

29 247 Acute zorg

Nr. 389 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 mei 2023

Op 4 april jl. heb ik u het advies aangeboden dat ik van verschillende partijen in de zorg heb ontvangen over zorgcoördinatie¹. In de aanbiedingsbrief bij het advies heb ik aangekondigd met een inhoudelijke visie op en een concreet totaalconcept van zorgcoördinatie te komen. Deze brief dient daartoe.

Het belang van zorgcoördinatie

De zorg moet voor iedereen toegankelijk en van goede kwaliteit zijn en voor iedereen betaalbaar blijven. Dat geldt ook voor de acute zorg. Uiteraard is het beter om te voorkomen dat mensen acute zorg nodig hebben. Dat vraagt om een goede onderliggende organisatie van de zorgketen in brede zin. Daarover zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord² (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Daarnaast zijn ook acties in gang gezet om te voorkomen dat een zorgvraag acuut wordt, zijn en blijven van belang.

Als er dan toch een acute zorgvraag is, is zorgcoördinatie een middel om te zorgen dat de zorgvrager de juiste zorg van de juiste zorgverlener krijgt op het juiste moment. Zorgcoördinatie is voor mij een belangrijke pijler van een toekomstbestendige acute zorg (een doelstelling uit het Coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77)) en een drager van de gewenste samenwerking tussen partijen in de acute zorgketen. Al in verschillende documenten en debatten heb ik het belang dat ik hecht aan zorgcoördinatie aan u geschetst. In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg³ ben ik hier uitgebreid op ingegaan. En ook in het IZA hebben we hier verscheidene afspraken over gemaakt. Zorgcoördinatie maakt ook onderdeel uit van de versterkingen die ik voor me zie in het kader van het beleidsprogramma Pandemische paraatheid. Sterker nog, één van de prominente lessen van de Coronaperiode is dat coördinatie georganiseerd moet worden om de schokbestendigheid van de zorg te borgen.

Het doel van zorgcoördinatie is om er door middel van een eenduidige toegang en eenduidige, multidisciplinaire triage en inzicht in beschikbare capaciteit in de keten

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 386.

² Kamerstuk 31 765, nr. 655.

³ Kamerstuk 29 247, nr. 362.

voor te zorgen dat de patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag op het juiste moment, de juiste zorg, op de juiste plek, van de juiste zorgverlener ontvangt. De patiënt krijgt goede zorg en de zorgverlener die een plek zoekt voor een patiënt wordt ontzorgd. De druk op de acute zorg kan worden verminderd, beter worden gespreid en de capaciteit beter benut. Zorgcoördinatie levert daarmee een bijdrage aan het houdbaar maken van de zorg als geheel. Ook in het advies wordt zorgcoördinatie gezien als één van de middelen om de schaarste het hoofd te bieden.

De essentie is dat de toegankelijkheid van de zorg door zorgcoördinatie verbetert. De drukte in de acute zorg is niet van vandaag of gisteren en zal alleen maar groter worden. Daarbij heb ik het niet alleen over de ambulancezorg of de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, maar juist ook over de gehele keten van acute zorg, waaronder onder andere de acute ggz, de geboortezorg en de zorg voor kwetsbare ouderen. Hoewel zorgcoördinatie in de basis niet gaat om de reguliere (niet-acute) curatieve en langdurige zorg, hangt het daarmee nauw samen. Immers, als het vastloopt in de acute zorg, leidt dat tot knelpunten elders in de zorg en omgekeerd. Een goed toegankelijke acute zorgketen is bijvoorbeeld van belang om ouderen en mensen met een beperking zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen laten wonen en regie over hun eigen leven te laten houden. Tegelijkertijd is toegankelijke zorg en ondersteuning voor deze groepen nodig om de druk op de acute zorg te beperken.

Zorgcoördinatie is een middel om de zorgvraag zo goed mogelijk op te vangen binnen de bestaande capaciteit, waarbij maximaal gebruik wordt gemaakt van informatie uit en een overstijgende blik op de verschillende sectoren en domeinen binnen de zorg. Het zorgcoördinatiecentrum (zcc) kan deze integrale benadering bieden, waarmee op diverse terreinen meerwaarde gecreëerd kan worden. De patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag hoeft daardoor bijvoorbeeld minder lang te wachten op zorg en hoeft niet naar een andere locatie als zorg thuis (al dan niet digitaal) mogelijk is. De huisarts wordt ontlast doordat deze minder tijd kwijt is aan het zoeken van de juiste zorgaanbieder die tijd heeft voor de patiënt met de acute zorgvraag. Op de SEH zal de drukte meer gespreid worden. Bestaande capaciteit, zowel van grote als van kleine ziekenhuizen en vooral ook van aanbod van zorg buiten het ziekenhuis zoals (acute) wijkverpleging, kortdurend verblijf of een VVT-(crisis)bed, wordt beter benut. Ik ben ervan overtuigd dat zorgcoördinatie een goede bijdrage zal leveren aan de optimale inzet van schaarse zorgmedewerkers.

Ik zie goed werkende zorgcoördinatie als een vereenvoudiging van de wijze waarop de zorgpartijen met elkaar samenwerken en als de “next step” in informatiegestuurd werken voor de patiënt. Het is zeker niet mijn bedoeling om

met zorgcoördinatie de werking van het stelsel complexer te maken door een extra laag of instantie toe te voegen. Het moet juist door zelftriage, samenwerking van (huidige) triagisten met verschillende deskundigheden, het meer multidisciplinair opleiden van triagisten en meer inzicht in capaciteit van zorg, eenvoudiger worden voor de patiënt en voor de zorgverlener om direct de juiste zorg te krijgen of te organiseren, van de juiste zorgverlener, op de juiste locatie. Zorgcoördinatie is daarmee een doorontwikkeling van de huidige (versnipperde) triage en inzet van zorg op basis van beter inzicht in beschikbare capaciteit.

Zorgcoördinatie is niet het maken van beleid voor de acute zorg in de regio of het overnemen van de rol van de zorgverzekeraars ten aanzien van de in te kopen zorg. Ik kom daar verderop in deze brief op terug.

Getuige het advies dat ik van een groot aantal partijen heb mogen ontvangen, hechten ook deze partijen een groot belang aan het snel tot stand komen van zorgcoördinatie. Ik waardeer de inspanningen die partijen hebben geleverd om tot dit advies te komen en de inspanningen en de energie van degenen die al proefdraaien in de praktijk met vormen van zorgcoördinatie.

Mede op basis van de pilots, andere praktijken, dit advies en na het overleg dat ik met partijen heb gevoerd, kom ik tot de volgende visie op hoofdlijnen. Ik ben me ervan bewust dat dit concept nog de nodige uitwerking vergt. Daarbij moet onder andere bekeken worden in hoeverre de gekozen richting ingrijpt op (de verantwoordelijkheidsverdeling binnen) het zorgstelsel en de huidige wet- en regelgeving. Dit zal ik meenemen in de verdere vormgeving van zorgcoördinatie.

Wat is zorgcoördinatie

Conform het advies ga ik ervan uit dat zorgcoördinatie bestaat uit de volgende **functies**:

1. Eenduidige urgentiebepaling;
2. Bepalen van passende zorginzet;
3. In samenspraak met de patiënt coördineren van zorginzet binnen de ROAZ-regio en zo nodig in buurregio's, op basis van inzicht in capaciteitsinformatie en een planningsysteem;
4. Zorgverleners helpen bij het bepalen van urgentie, passende zorginzet of indicatiestelling voor een bed voor kortdurend verblijf en coördineren van de inzet van vervolgzorg in samenspraak met de patiënt.

Ik zie een onderscheid in de verschillende **meldingen** en meldstromen in de acute zorg en de betrokkenheid van het zcc daarbij:

- De meldingen van zorgvragers die in de ANW-uren binnenkomen bij huisartsenposten (HAP's) worden automatisch doorgeschakeld naar het (telefoonnummer van het) zcc (conform het advies p. 10 en 16).
- Meldingen die binnenkomen bij 112 waar na triage sprake is van een (mogelijk) tijdkritische, levensbedreigende situatie worden in ieder geval fysiek aangenomen en afgehandeld door de centralist van de RAV (p. 17 van het advies).
- Als een zorgverlener of een zcc een melding krijgt met een (mogelijk) tijdkritisch, levensbedreigend karakter, schakelt deze direct met de centralist van de RAV (geen onderdeel van het advies).
- Als er inzet van politie en/of brandweer nodig is, of bij opgeschaalde situaties (GRIP), crises of rampen, wordt de melding altijd afgehandeld op de meldkamer (geen onderdeel van het advies).
- Indien een uitgebreidere triage mogelijk is doordat uit de eerste triage door de centralist van de RAV op de meldkamer blijkt dat een tijdkritische levensbedreigende situatie uitgesloten kan worden, dan wordt de melding warm doorverbonden naar het zcc (p. 10 en 17 van het advies).

Wanneer wel of niet sprake is van een tijdkritische levensbedreigende situatie, wat het juiste moment van overdracht aan het zcc is en wat de benodigde kwalificaties van de triagisten van het zcc zijn, zal de komende periode nader worden uitgewerkt en waar nodig worden vertaald in concrete (proces)afspraken tussen

betrokken partijen uit het zorg- en meldkamerveld. Per ROAZ-regio is er daarnaast één telefoonnummer voor de hulpvraag van zorgverleners voor passende zorginzet (p. 11 van het advies).

Ik vind het belangrijk dat een zcc een **lerende organisatie** is en voortdurend de kwaliteit van de zorg monitort en verbetert. Zeker in de beginfase, maar ook structureel, is het van belang voortdurend te bezien of de gekozen werkwijze de beste werkwijze is om voor patiënten de juiste zorg op de juiste plek te vinden en om voor zorgverleners het zoeken naar een plek te vereenvoudigen. Zcc's zullen moeten meebewegen met de ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van zorg, de opgaven die voortvloeien uit de ROAZ-beelden en ROAZ-plannen en de digitale mogelijkheden die er zijn om zorgvragen te beantwoorden. Ik hecht er ook aan dat zcc's leren van elkaar.

Bij de uitvoering van de bovengenoemde functies zijn de **deelnemende partijen** alle Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), HAP's, eerstelijns verblijf (ELV)-coördinatiepunten, en aanbieders van acute wijkverpleging in de ROAZ-regio en zodra mogelijk de aanbieders van ggz-triage. Deze partijen hoeven niet allemaal 24/7 fysiek dan wel virtueel aanwezig te zijn op het zcc. Elke regio kan hier eigen passende afspraken over maken. Zorgverleners moeten wel 24/7 met hun vragen

over zorginzet bij het zcc terecht kunnen. Er moet een goede samenwerkingsovereenkomst zijn met de meldkamer(s) in de regio.

Partijen benadrukken in hun advies het belang van **zelftriage**. In het advies geven partijen aan dat HAP's digitale zelftriage aanbieden via hun eigen website. Idealiter kan door middel van zelftriage in een aantal gevallen worden voorkomen dat een triagist nodig is voor bijvoorbeeld een advies voor zelfzorg en wordt de uitkomst van de digitale zelftriage zichtbaar in het zcc als de zelftriage uitwijst dat er een triagist aan te pas moet komen. Dit vergt een doorontwikkeling van beschikbare tools en een kwaliteitstoets.

Daarnaast hebben partijen in de acute zorg zich ingezet voor het opzetten van **publieksvoorlichting** voor goed gebruik van acute zorg (p. 32 van het advies). Er is een breed pakket aan communicatiemiddelen ontwikkeld dat landelijk beschikbaar is en aanpasbaar is aan de lokale of regionale setting.

Inzicht in actuele capaciteit van zorgaanbieders in de regio en patiëntenspreiding

In mijn adviesaanvraag van 10 mei 2022 heb ik partijen gevraagd te adviseren over de functies van inzicht in capaciteit en patiëntenspreiding, als onderdeel van de functies van zorgcoördinatie. In het IZA staat dat VWS in overleg met de betrokken partijen het initiatief neemt om te voorzien in de structurele inbedding van deze functies in regelgeving en bekostiging. In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg heb ik aangegeven te streven naar een structurele inbedding van deze functies.

Partijen geven in het advies aan dat **inzicht in beschikbare capaciteit** in de gehele keten een doel is van zorgcoördinatie (p. 7). In het zcc moet wat mij betreft ten behoeve van de coördinatie van zorginzet ten minste inzicht bestaan in de actuele vrij beschikbare capaciteit in de gehele ROAZ-regio van RAV's, HAP's, huisartsen⁴, ziekenhuizen, acute wijkverpleging, farmaceutische spoedzorg, acute ggz, ELV, geriatrische revalidatiezorg, crisisbedden in verpleeghuizen en gehandicaptenzorg en geboortezorg. In de toekomst is dit inzicht in de capaciteit van al deze categorieën zorgaanbieders idealiter beschikbaar in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ), waarbij aanlevering zoveel als mogelijk geautomatiseerd plaatsvindt. Een fasering in de tijd is hierbij denkbaar. In het advies zien partijen het LPZ ook als basis voor een capaciteitsinformatiesysteem (p. 32, 33).

⁴ Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan inzicht in bij welke praktijken mensen zich kunnen inschrijven en inzicht in openingstijden en telefonische bereikbaarheid voor spoedvragen of reguliere zorgvragen.

Partijen geven in hun advies aan dat het in tijden van schaarste wenselijk is dat **(boven)regionale verplaatsingen van patiënten** gecoördineerd worden (p. 15 van het advies). Ik ben het eens met partijen dat de mogelijkheid van actieve patiëntenspreiding in bepaalde situaties behouden moet blijven. Patiëntenspreiding moet ingezet kunnen worden bij grootschalige incidenten, rampen of crises.

De coördinatie van zorginzet is succesvoller naarmate het **aanbod van zorg** waarnaar toe verwezen kan worden beter beschikbaar is. Zo is bijvoorbeeld de beschikbaarheid van kortdurend verblijf (waaronder ELV) en (acute) wijkverpleging cruciaal om te zorgen dat de patiënt op het juiste moment de juiste zorg krijgt. In het advies dat ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heb gevraagd over de bekostiging van de acute zorg, vraag ik al expliciet om een advies over welke bekostiging de inzet van acute zorg thuis faciliteert en stimuleert. Naar aanleiding van de opmerkingen op p. 26 van het advies over acute wijkverpleging en de beschikbaarheid van VVT-bedden zal ik bezien of de huidige adviesaanvraag voldoende is om tot een advies te komen om de benodigde passende zorg te kunnen realiseren, waarbij ik ook zal beoordelen of het nodig is om aanvullend advies hierover aan de NZa te vragen.

De organisatie van zorgcoördinatie

De **schaalgrootte** van het zcc zal worden gestoeld op die van de inrichting van de huidige regionale samenwerking in de acute zorg. Dat betekent dat er per Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)-regio één zcc komt, overeenkomstig scenario III uit het advies. Per zcc is wat mij betreft meer dan één werklocatie mogelijk. In het ROAZ worden daarover afspraken gemaakt, zodat de hele regio bediend wordt. Ik stel geen landelijk maximum aan het aantal locaties binnen het zcc, het aantal locaties laat ik over aan het ROAZ. Ik ga ervan uit dat ROAZ-en op dit punt passende afwegingen maken, gegeven de specifieke omstandigheden in de regio. Relevant voor het aantal locaties zijn daarbij onder andere de reistijd voor de medewerkers enerzijds en de te behalen schaalvoordelen qua personeelsinzet anderzijds. Bestaande samenwerkingsverbanden kunnen hierbij ook een rol spelen. Het is wat mij betreft echter niet denkbaar dat er één locatie komt per HAP of per ziekenhuis, want dan zouden de voordelen van gezamenlijke of multidisciplinaire triage en opschaalbaarheid bij knelpunten of incidenten niet goed gerealiseerd kunnen worden.

Met deze inrichting wordt het mogelijk dat er goede samenhang bereikt kan worden tussen het ROAZ, dat het beleid maakt ten aanzien van de beschikbaarheid van acute zorg en zorgcoördinatie in de regio, en de uitvoering van dat beleid door het zcc. Het gaat daarbij om een wisselwerking, waarbij het zcc niet alleen

uitvoering geeft aan beleid en afspraken die in ROAZ-verband zijn gemaakt, maar waarbij de informatie of signalen vanuit het zcc ook gebruikt kunnen worden om nadere afspraken of beleid te maken in het ROAZ. Dit vraagt ook om een bepaalde houding van zorgaanbieders binnen het ROAZ en onderstreept de noodzaak dat alle aanbieders binnen de acute zorgketen (dus ook de ggz en de VVT) vertegenwoordigd zijn in het ROAZ.

Er is dan één zcc verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie in de regio, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de zorgverzekeraars hebben één aanspreekpunt en het inzicht in de actuele capaciteit van de zorg is in de hele regio gelijk. Er is in de regio één vorm van zorgcoördinatie, één digitaal systeem en één werkwijze.

De **organisatie** van het zcc moet functioneel, effectief en efficiënt vorm worden gegeven. Ik zie hierbij een gefaseerde aanpak. Het is allereerst van belang dat alle regio's snel starten met de inhoudelijke uitrol van zorgcoördinatie. In deze eerste (aanloop)fase kan een start met een (in)formeel regionaal samenwerkingsverband voor de hand liggen. Binnen een dergelijk samenwerkingsverband kunnen bijvoorbeeld alvast werkafspraken worden gemaakt. Ik heb vanuit gesprekken met de zorgverzekeraars begrepen dat zij de noodzakelijke stimulering en ondersteuning van regionale samenwerking om zorgcoördinatie tot stand te brengen vanuit hun inkoopverantwoordelijkheid serieus en met vaart op zullen pakken. Aangezien alle betrokken partijen gecommiteerd zijn om snel aan de slag te gaan met het inrichten van zorgcoördinatie, kunnen op korte termijn binnen de huidige vormgevingsmogelijkheden belangrijke stappen worden gezet om zorgcoördinatie als functie in de regio's in te richten.

Voor de structurele situatie op langere termijn onderzoek ik of de zcc's een **zelfstandige zorgaanbieder** kunnen zijn (één van de opties binnen scenario III). Triage is immers een vorm van zorgverlening. Op die manier is helder wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie en wie het overleg voert met de zorgverzekeraars. Bovendien is het delen van patiëntgegevens binnen het zcc wanneer dat een zelfstandige zorgaanbieder is, eenvoudiger dan wanneer slechts sprake is van een informeel samenwerkingsverband. Ik acht het in principe voor de structurele situatie niet voldoende dat een zcc een informeel samenwerkingsverband is van meerdere zorgaanbieders. Een informeel samenwerkingsverband vind ik te vrijblijvend en daarbij is niet helder wie kan worden aangesproken op goede zorgcoördinatie. Alle samenwerkende zorgaanbieders zouden dan zelf afspraken moeten maken met hun verzekeraars over de bekostiging en onderling zouden ze afspraken moeten maken over wie wat betaalt. Dat lijkt mij erg ingewikkeld en onoverzichtelijk. Er moet daarom één partij zijn die formeel verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie. Daarvoor zijn verschillende modellen denkbaar, waarbij een zelfstandig zorgaanbieder mij voor nu de meest aangewezen vorm lijkt. Ik zal daarnaast ook

verkennen of bijvoorbeeld een formeel samenwerkingsverband van meerdere zorgaanbieders in dat kader passend is. Mochten in de aanloopfase nieuwe inzichten worden opgedaan waaruit blijkt dat de vorm van een (in)formeel samenwerkingsverband de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgcoördinatie goed borgt, dan kan alsnog worden gezien of daarmee kan worden volstaan.

In het advies laten partijen het over aan de regio of fysiek en/of virtueel wordt samengewerkt (p. 14). Ik acht het noodzakelijk dat elk zcc ten minste één **fysieke locatie** per ROAZ-regio heeft, zodat verschillende deelnemende partijen elkaar leren kennen, elkaars deskundigheid gemakkelijk benutten en van elkaar leren. De fysieke locatie is niet een locatie waar patiënten naar toe komen. Het is aan het ROAZ om te bepalen waar de fysieke locatie(s) zich bevinden. Dat kan bij een bestaande zorgaanbieder zijn, bijvoorbeeld een HAP of bij een meldkamer of elders. Dit laat ik over aan de betreffende regio. Aanvullend hierop is **hybride samenwerking** wat mij betreft mogelijk. Er kan dus sprake zijn van een mengvorm van fysieke en digitale samenwerking. Niet iedere deelnemende partij hoeft altijd op een gezamenlijke fysieke locatie aanwezig te zijn. En uiteraard houden we met elkaar goed in beeld welke innovatieve samenwerkingsvormen in de toekomst kunnen ontstaan en welke van die vormen binnen zcc-verband toegepast zouden kunnen worden. Waar toekomstige ontwikkelingen, bijvoorbeeld op gebied van digitalisering, kansen bieden om zorgcoördinatie optimaler te organiseren, moet daarvoor ruimte zijn. Dit vraagt flexibiliteit bij de inrichting van zorgcoördinatie en van de betrokken partijen.

Conform het advies van partijen (p. 2) ga ik ervan uit dat het zcc (ten minste) in de ANW-uren **open** is voor doorgeschakelde meldingen van patiënten en 24/7 voor zorgverleners.

Inkoop en bekostiging van zorgcoördinatie

In lijn met één van de opties bij scenario III in het advies regelen de twee grootste zorgverzekeraars in de ROAZ-regio in **representatie** de **zorginkoop** bij het zcc en niet meer bij de afzonderlijke deelnemende zorgaanbieders. Dit is hoe de zorginkoop nu al verloopt bij de ambulancezorg, de huisartsenposten en de acute ggz. Dit voorkomt dat verschillende zorgverzekeraars verschillende eisen gaan stellen aan het zcc.

Ik ga de NZa vragen wat ervoor nodig is om zcc's via een **budgetsystematiek** te bekostigen. Een budgetsystematiek (genoemd in het advies als mogelijkheid bij

scenario III) bekostigt de beschikbaarheid, zoals dat nu bijvoorbeeld ook al het geval is voor ambulancezorg, huisartsenposten en de acute ggz. De zorgverzekeraars behouden een belangrijke rol, zij kunnen de inkoop van zorgcoördinatie bezien in samenhang met de inkoop van zorg die het zcc inzet. Aan de toekenning van een budget kunnen voorwaarden worden verbonden, zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van bepaalde functies, het voldoen aan kwaliteitseisen of de betrokkenheid van zorgaanbieders bij het zcc.

Ik beseft dat zo'n systematiek veel uitwerkingsvragen met zich meebrengt, bijvoorbeeld ten aanzien van de wijze waarop het benodigde budget wordt berekend of de wijze waarop bestaande budgetten worden geschoond. Het is daarmee nog niet duidelijk wat de financiële gevolgen kunnen zijn van zorgcoördinatie. Na onderzoek van de NZa en een budgetimpact analyse zal daarover meer duidelijkheid ontstaan. Dubbele bekostiging moet uiteraard worden voorkomen. Ook is het niet de bedoeling dat er een dubbele triage plaatsvindt, het zijn vooral bestaande triagisten die in een ander verband worden ingezet. Het uitgangspunt is dat sprake is van een budgettair neutrale kostenontwikkeling op macroniveau. Bovendien moet zorgcoördinatie worden gerealiseerd binnen de financiële afspraken in het Integraal Zorgakkoord. Op termijn moet een doelmatigere inzet van zowel triagisten als verleners van acute zorg een matigend effect hebben op de totale kosten van de zorg. Door zorgcoördinatie kan de inzet van dure ambulancezorg of onnodige kosten vanwege verkeerde-bed problematiek in een aantal gevallen worden voorkomen.

De organisatie van landelijk inzicht in capaciteit en landelijke patiëntenspreiding

Overeenkomstig het advies van partijen moeten de huidige functies van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) – te weten inzicht in capaciteit alsmede patiëntenspreiding bij grootschalige incidenten, rampen of crises – behouden blijven.

Inzicht in capaciteit moet niet alleen op regionaal niveau – op het niveau van het zcc – maar ook op landelijk niveau geborgd zijn. Er moet daartoe sprake zijn van één **landelijke informatiepositie en één landelijk systeem** (ik denk hierbij aan het LPZ, net als de partijen in het advies) voor inzicht in capaciteit en druk op de zorg. Het is op verschillende niveaus van groot belang om (de informatiestroom ten behoeve van) inzicht in capaciteit zo goed mogelijk te borgen. Ten eerste moet in het zcc altijd inzicht bestaan in de actueel beschikbare zorgcapaciteit van alle afzonderlijke zorgaanbieders in de keten in de regio. Daarnaast moet het ROAZ inzicht hebben in de capaciteit van en de druk op de zorg in de regio, om beleid en afspraken te kunnen maken over de beschikbaarheid van de acute zorg. Voorts is het van belang dat het zcc en het ROAZ, elk op een ander niveau, inzicht hebben in capaciteit en

druk op de zorg in aangrenzende regio's met het oog op samenwerking en zorgvragen rondom de regiogrenzen. Ook landelijk is er permanent een beeld nodig van de capaciteit van en de druk op de zorg. Verder moet er landelijk monitoring en analysering van data plaatsvinden, om beleid en afspraken te maken over de beschikbaarheid van acute zorg.

In het advies wordt mij gevraagd het LNAZ de opdracht te geven om, in afstemming met de betrokken partijen, een landelijk domein-overstijgend capaciteitsinformatiesysteem te ontwikkelen, voortbouwend op het LPZ (p. 33). Die doorontwikkeling van het LPZ vind ik erg belangrijk gezien de noodzaak om op verschillende niveaus inzicht te hebben in de capaciteit van de zorg. Inzicht in capaciteit is ook volgens partijen een cruciale randvoorwaarde voor het slagen van zorgcoördinatie. Tijdens de COVID-pandemie is reeds een waardevolle data-infrastructuur opgezet en onderhouden waarop kan worden voortgebouwd. Nu COVID endemisch is geworden bemerk ik een terughoudendheid bij zorgaanbieders om capaciteitsdata aan te leveren. Ik ben daarom met hen in gesprek over het borgen van deze capaciteits- en continuïteitsdata zorgbreed, juist in aanloop naar en aansluiting op zorgcoördinatie.

In aanvulling op het advies zal ik daarnaast bezien of ik tot een **wettelijke verplichting tot aanlevering van capaciteitsdata** door de afzonderlijke zorgaanbieders aan de landelijke instantie kan komen, om het aanleveren van capaciteitsdata te allen tijde te garanderen. Ik besef dat over de aanlevering van capaciteitsdata afspraken zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord, maar wil de bestuurlijke afspraken graag ondersteunen door een wettelijke plicht, zodat individuele zorgaanbieders daaraan gebonden zijn. Deze verplichting wil ik zo nodig koppelen aan een (wettelijke) verplichting om het LPZ te beheren en door te ontwikkelen (verdiepen en verbreden). Daarnaast denk ik aan een (wettelijke) verplichting om capaciteitsinformatie voor de gehele keten te verzamelen op basis van uniforme definities en om deze informatie op het juiste niveau terug te geven aan de zcc's, met het oog op het coördineren van de zorginzet en aan de ROAZ-en ten behoeve van het maken van beleid en afspraken over de beschikbaarheid van acute zorg. Hierbij hoort ook de taak om de druk op de zorg te monitoren en de informatie op een geaggregeerd niveau openbaar te maken.

Dit landelijk systeem ten behoeve van inzicht in capaciteit en druk op de zorg moet worden beheerd en doorontwikkeld door een landelijke instantie. Hoe deze instantie moet worden gepositioneerd, zal ik nog bezien. Enerzijds is het van belang dat deze organisatie aansluit op de processen in de zorg. Anderzijds is het voor het inrichten van regie en sturing in de regio en, in tijden van rampen en crises, doorzettingsmacht voor de minister, van belang de informatiepositie toegankelijk voor de minister te organiseren. In de komende tijd zal ik onderzoeken of de landelijke instantie kan voortbouwen op de huidige stichting LPZ en/of het LCPS, of dat hiervoor iets nieuws zal moeten worden ingeregeld. Dit zal ik uiteraard in nauw overleg doen met het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), dat momenteel

verantwoordelijk is voor het LPZ en het LCPS, betrokken zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland.

Een andere functie van het LCPS is het coördineren van **landelijke patiëntenspreiding** indien noodzakelijk (bij een grootschalig incident, ramp of crisis). Ik vind het, net als de partijen in het advies, belangrijk dat ook deze functie in stand wordt gehouden en aansluit bij de ontwikkeling van zcc's. Patiëntenspreiding in situaties van zeer grote druk op de zorg op regionale schaal is onderdeel van het werkpakket van een zcc. In bepaalde situaties van grootschalige incidenten, rampen of crises kan het noodzakelijk zijn om bovenregionaal of zelfs landelijk of internationaal te spreiden. Het is belangrijk dat er concrete afspraken zijn over wanneer en door wie wordt overgegaan op patiëntenspreiding en op welke patiënten dit betrekking kan hebben, op basis van vastgelegde normen. Dit zal door VWS, in overleg met de betrokken veldpartijen, de komende periode verder worden uitgewerkt, in het verlengde van de keuzes die met betrekking tot de landelijke informatiepositie worden gemaakt.

Vooralsnog zijn deze landelijke functies gepositioneerd bij het LCPS en daarmee het LNAZ. Met ingang van 1 juli 2023 is de bekostiging van deze functies geregeld via de beschikbaarheidsbijdrage aan de traumacentra. Hiermee zijn deze functies ook gedurende de implementatiefase van zorgcoördinatie bekostigd. Als de positionering van de landelijke informatiefunctie en/of landelijke patiëntenspreiding wijzigt, zal dat ook gevolgen hebben voor de bekostiging. In het kader van pandemische paraatheid zijn voor de functies van het LCPS middelen beschikbaar.

De implementatie van zorgcoördinatie

Partijen geven in het advies (p. 34) aan dat zij in de ROAZ-plannen die in de tweede helft van 2023 worden opgesteld op basis van landelijke kaders afspraken maken om tot zorgcoördinatie te komen. Ik zal partijen en ROAZ-en ook aanspreken op het maken van deze afspraken. Daarnaast verken ik of en hoe de governance van het ROAZ kan worden verbeterd en is de NVZ voornemens een voorstel te doen voor de governance van de landelijke vertegenwoordiging van de ROAZ-en. Deze brief biedt de landelijke kaders voor zorgcoördinatie. Binnen dit landelijke kader worden tevens afspraken gemaakt met de betrokken zorg- en meldkamerpartijen over de eenduidige aansluiting tussen zcc's en meldkamers.

De partijen hebben daarnaast in hun advies aangegeven in 2024 van start te willen gaan met de implementatie van zorgcoördinatie om in 2025 tot een landsdekkend netwerk van zcc's te komen (p. 2). Stapsgewijs zal ik de acties oppakken die nodig zijn om tot landsdekkende zorgcoördinatie te komen. Het is van groot belang dat regio's niet wachten totdat alle acties afgerond zijn, maar dat zij zo snel mogelijk aan de slag gaan met het implementeren van (onderdelen van) zorgcoördinatie voor zover dat nu al mogelijk is, zodat er al dit jaar de eerste stappen kunnen worden gezet op dit gebied. Uit de pilots zorgcoördinatie blijkt immers dat er al veel mogelijk en gaande is in de praktijk. Het doel hierbij is dat er met ingang van 1 januari 2025 in alle ROAZ-regio's sprake is van regio dekkende zorgcoördinatie. Starten met implementatie moet plaatsvinden binnen de bestaande stelselafspraken, bekostigingssystematiek en wet- en regelgeving.

Daar waar er (vooralsnog) wettelijke belemmeringen zouden blijken te zijn, kan worden gezien of er experimenteerruimte mogelijk is.

Ik zal het tot stand komen van zorgcoördinatie vanuit VWS stimuleren door bij VWS een projectorganisatie in te richten om de landelijke randvoorwaarden voor zorgcoördinatie te scheppen, om het tot stand komen van zorgcoördinatie in de ROAZ-regio's te ondersteunen en de effecten van zorgcoördinatie onder andere op de kwaliteit van de zorg te monitoren en te evalueren. Ik realiseer me dat er heel wat moet gebeuren om de veranderopgaven die de partijen in hun advies noemen, op te pakken. In deze brief is een aantal zaken nog niet aan de orde gekomen, zoals het inrichten van werkprocessen, het beleggen van de medische verantwoordelijkheid, beleid met betrekking tot personeel, competenties en opleiding, het delen van patiëntgegevens en technische infrastructuur. Uiteraard zal ik partijen in de zorg en in de regio's betrekken en ondersteunen bij de implementatie van zorgcoördinatie. Gedurende de looptijd van de implementatie zal ik zorgen dat in ieder geval de partijen die het advies hebben aangeboden, periodiek hun ervaringen kunnen inbrengen. Voor een belangrijk deel zijn zij aan zet om van zorgcoördinatie een succes te maken. Ik reken op hun medewerking daaraan.

In deze brief heb ik mijn uitgangspunten voor zorgcoördinatie geschetst. Ik ga ervan uit dat deze leidend zijn voor de inrichting van zorgcoördinatie in de regio's. Ik zal nog moeten bezien in hoeverre ik deze uitgangspunten moet en kan inbedden in wet- en regelgeving. Ook kan het zo zijn dat er bij de implementatie concrete inzichten worden opgedaan op basis waarvan de doelen van zorgcoördinatie op een andere wijze beter kunnen worden bereikt; zorgcoördinatie is immers een middel en geen doel. In dat geval sta ik open voor een gesprek daarover.

Dat neemt niet weg dat ik het nu tijd vind om, na een periode van verschillende pilots, meer richting aan te brengen in het concept van zorgcoördinatie en door te pakken. Zorgcoördinatie is een manier om alle bestaande zorgcapaciteit, juist ook in de dunner bevolkte regio's, zo goed mogelijk te ontsluiten en te benutten. Natuurlijk moeten we met z'n allen voorkomen dat zorgcoördinatie complicerend werkt of meer geld en menskracht gaat kosten. Ik verwacht niet dat dat het geval is, maar ik ga uiteraard de effecten van zorgcoördinatie op landelijk niveau monitoren. Zoals ik al aangaf verwacht ik van de zcc's dat zij voortdurend de kwaliteit van hun zorg en de inzet van menskracht in de gaten houden en verbeteren. Het is aan de ROAZ-en om de ontwikkelingen in de regio te volgen en

in de ROAZ-plannen de inzet van zorgcoördinatie in de regio steeds te optimaliseren. Ik ga ervan uit dat dit binnen de landelijke kaders kan. Als daar gaandeweg knelpunten blijken te zitten, ga ik daarover het gesprek aan met veldpartijen.

In het najaar zal ik u nader informeren over de stand van zaken met betrekking tot de verdere uitwerking van mijn ambities met betrekking tot zorgcoördinatie.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers