



Kiezen voor de eerste lijn, ook bij spoed

Reactie van LHV, VHN en NHG op het rapport van de NZa

'Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg'

Mei/juni 2008

Inhoud

1. Vooraf	3
2. Algemeen	3
<i>Intermezzo: Wat gebeurt er als de NZa-adviezen worden overgenomen.</i>	5
3. Begrip acute zorg	5
4. Ontbreken van cijfers over kosten en volumes	8
5. Triage en regie	9
6. Beschikbaarheidsgelden	9
7. Marktwerking en vrije prijsvorming voor de acute basiszorg?	10
8. Reactie op de door de NZa geformuleerde adviezen.	11
9. Slotconclusie	18
BIJLAGE Dweilen met de kraan open of echt kiezen voor een sterke eerste lijn	20

1. Vooraf

Maart 2008 verscheen de uitvoeringstoets van de NZa onder de titel 'Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van de acute zorg'. De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) houden zich alle drie, in nauwe samenwerking, bezig met de rol van de huisarts in de acute zorg. Zij hebben dan ook besloten een gezamenlijke reactie op het NZa-rapport te geven.

Het rapport van de NZA gaat over de acute zorg in de breedte. In deze reactie gaan wij met name in op de punten in het rapport die te maken hebben met of raken aan de huisartsenzorg.

Na een aantal algemene opmerkingen gaan we in op verschillende onderwerpen uit het NZa-rapport. We sluiten af met een puntsgewijze reactie op de aanbevelingen van de NZa en geven in een korte bijlage een samenvatting van onze reactie.

2. Algemeen

De NZa heeft het rapport opgesteld op verzoek van de minister van VWS (januari 2007). Aanleiding was een aantal knelpunten in de acute zorg, zowel in de financiering als in de regie ervan. Ook vroeg de minister naar mogelijkheden de gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen. Door de branche is met smart gewacht op het advies omdat, hangende de adviesaanvraag, allerlei ontwikkelingen stagneerden.

'Met Spoed' bevat een breed opgezette analyse van de acute zorg en een zogenaamde zero base benadering. De NZa doet op basis hiervan een aantal aanbevelingen en maakt een paar keuzes, zowel voor de kortere als langere termijn. Er wordt een aantal mogelijkheden geschetst voor verbetering van de keten acute zorg. Op zich is deze brede verkenning interessant en zet aan tot nadere discussie over de toekomst van de acute zorg. De benadering blijft echter hangen in een theoretische marktsegmentatie, die onvoldoende weerspiegeling is van de werkelijkheid in de acute zorg. De door de NZa gebruikte marktsegmentering is sterk theoretisch van aard en onvolledig. De essentiële rol van de eerstelijns huisartsenzorg komt hierin niet of nauwelijks naar voren. Acute zorg bestaat bovendien veeleer uit een keten waarin de

belangrijke schakels naadloos moeten samenwerken, dan uit segmenten, die elk voor zich als een eigen markt beschouwd kunnen worden.

Op zich is het positief dat de NZa oog wil hebben voor zorg op maat en voor de acute zorg als keten: de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment. Een en ander komt echter nauwelijks uit de verf in concrete aanbevelingen om dit waar te maken. De NZa houdt er bovendien geen rekening mee dat voor het overgrote deel van de acute zorgvragen volstaan kan worden met de inzet van eerstelijns huisartsenzorg.

Ook de NZa signaleert een aantal onevenwichtigheden in de financiering, met name verschillen tussen eerste en tweede lijn, waardoor substitutie wordt tegen gehouden en de financiering de zorg niet volgt.

Wij missen echter ook een aantal zaken. Het meest in het oog springend is dat niet de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt wordt gekozen, maar een medisch/inhoudelijke definitie. Voor een goed begrip van de acute zorg is naar onze overtuiging bovendien inzicht onmisbaar in de volumes en de aard van gevraagde en geleverde zorg en de kosten ervan. Daarop wordt in het rapport in het geheel niet ingegaan.

Er wordt in het NZa-rapport ook voorbij gegaan aan essentiële aspecten van acute zorg. Zo wordt de belangrijke functie van (acute) zorgverlening door de huisarts bij de patiënt thuis gemist in het rapport. Visites bij de patiënt thuis – een van de wezenlijke kenmerken van de huisartsenzorg – worden niet eens genoemd.

Een wezenlijk gemis vinden we ook het ontbreken van een goede analyse van de effecten die zullen optreden – bedoeld of onbedoeld – van de maatregelen die de NZa voorstelt. Onder de aanbevelingen zit ook nauwelijks een harde bewijsgrond. Soms staan de aanbevelingen in het rapport ook haaks op de koers zoals door de minister van VWS ingezet met betrekking tot de eerstelijnszorg. Met de aanbevelingen wordt in onze ogen nauwelijks ingegaan op de concrete vragen die in de opdrachtbrief stonden met betrekking tot het bereiken van meer substitutie van tweede lijn naar eerste lijn.

LHV, NHG en VHN vinden dat er op korte termijn een betere positionering en financiering van de ANW-zorg moet komen om de toenemende vraag het hoofd te kunnen bieden. Het rapport biedt daar onvoldoende basis voor.

Intermezzo: Wat gebeurt er als de NZa-adviezen worden overgenomen.

Als de adviezen van de NZa worden overgenomen wordt het voor de patiënt nog minder duidelijk waar deze terecht kan met een acute zorgvraag, omdat de diversiteit van aanbieders en het aantal loketten zal toenemen in plaats van afnemen. De doelmatigheid van de acute keten gaat achteruit door versnippering en er is een reëel risico van dubbel aanbod binnen regio's.

Er ontstaat ongewenste concurrentie tussen ziekenhuis en huisartsenpost in de acute zorg in plaats van heldere functiescheiding en goede samenwerking met een op elkaar aansluitend aanbod. De uit oogpunt van kwaliteit en kosten noodzakelijke substitutie van tweede naar eerste lijn komt niet tot stand. Het ziekenhuis wordt juist uitgenodigd onnodig patiënten met een vraag naar acute basiszorg naar zich toe te trekken. We krijgen dus omgekeerde substitutie.

Het idee van gelijke prijzen voor gelijke prestaties lijkt mooi, maar is waarschijnlijk een illusie of wassen neus. Qua marktpositie zijn ziekenhuizen en huisartsenposten niet te vergelijken en er is geen level playingfield (en evenmin eenvoudig te creëren).

Door een deel van de financiering voor huisartsenposten in handen te geven van de huisarts, die daarmee zogenaamd zou kunnen sturen, zet je huisarts en huisartsenpost tegenover elkaar, terwijl de huisartsenpost nu juist de organisatie is van en door huisartsen zelf en daarmee het verlengstuk van de dagzorg. Het compliceert de organisatie en besturing van de huisartsenpost onnodig en zal her en der leiden tot gaten in de momenteel sluitende regionale voorzieningen.

3. Begrip acute zorg

In hoofdstuk 2 van het rapport wordt aangegeven dat de NZa de volgende beschrijving van acute zorg gebruikt: 'wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen'. Daar voegt zij de dringende zorg aan toe: 'dringende zorg gaat uit van alle medische vragen en klachten als gevolg van een aandoening of een ongeval, waarvan volgens de patiënt behandeling of beoordeling niet langer dan

enkele uren tot een dag uitstelbaar is om overlijden of irreversibele gezondheidschade te voorkomen’.

Wanneer van bovenstaande omschrijvingen wordt uitgegaan zou iets alleen nog onder acute zorg vallen als er zonder deze zorg overlijden of irreversibele gezondheidschade zou kunnen optreden.

Algemeen aanvaard is echter om uit te gaan van wat de patiënt/zorgconsument als een acute zorgvraag ervaart. Dat uitgangspunt hanteren niet alleen LHV, NHG en VHN maar ook bijvoorbeeld de NPCF. Een dergelijke omschrijving vormt ook de basis van het regionale overleg acute zorg (ROAZ), waartoe alle aanbieders van acute zorg zich enkele jaren geleden hebben verbonden. In deze vraaggerichte benadering gaat het bij acute zorg om zorg die wordt geboden in antwoord op vragen die in de beleving van de patiënt acuut zijn. Of er ook medisch gezien sprake is van een acute situatie kan pas duidelijk worden na raadpleging van een arts. Deze omschrijving is algemeen aanvaard in de huisartsgeneeskunde, door de overheid en andere instanties. Wij achten het niet aanvaardbaar als de beperkte en de facto niet hanteerbare definitie die de NZa hanteert als uitgangspunt voor de inrichting en regulering van de acute zorg wordt gekozen.

Welke omschrijvingen moeten in onze ogen gehanteerd worden?

Wij hanteren de volgende omschrijvingen: *Acute zorg* is die zorg die door de burger als acuut wordt ervaren. De toewijzing van de juiste zorgverlener en behandeling bij de juiste hulpvraag is een zaak van de professionals. Zij bepalen de zorgbehoefte en een adequaat zorgaanbod. (Bron: Standpunt NHG, *De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg*, 2005.)

ANW-zorg is huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is. Deze zorg wordt geleverd na een eerste (telefonische) opvang en beoordeling (triage) van alle vragen die door een patiënt of diens omgeving als spoedeisend worden ervaren. (Bron: LHV en NHG, *Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg*, 2004.)

De VHN gebruikt de volgende omschrijving voor *acute zorg*: zorg die wordt geboden in antwoord op vragen die in de beleving van de patiënt acuut zijn. Of er ook me-

disch sprake is van een acute situatie kan pas duidelijk worden na raadpleging van een arts. (Bron: Brochure VHN)

Acute huisartsenzorg in de praktijk

Acute huisartsenzorg volgens de bovenstaande definities, kan voor meer dan 90 procent in de eerste lijn afgehandeld worden. Deze zorg wordt geboden door de huisartsenvoorziening overdag en door de huisartsenpost in de ANW. Huisartsen en hun ondersteunend personeel bieden deze zorg met de diagnostische en therapeutische middelen die hen daarbij ter beschikking staan. Deze acute zorg wordt op huisartsgeneeskundige wijze geboden: gebaseerd op de epidemiologie van de huisartsgeneeskunde in een generalistische en contextuele context. Indien er een vervolgconsult op de acute hulpvraag nodig is wordt deze huisartsgeneeskundig afgehandeld.

Acute zorg in de tweedelij

Acute zorg in de tweede lijn wordt aangeboden op de SEH. De toegang tot de SEH komt op drie manieren tot stand:

- acute zorg via 112, ambulance, etc;
- na gerichte verwijzing van de eerste lijn;
- op initiatief van de patiënt, rechtstreeks zonder filter (door zelfverwijzers).

De vraag naar acute zorg in de tweede lijn is verschillend van die in de eerste lijn en kent een andere epidemiologie. Acute zorg in de tweedelij wordt geboden door tweedelijns zorgaanbieders die deze zorg bieden met een uitgebreid tweedelijns diagnostisch en therapeutisch arsenaal. Eventuele vervolgconsulten van de geboden zorg vinden daarbij veelal in de tweedelij plaats.

Acute basiszorg

Het rapport van de NZa gebruikt het begrip 'acute basiszorg', zonder dat goed omschreven wordt wat daar mee wordt bedoeld. Vervolgens wordt wel gesteld dat deze zorg geleverd kan worden door onder meer huisartsen en SEH. Acute basiszorg bestaat echter niet alleen uit consulten die gegeven worden in de huisartsenpraktijk, op de HAP of bij de SEH-afdeling van een ziekenhuis. Acute basiszorg bestaat in elk geval ook uit het afleggen van visites. Hier wordt in het rapport van de NZa niet over

gesproken. Is het bijvoorbeeld de bedoeling van de NZa dat de SEH ook visites gaat afleggen? Het ontbreken van de definitie acute basiszorg in het rapport van de NZa maakt de discussie over de geboden oplossingen en suggesties bijzonder moeilijk.

In het rapport wordt bij acute zorg bovendien impliciet uitgegaan van eenmalige episoden. Acute zorg maakt echter vaak deel uit van een keten van behandelingen in bijvoorbeeld het kader van een chronische aandoening. Er gaat aan een acute zorgvraag dan een traject vooraf en er is veelal ook een na-traject noodzakelijk. Er moet daarom aandacht besteed worden aan de samenhang tussen acute zorg en reguliere zorg overdag.

Kenmerk van huisartsenzorg is een brede generalistische blik op (ook de acute) zorgvraag van de patiënt, contextgericht en zoveel mogelijk dicht bij huis.

Dat geldt voor de zorg overdag bij de eigen huisarts, maar ook voor de huisartsenzorg tijdens ANW-uren. Daar waar nodig wordt de ambulancezorg en de SEH ingeschakeld.

In situaties waarin zonder meer duidelijk is dat snel vervoer naar het ziekenhuis en specialistische hulp van het ziekenhuis nodig is, wordt uiteraard niet onnodig een extra stap gemaakt. In de praktijk is er dan ook sprake van samenwerking en afstemming met de ambulancezorg voor het verlenen van ambulante hulp.

4. Ontbreken van cijfers over kosten en volumes

In het rapport worden geen cijfers over volumes en aard van de zorgvragen gegeven. Dat zal, naast het hanteren van een verkeerde definitie, ook bijgedragen hebben aan het onderschatten van de rol van de huisartsenzorg in de acute zorg.

Een paar cijfers:

Ambulancezorg 2006 (24 uur per dag):	
aantal A1 en A2 ritten	494.000

Huisartsenposten 2006 (ANW uren):	
aantal visites	406.500
aantal telefonische consulten	1.360.000
aantal consulten	1.773.500
totaal aantal geregistreerde telefonische contacten	3.540.000

Over de aard en de omvang van de SEH-behandelingen zijn geen algemene cijfers beschikbaar.

Het gaat bij huisartsenposten om grote aantallen patiënten met een acute zorgvraag, waarbij de mate van urgentie pas duidelijk is als de patiënt gesproken of gezien is. Binnen de reguliere huisartsenzorg overdag worden ook grote aantallen acute zorgvragen afgehandeld.

5. Triage en regie

Het lijkt of de NZa dwars ingaat tegen de professionele, wetenschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen in de spoedzorg. Daarin wordt de triage van spoedzorg namelijk steeds meer bij de huisarts gelegd. Huisartsen beslissen dan, net als nu tijdens kantooruren, of patiënten inderdaad spoedhulp behoeven, of er een ambulance gebeld moet worden, of zij zelf die hulp bieden of dat verwijzing naar de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) nodig is. Dit is het model bij alle initiatieven tot samenwerking van huisartsenposten en SEH's op hetzelfde ziekenhuisterrein. Deze ontwikkeling betekent dat zelfverwijzers en aanlopers op de HAP worden getriëerd. De centrale rol van eenduidige triage in de keten, in het belang van het bepalen van de urgentie en het toewijzen van de juiste hulp, biedt grote winstkansen voor bereikbaarheid, toegankelijkheid en effectiviteit. Financiering en organisatievormen moeten aanpast worden bij deze ketenopbouw.

6. Beschikbaarheidsgelden

De NZa stelt voor om een deel van de gelden die de huisartsenposten ontvangen als een beschikbaarheidstoeslag aan de huisarts toe te kennen, die dan vervolgens zelf (opnieuw) voor een ANW-oplossing kan kiezen. De NZa wil daarmee de verantwoordelijkheid en de betrokkenheid van de huisarts benadrukken en komen tot meer 'zorg op maat'. VHN, LHV en NHG zijn fervent voorstander van een grote betrokkenheid van de huisartsen bij de huisartsenposten. Huisartsenposten zijn een instelling van en door huisartsen, gericht op kwalitatief goede en bereikbare zorg.

De kracht van het huidige systeem is dat een landelijk dekkend stelsel is ontstaan waarin huisartsen hun gezamenlijke verantwoordelijkheid gestalte hebben gegeven in regionaal herkenbare en bereikbare huisartsenposten. Huisartsen kunnen gezamenlijk over de inrichting en kwaliteit van de zorg beslissen. Aan de beschikbaar-

heidsgelden zoals de NZa voorstelt zitten daarentegen een paar grote risico's. Er ontstaat een nieuwe situatie van individuele afwegingen van huisartsen, waardoor gaten in de landelijke dekking van de ANW-zorg gaan ontstaan. Huisarts en huisartsenpost worden als het ware tegenover elkaar geplaatst, terwijl zij nu als eenheid opereren.

Zorg op maat kan ook anders en beter tot stand komen: namelijk door goede normen voor de bereikbaarheid en een adequate financiering, waarmee zorg dichtbij ook betaalbaar blijft. Méér locaties voor huisartsenposten – ook als wordt samenwerkt met de SEH waar dat mogelijk is – vergt ook extra middelen. Met een uitbreiding van het aantal satellietposten kan tegemoet gekomen worden aan bezwaren over reisafstand, maar dat kost wel meer geld.

De NZa lijkt ook te vergeten dat huisartsenposten op initiatief van en door huisartsen zelf opgericht zijn om een kwalitatief hoogwaardige ANW-zorg te kunnen bieden met een verantwoorde werkbelasting en werkomstandigheden.

7. Marktwerking en vrije prijsvorming voor de acute basiszorg?

De NZa hanteert meerdere toetsingscriteria voor de beoordeling van mogelijkheden voor marktwerking die worden afgezet tegen het publiek belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Aan de hand daarvan concludeert de NZa dat voor acute basiszorg concurrentie en vrije prijsvorming tot de mogelijkheden horen. Ons inziens wordt aan de volgende punten voorbijgegaan:

- Er is schaarste aan huisartsen en aan ondersteunend personeel voor nachtdiensten.
- De kwaliteit van de acute huisartsenzorg is verbeterd door de komst van huisartsenposten. Ook zijn werkdruk en arbeidsomstandigheden van huisartsen daarvoor verbeterd. Moet je dat nu weer op losse schroeven zetten?
- Alhoewel er geen oneindige vraag is naar acute zorg/ANW-zorg is er wel meer vraag dan er nu beantwoord wordt. Daarom blijft het van belang dat daar waar mogelijk zelfzorg te bevorderen, in plaats van alle aanvragen om een consult of een visite thuis te honoreren. Méér service kan geboden worden als er meer menskracht en geld beschikbaar is. In dit licht zijn diensten van SOS-artsen ook

een servicekwestie; er is geen enkele aanwijzing dat dit ook kwaliteitsverhogend werkt.

- Substitutie van tweede lijn naar eerste lijn wordt niet ondersteund. Dit is wel een belangrijke doelstelling van VWS, verzekeraars en van de beroepsgroep zelf, maar past niet bij de redenering over marktwerking van de NZa.

Acute basiszorg door het ziekenhuis zal er gemakkelijk toe leiden dat nazorg of vervolgdagnostiek in het ziekenhuis plaatsvindt in het kader van een DBC. Dat brengt geen kwaliteitswinst met zich mee, maar wél hogere kosten. Ziekenhuizen zouden door het aanbieden van de zorgfunctie acute basiszorg via de spoedeisende hulp een extra patiëntenstroom kunnen binnenhalen. Op deze manier treedt substitutie op van de eerste naar de tweede lijn in plaats van andersom.

8. Reactie op de door de NZa geformuleerde adviezen

Ten slotte gaan we puntsgewijze in op de adviezen van de NZA. Hieronder staan steeds cursief de adviezen weergegeven die de NZa aan VWS geeft (blz. 19 en 20 van het rapport). Bij die adviezen die de huidige en toekomstige huisartsenzorg raken volgt per advies de reactie van VHN, LHV en NHG hierop.

- *De NZa adviseert de minister om de onduidelijkheid over de normen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van acute zorg zoveel mogelijk weg te nemen door de invulling en de status van deze normen wettelijk en transparant te regelen.*

Voor zover normen onduidelijk zijn moeten deze duidelijk en transparant worden gemaakt. Daarbij kan uitgegaan worden van reeds bestaande veldnormen. Indien er behoefte is aan nieuwe veldnormen kan het veld gevraagd worden deze binnen een bepaalde termijn te ontwikkelen. Daar willen wij ook graag onze bijdrage aan leveren. Hierbij is het van groot belang te definiëren wat onder acute zorg wordt verstaan. De NZa maakt in haar rapport al onderscheid tussen twee vormen van acute zorg en definieert het begrip acute basiszorg niet. Afhankelijk van de verschillende definities zullen normen moeten worden gesteld.

- *De NZa adviseert om de voorzieningen die bij acute zorg worden getroffen om het algemeen belang te borgen, als dienst van algemeen economisch belang (DAEB) aan te merken in die gevallen waarin deze sturing de mededinging zal beperken. Bij beperking van de mededinging moet het beginsel van proportionaliteit in acht worden genomen. Voor zorg waar de minister uit het oogpunt van het publieke belang de mededinging beperkt, kan de NZa in een uitvoeringstoets nadere voorwaarden bepalen waaronder een DAEB kan worden aangeboden en kan zij toezien op een juiste naleving daarvan.*

Dit lijkt ons juist. Echter uit algemeen belang is het ons inziens ook nodig om voor de acute basiszorg de mededinging te beperken. Indien acute basiszorg in het concurrentiële deel van de zorg komt te vallen is het risico levensgroot dat het landelijk dekkend systeem uiteenvalt en er een 'gatenkaas' of dubbel aanbod van voorzieningen ontstaat: dat leidt tot moeilijke en onduidelijke keuzes voor de patiënt, verlies aan kwaliteit en mogelijk veel hogere kosten. Acute basiszorg kan dan in concurrentie geleverd worden door huisarts, huisartsenpost, ambulancezorg, SEH-afdeling van het ziekenhuis en mogelijk nog de SOS-arts. Ook hier wreekt zich het ontbreken van een definitie.

- *Gegeven het publieke belang dat aan afstemming verbonden is, adviseert de NZa de minister om standaardisatie van de triage en de overdracht van patiënteninformatie in het wettelijk kader vast te leggen. Hierin kan ook meer aandacht worden geschonken aan een centralere opleiding en de juiste toepassing van de triagesystemen.*

Het is ons niet helemaal duidelijk waar hier op bedoeld wordt. Het is een publiek belang dat patiënten in de acute zorg snel, adequaat en zo voordelig mogelijk geholpen kunnen worden. Een kwalitatief goede triage, ongeacht waar je de acute zorg binnenkomt, is van groot belang. Momenteel wordt er proefgedraaid met een éénduidige triage (het NTS-systeem). Als daar kwalitatief goede resultaten uit komen zal daar uiteraard mee door worden gegaan. Daarbij moeten ook de financiële consequenties in kaart gebracht zijn. Er bestaat inmiddels een gecerti-

ficeerde opleiding voor triagisten van huisartsenposten. Uiteraard moeten er professionele normen komen voor een goede manier van het afhandelen van acute zorgvragen. Het wettelijk vastleggen van dergelijke normen is hiervoor geen oplossing. Dit ontkent de dynamiek van de zorg en de noodzaak om normen eerst te toetsen.

- *Binnen de marktstructuur die in de Waz is neergelegd, kan de minister de RAV door middel van de invulling van het programma van eisen een aantal prikkels geven om doelmatig te opereren. Hij kan een eerste prikkel introduceren door de vergunning in een aanbestedingsprocedure op basis van een programma van eisen toe te wijzen. De NZa adviseert de minister in de regulering te borgen dat de aanbieder ook na verkrijging van de RAV-vergunning een doelmatigheidsprikkel heeft. Daartoe bestaat een tweetal mogelijkheden, namelijk de introductie van prestatiecontracten en maatstafconcurrentie. Ingeval de minister de vergoeding van de RAV-prestaties wil baseren op maatstafconcurrentie, dan moet hij dit instrument als voorwaarde in het programma van eisen voor het verlenen van de vergunning opnemen. De NZa kan de maatstafconcurrentie in een nadere uitvoeringstoets uitwerken.*

Bij de door ons voorgestane positionering van huisartsenposten in het non-concurrentiële deel van de zorg kunnen, analoog aan het hierboven gestelde voor de RAV, ook voor de huisartsenposten prikkels gehanteerd worden voor doelmatig functioneren.

- *Bij de telefonische toegang tot acute zorg die huisartsen en huisartsenposten bieden, ligt de nadruk meer op de zorginhoudelijke behandeling dan op de organisatie van de acute zorgketen. De overheid kan de doorverwijsrelatie tussen huisarts/HAP en SEH borgen door aan de doorverwijzing minimumkwaliteitseisen te stellen. Een verdere wettelijke borging van de toegang, bijvoorbeeld door beperking van het aantal toegelaten aanbieders, is niet nodig en ook niet gewenst. Op korte termijn kan de minister in de tariefregulering een prikkel tot doelmatigheid introduceren.*

Wij vragen ons af wat hier nu eigenlijk staat en bedoeld wordt. Er zijn namelijk legio voorbeelden te noemen van situaties waarin de huisartsenzorg de start van de acute zorgketen vormt. De huisarts schakelt dan de ambulance in en doet de eerste stabilisatie of behandeling in de thuissituatie. Hierboven is al ingegaan op het feit dat er gewerkt moet worden met een goed triagesysteem waarmee de juiste urgentie en vervolgzorg kunnen worden geïndiceerd. Indien nieuwere triagesystemen, na de pilots, als beter beoordeeld worden, zal daar uiteraard op overgestapt worden. Met de consequent toegepaste triage wordt zowel onder- als overindicatie voorkomen. Wij zijn daarom van mening dat het niet nodig is dat de overheid aan de doorverwijzing minimumkwaliteitseisen gaat stellen. Zoals ook bij het vorige punt al genoemd, hebben wij geen bezwaren tegen prikkels voor doelmatig werken. Maar ook zonder die prikkels zijn daar de laatste jaren de nodige slagen in gemaakt (bijvoorbeeld de opvang van de gestegen zorgvraag binnen gelijkblijvend budget). Ook hier moet het veld eigen professionele normen stellen alvorens de overheid moet ingrijpen.

- *Voor de acute specialistische zorg door SEH's acht de NZa regulering op basis van de gemiddelde kosten van de prestatie (maatstafconcurrentie) het meest doelmatige marktmodel. Voorwaarde is dat het publieke belang van toegankelijkheid door een afzonderlijke regeling voor de beschikbaarheidskosten wordt geborgd.*
- *De NZa stelt voor om voor de prestaties in de acute basiszorg twee landelijke maximum consulttarieven te introduceren, die gelden voor huisartsen, HAP's en SEH's. Het eerste consulttarief heeft betrekking op acute behandelingen door de huisarts en de SEH die zij tijdens de reguliere uren van een huisarts uitvoeren. Het tweede consulttarief geldt voor de acute behandelingen door huisarts, HAP of SEH tijdens de ANW-uren. De consulttarieven moeten idealiter zoveel mogelijk zijn gebaseerd op de kosten van de zorgaanbieder die de prestatie het meest doelmatig kan verlenen. Om hierin meer inzicht te verkrijgen, is het nodig om prestatie-indicatoren vast te stellen die de kwaliteit van de zorg normeren en*

meetbaar maken.

Zoals door de NZa gesteld is hiervoor meer inzicht en onderzoek nodig. Hierbij dient nadrukkelijk ook meegenomen te worden wat de kosten van visites in de ANW-uren zijn. De kosten voor beschikbaarheid daarvoor en de uitvoering ervan is vele malen groter dan die voor consulten. Gelijke tarieven voor gelijke prestaties heeft de schijn van grote helderheid en goede marktcondities. Dat geldt echter alleen als er daadwerkelijk sprake is van een level playingfield voor huisartsen/huisartsenposten en ziekenhuizen. Wat de SEH biedt is domweg niet dezelfde basiszorg, noch afgezien van de nagenoeg onmogelijke opgave bij de SEH een objectief systeem in te voeren om te beoordelen wat basiszorg en wat specialistische ziekenhuiszorg is.

- *De NZa adviseert de minister om het verschil in risicodragendheid van verzekeraars in de eerste en tweede lijn gelijk te trekken.*

Met deze, ook door ons al langer bepleite, aanbeveling zijn we het eens. Hierdoor ontstaan er voor verzekeraars meer prikkels om gelden daadwerkelijk naar de eerste lijn over te hevelen.

- *De NZa adviseert verder om de ongelijkheid die in de toegang tot aanbieders van acute basiszorg bestaat, op te heffen door verschillende regimes voor het verplicht eigen risico voor verzekerden te introduceren.*

Er bestaat op dit moment inderdaad ongelijkheid op dit punt tussen huisartsenzorg en SEH. Maar er bestaat ook ongelijkheid in kosten die de SEH voor basiszorg maakt en zeker ook in de vervolgcosten die dit genereert. Er mag ons inziens niet getornd worden aan de huidige toegang tot (acute) huisartsenzorg (nl. zonder financiële drempels). Maar er bestaat naar onze mening ook een simpele manier om dit tot het verleden te laten behoren, namelijk door het (uit doelmatigheidsoogpunt!) loslaten van de directe toegang tot acute basiszorg bij een SEH. Indien vóór een SEH een huisartsenpost gesitueerd is, is dit ook simpel te

realiseren en draagt dit tevens bij aan de ook door de minister gewenste substitutie.

- *De NZa adviseert om in de vergoedingssystematiek voor beschikbaarheid van huisartsen overdag geen wijzigingen aan te brengen. Zij bepleit bij de minister voor de huisarts een afzonderlijk tarief voor de beschikbaarheid in de ANW-uren vast te stellen. De NZa adviseert om bij de bepaling van de hoogte van het beschikbaarheidstarief zoveel mogelijk aan te sluiten bij de systematiek voor de SEH. Dit betekent een (vaste) beschikbaarheidsvergoeding voor in beginsel alle aanbieders die aan bepaalde voorwaarden voldoen. De NZa kan in een nadere uitvoeringstoets de hoogte van de vergoeding en de voorwaarden voor toekenning van de beschikbaarheidsvergoeding vaststellen.*

Hierboven hebben wij al een en ander geschreven over de voorgestelde beschikbaarheidsvergoeding. Wij vragen ons af of dit het goede middel is om de huidige problemen in de ANW-huisartsenzorg op te lossen. Voor de verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de huisarts is dit onnodig – gezien de huidige praktijk – terwijl er allerlei onbedoelde ongewenste effecten aan verbonden zijn. Door het voorstel van de NZa ontstaan er voor zorgaanbieders zelf meer keuzemogelijkheden, maar in zijn algemeenheid is de Nederlandse zorgconsument nu juist goed te spreken over de duidelijkheid en kwaliteit die de huisartsenposten hebben opgeleverd ten opzichte van voorafgaande constructies. VHN, LHV en NHG achten het zeer ongewenst dat de huidige duidelijkheid met betrekking tot acute huisartsenzorg verwordt tot een grote gatenkaas, met per huisarts andere oplossingen voor de ANW-diensten, waarin de patiënt zijn weg nauwelijks meer kan vinden. Verder vragen wij ons af de hierboven voorgestelde analogie met de SEH systematiek voor beschikbaarheidstarieven wel klopt. Voor SEH's worden de beschikbaarheidstarieven ook niet aan de individuele specialisten uitgekeerd, die dan vervolgens zelf kunnen besluiten of ze de acute zorg op de SEH leveren of vanuit hun huisadres.

Uiteraard zijn LHV, NHG en VHN een groot voorstander van een goede beloningsstructuur voor huisartsen die de ANW-diensten vervullen; ook zijn zij groot voor-

stander van betrokkenheid van de huisartsen zelf bij inrichting en beleidsvoering van de huisartsenposten. Het door de NZa voorgestelde middel van een beschikbaarheidsvergoeding lost dit echter niet op.

- *De NZa is van mening dat de discussie over introductie van avondspreekuren van huisartsen los staat van een doelmatige inrichting van de acute basiszorg. Uiteraard laat dit onverlet dat er onder consumenten behoefte aan een avondopstelling van hun huisarts kan bestaan. De huidige bekostiging biedt hier voldoende mogelijkheden toe.*

De minister heeft over dit onderwerp een expliciete vraag aan de NZa gesteld juist mede in verband met een doelmatige inrichting van de acute zorg. Wij vinden het jammer dat het rapport hier niet verder op ingaat.

- *Voor de bekostiging van de acute specialistische zorg en de complexe specialistische acute zorg verwijst de NZa naar de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuisbekostiging (Daisy). Voor acute zorg zijn op de korte termijn geen aanvullende maatregelen in de bekostiging nodig.*
- *Voor het grootste gedeelte van de acute zorg is concurrentie tussen verzekeraars bij de inkoop niet wenselijk. Uitsluitend voor prestaties binnen de acute basiszorg geldt dat private verzekeraars in beginsel de zorg individueel kunnen inkopen, mits de overheid de kosten van de beschikbaarheid door afzonderlijke financiering borgt.*

We hebben het hierboven al eerder genoemd. Wij vrezen voor het ontstaan van een ongewenste gatenkaas voor acute basiszorg, die in niemands belang is. Het terugdringen van de rol van de verzekeraar bij de beschikbaarheid lijkt ons evenmin wenselijk. Bij de doelmatigheid en de kwaliteit van de ANW-huisartsenzorg door huisartsenposten hebben verzekeraars een actieve rol en de huidige financieringssystematiek geeft daar ook handvatten voor (prestatie-budgetonderhandelingen, plusmodule).

- *Bij een private uitvoering van de inkoop van de andere deelsegmenten van acute zorg hebben alle inkoopmodellen zowel voor- als nadelen. Alles overwegende lijkt voor de inkoop van acute zorg, waarbij de beschikbaarheid van de voorziening voorop staat, het model van rechtstreekse declaratie de beste waarborgen te geven voor een doelmatige inkoop en coördinatie daarvan, voor lage administratieve lasten en ter voorkoming van interferentie met de inkoop van niet-acute zorg.*

Ook bij de acute basiszorg staat de beschikbaarheid voorop.

9. Slotconclusie

Het advies van de NZa biedt onvoldoende handvatten voor de nodige verbeteringen van de acute zorg. LHV, NHG en VHN vragen de minister om de voorgestelde functionele benadering in de acute zorg grondig te heroverwegen. De functionele indeling zou ons inziens in elk geval gedifferentieerder moeten zijn en de eerste lijn zal een centrale rol moeten blijven spelen bij het opvangen van de acute zorgvragen.

We vragen dringend maatregelen achterwege te laten die tot meer onduidelijkheid en verdere versnippering van acute zorg zullen leiden.

Een heldere keuze voor de keten van acute zorg is nodig waarbij voor de patiënt maximaal duidelijk is waar deze terecht kan met een acute zorgvraag. Wij denken met name dat een scenario kan worden uitgewerkt waarin er twee in plaats van drie loketten voor toegang tot de acute zorg zijn: 112 en de huisarts/HAP. Een SEH-loket met vrije inloop is overbodig en door dit weg te laten uit het aanbod kan veel geld bespaard worden. Dat veronderstelt wel dat de huisarts/de huisartsenpost de toegang tot de zorg goed regelt.

Graag willen wij met de minister meedenken hoe de thans nog ervaren knelpunten met betrekking tot de toegang tot de acute zorg opgelost kunnen worden. Zo zouden huisartsenposten bijvoorbeeld beter kunnen inspelen op de behoefte van de zorgconsument aan consult en visite, ook al is daar geen strikt medische noodzaak voor: op dit moment is daar echter de financiële en personele ruimte niet voor. We moeten met elkaar onder ogen willen zien hoe de toenemende zorgvraag het hoofd geboden kan blijven worden, bijvoorbeeld door het geven van meer zelfzorgadviezen in plaats

van consulten. Investeren in de kwaliteit van de triage – waar huisartsenposten al een paar jaar actief mee bezig zijn – is daarbij belangrijk. Ongelimeerde toegang – ook buiten gebruikelijke daguren – laat het systeem vastlopen op onvoldoende capaciteit en hoge kosten. Het in Nederland gaan inzetten op bijvoorbeeld de introductie van SOS-artsen levert ons inziens geen enkele kwaliteitswinst op, integendeel: ketenzorg en gebruik van EPD/WDH zouden hierbinnen weer tot nul worden gereduceerd.

BIJLAGE

Dweilen met de kraan open of echt kiezen voor een sterke eerste lijn

In korte tijd zijn er twee adviesrapporten voor de minister van de pers gerold waarin de acute zorg in Nederland sterk beperkt wordt opgevat: het advies 'Met Spoed!' van de NZa en het advies 'Schaal en Zorg' van de RVZ. Met de nauwe medische/specialistische omschrijving van acute zorg waar deze rapporten van uitgaan, worden adviezen en ideeën aangedragen om het in de acute zorg helemaal anders te doen.

In plaats van dringend gewenste substitutie van zwaardere zorg naar lichtere zorg, dichtten de rapporten van NZa en RVZ juist een belangrijker rol toe aan het ziekenhuis en de SEH: huisartsenposten moeten ermee integreren of erin opgaan. Dat zet de kraan open naar nog meer tweedelijnszorg, meer diagnostiek en vervolgconsulten en nog minder zelfzorg. Terwijl met een paar kleine aanpassingen een al goed functionerend systeem sterk verbeterd kan worden.

De acute zorgvraag als uitgangspunt

NZa en RVZ maken een denkfout met hun definitie. Je weet namelijk pas wat medisch gezien acuut is en welke zorg noodzakelijk is, als de vraag gesteld en beoordeeld is. Dat is juist de kracht van de eerste lijn. We weten allemaal dat verreweg de meeste acute zorgvragen - ook die bij de SEH - in de eerste lijn kunnen worden afgehandeld. Een groot deel van de zorgvragen leidt zonder acuut ingrijpen niet tot irreversibele gezondheidsschade of tot de dood, maar zijn voor de patiënt wel acuut in de zin van hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid. Overheid, LHV, NHG, VHN en NPCF hanteren al jaren een definitie van acute zorg die uitgaat van de patiëntvraag: zorg die wordt geboden in antwoord op vragen die in de beleving van de patiënt acuut zijn. Het regionale ketenoverleg acute zorg (ROAZ) gaat uit van dezelfde definitie: een door de zorgvrager of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling.

Aard van de zorgvraag bepaalt loket

Voor de burger in nood, waaronder die met acuut levensbedreigende zorgvragen, hebben we 112. Voor overige acute zorgvragen is er overdag de huisarts en in de ANW-uren de eerstelijns spoedpost: de huisartsenpost. Zonodig wordt vanuit de triage direct doorverwezen naar specialistische spoedzorg in het ziekenhuis. Op deze manier vormen twee loketten geen probleem, mensen weten heel goed waar 112 voor is en waarvoor je naar de huisarts of huisartsenpost gaat. Het noodnummer 112 maakt deel uit van de veiligheidsketen en is niet toegerust voor de veel grotere stroom zorgvragen die bij de huisarts en huisartsenpost komt.

De rapporten van RVZ en NZa gaan impliciet uit van eenmalige incidenten. Ten onrechte: acute zorg maakt vaak deel uit van een keten van behandelingen, bijvoorbeeld bij chronische aandoe-

ningen. Er gaat vaak een traject aan vooraf en er is ook een natraject. Daarom is de samenhang tussen acute zorg en reguliere zorg zo belangrijk. Dat kenmerkt de eerste lijn en daarom wordt er ook gewerkt aan uitwisseling van gegevens via het elektronische dossier.

De keten werkt goed, maar het kan altijd beter

Zorgverleners in de keten van acute zorg werken goed samen en verwijzen zonedig door. Regionaal maken instellingen steeds vaker afspraken over taakverdeling en samenwerking. Achter de voordeur wordt doorgeschakeld naar het juiste loket. In de acute zorg werkt de keten daadwerkelijk. De Algemene Rekenkamer stelde recent vast dat in de acute zorg het ketenbewustzijn prima is (Rekenkamer: Ketenbesef op de werkvloer, 2008).

Geen fundamentele herziening van huisartsenposten nodig

Een fundamentele herziening van het concept huisartsenpost is helemaal niet nodig en zelfs risicovol. Wat de afgelopen jaren bewezen heeft goed te werken moeten we niet overhoop halen. De continuïteit van de huisartsenzorg - 7x24 uur - en dus de samenhang tussen dagzorg en ANW-zorg - is een belangrijke peiler onder de kwalitatief verantwoorde en doelmatige acute zorg in Nederland. Inmiddels bestaat er een landelijk dekkend systeem van huisartsenposten voor ruim 16,3 miljoen Nederlanders. Er wordt gewerkt met gediplomeerde triage-assistenten aan de telefoon en huisartsen voor regie, consulten en visites. De huisartsenzorg in Nederland wordt alom geprezen. Overheid en adviesorganen hechten er uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid grote waarde aan. Wat in de eerste lijn kan worden opgevangen, moet daar ook worden opgevangen. Laat dat voor de acute zorg vooral zo blijven. De ambulancezorg met de meldkamer 112 en de huisartsenzorg zijn samen prima in staat om alle acute zorgvragen te trechteren. Samen vormen ze de toegang voor de tweedelijns acute zorg en regisseren daarmee de zorgverlening. Daarvoor hoeft een SEH-loket niet open toegankelijk te zijn. Kortom, schep duidelijkheid voor de patiënt en laat iedereen doen waar hij goed in is. Ervaringen in het buitenland leren dat duidelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid snel op de tocht komen als er gesleuteld wordt aan een goed systeem.

Dilemma's en het durven maken van keuzes

Kostenbeperking en doelmatigheid staan op gespannen voet met vrije toegang en nabijheid. Als we niet in staat zijn de toenemende zorgvraag - in een paar jaar met ruim 10% - te kanaliseren, loopt het systeem vast in het eigen succes. We hebben nieuwe oplossingen nodig om de zaak beheersbaar te houden. Zelfzorg en goed telefonisch advies zijn daarvan belangrijke aspecten. Verdere verbetering van de telefonische triage verdient prioriteit. Ook het onder regie van de huisarts inzetten van meer ondersteunend personeel, zoals doktersassistenten, verpleegkundigen en praktijkondersteuners, kan veel soelaas bieden.

Tot nu toe is een accent gelegd op de telefonische triage uit oogpunt van kwaliteit, kostenbeperking en doelmatigheid. Dat heeft geleid tot een redelijke spreiding van de 130 huisartsenposten in Nederland, waaronder enkele satellietposten die alleen op drukke momenten open zijn. Als de patiënt behoefte heeft aan meer nabijheid en service zijn meer huisartsenposten nodig en moeten meer visites afgelegd worden. Dat is het idee achter de SOS-arts en kost uiteraard ook meer menskracht en geld. En dat is vooral een vraagstuk van meer service. Er zijn geen onderzoeken bekend waaruit blijkt dat dit medisch gezien ook meer kwaliteit oplevert. Tot slot: de acute zorg is geen vrije markt waarin de patiënt een weloverwogen keuze kan maken. Hij of zij heeft een acute zorgvraag en dús moet met spoed de juiste zorg op de juiste plaats beschikbaar zijn. Dat is het verhaal.

De uitdaging blijft

Ons antwoord is simpel: blijf kiezen voor behoud en versterking van de waardevolle aspecten van eerstelijnszorg.

Houd het landelijk dekkende stelsel voor acute zorg overeind: overdag de huisarts en in de ANW-uren de huisartsenpost als acute zorgpost.

Laat de huisarts - vóór de SEH - in de eerstelijns spoedpost de zelfverwijzers opvangen. Hij of zij dringt deze stroom terug met goed advies en door het bevorderen van zelfzorg.

Kies voor de telefonische triage in handen van de huisartsenzorg: een uitstekende methode, zeker als we die regionaal in goede eerstelijns netwerken verankeren.

Verbeter waar nodig de fysieke bereikbaarheid door het openen van extra satellietposten tijdens de drukste uren in de meer afgelegen gebieden en neem daarvan de financiële consequenties.

Innoveer de dienstverlening: zet meer ondersteunend personeel in en geef de huisarts meer regie over de zorg.

Honoreer huisartsen marktconform voor hun bereidheid 24-uurszorg te leveren.

Wijs de zorgconsument met actieve voorlichting beter de weg in de acute zorg.

De meerkosten van deze koers zullen vast en zeker goeddeels wegvallen tegen de minderkosten elders in de keten en door het afremmen van het gebruik van zorg.