

VERZEKERAARS, ZIEKENHUIS EN HUISARTSENPOST STELLEN BUSINESSCASE OP

## Herinrichting spoedzorg stuit op weerstand

De basisspoedzorg vanuit één bekostiging leidt tot kostenbesparing. Onmiskenbaar waar, zo blijkt uit een businesscase. Tegelijk is de praktijk weerbarstig. Tegengestelde belangen en de structuur van de gezondheidszorg zijn belemmerende factoren.

**O**ver de herinrichting van de spoedzorg wordt al jaren gesproken. Ook kabinet-Rutte II nam in oktober 2012 duidelijk stelling. In het regeerakkoord (zie *kader*) wordt benadrukt dat de spoedeisende hulp (SEH) en de huisartsenpost (hap) nauw moeten samenwerken, liefst vanuit één locatie, met de hap in een prominente rol bij de triage van zelfmelders. Deze substitutie van spoedzorg zou moeten leiden tot kostenbesparing en zou bepalend moeten zijn in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Binnen de Spoedpost Zuid Kennemerland in Haarlem werken de SEH van het Kennemer Gasthuis en de hap van de Stichting Spoedpost Zuid-Kennemerland (SSZK) al tien jaar nauw samen onder één organisatorische en medische leiding. Triagisten, doktersassistenten en SEH-verpleegkundigen werken in de avond-, nacht- en weekenduren zowel voor de

huisartsenzorg als voor de ziekenhuiszorg. De Spoedpost Zuid Kennemerland deelt de opvatting van de regeringspartijen dat één bekostigingssysteem voor basisspoedzorg de stip op de horizon is. Basisspoedzorg is vooral generalistische huisartsenzorg, die ook geleverd wordt door de SEH en ambulancedienst. Het bundelen van de krachten als gezamenlijke aanbieder van basisspoedzorg kan bijdragen aan meer efficiency en nog betere samenwerking in de spoedzorgketen, met verhoging van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Dit alles tegen een tarief dat maatschappelijk verantwoord is. Zorgverzekeraars Achmea en Zorg en Zekerheid, het SSZK-bestuur en het Kennemer Gasthuis hebben het afgelopen jaar een onderzoek verricht naar verdere integratie van de regionale basisspoedzorg. Met een gezamenlijke financiering op basis van populatiebekostiging van de basisspoedzorg, precies volgens de plan-

nen van het regeerakkoord van kabinet-Rutte II. In deze opzet ontstaat een nieuwe aanbieder van basisspoedzorg die voorziet in de huidige hap-zorg met een deel van de SEH-zorg. De SEH beperkt zich tot de opvang van de meer complexe spoedzorg. Dit scenario zorgt naar verwachting voor prikkels die de doelmatigheid van keuzes in het zorgproces positief kunnen beïnvloeden. Dit leidt op de middellange termijn niet alleen tot extra maatschappelijke besparingen, maar is ook de manier waarop het ziekenhuis de zorg doelmatig kan leveren en hiermee de bezuinigingen die nu al in gang zijn gezet, verantwoord kan opvangen.

### Businesscase

Om te toetsen in hoeverre deze verdere integratie voor de betrokken partijen haalbaar is vanuit de verschillende financiële posities, is een businesscase opgesteld die inzicht geeft in de effecten

### SPOEDZORG VOLGENS RUTTE II

Het regeerakkoord Bruggen Slaan is helder wat betreft financiering en organisatievorm van spoedzorg: 'Het naast elkaar bestaan van verschillend gefinancierde SEH's en huisartsenposten (haps) zorgt voor volume-prikkels die bijdragen aan overbehandeling en verspilling. Om dit tegen te gaan wordt de ingezette beweging richting concentratie en specialisatie van SEH's voortgezet en zullen deze worden geïntegreerd met de haps. Uiteindelijk zullen deze voorzieningen onder regie van de verzekeraars in één bekostigingssysteem met de huisartsen worden ondergebracht. Dit systeem gaat uit van populatiegebonden bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende beloningsafspraken met verzekeraars.'



DE BEELDREDAKTIE | KOEN SUYK

## 1 Scenario's organisatie spoedzorg

### Scenario huidige situatie



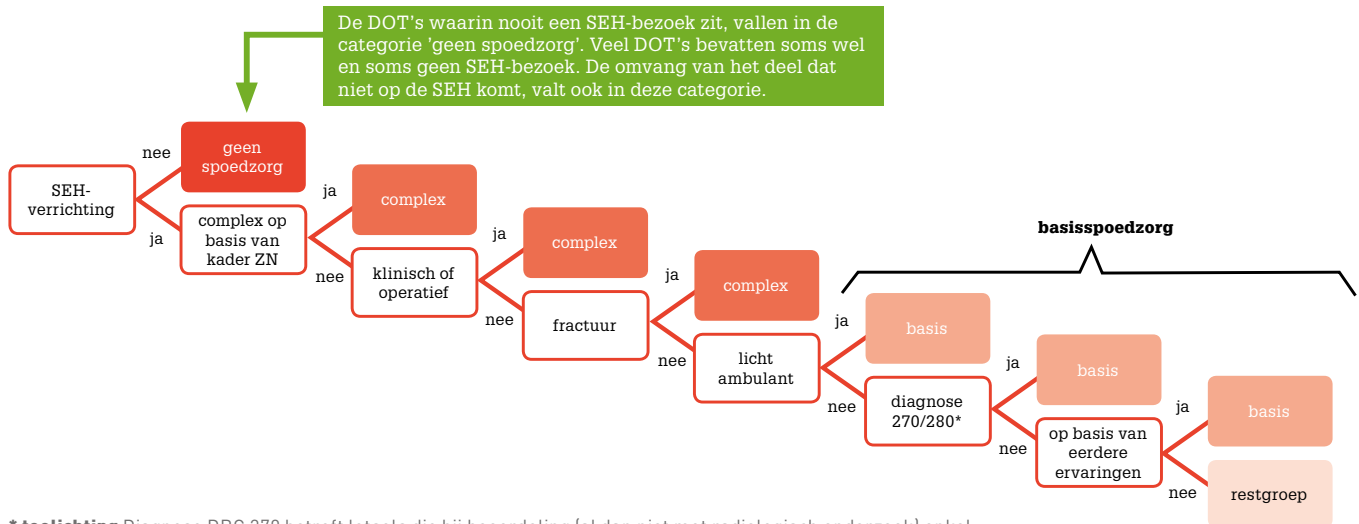
### Scenario populatiebekostiging



op zowel inkomsten als uitgaven van de diverse betrokken partijen. De businesscase vergelijkt de huidige situatie met het scenario populatiebekostiging (zie *schema 1*).

Om de businesscase te kunnen opstellen moet eerst worden bepaald welke zorg die nu op de SEH wordt geleverd, in aanmerking komt om geleverd te worden binnen de basisspoedzorg. Het gaat hierbij om de laagcomplexere zorgvragen. De afbakening tussen SEH en basisspoedzorg is gemaakt door alle door de SEH geleverde dbc-zorgproducten (DOT's) langs te lopen en te beoordelen welke zorg zelfstandig had kunnen worden geleverd door de huisarts of de SEH-arts. De huisarts of de SEH-arts kan trouwens binnen de basisspoedzorg nog wel gebruikmaken van de mogelijkheid om een medisch specialist

## 2 Beslisboom voor afbakening geleverde zorg voor SEH en aanbieder basisspoedzorg



\* **toelichting** Diagnose DBC 270 betreft letsels die bij beoordeling (al dan niet met radiologisch onderzoek) enkelvoudige contusies blijken te zijn. Diagnose DBC 280 betreft niet-complexe en kleine wonden van alleen de huid.

te consulteren als dat nodig is. De regie blijft echter bij de huisarts of de SEH-arts. In overleg met de betrokken partijen is een beslisboom (zie *schema 2*) gebruikt om tot een afbakening te komen. In de loop van het proces bleken aan het gebruik behoorlijk wat haken en ogen te zitten die verderop in dit artikel worden belicht.

De financiële effecten van beide scenario's zijn apart in kaart gebracht voor de hap, de nieuwe verder geïntegreerde aanbieder van basisspoedzorg, SEH/ziekenhuis, de verschillende maatschappen en de zorgverzekeraar. In beide scenario's is meegenomen dat zorgverzekeraars ook nu al sturen op substitutie van zorg: het verplaatsen van laagcomplexe zorg van de SEH naar de hap. De belangrijkste bevindingen van de businesscase zijn:

- In beide scenario's gaan zowel het ziekenhuis/SEH als de verschillende maatschappen in het ziekenhuis er per saldo financieel op achteruit. Door de afname van geleverde zorg nemen de kosten af; de inkomsten nemen echter relatief nog meer af. Een deel van de inkomsten die nog naar de ziekenhuizen en de specialisten gaan, wordt overgeheveld naar de hap (huidige situatie) of basisspoedzorg

(scenario populatiebekostiging).

- Doordat in het scenario huidige situatie reeds zorg wordt verplaatst van de SEH naar de hap, nemen de kosten van de hap toe. Dit wordt gecompenseerd door inkomsten.
- In het scenario populatiebekostiging is er geen hap maar een nieuwe aanbieder voor de basisspoedzorg. Vanuit de SEH wordt nog meer zorg dan in het scenario huidige situatie verplaatst naar deze aanbieder. Dat leidt tot extra kosten maar ook tot meer inkomsten. Het resultaat voor de basisspoedzorg is daarom positief.
- De maatschappen krijgen in het scenario populatiebekostiging een deel van het geld dat wordt omgebogen naar de basisspoedzorg terug door het leveren van consulten.
- De verzekeraar heeft in het scenario populatiebekostiging geen extra inkomsten maar wel minder kosten: de laagcomplexe zorg wordt verplaatst waardoor de prijs kan afnemen. Dit kan zich in de toekomst mogelijk vertalen in een lagere premie voor verzekeren. De businesscase laat zien dat, ongeacht het scenario, de SEH minder zorg gaat leveren. De extra zorg die wordt verplaatst

in het scenario populatiebekostiging wordt (deels) weer terugverdiend door de maatschappen door het leveren van consulten.

### Knelpunten

Ondanks de maatschappelijk aantrekkelijke effecten van het scenario populatiebekostiging en de bereidheid van de zorgverzekeraars om te delen in de 'besparingen' (*shared savings*), is het in Haarlem niet gelukt om de pilot te starten. Debet daaraan zijn vier knelpunten die eerst moeten worden opgelost. Allereerst is de afbakening van de zorg op basis van dbc-zorgproducten lastig gebleken. De uiteindelijke diagnose bepaalt de definitie van deze producten.

Alle partijen moeten hun nek durven uit te steken

## OP REIS

Een van de interessante bijkomstigheden van zakelijk op reis gaan is dat het je perspectief op je eigen omstandigheden weer even bijstelt. De afgelopen weken ben ik eerst in Brazilië geweest, waar ik uitgenodigd was om op een congres een voordracht te houden en collega-kinderartsen in Porto Alegre te bezoeken, en daarna doorgereisd naar New York voor een vakantie met mijn gezin.

Twee landen met één opvallende overeenkomst. Ik was erg onder de indruk van de sociale ongelijkheid in beide landen. Echte schrijnende armoede, mensen zonder gegarandeerde toegang tot schoon water en basiszorg – het is afschuwelijk om te zien en volgens mij hebben we dat in Nederland toch echt beter voor elkaar.

Maar ik zag ook verschillen. De warmte en de hartelijkheid van de mensen in Brazilië troffen me. Ik werd overal gastvrij ontvangen, met gemeente glimlachen, stevige handdrukken en omhelzingen alsof ik een huisvriend was. Ik heb bomvolle kinderafdelingen gezien met bescheiden mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling, en niet één collega horen klagen. Daar kunnen wij in Nederland nog wat van leren.

In New York ook stralende mensen, maar dan anders: dokters met fotoglimlach op de reclame op de bus. 'Call us today, see us today'. Kno-artsen die *food allergies* behandelen, cholesterolchecks op de hoek van de straat, naast de advertentie van de letselschadeadvocaat die je gouden bergen belooft na een ongeval.

Geef mij maar wat meer Brazilië en wat minder Verenigde Staten in de Nederlandse gezondheidszorg.

**Paul Brand**

De diagnose volgens het dbc-zorgproduct kan doen vermoeden dat het laagcomplexe zorg betreft, de ingangsklacht kan echter wel degelijk reden zijn geweest om aanvankelijk veel diagnostiek en specialistische expertise in te zetten. Gaandeweg hebben de specialisten en het ziekenhuis hierdoor twijfels geuit bij de beslisboom. Dit knelpunt kan in de toekomst voor een belangrijk deel verholpen worden door niet 100 procent van de geselecteerde dbc-zorgproducten onderwerp van de verschuiving te maken, maar door te kiezen voor een bepaalde percentage-marge binnen het zorgproduct. Op deze manier blijft de mogelijkheid bestaan dat de dbc-zorgproducten op de SEH gescoord worden als dat medisch gezien noodzakelijk lijkt.

Het tweede knelpunt betreft de actualiteit van de cijfers. Bij het opstellen van de businesscase is gebruikgemaakt van de meest recente cijfers. Gedurende het onderzoek in 2013 waren dat de dbc-zorgproducten geopend in 2012. De Spoedpost heeft – nadat het project was afgerond – laten zien dat er in de jaren 2013-2014 een verdere verschuiving van basisspoedzorg van de SEH naar de hap heeft plaatsgevonden. De huisarts ziet momenteel 48 procent van alle zelfmelders, waaronder veel meer patiënten met lichte letsels. Partijen konden elkaar moeilijk vinden omdat in de discussie de meest recente ontwikkelingen niet meegenomen konden worden.

Een ander probleem is de positie van de SEH-arts. Deze artsen zijn uitermate geschikt voor de brugfunctie in de basisspoedzorg, ook als intermediair tussen ziekenhuiszorg en huisartsenzorg. De profielarts SEH heeft echter nog lang niet overal zijn positie bevochten om dit te kunnen waarmaken. Per 2015 wordt een volgende stap gemaakt als de SEH-arts voor het ziekenhuis eigenstandig dbc-zorgproducten mag openen en sluiten. Deze stap is belangrijk voor de SEH-arts en helpt in de discussie over een zelfstandige basisspoedzorg vanuit de generalistische eerste lijn.

Het laatste knelpunt wordt gevormd door de tegengestelde belangen. Voor zorgver-

zekeraars leidt het weliswaar tot een afname van de kosten, maar voor specialisten en ziekenhuizen nemen de inkomsten af. Door het deels wegvallen van het volume van de minder complexe vragen komt mogelijk de beschikbaarheid van meer complexe spoedzorg in gevaar: de SEH heeft een 24/7-functie, die op het meest veilige niveau van paraatheid beschikbaar moet zijn. Ten slotte ervaren specialisten en ziekenhuizen het effectueren van bezuinigingen soms als prioriteit voor een zorgverzekeraar, boven het zoeken naar innovatieve oplossingen. Partijen moeten bereid zijn om hier gezamenlijk oplossingen voor te vinden, met behoud van kwaliteit en veiligheid.

**Durf**

Het model basisspoedzorg met populatiebesteding biedt veel kansen. Het Kennemer Gasthuis en de SSZK zijn op basis van de businesscase bereid om een pilot te starten, maar niet voordat de knelpunten zijn opgelost. De resultaten van de pilot moeten uitwijzen dat dit alles leidt tot meer efficiency, verhoging van de kwaliteit en veiligheid en nog meer samenwerking. Alle betrokken partijen moeten dan wel hun nek durven uit te steken. Specialist en huisarts door te kiezen voor optimale zorg en niet voor maximale zorg. Zorgverzekeraars en de politiek moeten de durf hebben om nieuwe wegen in te slaan. Zij kunnen de overgang naar een nieuwe structuur faciliteren door het gesprek aan te gaan vanuit de zorginhoud. Met meer jarenafspraken (eventueel gebaseerd op *shared savings*) om de aanvankelijk negatieve consequenties zo goed mogelijk te verzachten. ■

**contact**

p.degrooff@knmg.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

**web**

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).