

Advies bekostiging LCPS, RCPS en LPZ

Voor de functies van inzicht in capaciteit en spreiding van patiënten



Update 23 mei 2022

Inhoudsopgave

1	Opdracht en context	3
1.1	Visie NZa op zorgcoördinatie in tijden van hoge druk op de zorg	3
1.2	Opdracht aan de NZa	4
1.3	Huidige situatie	6
1.3.1	Taken en rollen RCPS	7
1.3.2	Taken en rol LCPS (incl. LPZ)	8
1.4	Huidige bekostiging (2020-2022)	8
1.5	Leeswijzer	9
2	Bekostiging RCPS	10
2.1	Inzicht in capaciteit in de regio	10
2.1.1	Overlap beschikbaarheidsbijdrage CTR	10
2.2	Patiëntenspreiding regionaal	11
2.2.1	Optie reguliere tarieven	12
2.2.2	Optie Beschikbaarheidsbijdrage	12
2.2.3	Optie Algemene Diensten ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)	13
2.3	Conclusie en advies RCPS	14
3	Bekostiging LCPS en LPZ	16
3.1	Is voorzien in financiering via prestatie of tarief?	16
3.2	Toekomstige bekostiging LPZ	16
3.3	Toekomstige bekostiging LCPS	17
3.4	Conclusie en advies LCPS en LPZ	17

1 Opdracht en context

VWS vraagt in een brief van 15 maart 2022 (kenmerk: 3333431-1025994-CZ) aan de NZa om te adviseren over de bekostiging van het Landelijk Coördinatiecentrum patiëntenspreiding (LCPS), de Regionale Coördinatiecentra Patiënten Spreiding (RCPS-en) en het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ).

Daarnaast heeft de Minister van VWS op 10 mei 2022 een brief (kenmerk: 3355035-1027974-CZ) verstuurd aan de voorzitters van LNAZ, InEen, AZN, Actiz en ZN met het verzoek tot het uitwerken van de mogelijkheden om zorgcoördinatie in de toekomst landsdekkend in te richten. In deze brief worden inzicht in capaciteit gebaseerd op het LPZ en spreiding van patiënten als activiteiten van zorgcoördinatie toegevoegd.

Onderstaand advies moet dan ook in dat licht gezien worden, op basis van huidige taken en functies van het LCPS, RCPS en LPZ (nu dus voornamelijk gericht op Covid). Voor de periode nadat het contract tussen VWS en het LNAZ afloopt tot het moment waarop een eventueel nieuwe opzet van zorgcoördinatie ingaat, waarin onderstaande functies worden meegenomen.

1.1 Visie NZa op zorgcoördinatie in tijden van hoge druk op de zorg

Voordat wij verder ingaan op de adviesvraag delen wij graag onze visie op zorgcoördinatie op basis van observaties en ervaringen in de afgelopen twee jaar:

Tijdens de afgelopen twee jaar van de Covid-pandemie is een indrukwekkende prestatie geleverd om de Nederlandse gezondheidszorg onder zeer hoge druk zo goed mogelijk draaiende te houden. Duidelijk is geworden dat coördinatie en samenwerking in de zorg cruciaal zijn als toegankelijkheid van zorg onder druk staat. De komende jaren zal de druk op de zorg hoog blijven, niet alleen omdat een opleving van het Covid-virus in het najaar niet uit te sluiten is, maar ook omdat er ook zonder pandemie fricties bestaan tussen de ontwikkeling van enerzijds de zorgvraag en anderzijds het zorgaanbod. We vinden het om die reden verstandig dat wordt nagedacht over het structureel goed borgen van de functie van zorgcoördinatie en bijbehorende financiering. Hierbij vinden wij een aantal zaken van belang:

- Hanteer een ketenbreed perspectief: het LCPS is ontstaan vanuit hoge druk op de ziekenhuiszorg en heeft een indrukwekkende prestatie geleverd in de spreiding van Covid-patiënten. In verschillende golven van de pandemie hebben we gezien dat de druk op de hele zorgketen steeds hoger werd en dat de behoefte aan landelijke, regionale en lokale coördinatie ook in die delen van de zorg toenam.
- Definieer helder de rollen en verantwoordelijkheden van partijen op het vlak van zorgcoördinatie en continuïteit van zorg: we hebben geconstateerd dat tijdens de pandemie verschillende partijen een functie hebben gepakt of gekregen op het vlak van het borgen van de continuïteit van zorg, zoals het LCPS, het LNAZ en de ROAZ'en, de GGD Ghor en zorgverzekeraars en zorgkantoren. Nu we in een andere fase zitten van de pandemie verdient het aanbeveling om te bepalen wat we op dit vlak willen behouden en formaliseren, en wat elders belegd kan worden, plus de mate waarin en door wie hierop zou moeten worden toegezien.
- Kijk breder dan Covid: zoals al opgemerkt kunnen ook andere omstandigheden dan een pandemie zorgen voor grote druk op de zorg en de noodzaak om zorgcoördinatie in te zetten. Het is goed om deze 'triggers' kwalitatief en kwantitatief te duiden, zodat duidelijker wordt wat we beschouwen als situaties die vragen om extra zorgcoördinatie en wie dan welke rol pakt.

- Beleg doorzettingsmacht: zorg dat helder is wie wanneer doorzettingsmacht heeft als de druk op de zorg toeneemt. Naarmate landelijk de druk op de zorg toeneemt en de crisis zich verdiept, werken lokale of regionale oplossingen niet meer. Het verdient dan de aanbeveling om landelijke regie te voeren om de zorg zo goed mogelijk toegankelijk te houden.

1.2 Opdracht aan de NZa

Zowel het RCPS als het LCPS coördineren de spreiding van patiënten, de RCPS op regionaal niveau, de LCPS op landelijk niveau. Het LPZ is het ICT-systeem dat gebruikt wordt door zowel het RCPS als het LCPS om realtime inzicht te geven en verkrijgen in de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen in Nederland.

Adviesvraag (brief 15 maart 2022 met kenmerk 3333431-1025994-CZ)

In de brief luidt het verzoek van VWS als volgt: "Ik vind het van belang dat de functies zoals die worden uitgevoerd door LCPS, LPZ en RCPS-en behouden blijven en worden uitgebreid... Het is wenselijk om te zorgen dat in de toekomst real time inzicht bestaat in de drukte in de acute zorg, dat data over zorgvraag, gebruik van zorg en actueel beschikbare capaciteit worden verzameld in een landelijk uniform systeem en geanalyseerd en dat prognoses worden opgesteld om te anticiperen op pieken en dalen in de vraag naar acute zorg (kenniscentrumfunctie). Het doel is dat vervolgens afspraken kunnen worden gemaakt tussen zorgaanbieders over capaciteit en patiënten zo nodig regionaal of landelijk kunnen worden gespreid. De beoogde reikwijdte van de functies van inzicht in capaciteit en spreiding van patiënten betreft instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg, al deze aspecten zijn immers van belang om de drukte in de acute zorg te beheersen."

"Het LCPS en LPZ worden op dit moment op basis van een aan Covid-gerelateerde, tijdelijke, overeenkomst bekostigd vanuit VWS. De kosten van de RCPS-en zijn verweven met de overige activiteiten van de traumacentra ten behoeve van de coördinatie van traumazorg en van het ROAZ en deels tot uitdrukking gekomen in de verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage voor Coördinatie Traumazorg en ROAZ. Die huidige wijze van bekostiging is gevormd in tijden van crisis. Ik beraad mij op hoe ik de functies van het RCPS, LCPS en LPZ kan behouden, verbreden en op een toekomstbestendige manier kan bekostigen. In verband met deze bekostiging vraag ik de NZa om advies."

"Om tot een goede besluitvorming te komen over de bekostiging van de regionale en/of landelijke spreiding van patiënten inclusief de kenniscentrumfunctie wil ik de NZa vragen om te onderzoeken of de functies via de reguliere bekostiging (op basis van prestaties en tarieven) kunnen worden bekostigd."

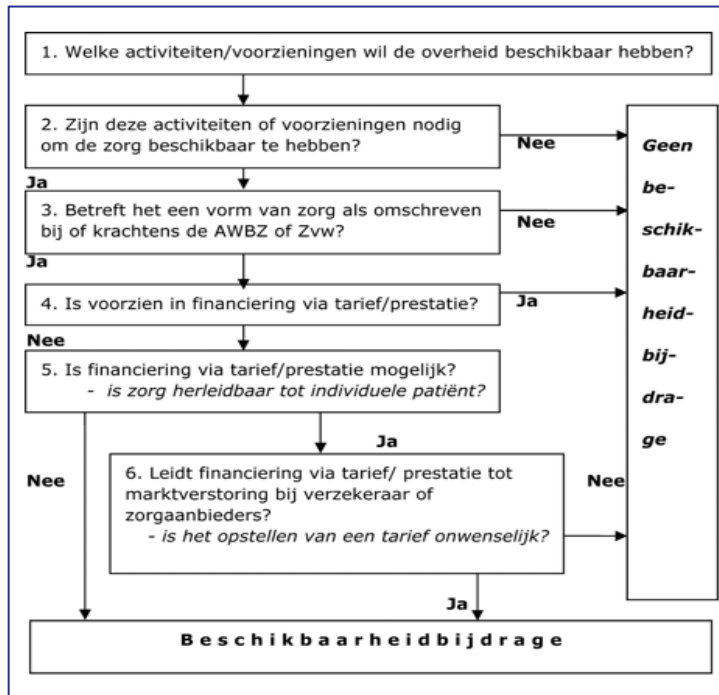
"Ik wil onderzoeken hoe de functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding bekostigd zouden kunnen of moeten worden. Mogelijke bekostigingsopties zijn:

- 1 *bekostiging op basis van tarieven en prestaties met eventueel de mogelijkheid dat bijvoorbeeld LNAZ en/of de traumacentra hun diensten en activiteiten rechtstreeks zelfstandig kunnen declareren bij de zorgverzekeraar via de route van Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ) of*
- 2 *bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage.*
 - *Indien de functies van LCPS, RCPS en LPZ niet bekostigd kunnen worden via de reguliere bekostiging, wil ik de NZa vragen om de hiervoor benoemde uitbreiding te toetsen aan de criteria genoemd onder a tot en met c.*
 - a *waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of;*
 - b *waarbij een toerekeningen van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en;*

- c die niet op andere wijze worden bekostigd.
- Hierbij wil ik aandacht vragen voor de volgende vraag:
 - of de bekostiging van deze functies via de reguliere bekostiging meer marktverstoring oplevert dan bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage. En of een beschikbaarheidsbijdrage conform artikel 56a Wmg aan de orde is.

Beoordelingskader

Als leidraad om antwoord te kunnen geven op de vragen van VWS hanteren wij een beoordelingskader, dat is afgeleid van het oorspronkelijke beoordelingskader beschikbaarheidsbijdrage uit de Nota van Toelichting bij het besluit beschikbaarheidsbijdrage¹.



Bron: Nota van toelichting Besluit Beschikbaarheidsbijdrage

Onderzoeksvragen:

Voor deze adviesaanvraag formuleren wij op basis van de brief van d.d. 15 maart 2022 en het beoordelingskader de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Worden de functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding zoals deze nu door het LCPS, LPZ en RCPS worden uitgevoerd al op enige wijze bekostigd?
M.a.w.: Deze onderzoeksvraag sluit aan bij vraag 4 uit het beoordelingskader: is voorzien in financiering via tarief/prestatie? Wij onderzoeken dit in bredere zin en kijken niet alleen naar tarief/prestatie.
- 2 Wat zijn de rollen en taken van het RCPS en LCPS in de huidige uitvoering van de functies inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding?
- 3 Is het mogelijk om de functies binnen de reguliere zorg te vergoeden? (antwoord geven voor twee onderdelen afzonderlijk Regionaal (RCPS) en Landelijk (LCPS/LPZ): Met andere woorden; Is financiering via tarief/prestaties mogelijk? Is de zorg herleidbaar tot de individuele patiënt?
- 4 Indien de functies niet bekostigd kunnen worden vanuit de reguliere bekostiging; Voldoen de functies aan de voorwaarden die gesteld worden aan een beschikbaarheidsbijdrage uit art 56a WMG?

¹ Nota van toelichting ([Informatie over Staatsblad 2012, 396 | Overheid.nl](https://overheid.nl/2012/03/30/1396) > [Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](https://overheid.nl/2012/03/30/1396))

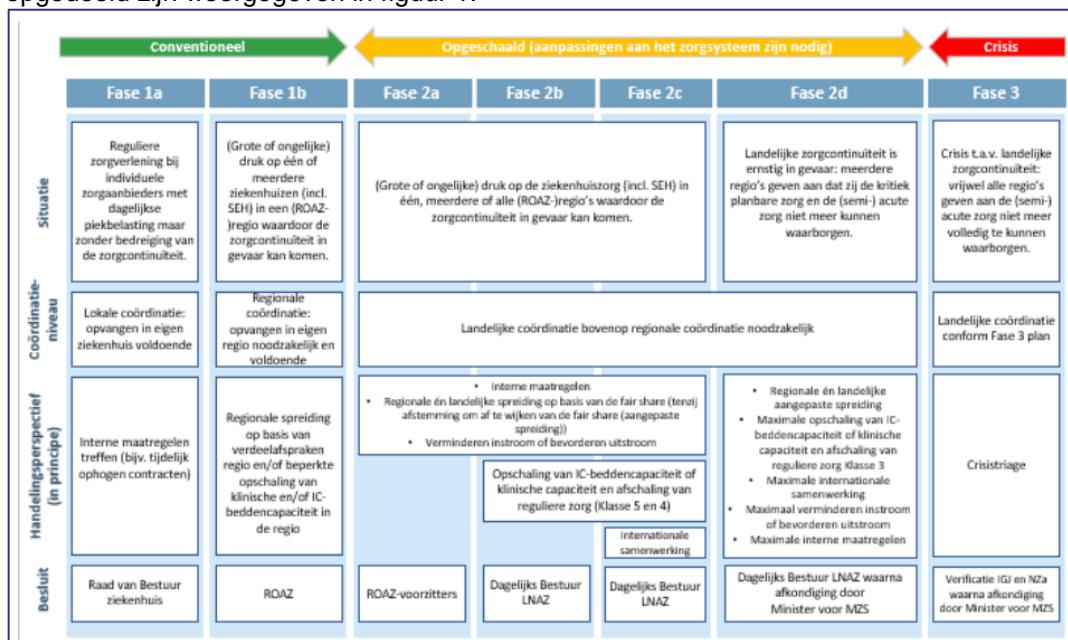
- 5 Is het mogelijk om gebruik te maken van de Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg (ADZ), waarin het LNAZ of de traumacentra activiteiten rechtstreeks zelfstandig kunnen declareren bij de zorgverzekeraar?
- 6 Hoe staan de betrokken partijen in deze adviesaanvraag? Wat vinden de LNAZ, ZN en de traumacentra?

1.3 Huidige situatie

WVS vraagt de NZa om te kijken naar de bekostiging van drie entiteiten met betrekking tot patiëntenspreiding: het RCPS, LCPS en LPZ. In deze paragraaf wordt de verhouding tussen deze entiteiten uiteengezet. De huidige organisatie is het uitgangspunt voor dit advies. Dat geldt ook voor de uiteenzetting van de taken verder in dit hoofdstuk, wat dus de huidige taken, gerelateerd aan de COVID-19 pandemie zijn.

Zowel het RCPS als het LCPS coördineren de spreiding van patiënten – voor nu alleen met COVID-19 – over alle Nederlandse ziekenhuizen en in enkele gevallen ook over aangewezen Duitse ziekenhuizen. De spreiding van deze patiënten is opgedeeld in een aantal fases. Bij de lagere fases is alleen regionale spreiding nodig en alleen het RCPS actief, bij de hogere fases is (ook) landelijke spreiding nodig en is het LCPS (ook) actief. Dit proces gaat getrapt; vertrekpunt is dat problemen lokaal worden opgelost. Als dat niet meer mogelijk is wordt dat regionaal en als dat niet meer gaat wordt het landelijk.

Zowel de taken en rollen van het RCPS en LCPS, als de fases waarin de werkzaamheden zijn opgedeeld zijn weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Fasering voor coördinatie ten tijde van conventionele zorg, opgeschaalde zorg en zorg in een crisissituatie. Bron: Actualisatie Opschalingsplan Covid-19 (versie oktober 2021), LNAZ







Het LPZ is het ICT-systeem dat gebruikt wordt door zowel het RCPS als het LCPS om realtime inzicht te geven en verkrijgen in de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen in Nederland. Het LPZ is ondergebracht in een aparte stichting die onder het bestuur van de LNAZ valt.

1.3.1 Taken en rollen RCPS

De huidige taken van het RCPS zijn onder te verdelen in twee functies, met daarin 3 kerntaken²:

- inzicht in capaciteit in de regio:
 - 1 Beleidsvoorbereiding (ten behoeve van afspraken maken in de regio over o.a. op- en afschaling werkoverleggen);
 - 2 Dataverzameling;
 - Dagelijks aanleveren gegevens aan LCPS;
 - Inzicht en signaleren van knelpunten;
- Regionale patiëntenspreiding;
 - 3 Regionale coördinatie (incl. communicatie) van patiëntverplaatsingen.

De huidige taken en rol van het RCPS zijn door het LNAZ als volgt weergegeven:

	RCPS (niet actief)	Minimaal RCPS	Maximaal RCPS
 Fase en situatie	Fase 1a Reguliere zorgverlening	Fase 1b Regionale covidplek	Fase 2a, 2b, 2c, 2d en 3 Meerdere regionale covidpleken
 Rol RCPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio ▪ Inzicht en signaleren als onderdeel van het ROAZ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio ▪ Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten ▪ Regionale coördinatie van patiëntverplaatsingen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio ▪ Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten ▪ Regionale coördinatie van patiëntverplaatsing ▪ Samenwerking met LCPS voor bovenregionale verplaatsingen
 Inrichting en bemensing	Contactpersoon(en) voor het RCPS binnen het ROAZ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicatie bemensing: 2 – 4 personen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicatie bemensing: 4 – 8 personen
 Informatie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio ▪ Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan het LCPS ▪ Inzicht en signaleren van mogelijke knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio ▪ Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan het LCPS ▪ Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in bezetting/capaciteit in de regio ▪ Dagelijks aanleveren bezetting/capaciteit aan LCPS (evt. meerdere keren per dag) ▪ Inzicht in en signaleren van mogelijke knelpunten
 Patiënten matching	Door de individuele ziekenhuizen, zonder tussenkomst van het RCPS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionale matches door het RCPS ▪ Gebruik van PMR-tool door RCPS en ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionale matches door het RCPS, bovenregionaal door het LCPS ▪ Gebruik van PMR-tool door ziekenhuizen, RCPS en LCPS
 Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communicatie via regulier overleg ROAZ ▪ Communicatie via reguliere ROAZ-kanalen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structureel overleg tussen LCPS en RCPS ▪ Structureel overleg in de regio ▪ RCPS communicatie naar ketenpartners 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structureel overleg tussen LCPS en RCPS ▪ Structureel overleg in de regio ▪ RCPS communicatie incl. informatie van LCPS naar ketenpartners

Figuur 2. Rollen, taken en verantwoordelijkheden RCPS per fase. Bron: Actualisatie Opschalingsplan Covid-19 (versie oktober 2021), LNAZ

Individuele ziekenhuizen leveren actuele informatie aan bij het traumacentrum/RCPS. Het traumacentrum/RCPS levert deze informatie dagelijks door aan het LCPS met behulp van het LPZ. Hierin wordt de data landelijk opgeslagen en weergegeven. Het niveau van overdracht is afhankelijk van de fase waarin de zorgverlening zich bevindt.

In fase 1b is het RCPS actief en worden patiëntverplaatsingen regionaal gecoördineerd. Vanaf fase 2a tot en met 2d is er landelijke coördinatie noodzakelijk bovenop de regionale coördinatie. In waakstand (fase 1a) is de primaire taak beleidsvoorbereiding en dataverzameling en het delen van informatie.

² Bron: LNAZ antwoorden op vragen over basisinformatie d.d. 5 april 2022


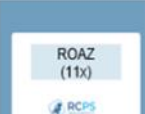
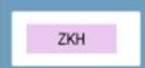
Bij een minimaal en maximaal RCPS (fase 1b t/m 3) worden ook patiëntverplaatsingen gecoördineerd, is er aanvullend overleg met de regio en is communicatie naar alle partners een belangrijke taak. In de maximale variant zijn er meerdere diensten per dag in te vullen en is het RCPS soms zelfs 24/7 actief bij extreme drukte³.

1.3.2 Taken en rol LCPS (incl. LPZ)

De huidige taken van het LCPS zijn onder te verdelen in drie functies, met daarin drie kerntaken⁴:

- inzicht in landelijke capaciteit:
 - 1 Beleidsvoorbereiding (ten behoeve van landelijk afspraken maken over o.a. afschaling incl. planvorming);
 - 2 Informatievoorziening;
 - Inzicht in landelijke capaciteit/ bezetting;
 - Kennis en expertise functie landelijk;
 - 3 Landelijke coördinatie van patiëntverplaatsingen;

Het bestuur van de LNAZ is verantwoordelijk voor het LCPS en het beheer van het LPZ.

	Fase 1a	Fase 1b	Fase 2 (a, b en c)	Fase 2d	Fase 3
 Landelijk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit ▪ Monitoren coronadashboard ▪ Informeren stakeholders 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit ▪ Monitoren coronadashboard ▪ Informeren stakeholders ▪ Eventuele escalatiemogelijkheid voor patiëntenspreiding vanuit behoefte regio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit ▪ Monitoren coronadashboard ▪ Informeren stakeholders ▪ Landelijke coördinatie ▪ Regie over internationale samenwerking ▪ Landelijke opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit ▪ Monitoren coronadashboard ▪ Informeren stakeholders ▪ Landelijke coördinatie ▪ Regie over internationale samenwerking ▪ Landelijke opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in landelijke bezetting/capaciteit ▪ Monitoren coronadashboard ▪ Informeren stakeholders ▪ Landelijke coördinatie ▪ Regie over internationale samenwerking
 Regionaal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in regionale capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in regionale capaciteit ▪ Informeren LCPS & veld ▪ Regionale coördinatie ▪ Regionale spreiding op basis van verdeelafspraken regio ▪ Beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in regionale capaciteit ▪ Informeren LCPS & veld ▪ Regionale coördinatie ▪ Regionale opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in regionale capaciteit ▪ Informeren LCPS & veld ▪ Regionale coördinatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inzicht in regionale capaciteit ▪ Informeren LCPS & veld ▪ Regionale coördinatie
 ZKH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatievoorziening ▪ Lokaal opvangen van pieken ▪ Interne maatregelen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatievoorziening ▪ Lokaal opschalen ▪ Informeren RCPS ▪ Beperkte opschaling van klinische en/of IC-bedden capaciteit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatievoorziening ▪ Lokaal opschalen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatievoorziening ▪ Lokaal opschalen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informatievoorziening ▪ Lokaal opschalen

Figuur 3. Rollen, taken en verantwoordelijkheden per fase, Bron: Actualisatie Opschalingsplan Covid-19 (versie oktober 2021), LNAZ

1.4 Huidige bekostiging (2020-2022)

In april 2020 heeft de minister opdracht gegeven om het LCPS op te richten, gelijktijdig zijn de RCPS'ën opgericht binnen de regio's. Vanaf september 2020 wordt het LPZ gebruikt als landelijk systeem.

³ Bron: LNAZ antwoorden op vragen basisinformatie d.d. 5 april 2022

⁴ Bron: zie voetnoot 3.

RCPS

De kosten van het RCPS zijn in 2020 tot uitdrukking gekomen in de verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage Coördinatie traumazorg en ROAZ (CTR). Het RCPS is daarmee gefinancierd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage CTR. Wij zijn voornemens om dat ook voor 2021 en 2022 te doen. Dit was geen vooropgezet plan, maar is ontstaan in tijden van crisis. Alle regio's zijn vrij geweest in de invulling en organisatie van hun RCPS. Dit leidde ertoe dat:

- niet alle traumacentra kosten voor het RCPS hebben opgegeven;
- de opgegeven kosten niet volledig zijn;
- de opgegeven kosten sterk schommelen in hoogte.

De verwevenheid met de reguliere werkzaamheden voor CTR maken dat de kosten vaak ook niet te onderscheiden zijn. De exacte omvang van de kosten RCPS zijn op dit moment daarom nog niet goed af te leiden uit de vaststellingsaanvragen.

LCPS

De kosten van het LCPS worden vergoed vanuit een overeenkomst tussen VWS en het LNAZ. VWS heeft per brief van 26 maart 2020 aan de LNAZ de opdracht gegeven om het LCPS op te richten. VWS heeft in deze brief aangegeven om – met terugwerkende kracht - vanaf 21 maart 2020 de benodigde uitgaven die in direct verband staan met het inrichten van het LCPS en die als zodanig door het LCPS worden gemaakt, te vergoeden.

LPZ

Het Ministerie van VWS heeft in een addendum, dat met terugwerkende kracht vanaf 27 oktober 2020 in werking is getreden, een aanvullende overeenkomst gesloten met het LNAZ betreffende de LPZ. Het LNAZ is zowel gedurende de looptijd van de overeenkomst als na de beëindiging van de overeenkomst verantwoordelijk voor het op een juiste wijze functioneren van het LPZ. De overeenkomst maakt dan ook onderscheid tussen bekostiging tijdens en na afloop van de overeenkomst. Het LNAZ ontvangt op basis van het addendum geen aanvullende bijdragen voor het doorontwikkelen of beheer en onderhoud van het LPZ na afloop van de overeenkomst. Na afloop van de overeenkomst mag het LNAZ enkel kosten in rekening brengen bij gebruikers die niet door VWS worden gedekt.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we verder in op de mogelijkheden voor de toekomstige bekostiging van het RCPS en geven we ons advies.

In hoofdstuk 3 kijken we naar de mogelijkheden voor de toekomstige bekostiging van het LCPS (3.3), inclusief de bekostiging van het LPZ (3.2).

2 Bekostiging RCPS

De minister wil de functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding zoals uitgevoerd door het RCPS en LCPS, inclusief het LPZ behouden en verbreden. “Daarmee bedoel ik dat het wenselijk is met het oog op de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg dat de functies worden uitgebreid naar het verkrijgen van inzicht in de actuele zorgcapaciteit die van belang is voor de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg in den brede. Het is wenselijk om te zorgen dat in de toekomst real time inzicht bestaat in de drukte in de acute zorg, dat data over zorgvraag, gebruik van zorg en actueel beschikbare capaciteit worden verzameld in een landelijk uniform systeem en geanalyseerd en dat prognoses worden opgesteld om te anticiperen op pieken en dalen in de vraag naar acute zorg (kenniscentrumfunctie). De beoogde reikwijdte van de functies van inzicht in capaciteit en spreiding van patiënten betreft instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg, al deze aspecten zijn immers van belang om de drukte in de acute zorg te beheersen⁵”.

Met als uitgangspunt de huidige organisatie van de functies en de huidige taken zoals die nu worden uitgevoerd maken we in dit hoofdstuk onderscheid in regionale patiëntenspreiding en inzicht in capaciteit in de regio.

2.1 Inzicht in capaciteit in de regio

Binnen de regio wordt deze taak uitgevoerd vanuit het ROAZ door het actieve of slapende RCPS. Ongeacht de fase van zorgverlening worden er dus altijd kosten gemaakt voor het bieden van inzicht in regionale capaciteit. De taken die hieronder vallen zijn:

- dataverzameling (controle, aanlevering LCPS);
- het maken van rapportages en een kennis- en expertisefunctie regionaal;
- beleidsvoorbereiding (ten behoeve van afspraken maken in de regio over o.a. op- en afschaling, werkoverleggen voorbereiden met de regionale partners).

Daarbij hoort ook de analyse van de regionale data voor het signaleren van mogelijke knelpunten. De frequentie van het aanleveren van informatie neemt toe naar mate de druk op de zorg hoger wordt.

2.1.1 Overlap beschikbaarheidsbijdrage CTR

Voor de traumacentra is het hebben van inzicht in capaciteit en het signaleren van mogelijke knelpunten in de regio niet nieuw. Datzelfde geldt voor het fungeren als kenniscentrum en zorgen voor (beleids)voorbereiding ten behoeve van het maken van afspraken in de regio. Dit zijn allemaal taken van het ROAZ die zijn vastgelegd in het uitvoeringsbesluit Wkkgz. Het traumacentrum is (o.a.) verantwoordelijk voor de uitvoering en het faciliteren van het ROAZ. Vervolgens zijn die taken van het ROAZ gekoppeld aan het besluit beschikbaarheidsbijdrage. In de nota van toelichting bij de wijziging van het uitvoeringsbesluit per 2022 staat⁶:

⁵ Bron ; adviesaanvraag VWS aan NZA, brief d.d 15 maart 2022

⁶ [Besluit van 15 juni 2021, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG in verband met het stellen van eisen omtrent de voorbereiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg \(link\).](#)

“Verder wordt de reikwijdte van het regionaal overleg aangepast aan de praktijk: het overleg heeft zich in de praktijk verbreed van een overleg over acute zorg in enge zin (te weten de zorg van spoedeisende eerste hulp afdelingen en afdelingen acute verloskunde in ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten en crisisdiensten van de ggz), naar een overleg dat tevens betrekking heeft op de instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg.”⁷

In het wijzigingsbesluit staan eisen tot afstemmen, samenwerken, het maken van afspraken, het meewerken en het verstrekken van informatie. Kortom binnen het ROAZ moeten afspraken gemaakt worden over de informatie die zorgaanbieders met elkaar delen teneinde inzicht te bieden in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg in de regio. In de nota van toelichting wordt in dat kader ook verwezen naar het mogelijk mededingingsbeperkende effect van het delen van die informatie.

“Ook bestaat er ruimte voor afspraken tussen zorginstellingen om de instroom en uitstroom op elkaar af te stemmen. Datzelfde geldt bijvoorbeeld voor het uitwisselen van actuele informatie over instroom, uitstroom en beschikbare (lege) capaciteit voor zover die informatie nodig is om de beschikbaarheid van de gehele acute zorgketen te waarborgen en niet verder gaat dan daarvoor nodig is.”⁸

En:

“Voor het maken van afspraken die betrekking hebben op de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg vindt op dit moment bekostiging plaats via een beschikbaarheidsbijdrage (onderdeel d, onder 5 van de bijlage van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG). Deze beschikbaarheidsbijdrage omvat mede het verwerven van kennis die nodig is voor het maken van zulke afspraken, het bieden van inzicht in capaciteit van zorgaanbieders en het fungeren als kenniscentrum.”⁹

Kortom, als het gaat om het regionaal inzicht hebben in capaciteit, het signaleren van knelpunten regionaal, en het fungeren als kenniscentrum overlapt de reikwijdte van deze adviesaanvraag met de bestaande werkzaamheden van de traumacentra. De werkzaamheden zijn reeds onderdeel van de Wkkgz, en zijn daarmee ook onderdeel van de beschikbaarheidsbijdrage Coördinatie Traumazorg en Regionaal Overleg Acute Zorg (CTR)

Deze conclusie komt overeen met het overzicht (figuur 2) van het LNAZ. Als een RCPS niet actief is, is inzicht en signaleren onderdeel van het ROAZ. Dit is ook logisch aangezien er zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van de bestaande structuren, en dat het RCPS veelal is georganiseerd binnen het traumacentrum (en vaak gebonden is aan het netwerkbureau/bureau ROAZ).

2.2 Patiëntenspreiding regionaal

Het doel is om op basis van realtime informatie, regionaal patiënten te spreiden zodat druk op de werklast evenredig wordt verdeeld en de reguliere zorg, maar voornamelijk ook de acute zorg, veilig en met kwaliteit kan plaatsvinden en de patiënt op de juiste plek geholpen kan worden. In de fase van reguliere zorgverlening is het RCPS niet actief en worden patiëntenverplaatsingen die noodzakelijk zijn gedaan door de ziekenhuizen zelf. Vanaf fase 1b (regionale piek) wordt het RCPS actief en neemt de coördinatie van die verplaatsingen in de regio over. Vanaf fase 2a is daarbovenop ook de landelijke

⁷ Onderdeel 2 nota van toelichting bij de wijziging van het uitvoeringsbesluit Wkkgz.

⁸ Onderdeel 5 nota van toelichting bij de wijziging van het uitvoeringsbesluit Wkkgz.

⁹ Onderdeel 8 nota van toelichting bij de wijziging van het uitvoeringsbesluit Wkkgz.

patiëntenspreiding door het LPCS actief. Bij een minimaal en maximaal RCPS worden ook patiëntverplaatsingen gecoördineerd, is er aanvullend overleg met de regio en is communicatie naar alle partners een belangrijke taak. In de maximale variant is het RCPS soms 24/7 open en zijn er meerdere diensten per dag in te vullen¹⁰. Anders dan bij inzicht in capaciteit is dit een nieuwe taak die in het verleden niet werd uitgevoerd binnen het ROAZ.

Vergoeding 2020-2022

In 2020 is het RCPS gefinancierd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage CTR. Wij zijn voornemens om dat ook voor 2021 en 2022 te doen. In tegenstelling tot inzicht in capaciteit, geldt voor de regionale patiëntenspreiding dat deze functie niet op voorhand expliciet terug te lezen is in de doelstelling of werkzaamheden van het ROAZ. Er is binnen de reikwijdte wel ruimte in de werkzaamheden voor rampen en crisis en het oplossen van knelpunten, en wij zien het regionaal spreiden van patiënten daarbij in het verlengde om te kunnen voldoen aan de doelstelling van het ROAZ (afspraken maken om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg te waarborgen). De huidige bekostigingswijze is gevormd in tijden van crisis, maar de NZa is wel van mening dat we dit in deze adviesaanvraag goed moeten afwegen voor de toekomst. Vandaar dat wij wel alle andere vragen uit het beoordelingskader aflopen vanaf vraag 4.

2.2.1 Optie reguliere tarieven

Vraag 5 uit het beoordelingskader luidt: Is financiering via prestatie of tarief mogelijk? Met andere woorden, is de zorg herleidbaar tot een individuele patiënt?

Het gaat hier om de regionale coördinatie (en communicatie) van het verplaatsen van een individuele patiënt, maar de zorg of de doelstelling is niet herleidbaar tot een individuele patiënt of een soort groep patiënten, maar voor alle patiënten die (acute) zorg nodig hebben en of in het ziekenhuis liggen. De verplaatsing van de patiënt heeft weinig te maken met de zorgvraag van een specifieke patiënt. Als de patiënten niet verplaatst kunnen worden, komt immers de kwaliteit en bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg in de regio in gevaar.

Prestaties en bijbehorende tarieven kunnen worden gemaakt indien er sprake is van direct patiënt gerelateerde zorg. Die mogelijkheid van prestaties valt af omdat daar geen sprake van is. Daarmee valt ook de facultatieve prestatie af omdat die ook hangt aan hetzelfde criterium. Dat er geen prestatie voor is, wil niet zeggen dat de kosten geen onderdeel kunnen zijn van de kostprijsberekening. Denk daarbij aan andere vormen van dienstverlening, hiervan zit een beetje verdisconteerd in elke prestatie. Dit betekent dat zorginstellingen specifiek hierover afspraken moeten maken met individuele zorgverzekeraars. Dit brengt meer administratieve lasten met zich mee, en daarbij zijn de totale kosten moeilijk voorspelbaar vooraf en kunnen deze bovendien verschillen tussen regio's onderling.

2.2.2 Optie Beschikbaarheidsbijdrage

In de adviesaanvraag wordt ook de vraag gesteld om de functie (in dien van toepassing) te toetsen aan de criteria a, b en c welke de voorwaarden of iets in aanmerking komt voor een beschikbaarheidsbijdrage:

- a waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of;*

¹⁰ Bron: LNAZ antwoorden op vragen over basisinformatie d.d. 5 april 2022

- b waarbij een toerekeningen van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en;*
- c die niet op andere wijze worden bekostigd.*

Eerder concludeerden wij dat de kosten van de patiëntenspreiding niet toe te rekenen zijn naar individuele patiënten. De actie ziet dan wel op het verplaatsen van een patiënt, maar de verplaatsing heeft weinig met verleende zorg aan die specifieke patiënt te maken. De patiënt moet verplaatst worden om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in den brede te waarborgen. Daarmee voldoet de functie aan criterium a, en is het niet relevant meer of er sprake is van marktverstoring onder criterium b. Ook aan het laatste criterium wordt voldaan omdat deze functie niet op een andere wijze wordt bekostigd.

2.2.3 Optie Algemene Diensten ten behoeve van verzekerde Zorg (ADZ)

In de brief vraagt VWS de NZa om te onderzoeken of binnen de vraag over bekostiging via reguliere tarieven de route van ADZ een optie is.

ADZ algemeen

Bij ADZ gaat het om coördinatie-activiteiten en de onderliggende infrastructuur die nodig is voor de organisatie van samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze activiteiten bevorderen de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van verzekerde zorg¹¹. Door ADZ kunnen deze activiteiten door derden zelfstandig gedeclareerd worden bij de verzekeraar, zonder tussenkomst van de zorgaanbieder die de bijbehorende verzekerde patiëntenzorg levert. ADZ is bedoeld voor initiatieven vanuit het veld. Zorgaanbieder en verzekeraar(s) moeten daartoe een gezamenlijk verzoek indienen en een overeenkomst sluiten. In de overeenkomst moet helder worden aangegeven en onderbouwd voor welke groep verzekerden de activiteiten worden verricht. Ook moet gekeken worden of ADZ-kosten kunnen worden toegerekend aan individuele patiënten. Indien dit niet mogelijk is, moeten verzekeraars (gezamenlijk) een voorstel doen voor een uniforme logische verdeelsleutel ten behoeve van de inbreng van schadelast in de risicoverevening. Ook moeten er afspraken gemaakt worden over het wel of niet vrijstellen van de ADZ van het eigen risico. Een verzoek tot ADZ moet worden getoetst door een werkgroep vanuit VWS, NZa en ZIN. Deze toets is zowel zorginhoudelijk als uitvoeringstechnisch. Mocht een ADZ worden goedgekeurd, dan is het daadwerkelijk contracteren van de ADZ uiteindelijk aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling.

ADZ patiëntenspreiding regionaal

De ADZ is bedoeld voor (coördinatie)initiatieven vanuit het veld, welke kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg bevorderen. De wenselijke ondersteunende diensten zijn activiteiten die ten goede komen aan (individuele) patiënten die zorg van de betrokken zorgaanbieders ontvangen. Het gaat dus niet om directe patiëntenzorg.

Zoals beschreven biedt ADZ een mogelijkheid om wenselijke 'ondersteunende werkzaamheden' separaat te vergoeden. Inzicht in capaciteit en het (regionaal) spreiden van patiënten, taken van het RCPS, kunnen gezien worden als ondersteunende diensten. Het is echter de vraag of deze diensten ook beschouwd moeten worden als 'slechts' wenselijk of wettelijk noodzakelijk. Het bieden van inzicht in capaciteit is expliciet vermeld in het uitvoeringsbesluit Wkkgz als taak horende bij het ROAZ. Daarmee

¹¹ [Kamerbrief bekostiging algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg van 29 juni 2020 \(link\)](#).

is het wettelijk noodzakelijk en geen wenselijke ondersteunende dienst¹². Datzelfde geldt wat ons betreft voor de (regionale) patiëntenspreiding. Binnen het ROAZ moeten afspraken gemaakt worden om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te bevorderen. Het hele doel van het besluit is tenslotte ook om bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg zo goed mogelijk te borgen. In de toelichting van het besluit is ook toegelicht dat in situaties van rampen en crisis de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg zo goed mogelijk gewaarborgd moeten zijn. Dat maakt het een noodzakelijke ondersteuning doordat er een directe relatie is met de wettelijke taak horende bij het ROAZ.

De NZa is van mening dat ADZ niet het juiste instrument is voor bekostiging van regionaal inzicht in capaciteit en het regionaal spreiden van patiënten.

2.3 Conclusie en advies RCPS

Voor het behouden van de functies inzicht in capaciteit en regionale patiëntenspreiding concludeert de NZa het volgende.

Inzicht in regionale capaciteit

Samengevat:

- Reikwijdte adviesaanvraag op inhoud voor regionale inzicht in capaciteit overlapt met de reikwijdte en doelstelling van het ROAZ zoals geformuleerd in de Wkkgz;
- Het hebben van inzicht in capaciteit in de regio, het signaleren van knelpunten en het fungeren als kenniscentrum en (beleids)voorbereiding ten behoeve van afspraken maken in de regio zijn al onderdeel van de werkzaamheden horende bij het ROAZ;
- Organisatorisch is het RCPS veelal georganiseerd vanuit het bureau ROAZ of in ieder geval binnen het Traumacentrum.

Het antwoord op vraag 4 uit het beoordelingskader voor deze regionale functie is 'Ja, er voorzien in financiering, hoewel niet via prestatie/tarief maar via een beschikbaarheidsbijdrage'. Inzicht in regionale capaciteit maakt al deel uit van de reikwijdte voor de beschikbaarheidsbijdrage CTR, en zou dus vanuit daar bekostigd moeten worden. De NZa zal moeten onderzoeken – d.m.v. een kostenonderzoek – in hoeverre de bekostiging voor deze functie moet worden aangepast. Met andere woorden of de hoogte van de vergoeding aangepast moet worden voor dit onderdeel zoals nu uitgevoerd door het RCPS.

De laatste twee vragen (5 en 6 uit het beoordelingskader) over reguliere tarieven (en ADZ) en of het voldoet aan de voorwaarden van een beschikbaarheidsbijdrage zijn daarmee irrelevant. Of de beschikbaarheidsbijdrage CTR aan de voorwaarde voldoet is immers niet aan de orde in deze adviesaanvraag.

Regionale patiëntenspreiding

Het spreiden van patiënten is een vanzelfsprekende activiteit om aan de wettelijke taken en doelstellingen van het ROAZ te kunnen voldoen. Patiëntenspreiding staat echter niet expliciet vermeld in

¹² De noodzaak tot het op orde brengen van gegevensuitwisseling in de acute zorg wordt daarnaast nog onderschreven in het in maart 2022 gepubliceerde advies 'Passende acute zorg'.

de reikwijdte van de beschikbaarheidsbijdrage CTR. Voor een goede toekomstbestendige afweging is het van belang om alle vragen uit het beoordelingskader langs te lopen.

Prestaties en tarieven kunnen vastgesteld worden indien er sprake is van direct patiëntgerelateerde zorg. De mogelijkheid van prestaties valt voor patiëntenspreiding af omdat daar geen sprake van is. De kosten van de coördinatie patiëntenspreiding zou wel als onderdeel dienstverlening verdisconteerd kunnen worden in de kostprijsberekening van de ziekenhuizen. Dit betekent dat zorginstellingen specifiek hierover afspraken moeten maken met individuele zorgverzekeraars. Dit brengt meer administratieve lasten met zich mee, en daarbij zijn de totale kosten moeilijk voorspelbaar vooraf en kunnen deze bovendien verschillen tussen regio's onderling.

Op voorhand lijkt een ADZ wellicht een optie omdat traumacentra de rekening dan direct bij de zorgverzekeraar kunnen indienen. Wij concluderen echter dat ADZ niet het juiste instrument is. Het spreiden van patiënten in de regio is niet wenselijk maar noodzakelijk om de bereikbaarheid/toegankelijkheid van de acute zorg in de regio te kunnen waarborgen. Bovendien zit deze taak in de organisatie binnen het RCPS vast aan het deel inzicht in capaciteit, welke onderdeel is van de beschikbaarheidsbijdrage CTR. Het loskoppelen van die taken zorgt voor een toename in administratieve lasten en zal ook in sommige regio's organisatorisch niet kunnen.

Gegeven de huidige organisatie van het RCPS binnen het traumacentrum/bureau CTR, en het feit dat inzicht in regionale capaciteit reeds onderdeel is van beschikbaarheidsbijdrage CTR, is het advies om voor patiëntenspreiding regionaal aan te sluiten bij de (in fase 1a) dominante geldstroom. Dit betekent dat wij adviseren om de kosten voor het regionaal spreiden van patiënten, in ieder geval tijdelijk, onder te brengen in de beschikbaarheidsbijdrage CTR. De functie coördinatie regionale patiëntenspreiding voldoet volgens ons aan de criteria gesteld onder a en c. Daarmee is het niet relevant meer of er sprake is van markverstoring onder criterium b.

Ondanks dat wij vinden dat de taken van het RCPS gedeeltelijk onderdeel zijn van de taken die vallen onder de beschikbaarheidsbijdrage, en voor een deel logischerwijs hiervan in het verlengde liggen, is het belangrijk te benadrukken dat deze conclusie gebaseerd is op de huidige taken en organisatie (dus Covid-gerelateerd) De conclusie is daarmee tijdelijk. Gezien de actuele ontwikkelingen rond het onderwerp zorgcoördinatie in het algemeen, zou deze conclusie over twee jaar geëvalueerd moeten worden.

Daarbij verwijzen wij ook nog naar onze aanbeveling nummer 8 in de monitor academische zorg, welke dan eventueel ook meegenomen kan worden. In onze monitor academische zorg doen wij de volgende aanbeveling ten aanzien van het ROAZ:

“Wij doen een oproep aan het ministerie van VWS om, op basis van de lessen van deze pandemie, de rol van het ROAZ als geheel en de partijen verenigd binnen het ROAZ te evalueren. Om vervolgens (1) te definiëren wat we hiervan in de toekomst verwachten, zowel binnen als buiten crisistijd en (2) wat een passende scope, rolverdeling en governance is. De NZa is hier graag bij betrokken¹³.”

¹³ Bron: Monitor UMC's 2021, NZa, 10 maart 2022. [Link](#)

3 Bekostiging LCPS en LPZ

Zoals beschreven in de adviesvraag wil de Minister de functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding zoals uitgevoerd door het RCPS en LCPS behouden en verbreden. Daarbij geldt dezelfde reikwijdte voor de LCPS en LPZ als voor de RCPS. “Daarmee bedoel ik dat het wenselijk is met het oog op de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg dat de functies worden uitgebreid naar het verkrijgen van inzicht in de actuele zorgcapaciteit die van belang is voor de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg in den brede.”

Met als uitgangspunt de huidige organisatie van de functies, en de huidige taken zoals geformuleerd door de LNAZ maken we in dit hoofdstuk onderscheid in de LCPS en het LPZ.

3.1 Is voorzien in financiering via prestatie of tarief?

In de adviesaanvraag geeft de minister het volgende aan: “Het is wenselijk om te zorgen dat in de toekomst real time inzicht bestaat in de drukte in de acute zorg, dat data over zorgvraag, gebruik van zorg en actueel beschikbare capaciteit worden verzameld in een landelijk uniform systeem en geanalyseerd en dat prognoses worden opgesteld om te anticiperen op pieken en dalen in de vraag naar acute zorg (kenniscentrumfunctie).” Ook hier betreft de reikwijdte de instroom, doorstroom en uitstroom uit de acute zorg.

Zowel het LPZ als het LCPS worden op dit moment bekostigd middels een overeenkomst tussen het LNAZ en VWS. Zonder het contract met het LNAZ worden deze kosten niet op andere of enige wijze vergoed. Er wordt dus nu niet voorzien in financiering via prestatie of tarief. Daarmee hebben we antwoord gegeven op vraag 4 uit het beoordelingskader.

3.2 Toekomstige bekostiging LPZ

Binnen de ROAZ-regio's is afgesproken om het LPZ te gebruiken als uniforme tool om inzicht in capaciteit te hebben en patiëntenverplaatsingen aan te vragen. Het LPZ wordt dus op dit moment gebruikt ter ondersteuning van de functies regionale patiëntenspreiding en inzicht in regionale capaciteit, maar ook ter ondersteuning van de werkzaamheden van het LCPS. De mogelijkheid van prestaties en tarieven valt hier eveneens af, omdat de kosten van het LPZ niet zijn toe te rekenen naar individuele patiënten. De kosten van het LPZ zouden doorberekend moeten worden naar de gebruikers. Met de huidige taken en werkzaamheden valt dit binnen de reikwijdte van taken horende bij het ROAZ, en zouden dit de traumacentra zijn. De traumacentra ontvangen de beschikbaarheidsbijdrage CTR mede voor het bieden van inzicht in capaciteit, en indien het LPZ daarvoor wordt gebruikt, kunnen die kosten ten laste van de beschikbaarheidsbijdrage worden vergoed. Indien in de toekomst het platform breder wordt ingezet, bijvoorbeeld ook buiten de acute zorg, dan is het logisch dat ook die gebruikers een bijdrage leveren aan de kosten. De wijze van bekostiging is dan afhankelijk van de gebruiker, maar ook van de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie in het algemeen.

3.3 Toekomstige bekostiging LCPS

De huidige functies en taken zijn in de pandemie helder en iedereen ziet de noodzaak van het spreiden van patiënten. De functies van inzicht in capaciteit landelijk (kenniscentrumfunctie) en het landelijk spreiden van patiënten zijn nieuw, en vallen niet binnen de bestaande reikwijdte van de wettelijke taak van het ROAZ. Hierbij geldt ook dat de kosten hiervan niet zijn toe te rekenen aan individuele patiënten. Dat maakt dat ook hier de beschikbaarheidsbijdrage een optie is. Waarbij wij er ons van bewust moeten zijn dat de LNAZ niet de status van zorgaanbieder heeft.

Er bestaat momenteel nog onzekerheid over het verloop van de coronapandemie. In dat kader is het voor nu wenselijk dat de functie van het LCPS behouden blijft. Ons advies is om het LCPS tijdelijk te vergoeden via een beschikbaarheidsbijdrage. Dit tenminste tot het moment dat partijen onderling afspraken hebben gemaakt over hoe zorgcoördinatie er in de toekomst landsdekkend uit moet komen te zien en wordt ingericht. Los van de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie vinden wij een evaluatie na twee jaar hierbij op zijn plaats. Daarbij sluiten wij het niet uit dat ADZ of andere vormen van bekostiging mogelijk in de toekomst wel een oplossing zijn.

Belangrijk voor de toekomst is wel dat over de invulling van de wens van de Minister om de functies uit te breiden goede afspraken met de betrokken partijen worden gemaakt, en dit – zoals partijen dat zelf aangeven – verder te concretiseren. Dit kan door partijen worden meegenomen in de uitwerking van het verzoek over het landelijke zorgcoördinatiecentrum.

In dit kader verwijzen wij ook naar ons advies Passende acute zorg: *“Door onvoldoende zicht op beschikbare capaciteit in de zorg stukt de patiëntstroom regelmatig en ontvangt een patiënt niet de juiste zorg op de juiste plek. De coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorgketen kan beter. Integrale triage en medische gegevensuitwisselingen dragen hieraan bij. Om de zorgcoördinatie te verbeteren zou inzicht moeten bestaan in de beschikbare capaciteit en wachttijd. Dat geldt zowel voor in-, door- als uitstroom in de keten van acute zorg. Zorgaanbieders zouden middels aanpassing van regelgeving verplicht moeten worden om ook deze informatie uit te wisselen. In navolging van dit advies gaat de NZa de mogelijkheid van een verplichting (en opnemen in de regelgeving) verder verkennen. We zien ook verschillende regionale initiatieven die helpen in de coördinatie. Het gaat dan om samenwerkingen tussen huisartsenposten (hap) en seh, en de wijkverpleegkundige en de hap. De zorgverzekeraar speelt ook een belangrijke rol in het verbeteren van de coördinatie van de in-, door- en uitstroom van de acute zorg. Als blijkt dat de inzet van een regionaal initiatief bijdraagt aan een vermindering van de druk op de acute zorg, vraagt dit om proactief en congruent gedrag van verzekeraars.”*

3.4 Conclusie en advies LCPS en LPZ

Voor het LPZ geldt dat de kosten zouden doorberekend moeten worden naar de gebruikers. De traumacentra ontvangen de beschikbaarheidsbijdrage CTR mede voor het bieden van inzicht in capaciteit, en indien het LPZ daarvoor wordt gebruikt, kunnen die kosten ten laste van de beschikbaarheidsbijdrage worden vergoed. Voor het LCPS geldt dat ons advies is dit tijdelijk te vergoeden via een beschikbaarheidsbijdrage. Dit tenminste tot het moment dat zorgcoördinatie toekomstbestendig landsdekkend wordt ingericht. Los van de ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie vinden wij een evaluatie na twee jaar hierbij op zijn plaats.