

Quickscan

Acute zorg voor kwetsbare ouderen

Utrecht, 19 december 2016

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding quickscan	7
1.2 Onderzoeksvragen	7
1.3 Opzet	8
2. Probleemverkenning	9
2.1 Verantwoordelijkheden zorgaanbieders	9
2.2 Zorgplicht zorgverzekeraar	9
2.3 Huidige organisatie van de acute zorg	10
2.3.1 Knelpunten acute zorg voor kwetsbare ouderen	11
2.4 Analyse feitelijke situatie	13
3. Bevindingen	15
3.1 Casuïstiek	15
3.2 Samenwerking en coördinatie in de zorgketen	15
3.3 Aandachtspunten	16

Samenvatting

Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa een onderzoek uitgevoerd naar de acute zorg voor kwetsbare ouderen. Aanleiding hiervoor is een motie in de Tweede Kamer die op 15 november is ingediend. De minister van VWS vroeg de NZa om zowel kwalitatief, als waar mogelijk kwantitatief, te onderzoeken of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht¹ voldoen ten aanzien van de opvang in spoedsituaties van kwetsbare ouderen. Ook vroeg de minister of er specifieke kwetsbaarheden zijn in deze acute zorg, zowel landelijk als in bepaalde regio's, en wat de NZa gaat doen aan deze mogelijke kwetsbaarheden.

Omdat er slechts enkele weken beschikbaar waren voor dit onderzoek, kozen wij voor een quickscan om deze vragen te beantwoorden. Een diepgaand (kwantitatief) onderzoek was in dit tijdpad niet mogelijk.

Onze quickscan bestaat uit een analyse van signalen en berichten uit de media over dit onderwerp. Ook vroegen we alle zorgverzekeraars en betrokken brancheverenigingen² naar de stand van zaken met betrekking tot de acute zorg voor kwetsbare ouderen. Met daarbij de vraag welke maatregelen zij nemen of genomen hebben om knelpunten die zij zien op te lossen of te voorkomen.

Op grond van onze quickscan komen we tot bevindingen op een tweetal vlakken:

- de casuïstiek die momenteel speelt rond knelpunten in het zorgaanbod en hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarmee omgaan;
- de ruimte die wij zien voor verbetering en die volgens ons noodzakelijk is om toekomstige problemen het hoofd te bieden.

Het is allereerst de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat er sprake is van een goede doorgeleiding van een patiënt. Zij moeten daarbij samenwerken met andere zorgaanbieders in de keten, om de kwaliteit van de zorgverlening te garanderen.

Uit onze quickscan blijkt dat zorgaanbieders de knelpunten die ons bekend zijn adequaat opgelost hebben. Waar nodig hebben zorgverzekeraars daar (financieel) aan bijgedragen. We hebben op dit moment geen signalen dat er voor 2016 en 2017 onvoldoende zorg is ingekocht. Hierdoor is er op dit moment geen noodzaak tot direct ingrijpen door de NZa op de naleving van de zorgplicht.

¹ Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg (in geval van een natura-aanspraak), of de vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling (in geval van een restitutie-aanspraak), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Bij een natura-aanspraak moet de zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen voor zijn verzekerden. Hoe de verzekeraar dat doet, en hoe hij de zorgplicht invult, mag de verzekeraar zelf bepalen. Voor sommige typen zorg gelden aparte normen. Zo moet de spoedeisende hulp voldoen aan de 45-minutennorm. De regels die er zijn over zorgplicht, staan in ons Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw (TH/BR-018). Waar in deze rapportage wordt gesproken over de rol van de (zorg)verzekeraar, wordt bedoeld op de rol van de zorgverzekeraar in het geval van een natura-aanspraak, tenzij anders is aangegeven.

² Dit zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), ActiZ, InEen en het landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).

Over kwetsbare ouderen die nu ten onrechte op de SEH belanden, terwijl ze beter in de eerste lijn behandeld hadden kunnen worden, kan de vraag gesteld worden of de zorg die ze op de SEH krijgen dan wel gepast is. Dit is een zorginhoudelijke vraag, die we niet kunnen beantwoorden met deze quickscan.

Zorgaanbieders moeten zorgen voor een goede coördinatie om patiënten door te verwijzen naar de juiste plek voor de zorg die zij nodig hebben. In de praktijk komt dit niet altijd voldoende van de grond. Er is behoefte aan een partij die de regie neemt. Wij zien hier ruimte voor verbetering. Vanuit zijn zorgplicht zou het voor de hand liggen dat de zorgverzekeraar zorgaanbieders er op aanspreekt als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen hen is. Dit kan hij doen door de regie te nemen in de regio en te sturen op goede coördinatie van de doorgeleiding van patiënten. In de praktijk bestaan nu al goede voorbeelden van enkele kleine zorgverzekeraars waaruit blijkt dat zorgverzekeraars hiertoe goed in staat zijn.

Naar aanleiding hiervan hebben wij de volgende aandachtspunten:

- De zorgaanbieders kunnen al dan niet samen met de zorgverzekeraars tot regionale afspraken komen. Het is van belang dat daar waar nodig, de samenwerking en coördinatie rondom de doorgeleiding van de patiënt in de zorgketen wordt verbeterd. Dit is allereerst de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders tot stand komt kan dit tot gevolg hebben dat burgers niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Gelet op de zorgplicht zou het voor de hand liggen dat de zorgverzekeraar de regie pakt.
- Het zou goed zijn als zorgverzekeraars risicoanalyses uitvoeren naar toekomstige patiëntenstromen en de effecten daarvan op de zorgketen. Deze analyses geven de zorgverzekeraars inzicht in de knelpunten om mogelijke problemen op te lossen waarvoor zij op grond van hun zorgplicht verantwoordelijk zijn. Zo kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd dat altijd voldoende eerste lijns verblijf beschikbaar is.
- Wij adviseren partijen in de keten om, daar waar zij twijfels hebben over de mogelijkheden voor samenwerking, de ACM om *guidance* te vragen.

Wij nemen de bevindingen en aandachtspunten uit deze quickscan mee in de nadere onderzoeken die wij voor de acute zorg in 2017 op de agenda hebben staan.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding quickscan

Vanuit de media zijn er het afgelopen jaar diverse signalen geweest dat veel kwetsbare ouderen zich melden op de spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen, met als gevolg een capaciteitsprobleem op de SEH. Mogelijk krijgen kwetsbare ouderen hierdoor niet de zorg die zij nodig hebben. Hierover zijn in de Tweede Kamer op 15 november 2016 vragen gesteld aan de minister van VWS en is een motie ingediend door de leden Bruins Slot en Volp (34 550-XVI-44) om de Kamer uiterlijk op 22 december 2016 te informeren.

Naar aanleiding van deze motie heeft de minister de NZa op 22 november 2016 gevraagd om

- a) zowel kwalitatief, als waar mogelijk kwantitatief, te onderzoeken of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen ten aanzien van de opvang in spoedsituaties voor kwetsbare ouderen;
- b) een oordeel te geven over het beeld dat op deze manier is ontstaan;
- c) uiterlijk 15 december 2016 een rapportage op te leveren.

Daarnaast heeft de minister aan de 11 Regionaal Overleggen Acute Zorgketen (ROAZ'en) gevraagd om een tussenstand te geven hoe ver de regio's gevorderd zijn met het opstellen van een noodplan acute zorg voor kwetsbare ouderen.

Zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de taak om acute zorg zo in te richten dat alle verzekerden goede zorg (kunnen) krijgen. Dit geldt ook en in het bijzonder voor kwetsbare ouderen. Vanwege de korte doorlooptijd tussen de vraag van de minister aan de NZa en de deadline (drie weken), hebben wij gekozen voor een quickscan.

In het komende jaar zullen we mede op basis van de resultaten uit deze quickscan onderzoek gaan doen naar de acute zorg en de zorg in de eerste lijn. In 2017 voert de NZa de volgende onderzoeken uit:

- verdiepend zorgplichtonderzoek naar de toegankelijkheid van acute zorg;
- verdiepend zorgplichtonderzoek wijkverpleging;
- monitor over de samenwerking tussen SEH en Huisartsenposten;
- monitor contractering Eerstelijns Verblijf (ELV);
- marktscan acute zorg.

1.2 Onderzoeksvragen

Naar aanleiding van het verzoek van de minister heeft de NZa een viertal onderzoeksvragen uitgewerkt.

- Is het regionaal goed geborgd dat ouderen op de juiste plek terecht komen?
- Hoe houden de zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de huidige contractering rekening met kwetsbare ouderen?
- Zien de zorgverzekeraars gevolgen van deze afspraken voor de volumes die ze moeten inkopen en de beschikbare capaciteit?
- Welke scenario's hebben de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars bij mogelijke knelpunten en problemen?

Om binnen de korte termijn een zo goed mogelijk beeld van de problematiek rondom de acute zorg voor kwetsbare ouderen te kunnen vormen, hebben wij er voor gekozen om ons bij de onderzoeksvragen te focussen op de SEH, het eerstelijns verblijf (ELV) en de huisartsenposten (HAP's).

Het is niet mogelijk om in deze quickscan een volledig beeld te geven van de afspraken tussen de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, en deze kwantitatief te onderbouwen. We kunnen alleen een indicatie geven van de voortgang van de onderhandelingen over de zorg voor deze groep mensen. Vanwege de korte tijd die er was voor dit onderzoek, is deze quickscan niet ter consultatie voorgelegd aan de partijen die we in dit kader hebben gesproken. Dit betekent dat de conclusies met enige terughoudendheid moeten worden getrokken.

1.3 Opzet

Voor de aanpak van de quickscan hebben wij kennis genomen van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars voor de spoedeisende hulp, het eerstelijns verblijf en de huisartsenposten. Ook hebben wij de signalen die wij hierover hebben ontvangen beoordeeld en de berichtgeving in de media geanalyseerd. Daarnaast hebben we op hoofdlijnen bekeken welke initiatieven er voor de acute zorg voor kwetsbare ouderen zijn.

Voorts spraken we met alle zorgverzekeraars en met de volgende brancheorganisaties van zorgaanbieders: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), ActiZ, InEen en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ).

2. Probleemverkenning

2.1 Verantwoordelijkheden zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) onder meer verantwoordelijk voor het bieden van doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorg. Dit betekent dat een zorgaanbieder ook verantwoordelijk is voor een goede doorgeleiding van zijn of haar patiënt.

Brancheorganisaties en zorgverzekeraars lijken moeite te hebben met de vraag wie de aangewezen partij is om de onderlinge samenwerking in de regio te coördineren. Er is geen wettelijke coördinatietask bij een specifieke zorgverlener belegd. Uit de gesprekken maken wij op dat het al dan niet oppakken van de coördinatietask vooral bij zorgaanbieders ligt en dat zorgverzekeraars hier geen of slechts een kleine rol in spelen. Door zorgverzekeraars worden vooral de huisartsenposten (HAP's) genoemd als een geschikte partij voor deze rol. De brancheverenigingen van zorgaanbieders zelf vinden dat de zorgverzekeraar de regierol meer zou moeten oppakken om de samenwerking in de regio te coördineren.

2.2 Zorgplicht zorgverzekeraar

Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg (in geval van een natura-aanspraak), of de vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling (in geval van een restitutie-aanspraak), krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.

Het is aan de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de zorg die wordt verleend *gepast* is gelet op de zorgbehoefte van de verzekerde, bijvoorbeeld bij het inkopen van zorg en het bemiddelen naar zorg. Gepaste zorg is die zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Dit betekent dat de zorgverzekeraar het gepaste gebruik van zorg bij de naleving van de zorgplicht moet betrekken.³

De zorgplicht om de zorg te leveren respectievelijk te vergoeden is in eerste instantie een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde. Wanneer zorgverzekeraars onvoldoende uitvoering geven aan hun zorgplicht kan de NZa (handhavend) optreden.

Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders om er voor te zorgen dat er sprake is van een goede doorgeleiding van een patiënt. Hiervoor zijn samenwerking en coördinatie in de keten nodig. Vanuit zijn zorgplicht moet de zorgverzekeraar er voor zorgen dat de verzekerde gepaste zorg krijgt. Dat betekent onder meer dat hij hiermee rekening moet houden bij het inkopen van zorg en het bemiddelen naar zorg en moet ingrijpen als er knelpunten dreigen waardoor de zorgplicht in het geding kan komen. Het ligt dan voor de hand dat een zorgverzekeraar zorgaanbieders erop aanspreekt als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen hen is, en zulke

³ Zie: Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw (TH/BR-018), p. 15 en 16.

samenwerking en coördinatie waar nodig vanuit zijn rol faciliteert (bijvoorbeeld via de financiering of het maken van specifieke afspraken).

4

2.3 Huidige organisatie van de acute zorg

Spoedeisende hulp (SEH)

In Nederland beschikken 91 ziekenhuizen over een afdeling spoedeisende hulp (SEH)⁵. Over de SEH maken ziekenhuizen meestal niet apart afspraken met de zorgverzekeraars. De onderhandelingen gaan vaak over de ziekenhuiszorg in zijn geheel, en niet over specifieke onderdelen zoals de SEH. Daarbij spreken de ziekenhuizen en zorgverzekeraars meestal een omzetplafond af, vaak met een verplichting om door te leveren als dit plafond bereikt is. Sommige zorgverzekeraars maken wel apart afspraken met ziekenhuizen over enkele specifieke aandoeningen of behandelingen.

Uit metingen van de NZa bleek dat op 9 december 2016, 84% van de ziekenhuizen, en dus ook de SEH's in die ziekenhuizen, afspraken hadden gemaakt voor de zorg in 2017. Bij 16% van ziekenhuizen was er begin december dus nog geen akkoord voor 2017.

Hierbij kan nog worden aangetekend dat indien een SEH niet is gecontracteerd, de zorg altijd door de zorgverzekeraar moet worden vergoed omdat er sprake is van acute zorg.⁶

Huisartsenpost (HAP)

In Nederland zijn er 124 huisartsenposten in 2014⁷, waarvan er 71 een co-locatie met een SEH hebben. De zorg door huisartsenposten wordt via een representatiemodel ingekocht. Dat maakt deze inkoop voor zorgverzekeraars relatief ongecompliceerd. Ook hierbij kunnen we ervan uitgaan dat de zorg zeer breed gecontracteerd is. Geen enkele zorgverzekeraar gaf aan dat de contractering van huisartsenposten vertraagd is of stroef loopt. Vanuit de zorgaanbieders hebben we niet gehoord dat er financiële knelpunten zijn. Een aantal zorgverzekeraars heeft in de gesprekken aangegeven in verband met de zorg voor kwetsbare ouderen een module voor ouderenzorg in aanvulling op het reguliere tarief aan te bieden.

Eerstelijns verblijf (ELV)

ELV wordt nu nog via een subsidieregeling gefinancierd. Met ingang van 2017 valt ELV onder de Zorgverzekeringswet, waardoor zorgaanbieders met zorgverzekeraars voor het eerst voor eigen risico moeten gaan onderhandelen over deze zorg. De contractering van het ELV is volgens de meeste zorgverzekeraars vrijwel afgerond⁸. Soms zijn er nog enkele zorgaanbieders waarmee de onderhandelingen nog doorlopen, zorgverzekeraars geven aan dat dit dan veelal vanwege discussie over de hoogte van de tarieven is en niet over de inhoud van de zorg (en dus ook niet over problematiek rond kwetsbare ouderen). Zorgverzekeraars spreken de verwachting uit dat dit spoedig in orde komt. Enkele zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij onvoldoende informatie

⁴Daarnaast bevat de wetgeving specifieke bepalingen over afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeentes over een gecoördineerde zorgverlening.

⁵ RiVM: 'beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van spoedeisende hulp in Nederland, analyse gevoelige ziekenhuizen' RiVM briefrapport 2015-0077 G.J. Kommer et al.

⁶ Zie: Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraar Zvw (TH/BR-018) p. 36.

⁷ RiVM: 'beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van spoedeisende hulp in Nederland, analyse gevoelige ziekenhuizen' RiVM briefrapport 2015-0077 G.J. Kommer et al.

⁸ de gesprekken vonden plaats in de periode 28 november – 6 december

hebben over de te verwachten vraag. De reden hiervoor is dat zij nog geen ervaring hebben met de inkoop voor ELV en dat de aanspraak relatief nieuw is. Een aantal zorgverzekeraars koopt daarom behoudend in en heeft aangegeven gedurende het jaar te gaan bijcontracteren waar nodig. Op dit moment heeft zo'n 75 tot 95% van de zorgaanbieders afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over het Eerstelijns verblijf.

2.3.1 Knelpunten acute zorg voor kwetsbare ouderen

Zorgverzekeraars en de brancheorganisaties van zorgaanbieders hebben diverse factoren aangegeven die er toe kunnen leiden dat de acute hulp voor kwetsbare ouderen in de knel komt. We maken hierbij een onderscheid naar interne en externe factoren, factoren die door veldpartijen wel of niet te beïnvloeden zijn.

Tabel 1. Door partijen genoemde interne en externe factoren voor knelpunten acute zorg kwetsbare ouderen

Intern	Extern
Onvoldoende samenwerking in de zorgketen voor kwetsbare ouderen.	Als gevolg van demografische ontwikkelingen zien we een relatieve toename van het aantal ouderen (met name 75+).
Onvoldoende inzicht in beschikbare capaciteit in de regio, onvoldoende regionale coördinatie.	Ouderen wonen langer thuis (mede door overheidsbeleid)
Domeindiscussies over de schotten tussen wetgeving: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Gebrek aan gespecialiseerd personeel. Met name klinisch geriater, gespecialiseerde verpleegkundigen SEH en wijkverpleging
Domeindiscussies over de schotten tussen zorgvormen: Eerstelijns verblijf (ELV), Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), wijkverpleging, langdurige zorg en Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT)	Toegenomen zorgvraag op de huisartsenposten
Inefficiënte triage	Belemmerde doorstroom naar langdurige ouderenzorg, onder andere als gevolg van de eigen bijdrage in de Wlz
Budgetplafonds binnen de ziekenhuizen	Bij Respijtzorg blijkt er vaak sprake te zijn van een zwaardere problematiek dan aanvankelijk gedacht waardoor ouderen onverwacht alsnog op de SEH belanden.

Veel partijen geven aan dat een deel van bovenstaande factoren voortkomt uit de vele wijzigingen in de zorg rondom ouderen en dat het systeem de tijd moet krijgen om een duidelijke vaste vorm te krijgen. De afgelopen twee jaar is hiervoor nog niet voldoende gebleken.

Uit een onderzoek naar patiëntenstromen tussen 2014 en 2016 door Casemix (uitgevoerd in opdracht van de NVZ) blijkt dat het aandeel van oudere patiënten in de totale patiëntenpopulatie op de SEH in de

afgelopen jaren is toegenomen. Daarbij wordt aangetekend dat deze patiënten een relatief hoge complexiteit kennen waardoor dit in zijn algemeenheid leidt tot een zwaardere belasting van de zorg. Gezien de vergrijzing verwachten wij dat deze trend doorzet. Hierdoor zullen zich in de toekomst naar verwachting meer knelpunten voordoen in de zorgvraag.

Doorstroming SEH

Uit onze gesprekken met zorgverzekeraars en brancheorganisaties van aanbieders kwam duidelijk naar voren dat de signalen uit de media over de overbelasting van SEH's met kwetsbare ouderen een symptoom zijn van een ander probleem: een groot deel van de kwetsbare ouderen hoort volgens hen niet op de SEH thuis.

In juni 2016 heeft er een Invitational Conference Spoedzorg plaatsgevonden. Deze is georganiseerd door Traumanet AMC en het Ministerie van VWS. Hieruit bleek dat de instroom op de SEH, doorstroom van SEH naar de kliniek en de uitstroom van de kliniek naar de eerstelijns en de langdurige zorg moeizaam verlopen⁹. Volgens zowel de zorgverzekeraars als de brancheorganisaties van aanbieders is er niet zozeer sprake van een gebrek aan middelen of aan capaciteit, maar ontbreekt er een goede coördinatie bij de doorstroom.

De oorzaak hiervan ligt volgens zorgverzekeraars en brancheorganisaties van zorgaanbieders deels in het feit dat in acute situaties de huisarts vaak niet weet waar er plek is voor een patiënt. Dit is met name een probleem in de avond, nacht en het weekend. Ook de ziekenhuizen hebben vaak geen goed zicht op waar de patiënt na ontslag terecht kan. Daarbij is er op zowel de SEH als in de eerste lijn vaak onvoldoende kennis met betrekking tot herkennen en behandelen van specifieke problematiek rond kwetsbare ouderen.

Verbeterinitiatieven/best practice

Er zijn in de afgelopen jaren enkele initiatieven door zorgaanbieders gestart om de regionale coördinatie te verbeteren¹⁰, soms ook gesteund door de zorgverzekeraars.

Enkele voorbeelden van projecten zijn:

- Project Advanced Care Planning;
- Project proactieve, integrale gezindheidszorg voor ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid in Amsterdam (Sigra & Ben Sajetcentrum);
- Transmurale zorgbrug AMC;
- 24/7 Aanmeldportaal voor uitstroom na ziekenhuisopname Amphia.

Met name kleine zorgverzekeraars met een geografisch afgebakend eigen kernwerkgebied blijken er toe in staat om in hun regio met de zorgaanbieders (ziekenhuis, ELV, wijkverpleging, GRZ, WLZ en de huisartsen) afspraken te maken over de coördinatie en toewijzing tot zorg. Hierbij wordt bijvoorbeeld een centraal telefoonnummer opgezet dat huisartsen kunnen bellen bij hun vraag over waar de patiënt terecht kan. De uitvoering hiervan ligt vaak bij een zorggroep, de HAP of een zorgaanbieder in de eerste lijn.

⁹ Zie www.TraumaNetAMC.nl

¹⁰ J. Berdowski, A. Toor, L. van Gelder: 'Capaciteitsproblematiek acute zorg: Best practices' september 2016

Capaciteit

De signalen over een toenemend aantal ouderen dat acute zorg nodig heeft, interpreteren veel zorgverzekeraars als een signaal dat de doorstroom en uitstroom in ziekenhuizen hapert en niet in de eerste plaats als een teken dat er simpelweg te weinig capaciteit is op de SEH's, dan wel in het ELV. Ook brancheorganisaties van zorgaanbieders zijn van mening dat de oorzaak van het vollopen van de SEH's niet ligt aan een structureel gebrek aan het totaal aantal bedden.

Samenwerking en mededinging

Zowel zorgverzekeraars als brancheorganisaties hebben aangegeven dat zij de mededingingswetgeving als een struikelblok ervaren voor een goede coördinatie in de regio. Zeker in een regio zonder dominante zorgverzekeraar moeten zorgverzekeraars samen werken.

Zorgverzekeraars en brancheorganisaties vrezen dat deze samenwerking kan leiden tot een overtreding van de mededingingsregels. Hierdoor zouden zij terughoudend zijn om op dit moment samen met andere zorgverzekeraars de acute zorg voor kwetsbare ouderen te coördineren. Ook zorgaanbieders zouden zich hierdoor tegengehouden voelen.

Deze vrees wil niet zeggen dat samenwerking niet mogelijk is. Er zijn wel degelijk mogelijkheden binnen de mededingingsregels om samen te werken, zeker als het gaat om kwaliteit van zorg. De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft zich meerdere malen bereid verklaard om *guidance* te geven als zorgaanbieders worstelen met de mededingingsrechtelijke beoordeling van een bepaald samenwerkingsverband. Het ligt daarom ook voor de hand dat de verzekeraars en aanbieders, in geval van twijfel over de toelaatbaarheid van een afspraak, van dit aanbod gebruik maken.

2.4 Analyse feitelijke situatie

De NZa heeft te weinig concrete signalen van verzekerden ontvangen om te kunnen bepalen in welke regio's zich problemen voordoen. We hebben ook signalen uit de media hierbij betrokken. De meerderheid van de brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, geeft aan geen signalen van verzekerden of hun achterban te hebben ontvangen over situaties waarin patiënten niet de zorg kregen waar ze recht op hadden. Er is op basis van de berichtgeving en de signalen niet heel evident een specifieke regio aan te wijzen waar een acuut probleem is waarin de zorgplicht in het geding is.

Zodra er gedurende het jaar signalen opkomen over problemen in de acute zorg voor ouderen, kiezen de meeste zorgverzekeraars er voor om dit allereerst op het niveau van die individuele casuïstiek te onderzoeken en samen met zorgaanbieders oplossingen te zoeken. Zorgverzekeraars hebben hier geen specifieke scenario's voor klaarliggen.

Daar waar zich problemen voordoen, is dat vooral in stedelijk gebied. Zorgverzekeraars benoemen hierbij specifiek de regio's Amsterdam en Rotterdam. In Amsterdam zijn naar aanleiding van een specifiek knelpunt op de SEH aanvullende afspraken gemaakt door ziekenhuis en zorgverzekeraar. In het bijzonder werden door zorgverzekeraars ook de academische ziekenhuizen als knelpunt genoemd. Twee van deze zorgaanbieders hebben aangegeven tijdelijk hun beddencapaciteit te hebben uitgebreid (in Leiden en in Amsterdam). Daarnaast noemde een zorgverzekeraar de regio Heerlen, Geleen/Sittard. Hier was sprake van een uitbraak van het Norovirus en een overheveling van locaties, waardoor tijdelijk minder beddencapaciteit in de ziekenhuizen beschikbaar was.

Zorgverzekeraars geven aan voldoende zorg te hebben ingekocht en dat er op dit moment (relatief) weinig problemen spelen. De brancheorganisaties delen de mening dat de problemen niet worden veroorzaakt door een gebrek aan financiering. Er zijn wel klachten van individuele zorgaanbieders over de gecontracteerde budgetten in 2016 en ook 2017, maar tot op heden zijn er aanvullende middelen ingezet wanneer dat noodzakelijk was.

3. Bevindingen

Vanwege de korte tijd die er was voor dit onderzoek, kon deze quickscan niet ter consultatie worden voorgelegd aan de partijen die we in dit kader hebben gesproken. Dit betekent dat de conclusies en de daaruit volgende aandachtspunten met enige voorzichtigheid moeten worden getrokken.

In dit hoofdstuk analyseren we de aanpak van knelpunten bij de acute zorg voor kwetsbare ouderen. We gaan daarbij in op de rol van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om te beginnen de korte termijn casuïstiek die momenteel speelt rond knelpunten in het zorgaanbod en hoe zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarmee omgaan. Vervolgens de ruimte die wij zien voor verbetering en die volgens ons noodzakelijk zijn om (toekomstige) problemen het hoofd te bieden.

3.1 Casuïstiek

In het afgelopen jaar moest een aantal keren een SEH tijdelijk worden gesloten omdat die vol was. Dit kwam met name voor in het stedelijk gebied. De zorgaanbieders hebben de incidenten rond de sluiting van de SEH's kunnen oplossen. Waar nodig hebben zorgverzekeraars (financieel) bijgedragen. Daarnaast hebben we geen signalen dat er voor 2016 en 2017 onvoldoende zorg is ingekocht. Hierdoor is er op dit moment geen noodzaak tot direct ingrijpen door de NZa op de naleving van de zorgplicht.

Over kwetsbare ouderen die nu ten onrechte op de SEH belanden, terwijl ze beter in de eerste lijn behandeld hadden kunnen worden, kan de vraag gesteld worden of de zorg die ze op de SEH krijgen dan wel gepast is. Dit is een zorginhoudelijke vraag, die we niet kunnen beantwoorden met deze quickscan.

De inkoop voor ELV is vanaf 2017 nieuw. Hierdoor bestaat het risico dat gedurende het komende jaar blijkt dat er op sommige plekken te weinig zorg is ingekocht. Zorgverzekeraars zullen in die gevallen moeten borgen dat er voldoende eerstelijns verblijf beschikbaar is.

3.2 Samenwerking en coördinatie in de zorgketen

Partijen verwachten dat de toeloop van ouderen op de SEH zal toenemen. Dit betekent dat een SEH mogelijk vaker te maken zal krijgen met een piekbelasting. Er is daarom alle reden voor deze partijen om die factoren aan te pakken waar zij bij de acute zorg voor kwetsbare ouderen invloed op kunnen hebben (zie hfd 2.2).

Uit de gesprekken met zorgverzekeraars en brancheorganisaties komt naar voren dat winst te boeken is op het terrein van samenwerking en coördinatie rondom de doorgeleiding van de patiënt in de zorgketen. Enerzijds gaat het dan om de instroom. Anderzijds gaat het dan om de uitstroom van patiënten.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders om er voor te zorgen dat er sprake is van een goede doorgeleiding van een patiënt. Hiervoor zijn samenwerking en coördinatie in de keten vereist. Zo kan de kwaliteit van de zorgverlening ook in de toekomst worden geborgd. Waar zorgaanbieders niet tot een goede coördinatie van de zorg komen, kan de zorgverzekeraar bijsturen door bijvoorbeeld de regie te nemen en indien nodig te faciliteren door financieel bij te dragen.

3.3 Aandachtspunten

Op grond van deze quickscan benoemt de NZa de volgende aandachtspunten:

- De zorgaanbieders kunnen al dan niet samen met de zorgverzekeraars tot regionale afspraken komen. Het is van belang dat daar waar nodig, de samenwerking en coördinatie rondom de doorgeleiding van de patiënt in de zorgketen wordt verbeterd. Dit is in eerste plaats de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Als er onvoldoende samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders tot stand komt kan dit tot gevolg hebben dat burgers niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. In dat geval is het wenselijk dat iemand de regie neemt. Gelet op de zorgplicht zou het voor de hand liggen dat de zorgverzekeraar de regie pakt. In de praktijk bestaan nu al goede voorbeelden van enkele kleine zorgverzekeraars waaruit blijkt dat zorgverzekeraars hiertoe goed in staat zijn.
- Het is van belang dat zorgverzekeraars risicoanalyses uitvoeren naar toekomstige patiëntenstromen en de effecten daarvan op de zorgketen. Deze analyses geven de zorgverzekeraars inzicht in de knelpunten om mogelijke problemen waarvoor zij op grond van hun zorgplicht verantwoordelijk zijn op te lossen. Zo kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd dat altijd voldoende eerste lijns verblijf beschikbaar is.

Sommige partijen lijken huiverig te zijn voor samenwerking, ook over de domeinen heen, uit vrees dat zij de mededingingsregels overtreden. ACM heeft hierover expliciet aangegeven dat er veel mogelijkheden zijn om samen te werken, zeker als dit in het belang is van de patiënt.

- Wij adviseren partijen in de keten om, daar waar zij twijfels hebben over de mogelijkheden voor samenwerking, de ACM om *guidance* te vragen.

De NZa zal de komend jaar nader onderzoek doen naar de acute zorg. De bevindingen uit deze quickscan zullen in deze onderzoeken worden meegenomen.