouten. Door de kosten te verrekenen middels één declaratie ten behoeve van de beschikbaarheidsbijdrage is de kans op fouten en/of fraude kleiner.

Daarbij maakt de brede reikwijdte en dus de eenvoudigere declaratie dat de in kaart gebrachte kosten makkelijker controleerbaar zijn dan wanneer dit in verschillende declaraties plaatsvindt. Het draagt bij aan overzichtelijkheid en is efficiënter.

De NZa geeft in de toets van 6 december 2022 aan dat de onderhavige wijziging geen nieuwe risico's op fraude met zich brengt. Er verandert niets aan de wijze van verstrekking van de beschikbaarheidsbijdrage. De bestaande regeling voor verlening en vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage biedt bewezen voldoende waarborgen voor een rechtmatige besteding van de beschikbaarheidsbijdrage.

Artikelsgewijs deel

Artikel I

Eerste lid

Op grond van artikel 56a Wmg moet bij algemene maatregel van bestuur de vorm van zorg worden aangewezen ten behoeve van de beschikbaarheid waarvan de beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend. Voor de beschikbaarheidsbijdragen, bedoeld in onderdeel 5, subonderdelen a en b, van onderdeel B van de bijlage bij de Wmg, betreft dit de zorgvorm 'acute zorg' en niet de 'coördinatie acute zorg'; dit laatste is op zichzelf geen 'zorgvorm'. Deze omissie wordt hersteld via de in het eerste lid van artikel I opgenomen wijziging.

Tweede lid

In het tweede lid wordt onderdeel 5, subonderdeel a, opnieuw vastgesteld.

Vooraf wordt op deze plaats in de toelichting van de gelegenheid gebruik gemaakt om in te gaan op de inhoud van de bij of krachtens artikel 8A.2 omschreven activiteiten van een traumacentrum die via de beschikbaarheidsbijdrage kunnen worden bekostigd. De druk op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg is groot en in dat kader wordt er steeds meer verwacht van de afspraken die in het ROAZ worden gemaakt om de acute zorg beschikbaar en bereikbaar te houden. Daardoor is er ook steeds meer voorbereiding nodig om te zorgen dat zulke afspraken tot stand komen. De ondersteunende bureaus bij de traumacentra en het bureau van het LNAZ zorgen voor deze voorbereiding. De verplichting om tot afspraken te komen berust bij alle zorgaanbieders. De traumacentra hebben de wettelijke taak een ROAZ te organiseren, deelnemers uit te nodigen, een agenda en een verslag op te stellen. Ten behoeve van het organiseren van de bijeenkomsten en het agenderen van onderwerpen, bereiden (de ondersteunende bureaus van) de traumacentra de vergaderingen beleidsmatig voor, waarbij ze onder meer beleidsmatig voorbereidend werk verrichten ten behoeve van de afspraken die op grond van het bepaalde bij of krachtens artikel 8A.2 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz moeten worden gemaakt. Ook deze activiteiten kunnen worden bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage. Ter illustratie het volgende. In de Uitvoeringsregeling Wkkgz (artikel 8d) staat welke afspraken in ieder geval binnen het ROAZ moeten worden gemaakt. Onder andere worden genoemd afspraken over de beschikbaarheid van acute zorg, ook in piekperiodes en over maatregelen om de druk op de acute zorgketen te beperken. Het voorbereiden van een regiobeeld zoals genoemd in het onderdeel Acute zorg van het Integraal Zorgakkoord van september 2022 ter bespreking in het ROAZ kan worden gezien als een activiteit ter voorbereiding van afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Het voorbereiden van een regioplan op basis van dit beeld, eveneens genoemd in het Integraal Zorgakkoord, dient ter voorbereiding van het maken van afspraken over de beschikbaarheid van acute zorg en maatregelen om de druk op de acute zorgketen te beperken. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat in kaart wordt gebracht hoe de samenwerking in de gehele acute zorgketen in de ROAZ-regio kan worden verstevigd op basis van een ketenimpactanalyse door het ROAZ. De minimale capaciteit aan acute zorg moet per ROAZ-regio worden vastgesteld. De achtergrond van deze afspraken is om de beschikbaarheid van acute zorg te borgen. Afspraken die in het ROAZ worden

gemaakt over zorgcoördinatie en worden voorbereid door de ROAZ-bureaus hebben eveneens tot doel de beschikbaarheid van acute zorg te optimaliseren en de beschikbare zorg zo goed mogelijk in te zetten. De activiteiten die de traumacentra in hun rol van organisator van het regionaal overleg acute zorgketen (laten) verrichten in het kader van de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader spoedzorgketen, de realisatie van de multitraumanorm of het opstellen van normen voor tijdkritische aandoeningen zijn alle direct gerelateerd aan de beschikbaarheid van acute zorg. Het maken van afspraken over de governance van het regionaal overleg acute zorgketen heeft tot doel om op effectieve wijze te komen tot afspraken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. Het bureau van het LNAZ ondersteunt de regionale bureaus bij de voorbereiding van de afspraken door het verzamelen en delen van kennis en regionale bureaus de gelegenheid te bieden van elkaar te leren.

Dit zijn voorbeelden van activiteiten die nodig zijn om te komen tot afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg die kunnen worden bekostigd uit de beschikbaarheidsbijdrage. Het betreft geen uitputtende lijst en uiteraard kunnen in de toekomst andere activiteiten nodig zijn voor de borging van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio.

Met het opnieuw vaststellen van onderdeel 5, subonderdeel a, gaat het enerzijds om aanpassingen omwille van de leesbaarheid. Door het gebruik van gedachtestreepjes wordt de opsomming verduidelijkt. Dit komt de leesbaarheid ten goede. De eerste drie gedachtestreepjes zijn niet aangepast. Hier is dan ook geen wijziging beoogd.

Inhoudelijk wordt het volgende gewijzigd:

1. Het opschrift van de in onderdeel 5, subonderdeel a, beschreven activiteiten waarvoor, ten behoeve van de beschikbaarheid van de acute zorg, een beschikbaarheidsbijdrage kan worden toegekend, is aangepast in verband met de verbreding van de betrokken beschikbaarheidsbijdrage.
2. In de tweede volzin van het oude subonderdeel a wordt 'de coördinatie van de activiteiten om schreven in' vervangen door 'het uitvoeren van de activiteiten, omschreven bij of krachtens'. Hier gaat het om een verduidelijking. De beschikbaarheidsbijdrage CTR is bedoeld voor de uitvoering (en dus niet de coördinatie) van de activiteiten die zijn omschreven bij of krachtens de artikelen 8A.2 en 8A.3 van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Door de woorden 'bij of krachtens' wordt verduidelijkt dat het ook gaat om de activiteiten die voortvloeien uit de bepalingen die ter uitvoering van artikel 8A.2 zijn opgenomen in de Uitvoeringsregeling Wkkgz. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de verplichting voor traumacentra om elkaar te informeren over onderwerpen en conclusies uit het ROAZ die van belang kunnen zijn voor elkaars regio.
3. De laatste drie gedachtestreepjes zijn een aanvulling op het huidige subonderdeel a van onderdeel 5. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de beschikbaarheidsbijdrage CTR kan worden verbreed voor de kosten van de activiteiten met betrekking tot het inzicht in drukte en capaciteit in de zorg alsmede de coördinatie van patiëntenspreiding. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar de paragrafen 2 en 3 van het algemeen deel van deze nota van toelichting. Hier wordt nogmaals benadrukt dat het gaat om inzicht in capaciteit van aanbieders van verschillende vormen van zorg. Het gaat niet alleen om inzicht in de capaciteit van ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook om inzicht in beschikbare ELV-bedden en capaciteit van acuut beschikbare (onplanbare) wijkverpleging, zodat bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige acuut naar een patiënt toe kan om een katheter te vervangen.

Artikel II

De inwerkingtreding van het wijzigingsbesluit vindt plaats met ingang van 1 juli 2023.
Daarmee is aangesloten bij de datum waarop de huidige overeenkomst tussen het LNAZ
en de Minister van VWS eindigt.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

E. Kuipers