

Rapport

Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars

Op 6 mei 2004 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **04/190**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvx.nl

Volgnummer

24033582

Afdeling

Curatieve Zorg

Auteur

drs. C.G. Mastenbroek; mw. F.M. van der Meer

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 59

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website
(www.cvx.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer
(020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	<i>Samenvatting</i>
1	1. Inleiding
5	2. Huidige situatie HDS-en en normering
6	2.a. Analyse van de variabelen
10	2.b. Opzet en reikwijdte normering
10	2.c. Aanbevelingen
12	3. Mogelijke doelmatigheidsverhoging HDS-en
12	3.a. Inleiding
12	3.b. Beïnvloedbare variabelen en doelmatigheids-verhoging
13	3.b.1. Invloed triagefunctie op de productie en directe personeelskosten
14	3.b.2. Samenwerking met de RAV
14	3.b.3. Doelmatige inzet van huisartsen, assistenten en chauffeurs
17	3.b.4. Doelmatigheidseffecten van opschaling functies
18	3.b.5. Indirect personeel en opschalingseffecten
19	3.c. Conclusies
20	4. Samenwerking, samenhang en integratie (SSI) tussen HAP en SEH
20	4.a. Inleiding
21	4.b. Onderzoeksvragen en aanpak
22	4.c. Onderzoeksresultaten
22	4.c.1. Modellen voor samenwerking
23	4.c.2. Dienstverlening aan patiënten
23	4.c.3. Doelmatigheidseffecten
24	4.c.4. Draagvlak onder de huisartsen en specialisten
25	4.d. Conclusies

26	5.	Kwaliteitsaspecten HDS-en
26	5.a.	Inleiding
26	5.b.	Kwaliteitskenmerken en overleg met veldpartijen
27	5.c.	De mening van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten/patiënten
29	5.d.	Kwaliteit in het perspectief van de regionale onderhandelingen
31	5.e.	Slotbeschouwing en conclusies
33	6.	Sturing door zorgverzekeraars
33	6.a.	Inleiding
33	6.b.	Invalshoek
33	6.c.	Sturing in de afgelopen jaren
34	6.d.	Sturing in het huidige tijdsgewricht en de nabije toekomst
37	6.e.	Slotbeschouwing en conclusies
39	7.	Samenvattende conclusies en aanbevelingen

Bijlagen*

1. Brief Ministerie VWS van 7 augustus 2003 : *Onderzoek doelmatige verzekeringsuitvoering HDS-en*
2. Samenvatting *Achtergrondstudie* deel 1
3. *Achtergrondstudie* deel 1: *de huidige situatie*
4. *Achtergrondstudie* deel 2: *mogelijkheden voor doelmatigheidsverhoging in de huidige setting*
5. *Achtergrondstudie* deel 3: samenwerking, samenhang en integratie
6. Verslagen Kwaliteitsbijeenkomsten, gehouden 24 februari en 16 maart 2004 o.l.v. het CVZ
7. Overzicht landelijke normen en maten/excerpt ZN notitie
8. Overzicht voorbeelden mogelijke prestatie-indicatoren ANW-zorg
9. *Achtergrondstudie : Toekomstige samenwerking tussen de Huisartsenpost en de Spoedeisende Eerste Hulp*, UMC St. Radboud, Nijmegen

* De bijlagen zijn separaat te bestellen bij de servicedesk (020) 797 88 88

Samenvatting

<i>brief VWS</i>	Met de brief van 7 augustus 2003 verzocht de Minister van VWS het CVZ een onderzoek te doen naar de doelmatigheid en sturing van de huisartsenzorg buiten kantooruren, zoals deze geleverd wordt door huisartsendienstenstructuren (HDS-en). Kostenoverschrijdingen bij de HDS-en waren hiervoor de aanleiding; de minister had de wens geuit deze kosten te gaan normeren.
<i>onderzoeksvragen</i>	Dit rapport gaat in op de vier elementen die in het onderzoek werden geadresseerd: 1. kostenverschillen en doelmatigheid; 2. kwaliteit; 3. samenhang en integratie binnen de acute-zorgketen; 4. sturing door de zorgverzekeraar.
<i>kostenverschillen</i>	Voor de aspecten kostenverschillen, doelmatigheid en samenhang ligt een accent in de verrichte achtergrondstudies die zijn uitbesteed. De aspecten kwaliteit en sturing zijn door het CVZ zelf onderzocht door middel van overleg met veldpartijen en achtergrondinterviews bij zorgverzekeraars en huisartsendienstenstructuren.
<i>doelmatigheid</i>	
<i>normering</i>	In dit rapport worden allereerst de kosten van de HDS-en in de huidige situatie beschouwd met het oog op normering, vervolgens gaat het rapport in op de mogelijkheden om binnen de huidige setting te komen tot doelmatigheidsverhogende maatregelen. Ook biedt het rapport een analyse van de mogelijkheden om te komen tot samenhang in de keten van acute zorg (tussen huisartsenpost –HAP- en spoedeisende eerstehulp –SEH-) om vervolgens in te gaan op de aspecten kwaliteit en sturing door de zorgverzekeraar. Samenvattend zijn de volgende resultaten te formuleren. Een werkbaar normeringssysteem zal niet te gedetailleerd moeten zijn en rekening moeten houden met de niet-beïnvloedbare variabelen die de kosten van HDS-en in hoge mate bepalen, (o.a. de aard van het adherente gebied/nabijheid van SEH).

***verhoging
doelmatigheid***

Uit het onderzoek blijkt dat er verschillende mogelijkheden zijn om –op onderdelen- de doelmatigheid te verhogen in de regionale situatie. Deze lokale situatie is daarbij van belang omdat niet alle suggesties in alle situaties werkbaar zijn en omdat mogelijk al een combinatie van maatregelen is ingezet in het overleg tussen zorgaanbieders en de dominante zorgverzekeraar(s).

***samenwerking
binnen de keten***

Samenwerking binnen de keten van acute zorg kan op termijn kostenbesparingen opleveren. In het algemeen is de conclusie dat een samenwerking van HAP en een SEH door middel van een HAP als voorportaal de meest haalbare en wenselijke variant is voor de kortere termijn. Deze constructie levert de juiste zorg op de juiste plaats en komt ook tegemoet aan de wensen van de patiënt naar één loket voor de acute zorg.

Mogelijke samenwerking van de huisartsgeneeskundige ANW-zorg met andere onderdelen van de (acute) eerstelijnszorg verdient aandacht en vereist nader onderzoek.

kwaliteit

Met betrekking tot het aspect kwaliteit ziet het College voldoende voedingsbodem om te komen tot het definiëren van kwaliteitskenmerken en prestatie-indicatoren die in het regionale overleg handen en voeten kunnen geven aan concrete afspraken, o.a. over normering (of welke financieringsvorm dan ook). Het College is van mening dat landelijk te bepalen normen ten aanzien van bereikbaarheid en beschikbaarheid nodig zijn voor dit proces.

regionale variatie

Het College is van mening dat de gegroeide regionale variatie het beste aansluit bij een toekomstig systeem van vraagsturing en sturen op uitkomsten. Het College acht het van belang het proces van vraagsturing en sturen op uitkomsten aan te vangen door dit voor de ANW-zorg in de huidige vorm uit te werken.

***flexibele allocatie
financiële middelen***

Een flexibele allocatie van financiële middelen die nu nog zijn onderverdeeld in verschillende deelbudgetten, is een voorwaarde voor het bevorderen van samenwerking.

Het ministerie zal daarvoor het initiatief moeten nemen.

***schuivend
perspectief***

Het rapport eindigt met conclusies en aanbevelingen over de doelmatigheid van de ANW-zorg geplaatst in het schuivende perspectief waarin de ANW-zorg zich momenteel bevindt.

verdere ontwikkelingen

Het rapport en de achtergrondstudies en bijlagen leveren een keur aan informatie en inzichten die veldpartijen kunnen betrekken bij de verdere ontwikkeling van de ANW-zorg in de regionale situatie.

1. Inleiding

doelmatige sturing ANW-zorg

Met de brief van 7 augustus 2003 verzocht de minister van VWS het CVZ een onderzoek te doen naar de doelmatige sturing van de huisartsenzorg buiten kantooruren, zoals deze geleverd wordt door huisartsendienstenstructuren (in het rapport verder aan te duiden als 'ANW-zorg': avond-, nacht- en weekendzorg). Deze brief gaat hierbij als *bijlage 1*.

Het CVZ had in zijn onderzoeksprogrammering voor de eerste lijn al rekening gehouden met een dergelijk onderzoek (het programma van de Begeleidingscommissie Beleidsondersteunend Onderzoek Eerstelijnszorg). Het onderzoek kon dan ook al begin september 2003 van start gaan.

kwaliteit en doelmatigheid uitvoering

Het ministerie verzocht in de brief aandacht te besteden aan de kwaliteit en de doelmatigheid van de uitvoering van de verzekering op het gebied van de ANW-zorg. De resultaten moesten voor ziekenfondsen in de toekomst bruikbaar zijn bij de inrichting van hun zorginkoop. Het onderzoek zou ook handvatten moeten bieden voor de normering van de ANW-zorg door het CTG die 1 juli 2004 van kracht zou moeten worden. Ten slotte verzocht het departement nog het onderzoek te plaatsen in het perspectief van een doelmatige samenhang en afstemming binnen de keten van de acute zorg.

HDS - HAP

Een huisartsendienstenstructuur (HDS) is een nieuwe zorgvorm die zich bezighoudt met het leveren van ANW-zorg. Zij bestaat veelal uit meerdere huisartsenposten (HAP). De HDS organiseert telefonische triage, telefonische consulten, consulten en visites in de ANW-zorg centraal en/of op de posten. Het betreft huisartsgeneeskundige zorg buiten de reguliere 'diensten'. Van de geleverde ANW-zorg blijkt ca. 84% huisartsenzorg te zijn die, in medisch opzicht, geen spoedeisend karakter heeft.¹ Het is niet terecht om deze

¹ Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost?, drs .Paul Giesen et. al., artikel in voorbereiding. Voor de urgentieklassen U1 (levensbedreigend), U2 (spoed), U3 (dringend) en U4 (routine), komt het artikel tot de volgende percentages: 0,5%, 3,0%, 12,7% en 83,8%.

***medische nood-
zaak : wijsheid
achteraf***

zorgvraag als oneigenlijk te betitelen: uiteindelijk is de urgentie van de zorgvraag alleen achteraf met zekerheid vast te stellen. Wél kan het gaan om een zorgvraag op een oneigenlijk moment of oneigenlijke plaats. Dit gegeven is van belang voor de verdere ontwikkeling van de ANW-zorg.

financiering HDS

Financiering van de HDS vindt nu plaats via twee componenten: het honorarium voor de huisartsen en het budget voor de infrastructurele kosten. Het uurtarief voor de huisarts is door het CTG landelijk vastgesteld. Een consult-tarief wordt afgeleid uit het budget infrastructurele kosten (begrote kosten waarop een op- of afslag plaatsvindt aan het eind van het jaar).

***ANW-zorg : nieuwe
zorgvorm***

Het onderzoek betreft de kosten, doelmatigheid en kwaliteit van een nieuwe zorgvorm/zorginstelling. Een zorginstelling die daarnaast te maken heeft met perspectiefverschuivingen in belendende zorgterreinen in de eerste- en de tweede lijn en de daarbij behorende financieringssystematieken. De ANW-zorg heeft een sterke ontwikkeling doorgemaakt, de regionale setting is dominant en leidend. Vanuit een oogpunt van kostenbeheersing is er een landelijke wens tot vergroting van de invloed op beleid en financiering. Dit uit zich in het voornemen tot normering. Het onderzoek legt bloot dat de ANW-zorg zich daarom op een scharnierpunt bevindt, hetgeen ook de sturing moeilijk maakt. Het rapport is vanuit deze 'scharnierpositie' opgesteld en gaat respectievelijk in op de huidige situatie, mogelijke verbeteringen daarin en een toekomstig perspectief.

onderzoekstraject

Het CVZ heeft met het oog op een relatief kort en intensief onderzoekstraject het onderzoeksbureau Plexus Medical Group gevraagd het onderzoek te ondersteunen en achtergrondstudies te verrichten. Ook de afdeling *Kwaliteit van zorg* van het UMC St. Radboud te Nijmegen werd gevraagd ondersteuning te bieden.

<i>verkennende fase</i>	Dit rapport gaat in op de elementen die in het onderzoek werden geadresseerd: 1. kostenverschillen en doelmatigheid; 2. kwaliteit; 3. samenhang en integratie binnen de keten; 4. sturing door de zorgverzekeraar.
<i>tweede fase</i>	Het onderzoek naar de doelmatigheid en de kosten van de huisartsendienstenstructuren startte met een verkennende fase. In deze fase zijn de variabelen geïdentificeerd die de kostenverschillen tussen HDS-en kunnen verklaren, om zo een basis te verwerven voor de gewenste normering. Deze verkennende fase werd afgerond met een werkconferentie op 12 november 2003. Voor deze werkconferentie waren alle betrokken veldpartijen uitgenodigd. Het gaat dan om de branchevereniging van huisartsendienstenstructuren/LHV, directeuren van huisartsendienstenstructuren, ZN, individuele zorgverzekeraars, de NPCF, het CTG, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, vertegenwoordigers van de branchevereniging ambulancezorg, de NVZ, de VNG, de RVZ, het RIVM, de wetenschap en het departement zelf. In deze werkconferentie werden ook de verdiepende vragen voor de tweede fase van de studie besproken. De resultaten van de achtergrondstudies uit de tweede fase werden in een werkconferentie op 17 maart 2004 besproken.
<i>achtergrondstudies</i>	Beide werkconferenties werden voorgezeten door mw. prof. dr. G.A.M. van den Bos, tevens voorzitter van de Begeleidingscommissie Beleidsondersteunend Onderzoek Eerstelijnszorg van het CVZ. De achtergrondstudies gaan met name in op de kosten (huidige situatie in verband met de gewenste normering), de doelmatigheid (toekomstige ontwikkelingen) en de samenhang binnen de keten van acute zorg. De aspecten kwaliteit en sturing zijn door het CVZ zelf onderzocht door middel van overleg met veldpartijen en achtergrondinterviews bij zorgverzekeraars en huisartsendienstenstructuren.

Onderzoek naar de samenwerking tussen HAP en RAV zou het beeld van de kosten en doelmatigheid van de acute-zorgketen gecompleteerd hebben. Een dergelijke uitbreiding ging door tijdsgebrek het bestek van dit onderzoek te buiten. Een dergelijk aanvullend onderzoek zou, naar de mening van het CVZ, nog wél zinvol zijn.

De drie achtergrondstudies, een samenvatting van de eerste studie en de achtergrondstudie van het UMC St. Radboud over diverse inhoudelijke- en kwaliteitsaspecten zijn als bijlage bij dit rapport gevoegd.

opbouw rapport

Hoofdstuk 2 van dit rapport bekijkt de kostenverschillen tussen de verschillende HDS-en in de huidige situatie en beziet deze in het perspectief van de normering. Vervolgens gaat hoofdstuk 3 in op de mogelijkheden om binnen de huidige setting te komen tot doelmatigheidsverhoging. Hoofdstuk 4 biedt een analyse van de mogelijkheden voor HDS-en om te komen tot samenhang in de keten van acute zorg. Het volgende hoofdstuk beschrijft de resultaten van de activiteiten die zijn verricht rond het thema van de kwaliteit. Hoofdstuk 6 ten slotte, plaatst de bevindingen in het kader van de sturing van de ANW-zorg door zorgverzekeraars. Het rapport besluit met een hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen van het CVZ.

Het CVZ is alle betrokken partijen erkentelijk voor hun bijdrage aan dit rapport. De motivatie, openheid en betrokkenheid van met name huisartsendienstenstructuren en zorgverzekeraars, heeft geleid tot een interactief traject dat voor alle betrokkenen tot meer inzicht heeft geleid. Er is de afgelopen jaren op dit terrein veel bereikt en ontwikkeld. Iedereen is het er over eens dat er 'nog meer in zit'. Het CVZ meent met dit rapport en de achtergrondstudies een bijdrage te kunnen leveren aan dit verdere ontwikkelingstraject en zal daaraan ondersteuning blijven leveren.

2. Huidige situatie HDS-en en normering

normering per 1 juli 2004

Medio 2003 verzocht de Minister van VWS het CTG een normering op te stellen voor de huisartsendienstenstructuren in Nederland. De normering zou per 1 juli 2004 in moeten gaan. Aanvankelijk was VWS uitgegaan van een normering per 1 januari 2004. Het CTG had daarop echter aangegeven dit voornemen niet reëel te vinden, omdat het over te weinig inhoudelijke onderbouwing beschikte: kwaliteits- en doelmatigheidsgegevens zouden de beschikbare financiële gegevens nog moeten aanvullen.

variabelen die de kosten beïnvloeden

In de *Achtergrondstudie* deel 1 van het onderzoek heeft Plexus onderzocht welke variabelen van invloed zijn op de kosten van de HDS-en. Deze fase is in november 2003 afgerond. In de tweede fase van het onderzoek (januari 2004) heeft er een nadere verificatie en actualisatie van de gegevens plaatsgevonden. Op basis van deze gegevens is nogmaals gekeken welke variabelen van invloed zijn en is vervolgens ook berekend in welke mate deze variabelen van invloed zijn. Ten slotte is vastgesteld of deze variabelen zelf beïnvloedbaar zijn. Het al of niet beïnvloedbaar zijn van een variabele die de kosten van een HDS sterk beïnvloedt, is ten slotte van groot belang voor de normering.

mate van invloed

beïnvloedbaarheid variabelen

grootste kostenposten

De analyse richt zich op de grootste kostenposten, nl. :

- direct personeel (huisartsen, assistenten, telefonist(e));
- vervoer;
- indirect personeel.

Deze kostenposten tezamen vormen 83% van de totale kosten van de HDS-en. Deze kostenposten dekken samen 97% van de variantie in het totaal van de kostenposten.²

² De *Samenvatting rapportdeel I* geeft een gedetailleerde specificatie van deze kostenposten en geeft aan op welke data de analyse is gebaseerd ((begrotingsjaar 2003 - zie : pag.13). Medio 2004 komen de definitieve jaarafrekeningen CTG over 2002 (incl. nacalculatie) beschikbaar.

***managementinfor-
matie***

Deze analyse geeft ook een groot aantal bevindingen die van belang zijn als managementinformatie voor de huisartsenpost en de contracterende zorgverzekeraar, maar die minder relevant zijn voor de normeringsdiscussie. Omdat het CVZ met name handvatten wil aanreiken voor de normering, concentreert dit hoofdstuk zich op deze bevindingen. De bevindingen die meer het karakter hebben van management-informatie, kunnen wel een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de HDS-en. (zie hiervoor ook : *hoofdstukken 3 en 4* van dit rapport). In een toekomstige open markt met een meer vrije prijsvorming zal normering mogelijk als instrument niet meer relevant zijn. Deze analyse geeft inzicht in kostenverschillen tussen HDS-en en geeft informatie voor de formulering van prestatie-indicatoren. In die zin blijft deze analyse ook los van normering van belang.

2.a. Analyse van de variabelen

***voorwaarden
uniforme
normering***

Een duidelijk beeld van het proces, een definitie van kwalitatieve randvoorwaarden en het benoemen van uitkomsten is erg behulpzaam voor een uniforme normering. In de gegeven situatie ontbreken deze nog (deels), zij het dat het beeld op onderdelen steeds duidelijker wordt. Gegeven deze blinde vlekken concentreert het door Plexus uitgevoerde onderzoek zich op de kostenverschillen tussen de individuele HDS-en. Deze zijn aanmerkelijk, terwijl zij niet te verklaren zijn uit een verschil in grootte (adherent gebied, zowel geografisch als qua populatie). Zoals wij hierboven al aangaven identificeert

kostenverschillen

***beïnvloedbare en
niet-beïnvloedbare
variabelen***

Achtergrondstudie deel I de variabelen die de kostenverschillen wél verklaren, daarnaast geeft dat deel aan in welke mate deze variabelen de kosten beïnvloeden. Vervolgens wordt gezien of deze variabelen zelf beïnvloedbaar zijn. Voor de normering is dit laatste van belang, omdat de norm in ieder geval de beïnvloedbare variabelen moet omvatten; om recht te doen aan (niet-beïnvloedbare) lokale omstandigheden is het redelijk het normbedrag te corrigeren voor die niet-beïnvloedbare variabelen.

De analyse maakt verder onderscheid tussen de infrastructurele kosten en de honorariumkosten.

belangrijke variabelen

De volgende variabelen zijn van invloed op de infrastructurele kosten en de honorariumkosten:

1. de organisatie van de triage;
2. aanwezigheid van een spoedeisende eerste hulp (SEH) met vrije inloop in de regio;
3. gemiddelde aanrijtijd en bevolkingsdichtheid;
4. inzet huisarts resp. chauffeurs naar verwacht volume;
5. samenwerking met de Regionale Ambulance Voorziening (RAV).

De gemiddelde aanrijtijd en bevolkingsdichtheid (punt 3.) komen overeen met de kwalificaties stedelijk resp. landelijk.

niet-beïnvloedbaar

Wat het onderscheid wél/niet beïnvloedbaar betreft van de variabelen:

de *niet* beïnvloedbare variabelen zijn:

- aanwezigheid van een SEH met vrije inloop in de regio;
- gemiddelde aanrijtijd en bevolkingsdichtheid.

wél beïnvloedbaar

de *wél* beïnvloedbare variabelen zijn:

- functie triagist;
- inzet huisarts naar verwacht volume;
- samenwerking met de RAV;

autonome zorgvraag

De omvang van de zorgvraag bij de HDS-en (aantal contacten per verzekerde) verschilt. Bij de huisartsenzorg tijdens kantooruren is er ook een verschil in de autonome zorgvraag aantoonbaar tussen regio's. Het onderzoek heeft bekeken of een dergelijk verschil zich voortzet tijdens de ANW-uren. Dit verband is niet gevonden. De spreiding in zorgvraag overdag correleert dus niet met de spreiding tijdens ANW-uren. Het lijkt daarmee bewezen dat de epidemiologische kenmerken van de zorgvraag het verschil in consumptie niet verklaart (tenzij men ervan uitgaat dat de epidemiologische kenmerken overdag anders werken, dan tijdens ANW-uren). Omdat dit verschil er niettemin is, heeft het onderzoek andere variabelen bekeken

geen correlatie met epidemiologische kenmerken zorgvraag overdag

of deze de verschillen kunnen verklaren. Zoals al is aangegeven verklaart de nabijheid van een SEH een deel van het verschil. De andere onderzochte variabelen blijken alleen de verhouding tussen soorten contacten te verklaren (bijv. opzet triage en aandeel telefonische consulten, zie : hoofdstuk 3). Het lijkt dat bij de omvang van de zorgvraag op een HAP andere variabelen een rol spelen dan de voor de hand liggende; het lijkt ook dat deze beïnvloedbaar zijn : bijv. mate waarin binnenlopen al of niet gestimuleerd wordt.

De voorbeelden 1 en 2 geven aan hoe de niet-beïnvloedbare variabelen (stedelijk/landelijk; wél/geen SEH in de buurt), gecombineerd met de mate van invloed van deze variabelen, uitwerken op de volgende kostenposten (in % en €) :

***belangrijkste
kostenposten***

- huisartsenkosten
- assistentiekosten
- indirecte personeelskosten
- vervoerskosten
- overige infrastructurele kosten.

***mate van invloed
en normbedrag***

In deze voorbeelden geeft de eerste bedragenkolom een overzicht van de gemiddelde kosten per verzekerde op de vijf genoemde kostenposten in de huidige situatie. De volgende kolommen geven de afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde voor de twee niet-beïnvloedbare variabelen (in % en €). Uit deze voorbeelden blijkt dat de invloed van deze variabelen zodanig is, dat deze zou leiden tot een korting op het gemiddelde bedrag per verzekerde met € 1,17, voor een huisartsenpost in een stedelijk gebied met een SEH met vrije inloop in de buurt (nl. € 0,32 -*voorbeeld 1*- plus € 0,85 -*voorbeeld 2*-). De huisartsen- en assistentiekosten dalen nl. door de nabijheid van een SEH met resp. € 0,18 en € 0,14 ten opzichte van het gemiddelde, in totaal € 0,32 (*voorbeeld 1*). In een stedelijk gebied dalen de huisartsen- en vervoerskosten vervolgens nog met resp. € 0,41 en € 0,44 ten opzichte van het gemiddelde in totaal € 0,85 (*voorbeeld 2*). Voor een huisartsenpost in een landelijk/ gemengd gebied zonder SEH met vrije inloop geldt daarentegen een verhoging ten opzichte van het gemiddelde met € 0,86 (€ 0,69 -*voorbeeld 1*- plus

€ 0,17 -voorbeeld 2-). De andere combinaties liggen tussen deze twee uitersten.

Voorbeeld 1 : Aanwezigheid van een SEH met vrije inloop in de regio.

	gemiddelde kosten/verz.	stijging/daling met SEH met vrije inloop in de buurt % kosten/verz.	stijging/daling zonder SEH met vrije inloop in de buurt % kosten/verz.
huisartsenkosten	4,58	-4% 0,18-	9% 0,41
assistentiekosten	2,75	-5% 0,14-	10% 0,28
indirecte personeelskosten	1,20	0% -	0% -
vervoerskosten	1,56	0% -	0% -
overige infrastructurele kosten	2,12	0% -	0% -
	12,22	0,32-	0,69

Voorbeeld 2 : Gemiddelde aanrijtijd/bevolkingsdichtheid.

	gemiddelde kosten/verz.	stijging/daling stedelijk gebied % kosten/ verz.	stijging/daling landelijk/gemengd gebied % kosten/ verz.
huisartsenkosten	4,58	-9% 0,41-	2% 0,09
assistentiekosten	2,75	0% -	0% -
indirecte personeelskosten	1,20	0% -	0% -
vervoerskosten	1,56	-28% 0,44-	5% 0,08
overige infrastructurele kosten	2,12	0% -	0% -
	12,22	0,85-	0,17

***beïnvloedbare
variabelen en
doelmatigheids-
winst***

2.b. Opzet en reikwijdte normering

In het voorafgaande is al aangegeven dat er nog de nodige blinde vlekken zijn die een volwaardige normerings-systeematiek belemmeren. De vraag is bovendien of de normering alleen de huidige situatie moet bevriezen of dat zij ook een voorschot moet nemen op mogelijke doelmatigheids-slagen. Een mogelijke doelmatigheidswinst valt bijv. te behalen via de beïnvloedbare variabelen uit bovenstaande paragraaf :

1. de opzet van de triage;
2. inzet huisarts en chauffeur naar verwacht volume;
3. samenwerking met de RAV.

(Zie *hoofdstuk 3* voor een uitwerking van deze suggesties).

***normbedrag en
mogelijke doel-
matigheidsver-
hoging***

Aan het verdisconteren van doelmatigheidswinst in het normbedrag kleven voor- en nadelen. Het bevriezen van de huidige situatie zou mogelijke inefficiency kunnen belonen; anderzijds, het vooruitlopen op mogelijke doelmatigheids-slagen zou weleens onrechtvaardig kunnen uitpakken voor HDS-en die al doelmatig werken en zou daarnaast verstrekende gevolgen kunnen hebben voor financieel zwakkere HDS-en.

***normering op glo-
baal niveau***

Welke reikwijdte de normering ook krijgt, zowel zorgverzekeraars als HDS-en geven in het onderzoek aan dat een normering altijd op een globaal niveau moet plaatsvinden (zeker geen uitwerking per kostenpost) en dat zij niet zo star moet zijn dat zij innovatieve ontwikkelingen in de regio frustreert.

***normering op
'globaal' niveau***

2.c. Aanbevelingen

Nu er nog onduidelijkheden bestaan over de kwaliteitsindicatoren van de ANW-zorg en er nog geen vertaling van dergelijke kenmerken naar prestatie-indicatoren heeft plaatsgevonden, ontbreekt de noodzakelijke onderbouwing voor een gedetailleerde normeringsberekening. Gezien de voorkeur van zowel HDS-en als zorgverzekeraars voor een normering op een globaal niveau, meent het CVZ dat

<i>regionale situatie</i>	bijv. een normbedrag per verzekerde in de huidige situatie meer voor de hand ligt. Wil een normbedrag recht doen aan regionale/lokale omstandigheden, dan zal het normbedrag in ieder geval gedifferentieerd moeten worden op basis van de niet-beïnvloedbare variabelen, nl. stedelijk versus landelijk en het al of niet aanwezig zijn van een SEH met vrije inloop in de nabijheid.
<i>consequenties voor individuele HDS</i>	De vraag is of mogelijke doelmatigheidsslagen nu al in het normbedrag verdisconteerd moeten worden. Naar de mening van het College moet voorkomen worden dat de meest-efficiënt draaiende HDS-en het meeste 'lijden' onder de normering. Hoe de normering ook bepaald wordt, het is raadzaam vooraf na te gaan hoe deze uitpakt voor de financiering van de individuele HDS-en.
<i>innovatieve ontwikkelingen</i>	Voor de bevordering van innovatieve ontwikkelingen van de HDS-en in de regio en binnen de keten van acute zorg, kan de introductie van een vrije component binnen het budget van de HDS een goed instrument zijn. Dit deel kan een soort lokale component vormen, waarvan de besteding wordt bepaald in overleg tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

3. Mogelijke doelmatigheidsverhoging HDS-en

3.a. Inleiding

bestaande situatie

Hoofdstuk 2 benaderde de kosten van huisartsendiensten-structuren vanuit de bestaande situatie. Gegeven de wens voor een normering op korte termijn is een andere benadering ook niet goed mogelijk. Nu de HDS-en enige jaren operationeel zijn en het primaire proces binnen deze organisaties duidelijker vorm heeft gekregen, kan nagegaan worden of dit proces zo doelmatig verloopt als mogelijk is. De *Achtergrondstudie* deel II gaat na wat de mogelijkheden zijn voor doelmatigheidsverbetering en welke (beleidsmatige) keuzes deze mogelijkheden eventueel vergen. In dit hoofdstuk beschrijven wij deze suggesties en de randvoorwaarden. Hiermee wil het CVZ handreikingen doen voor de discussie over de toekomstige ontwikkelingen rond de HDS-en en over kwaliteitsindicatoren en prestatie-indicatoren zoals die in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder een rol kunnen spelen.

3.b. Beïnvloedbare variabelen en doelmatigheids-verhoging

doelmatigheids-winst in een sub-optimale situatie

In hoofdstuk 2 zijn een aantal variabelen geïdentificeerd die de kosten van een HDS sterk beïnvloeden en die, op hun beurt, zelf beïnvloedbaar zijn. Dit impliceert dat op deze variabelen eventueel doelmatigheidswinst te behalen valt, uitgaande van een suboptimale situatie. Deze variabelen zijn:

1. de opzet van de triage;
2. samenwerking met de RAV.
3. inzet huisarts en chauffeur naar verwacht volume;

voorts kan gekeken worden naar doelmatigheidswinst via:

4. het opschalen van functies en indirect personeel van huisartsenposten.

<i>indirecte functies</i>	Dit hoofdstuk beschrijft de suggesties uit het onderzoek voor doelmatigheidsverhoging op deze punten. Ook behandelt het de wenselijke indirecte functies en het optimale organisatiemodel hiervoor. <i>3.b.1. Invloed triagefunctie op de productie en directe personeelskosten</i> In economische termen vormen telefonische consulten, consulten en visites de productie van een huisartsenpost. Visites vormen het duurste product, telefonische consulten het goedkoopste. De verhouding tussen deze drie 'producten' beïnvloedt dus de kosten van de huisartsenpost. De triage is de spil waarom het draait bij de toekenning van resp. telefonische consulten, consulten en visites. Uit het onderzoek blijkt dat zodra een huisarts betrokken is bij de triage het aantal consulten daalt ten gunste van de telefonische consulten (ca. 49%). De telefonische consulten nemen dan toe (ca. 27%). De honorariumkosten van de huisarts dalen door deze verschuiving met 18% (gemiddelde kosten per verzekerde). Wordt de triage uitgevoerd door een andere discipline dan de huisarts (doktersassistente of verpleegkundige) dan zorgt dit voor een stijging in de consulten met 10% boven het gemiddelde en een daling van het aantal telefonische consulten met 5%. De honorariumkosten van de huisarts stijgen in dit geval met 3% (gemiddelde kosten per verzekerde). Ook op de assistentenkosten heeft deze verschuiving effect, zij het geringer. Het effect van de organisatie van de triage op het percentage visites is niet expliciet onderzocht. Betrokkenheid van de huisarts bij de triage betekent overigens niet dat de doktersassistenten/verpleegkundigen geen triage meer doen. De huisarts is betrokken bij de triage en/of houdt intensief toezicht. Afhankelijk van de organisatie van de HAP kan dit zijn via een volledige 'telefoonarts', of via intensief toezicht van een huisarts die dit combineert met andere taken.
<i>triage kan het % telefonische consulten verhogen</i>	
<i>betrokkenheid huisarts bij triage</i>	

***kosten extra inzet
huisarts bij triage***

Ten slotte, in de consequenties voor de kosten per verzekerde is geen rekening gehouden met kosten die samenhangen met de extra inzet van huisartsen bij de triage. Die kosten zijn moeilijk te berekenen, omdat zij nu eenmaal sterk afhankelijk zijn van het organisatiemodel (zie hierboven) en de grootte van de post.

***stijging aantal
visites***

3.b.2. Samenwerking met de RAV

De samenwerking met een Regionale Ambulance Voorziening is binnen het onderzoek niet diepgaand geanalyseerd. De analyse beperkt zich tot een globale constatering. Als een huisartsenpost en de RAV afspraken hebben gemaakt en ritten van elkaar overnemen of beide rijden, dan is het percentage visites voor de huisartsenpost ca. 9 procent hoger dan gemiddeld. Als er geen onderlinge afspraken zijn, leidt dit tot een daling van ca. 14 procent. Bezuinigingen aan de kant van de RAV liggen bij samenwerking voor de hand, maar deze effecten zijn niet onderzocht.

***efficiënte
personeelsinzet***

3.b.3. Doelmatige inzet van huisartsen, assistenten en chauffeurs

Kosten van huisartsen, assistenten, chauffeurs (inclusief kosten voor auto's) en indirect personeel vormen 83% van de kosten van HDS-en. De omvang van deze kosten per verzekerde kan per post sterk verschillen. Een belangrijke verklaring voor het verschil in kosten is het verschil in efficiëntie van personeelsinzet (aantal ingezette uren ten opzichte van productie). Omdat deze personeelskosten zo'n groot beslag leggen op het budget van een HDS, heeft het onderzoek een nadere analyse gemaakt van de mogelijkheden om deze efficiëntie te bevorderen. De productie bij huisartsenposten fluctueert verder sterk. In de nacht is het aantal contacten aanzienlijk lager dan in de avond en in het weekend. In het weekend overdag is zij weer aanzienlijk hoger dan in de avonduren.

***theoretische/
modelmatige uit-
werking***

De analyse die nu volgt is een *theoretische/modelmatige* uitwerking van maatregelen om personeel zo efficiënt mogelijk in te zetten bij fluctuerende vraag.

De efficiënte inzet van het personeel kan verhoogd worden door :

1. zo nauwkeurig mogelijk voorspellen van de zorgvraag;
2. wenselijke productiviteit bepalen van het directe personeel;
3. egaliseren van de productiviteit door het uitstellen van minder urgente vragen;
4. standaard-inzet de vraag zo goed mogelijk laten volgen;
5. inzet van reservekrachten/'achterwachten';
6. minimale bezetting zo klein mogelijk maken.

***voorspellen zorg-
vraag***

Deze opties zijn niet allemaal even veelbelovend qua mogelijke doelmatigheidswinst. Het is nog maar de vraag in hoeverre bijv. het voorspellen van de zorgvraag (*optie 1*) nog extra doelmatigheidswinst zou kunnen opleveren. De raming van de zorgvraag stoelt nu voornamelijk op ervaringsgegevens die de werkelijkheid redelijk goed benaderen.

***'gouden standaard'
productiviteit***

Voor het bepalen van de wenselijke productiviteit (*optie 2*) ontbreekt een 'gouden standaard'. De vraag is ook of een dergelijke standaard te ontwikkelen valt. Huisartsenposten zelf geven aan dat niet in elke regio de populatie dezelfde eisen stelt aan de hulpverlening door verschillen in geografie, cultuur of leeftijdsopbouw. Dit kan consequenties hebben voor de productie.³ Niettemin, de verschillen in productiviteit tussen huisartsenposten leiden volgens het onderzoek tot een verschil in kosten van 5-15% van de totale kosten van huisartsen, assistenten en chauffeurs (inclusief autokosten). (Dit is een doorrekening naar landelijk niveau). Nader onderzoek naar deze productiviteitsverschillen zou dus wél zinnig kunnen zijn.

***uitstellen minder
urgente vragen***

Het uitstellen van minder urgente vragen is uit doelmatigheidsoogpunt een veelbelovender optie (*optie 3*). In medisch opzicht heeft de zorgvraag bij een substantieel deel van de

³ In hoofdstuk 2 hebben we overigens aangegeven dat uit het onderzoek blijkt dat de spreiding in de zorgvraag overdag niet correleert met de spreiding tijdens ANW-uren.

patiënten geen spoedeisend karakter. Als er geen tijdslimiet is voor het afhandelen van routine-zorgvragen (de zgn. U4-categorie) is er veel ruimte om pieken en daarmee de personeelsinzet te spreiden. Dit kan echter alleen veilig als de urgentie met voldoende zekerheid kan worden ingeschat. Ook vergt dit een uitspraak over het karakter van de ANW-zorg : gaat het bij deze zorg om medische noodzaak of niet? Aan deze optie kleeft overigens ook een mogelijk nadeel. Er kan een verschuiving plaatsvinden van ANW-zorg naar SEH.

standaard-inzet

Het onderzoek heeft berekend dat de opties 4. en 5. (de standaard-inzet de vraag zo goed mogelijk laten volgen en het inzetten van reservekrachten/'achterwachten') een bescheiden doelmatigheidswinst kunnen opleveren. Een standaard-inzet heeft wél de introductie van kortere diensten als consequentie. Hiertoe moet de bereidheid bestaan (vooral onder de huisartsen) en de toename van overdrachtsmomenten moet niet leiden tot 'breuken in de zorgcontinuïteit'.

reservekracht

'achterwacht'

Het inzetten van 'achterwachten' wordt nu nog bemoeilijkt door het ontbreken van een 'achterwacht'-tarief. De behoefte hieraan is groot bij de HDS-en, zo is gebleken. Ook het inzetten van reservekrachten kan tot besparingen leiden, ten minste als hun inzet leidt tot een verlaging van de standaard-bezetting en als voor de 'reserve-dienst' een lager tarief geldt dan voor de volbezette dienst (bijv. een tarief dat gekoppeld is aan de oproep-frequentie). Van de inzet van echte reservekrachten is nu nauwelijks sprake.

minimale bezetting

De laatste optie is het zo klein mogelijk maken van de minimale bezetting. In de nacht is de zorgvraag op de meeste posten gering : gemiddeld enkele contacten per uur. Op de totale kosten van huisartsen, assistenten en chauffeurs is de bezetting gedurende de nacht erg belangrijk omdat er relatief veel nachturen in de week zijn. Bij de 28 onderzochte posten vindt 37% van de totale inzet van direct personeel plaats in de nacht.

De variaties in minimale bezetting leiden tot verschillen in de totale kosten voor direct personeel van ongeveer 10-20% (op landelijk niveau). Voordat er doelmatigheidswinst geboekt kan worden via het bepalen van een minimale bezetting, zullen er uitspraken gedaan moeten worden over een aantal kwaliteitsaspecten, bijv. :

- wat mag de maximale wachttijd zijn aan de telefoon gedurende de nacht?
- is het acceptabel dat een patiënt die voor een consult op de post komt, moet wachten op een arts die visite aan het rijden is?
- kan een assistente alleen op de post zijn?
- kan een arts 's nachts alleen visite rijden?

3.b.4. Doelmatigheidseffecten van opschaling functies

Het onderzoek onderscheidt binnen het werk op de posten vijf modules :

1. opnemen van patiëntgegevens;
2. medische triage en telefonisch consulten afhandelen;
3. consulten afhandelen;
4. visites afhandelen;
5. ondersteuning (indirect personeel & materieel).

Opschaling is mogelijk bij deze vijf modules, hetzij via een 'combinatie' van werkprocessen, hetzij via het vergroten van het te bestrijken gebied van de betrokken organisatie(s).

besparingen van opschaling

Aan de hand van de voorbeelden van vier HDS-en die daadwerkelijk opschalen, komt het onderzoek tot suggesties voor flexibele opschaling en tot schattingen van besparingen die daaruit voortvloeien.⁴ Deze HDS-en schalen op gedurende uiteenlopende diensten van de ANW-zorg en met uiteenlopende modules.

⁴ De vier HDS-en zijn : Coöperatieve huisartsendienst Nijmegen; Dienstenpost Amsterdam; Provinciale Dokterdienst Groningen; Stichting Mobiele Artsen Service Haaglanden. Hoofdstuk 4 van de *Achtergrondstudie* deel II geeft een uitgebreide beschrijving van deze voorbeelden.

***kosten van
opschaling***

Volgens de analyse gaat er in opschaling nog de nodige doelmatigheidswinst schuil. Het onderzoek komt tot percentages van 17 tot 22 voor de totale kosten voor huisartsen, assistenten en chauffeurs, maar ook hier geldt weer het voorbehoud dat deze percentages gelden bij een landelijke doorrekening. Aan de kostenzijde vergt opschaling over het algemeen de nodige investeringen op IT-gebied.

verbondenheid

Bij opschaling is het wél van belang dat het te bestrijken gebied niet zo groot wordt of zo veraf is, dat het gevoel van verbondenheid met de regio verloren gaat of dat er geen identificatie meer is met de post waarvoor men werkt. Een te grote opschaling zou dan de bedrijfsvoering kunnen gaan schaden en de kwaliteit van de zorgverlening onder druk kunnen zetten.

3.b.5. Indirect personeel en opschalingseffecten

De centrale vraag hierbij is : Wat zijn wenselijke indirecte functies en wat is het optimale organisatiemodel voor deze functies.

Het onderzoek schaart onder de indirecte functies :

- management;
- administratie;
- staf (beleid & planning);
- kwaliteit;
- overig.

***wenselijkheid
functies
en
optimale schaal***

Het onderzoek concludeert dat alle genoemde taken noodzakelijk zijn. Vooral bij kleinere HDS-en worden taken als 'staf' en 'kwaliteit' door management en/of huisartsen als deeltaak gedaan. Algemeen gaat men ervan uit dat voor deze functies het regionale niveau het meest adequaat is.

extra besparingen?

Het onderzoek concludeert ook, dat de geanalyseerde functies zich in principe beslist lenen voor schaalvergroting. In de praktijk blijkt echter dat opschaling over het algemeen ook al wordt toegepast. Veel administratieve medewerkers, kwaliteits-functionarissen e.d. werken bijv. in deeltijd. Het schaalvoordeel voor indirect personeel is over het algemeen dus al

'geïncasseerd', zodat er van extra besparingen door schaalvergroting eigenlijk nauwelijks meer sprake zal zijn.

3.c. Conclusies

besparingen in de regionale situatie

In dit hoofdstuk zijn de nodige suggesties voor doelmatigheidsverhoging de revue gepasseerd. Naar de mening van het College heeft het onderzoek aannemelijk gemaakt dat er besparingsmogelijkheden zijn voor de HDS-en.

De verwezenlijking en omvang van de mogelijke besparingen zijn afhankelijk van de regionale/lokale situatie waarin een HDS verkeert en van het efficiëntie-niveau dat al bereikt is. Het zijn in ieder geval handreikingen voor HDS-en om de bedrijfsvoering te optimaliseren en voor gebruik in de regionale onderhandelingsituatie met de zorgverzekeraar.

randvoorwaarden

Duidelijk is ook dat voor het realiseren van dergelijke initiatieven praktische randvoorwaarden gelden, bijv. op IT-gebied en qua protocollering. Deze randvoorwaarden kunnen aan de orde komen in de regionale onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Daarnaast (en misschien bovendien) moeten er uitspraken komen over bepaalde kwaliteitsaspecten, hetzij op landelijk niveau (bijv. het karakter van de ANW-zorg : 'louter' medische noodzaak of meer; de introductie van een 'achterwacht'tarief), hetzij op lokaal niveau (bijv. gewenste minimale bezetting voor de individuele HAP).

4. Samenwerking, samenhang en integratie (SSI) tussen HAP en SEH

4.a. Inleiding

samenwerking SEH – HAP

De Minister verzocht het College in de brief van 7 augustus 2003 het onderzoek ook te plaatsen in het perspectief van een doelmatige samenhang met en afstemming tussen spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en ANW-diensten. Een dergelijke vraag ligt voor de hand : ANW-diensten vormen ten slotte een schakel in de keten van acute zorg. Ook wordt geregeld geconstateerd dat SEH-en zich ontfermen over een groot percentage zelfverwijzers, dat in feite thuishoort bij de huisarts, terwijl dit percentage ook nog eens stijgt. Anderzijds, zoals ook de *Inleiding* en hoofdstuk 3 al aangaven, ca. 84% van de huidige ANW-zorg omvat huisartsgeneeskundige zorg met een lage urgentie (U4-categorie). Ca. 15% heeft een duidelijke relatie met de acute-zorgketen.

acute-zorgketen

Wie de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt neemt voor de organisatie van de acute zorg, zal ook ANW-zorg en SEH met elkaar in verband moeten brengen. Dit neemt natuurlijk niet weg dat er ook andere acute-zorgketens denkbaar zijn, bijv. een keten die volledig gepositioneerd is binnen de eerstelijnszorg, met als schakels naast de ANW-dienst bijv. de spoedeisende GGZ, de verloskundige en de thuiszorg.

gradaties van samenwerking

In de praktijk zijn er echter al voornamelijk samenwerkingsverbanden tussen huisartsenposten en ziekenhuizen. Deze verbanden variëren sterk in de gradatie van samenwerking: van louter huisvesting op het terrein van het ziekenhuis tot integratie met de SEH (hiervan bestaat overigens maar één voorbeeld).

besparingen

De voorbeelden van samenwerking leiden op verschillende plaatsen al wel tot verwachtingen rond doelmatigheidswinst en besparingen die hieruit zouden kunnen voortvloeien op landelijk niveau. O.a. de recente *Beleidsvisie Acute Zorg* van

VWS en het rapport *Acute Zorg* van de RVZ doen deze veronderstellingen.

Deze punten waren voor het CVZ voldoende reden om de samenwerking tussen HAP en de spoedeisende eerste hulp een apart onderdeel te laten zijn van het onderzoek. Het onderzoek wordt uitgebreid beschreven in de *Achtergrondstudie* deel III.

voorbeeldregio's

Het onderzoek heeft drie voorbeeldregio's onderzocht (Dordrecht, IJmuiden en Maastricht). Daarnaast is de regio Nijmegen in het onderzoek betrokken om inzicht te krijgen in het proces dat samenwerking voorbereidt (de HDS Nijmegen voert momenteel gesprekken met het ziekenhuis over samenwerking met de SEH).

Onderzoek naar de samenwerking tussen HAP en RAV zou het beeld van de kosten en doelmatigheid van de acute-zorgketen gecompleteerd hebben. Zoals de *Inleiding* al aangaf, is dit door tijdgebrek niet mogelijk geweest.

4.b. Onderzoeksvragen en aanpak

onderzoeksvragen

Centrale vragen in het onderzoek waren:

1. hoe is de samenwerking vormgegeven in de voorbeeldregio's en wat zijn hiervan de voor- en nadelen;
2. wat zijn de (verwachte) gevolgen van de samenwerking voor de dienstverlening aan patiënten;
3. wat zijn de gevolgen van samenwerking op de doelmatigheid van de acute zorg bij
 - een model waarin de HAP voorportaal is van de SEH;
 - een model waarin HAP en SEH volledig zijn geïntegreerd;
4. in hoeverre bestaat er onder huisartsen en specialisten draagvlak voor een verregaande samenwerking tussen HAP en SEH.

onderzoeksaanpak

Aanpak van het onderzoek

Voor het onderzoek naar vraag 3, de doelmatigheidseffecten van samenwerking, is gebruik gemaakt van *Post Merger Integration* (PMI).

***Post Merger
Integration***

De benadering van de doelmatigheidseffecten via PMI onderscheidt een aantal vragen:

- gevolgen van de samenwerkingsmodellen op de kosten van betrokken partijen;
- gevolgen van de samenwerkingsmodellen op de inkomsten van betrokken partijen;
- schatting benodigde inspanningen voor de 'fusie'.

***modelmatige
benadering***

Belangrijk is hierbij aan te tekenen dat PMI een *theoretische/modelmatige* benadering is om de gevolgen van een fusie op de inkomsten en kosten van de betrokken partijen in kaart te brengen. Dat doet zij door de kosten te rubriceren in 'kostendrijvers' en op deze kostendrijvers de effecten van de fusie theoretisch te berekenen. Daarbij is de vooronderstelling dat een fusie

1. dubbelingen in de respectieve bedrijfsprocessen elimineert;
2. inkoopvoordeel diensten/middelen biedt;
3. mensen efficiënter inzet door taakdifferentiatie.

Deze benadering maakt dus *geen* gebruik van empirisch materiaal.

Het onderzoek naar vraag 4, het verwachte draagvlak onder huisartsen en specialisten, is uitgevoerd door het UMC St. Radboud Nijmegen.

4.c. Onderzoeksresultaten

4.c.1. Modellen voor samenwerking

twee modellen

In het onderzoek zijn twee modellen aan de orde geweest. In model 1 blijven HAP en SEH beide autonome organisaties. De HAP maakt wel gebruik van de faciliteiten van het ziekenhuis, maar is fysiek gescheiden van de SEH. Er is geen gezamenlijkheid van financiën en de aansturing van het personeel is apart georganiseerd. Samenhang en samenwerking krijgt gestalte, doordat de HAP optreedt als een voorportaal of 'voorschakeling' van de SEH. De HAP heeft een duidelijke taak

in de opvang van de patiënten en bepaalt het vervolgtraject van de patiënt.

In model 2 vallen HAP en SEH wél fysiek samen, er is gezamenlijkheid van financiën en ook de aansturing van personeel is gezamenlijk georganiseerd.

4.c.2. Dienstverlening aan patiënten

één loket

Op vele plaatsen is al aangegeven dat twee aanspreekpunten voor spoedeisende zorg, zoals in de huidige structuur, voor een patiënt niet acceptabel is. Uit het onderzoek blijkt dat beide modellen voldoen aan het vereiste van één aanspreekpunt. Uit het oogpunt van de dienstverlening aan de patiënt heeft het ene model geen voordelen boven het andere.

fysieke bereikbaarheid

De NPCF heeft in het overleg rond de kwaliteit van HDS-en (zie: *hoofdstuk 5*) aangegeven dat samenwerking tussen HAP en SEH de duidelijkheid en continuïteit van zorg moet dienen, m.a.w. samenwerking moet geen doel op zich worden. De duidelijkheid kan wel gebaat zijn bij samenwerking, maar als dit een vermindering van de fysieke bereikbaarheid met zich meebrengt of het vervallen van het 'visite-rijden', dan is het nog maar de vraag of de dienstverlening voor de patiënt wel toeneemt.

4.c.3. Doelmatigheidseffecten

De PMI-benadering resulteert in een positief saldo voor beide modellen. Volgens de berekening zou volledige integratie meer besparing kunnen opleveren dan louter samenwerking.

reductie aanvragen diagnostiek

De besparingen worden met name gevonden in een aanmerkelijke vermindering van de diagnostiek-aanvragen. Deze vermindering hangt samen met het uitgangspunt van de huisartsgeneeskunde die nu eenmaal minder 'defensief' is dan de tweedelijns geneeskunde: zij pleegt daardoor minder additioneel diagnostisch onderzoek. Deze veronderstelling wijkt overigens af van de berekeningen in het RVZ-rapport, dat voornamelijk besparingen binnen de infrastructurele kosten verwacht.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek van het UMC St. Radboud dat waarschijnlijk ca.. 35-40% van alle SEH-contacten door de huisarts behandeld zouden kunnen worden. Aangezien de HAP-verrichting per saldo goedkoper is dan de SEH-verrichting, zou dit nog een additionele besparing kunnen opleveren in beide modellen.⁵

Bij het model van volledige integratie zouden de mogelijke besparingen nog groter zijn dan bij het voorportaal-model, veronderstelt het onderzoek. Belangrijk voorbehoud hierbij is, dat dit wel eens aanmerkelijk minder gunstig kan uitpakken dan op het eerste gezicht lijkt. De huisarts die volledig geïntegreerd is binnen het ziekenhuis zou makkelijk een 'defensieve' invalshoek kunnen adopteren en een ruimhartiger diagnostisch gedrag gaan vertonen.

4.c.4. Draagvlak onder de huisartsen en specialisten

domeindiscussies

Er is een duidelijke verdeeldheid onder de huisartsen tussen de voor- en tegenstanders van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH. Ongeveer de helft is vóór en de helft is tégen. Deze verdeeldheid is onafhankelijk van het model dat gekozen wordt : voorportaal of integratie. Dit staat overigens los van een bereidheid tot inhoudelijke samenwerking, bijv. via collegiale consultatie, transmurale afspraken met specialisten en de beschikking over een elektronisch patiëntendossier. Zowel huisartsen als specialisten zijn hiervan in grote meerderheid voorstanders. Bij beide partijen spelen domeindiscussies een rol die in de weg staan aan verdergaande samenwerking. Deze lijken voornamelijk voort te komen uit de angst het eigen karakter van de beroepsuitoefening te verliezen.

⁵ *Toekomstige samenwerking tussen de Huisartsenpost en de Spoedeisende Eerste Hulp*, UMC St. Radboud, Nijmegen, drs. P. Giesen et al., pp. 54 e.v.

4.d. Conclusies

Voor de patiënt is één aanspreekpunt voor spoedeisende zorg aantrekkelijk (zij het dat er nadelen kunnen ontstaan door een vermindering van de fysieke bereikbaarheid).

**landelijke norm
fysieke bereik-
baarheid**

Het College is van mening dat het onderzoek duidelijk maakt dat samenwerking tussen HAP en SEH besparingen kan opleveren en dat deze besparingen met name liggen in het verminderen van het aantal aanvragen voor diagnostiek en de verschuiving naar de goedkopere HAP-zorg. Dit is de financiële vertaling van het 'afvangen' door de HAP van de zuiver huisartsgeneeskundige zorg die anders bij de SEH terecht komt (juiste zorg op de juiste plaats). In die zin is een HAP als voorportaal van een SEH een gunstiger model dan het alternatief, een integratie van HAP en SEH. In dat laatste model bestaat er namelijk een groter risico dat de huisarts een ruimhartiger diagnostiekgedrag gaat vertonen.

draagvlak

Het is wel de vraag of **iedere** HAP zich leent voor samenwerking met een SEH (qua omvang bijv.) Dit onderzoek schetst nu twee modellen voor samenwerking, maar het is heel goed mogelijk dat er afhankelijk van de regionale situatie nog meer modellen mogelijk zijn.

**integrale finan-
ciering**

Aangezien samenwerking in welke vorm dan ook, naar te verwachten is, consequenties zal hebben voor de fysieke bereikbaarheid, is het aangeven door de centrale overheid van een landelijke norm voor bereikbaarheid een belangrijke randvoorwaarde

De animo onder huisartsen en specialisten voor vergaande samenwerking tussen HAP en SEH is nog niet groot. Hierbij spelen met name domeindiscussies een rol. Deze weerstand is een obstakel in dit proces en deze zal geslecht moeten worden, wil samenwerking functioneren.

Wil er overigens überhaupt sprake kunnen zijn van het inboeken van besparingen, dan is het nodig om de financieringsschotten tussen HAP en SEH te slechten. Een integraal financieringsperspectief van de acute-zorgketen is een voorwaarde om mogelijke besparingen daadwerkelijk te realiseren.

5. Kwaliteitsaspecten HDS-en

5.a. Inleiding

Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de kwaliteit van HDS-en en de betekenis daarvan bij de sturing en doelmatigheid van de ANW-zorg in de huidige en toekomstige situatie.

Het hoofdstuk begint met een korte samenvatting van de gesprekken die het CVZ met partijen over kwaliteit heeft gevoerd. Vervolgens wordt ingegaan op de mening van de zorgverzekeraars en patiënten/consumenten op dit punt. Het hoofdstuk vervolgt met een beschouwing van het begrip kwaliteit in het perspectief van de regionale onderhandelingen en onderscheidt daarbij een aantal dimensies. Ook de relatie tussen de kwaliteitsdimensies en het sturen op output c.q. prestatie-indicatoren komt aan bod. Het hoofdstuk eindigt met een afrondende beschouwing.

5.b. Kwaliteitskenmerken en overleg met veldpartijen

overleg met veldpartijen

Het CVZ heeft naar aanleiding van de eerste werkconferentie op 12 november 2003 geconcludeerd dat er tussen partijen onvoldoende gedeelde overeenstemming was over het kwaliteitsbegrip. Op verzoek van het CVZ zijn vervolgens een drietal gesprekken gevoerd met de betrokken partijen met de bedoeling om, óf overeenstemming te formuleren, óf, bij ontbreken hiervan, duidelijk te definiëren op welke onderdelen geen overeenstemming bestaat. Het overleg werd bijgewoond door vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, de LHV, de patiënten/consumentenfederatie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In een later stadium is ook een vertegenwoordiger van het departement bij het overleg betrokken.

overeenstemming

In algemene zin meent het College dat er over de operationalisatie van individuele kwaliteitskenmerken eigenlijk een hoge mate van overeenstemming blijkt te zijn tussen de

betrokken partijen.⁶ De discussies richten zich meer op de plaatsbepaling van de aspecten van kwaliteit in het perspectief van sturing en doelmatigheid, waarbij met name de vraag is wat landelijk moet worden vastgesteld en wat regionaal met enige flexibiliteit invulbaar is.

verbeterpunten

Het is naar de mening van het College van belang dat veldpartijen de gesprekken over kwaliteit vervolgen. Er is door de zorgaanbieders al veel bereikt, dat heeft de nodige energie gekost. Verdere investeringen zijn nodig. Het aspect kwaliteit moet daarom ook in de regionale onderhandelingen onderwerp van gesprek zijn. Het maken van afspraken in de regionale setting zal immers moeten leiden tot concrete verbeterpunten, bijv. het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid en het verhogen van de inhoudelijke kwaliteit en uitkomsten van het triageproces.

Op de plaatsbepaling van de kwaliteitskenmerken in het proces van onderhandelen wordt later in dit hoofdstuk ingegaan.

5.c. De mening van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten/patiënten

KKK's van de LHV

De LHV heeft via haar koepelorganisatie van huisartsenposten een eerste set van kwaliteitskenmerken in toetsbare normen uitgewerkt (de zgn. KKK's). Het betreft de volgende kenmerken:

- telefonische bereikbaarheid;
- telefoonfunctie assistenten : intake – triage - zorgplanning en advies;
- aanrijtijden;
- alarmsituaties;
- interne melding.

Later is hieraan nog toegevoegd:

- vorming medisch dossier/registratie van gegevens.

⁶ Bijlage 6 geeft een gedetailleerd overzicht van de besproken kenmerken en uitkomsten.

In de benadering van de LHV wordt bij ieder kwaliteitskenmerk van de ANW-dienst de medisch-inhoudelijke minimumnorm vastgesteld. Deze norm wordt vervolgens ingebracht in de discussie over de bekostiging.

Daarnaast vindt de LHV dat er zaken zijn die uit kwaliteits-oogpunt wel noodzakelijk zijn, maar waarvoor geen medisch-inhoudelijke minimumnorm gesteld hoeft te worden (bijv. klachten-afhandeling). De uitwerking van deze zaken kan overgelaten worden aan het lokale overleg tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders.

ZN over kwaliteit

ZN is van mening dat de opsomming van de LHV te gedetailleerd is en teveel normen vooraf vaststelt. ZN hanteert een andere benaderingswijze van het kwaliteitsaspect : enkele criteria hebben een dusdanig karakter, dat zij door de centrale overheid aangereikt moeten worden, bijv. spreiding en aanrijtijden. Overige kenmerken en criteria zijn voor een groot deel hetzij de uitkomst van lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (waarvoor hoogstens een landelijke handreiking gedaan zou kunnen worden), hetzij een eigenstandige verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

noodzaak spreidingsplan

In bijlage 7 staat de visie van zorgverzekeraars op een uitwerking van het aspect kwaliteit van ANW-zorg weergegeven met een overzicht van de kwaliteitsaspecten die moeten leiden tot landelijk dwingende richtlijnen (bijv. over spreiding), aspecten waarvoor landelijke handreikingen voldoende zijn en zaken die vooral lokaal vrij invulbaar moeten zijn.

mening consumenten/patiënten

De consumenten/patiënten geven aan dat de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsmodel voor centrale huisartsenposten het best ondergebracht kan worden bij de Stichting HKZ. Beoordeling volgens de HKZ-methodiek vindt plaats volgens kwaliteitscriteria die gezamenlijk na tripartiet overleg zijn vastgesteld.

Met name de fysieke bereikbaarheid wordt in de ogen van de NPCF door het kwaliteitsmodel niet adequaat opgelost. Zij zijn daarom van mening dat naast het certificatieschema zo spoedig mogelijk een spreidingsplan moet worden ontwikkeld, vergelijkbaar met de ambulancezorg. Dit spreidingsplan moet de fysieke bereikbaarheid van huisartsenposten garanderen.

5.d. Kwaliteit in het perspectief van de regionale onderhandelingen

normering en kwaliteit

Het departement heeft eind 2002 aangegeven een actief kwaliteitsbeleid voor te staan. De Staatssecretaris gaf aan dat de zorgverzekeraar een belangrijke rol heeft bij het inkopen van kwalitatief goede zorg en dat een kwaliteitsparagraaf in de overeenkomst meer moet zijn dan een 'standaardparagraaf'. De vraag naar passende zorg en daarmee de inbreng van patiënten- en consumentenorganisaties moet naar de mening van de Staatssecretaris een meer structurele plaats krijgen. Daarom is het van belang dat er op een basaal niveau overeenstemming is over inhoudelijke aspecten van het kwaliteitsmodel. Een normering zal impliciet of expliciet uitgaan van een gedefinieerd kwaliteitsbegrip. In de praktijk zal bij het afsluiten van regionale contracten tussen partijen een impliciet of expliciet kwaliteitsbegrip worden gehanteerd.

'zorgarrangementen'

Zorgverzekeraars onderhandelen meer en meer op het niveau van 'zorgarrangementen' die per deelsector zijn geformuleerd op de meest voorkomende gebruikspatronen van zorgvragers. Deze (transmurale) zorgarrangementen kunnen op landelijk en lokaal niveau geformuleerd worden. Voor zorgaanbieders zal altijd ruimte aanwezig moeten zijn deze zorgarrangementen in overleg met de cliënt specifiek in te vullen.

resultaatsgebieden kwaliteit

Om goede afspraken te kunnen maken moet de zorgverzekeraar prestaties kunnen beoordelen en volgen of de geleverde zorg aansluit bij de behoeften van de verzekerden. Door zorgverzekeraars hebben in april 2003 de volgende resultaatsgebieden benoemd voor het verder bevorderen van kwaliteit:

- de zorgverzekeraar neemt in elk contract met aanbieders resultaat gerichte afspraken op over aspecten van kwaliteit;
- de zorgverzekeraar gaat systematisch na of de afgesproken resultaten zijn bereikt;
- de voorkeuren van patiënten en hun inzichten over kwaliteit van de geboden zorg worden direct betrokken bij het inkoopbeleid;
- de zorgverzekeraar bevordert door middel van inkoopcontracten dat de aanbieder werkt volgens de geldende richtlijnen en protocollen;
- de zorgverzekeraar maakt met aanbieders afspraken over gerichte verbeterprojecten op enkele strategisch gekozen thema's.

zes dimensies kwaliteit

Het College heeft in januari 2004 een rapport uitgebracht over onderhandelen over kwaliteit. In dit rapport (04/179) onderscheidt het College de volgende kwaliteitsdimensies van vraaggestuurde zorg: veiligheid, effectiviteit, patiënt-gerichtheid, tijdigheid, efficiency en toegankelijkheid.

De zes onderscheiden dimensies bieden een hulpmiddel om te komen tot een operationalisatie van het begrip kwaliteit ten behoeve van de regionale onderhandelingen. De door de LHV gepresenteerde KKK's sluiten redelijk goed aan bij deze zes dimensies. Een vertaalslag naar prestatie-indicatoren is nog niet mogelijk (geweest). Dat impliceert dat het ook nog niet mogelijk is geweest, om op basis van een duidelijk niveau van prestaties, een zelfde vertaling naar een normerings- c.q. budgetterings-systeem te maken.

vraagsturing en kwaliteit

De vraagsturing krijgt vorm via de zorginkoop door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vult deze verantwoordelijkheden in tegen de achtergrond van algemeen aanvaarde publieke doelstellingen en kwaliteitskenmerken.

In het contract worden kwaliteit, aantal, tijdigheid, beschikbaarheid en prijs van de te leveren zorg omschreven en vastgelegd. De zorgverzekeraar heeft hiervoor een budget

toebedeeld gekregen. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen op de wederzijdse afspraken worden aangesproken.

opstellen indicatoren

De prestaties waarover met de zorgaanbieder wordt onderhandeld en gecontracteerd zijn in een systeem van vraagsturing eenduidig en helder gedefinieerd met behulp van indicatoren. Een indicator is een meetbaar aspect van toegankelijkheid, kwaliteit of doelmatigheid van zorg. De prestatie-indicatoren op het terrein van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid geven als het ware een decor voor de lokale onderhandelingsituatie. Zij zijn een hulpmiddel voor dat lokale proces. De kwaliteitsgarantie wordt gegeven door middel van een certificering van kwaliteitsnormen. Uiteraard speelt het toezicht op de kwaliteit daarbij een eigenstandige rol.

Bijlage 8 presenteert een aantal mogelijke voorbeelden van een operationalisatie van de begrippen toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid voor de ANW-zorg in de vorm van prestatie-indicatoren.

5.e. Slotbeschouwing en conclusies

kwaliteit en regionale onderhandelingen

Uit het onderzoek blijkt dat er in beginsel bij de betrokken partijen, als het gaat om de formulering van individuele kwaliteitskenmerken, een grote mate van overeenstemming is. Discussies hebben meer het karakter van aanscherpingen dan van principiële verschillen van inzicht. Anders wordt het, zodra het gaat om de plaats van de kwaliteit binnen de regionale onderhandelingen. Ook al is er inhoudelijk niet zoveel verschil van mening, de zorgverzekeraars zijn huiverig om minimale kwaliteitseisen vast te leggen. Zij willen meer vrijheid binnen de regionale onderhandelingen.

rapport IGZ

Het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de kwaliteit van HDS-en dat binnenkort verschijnt, zal, daar waar onduidelijkheid is over een kwaliteitsaspect, minimumeisen leveren of een bijdrage leveren aan de formulering hiervan. Deze vormen dan in ieder geval een uitgangspunt bij de regionale onderhandelingen.

<i>vertaling naar financiering</i>	Dit gemeenschappelijke beeld met betrekking tot kwaliteit vormt een goede basis voor het formuleren van prestatie-indicatoren. De vertaling van deze prestatie-indicatoren naar een normerings- of budgetterings-systematiek moet vervolgens plaatsvinden.
<i>doelmatigheid en kwaliteit</i>	Het is naar de mening van het College zeer wel mogelijk dat in bepaalde gevallen een kwaliteitsverbetering hand in hand gaat met een doelmatigheidsverbetering. Uiteraard ligt dat voor alle onderscheiden kwaliteitsvariabelen anders en dat vergt nadere analyse in de specifieke situatie in de regio.
<i>goed-beter</i>	Het is de bedoeling dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in een cyclisch proces van onderhandelen afspraken maken over verbeteringen van de zorg. De afspraken staan in het licht van het paradigma <i>goed-beter</i>. Zorgverzekeraars zoeken samen met zorgaanbieders naar geschikte onderwerpen voor kwaliteitsverbetering. Dit soort afspraken staan vermeld in een kwaliteitsstimuleringsparagraaf van een overeenkomst. Samenvattend acht het College dat er een goede voedingsbodem is voor het operationaliseren en vertalen van kwaliteitskenmerken naar prestatie-indicatoren voor gebruik in de lokale onderhandelingen.

6. Sturing door zorgverzekeraars

6.a. Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op het sturingsconcept zoals dat is gehanteerd in de ANW-zorg in de afgelopen jaren. Het beschrijft vervolgens de knelpunten in het huidige tijdsgewricht, waarna ingegaan wordt op de sturing in de (nabije) toekomst. Een slotparagraaf besluit dit deel van de rapportage.

6.b. Invalshoek

*continuïteit zorg
als doel*

In oktober 2001 werd de AMvB van kracht die de huisartsendienstenstructuren onder de werkingssfeer van de WTG bracht. Zorgverzekeraars en huisartsen wilden een toetsing van het tarief van een huisartsendienstenstructuur die toegesneden zou zijn op de individuele situatie. Een belangrijk doel was een goede kwaliteit en continuïteit van de ANW-zorg. Daarmee werd een sturing ingezet die er van uitgaat dat zorgverzekeraar en HDS op basis van de individuele situatie van een post overeenstemming bereiken over het niveau van diensten en het bijbehorende budget, met een toetsing op individueel niveau door het CTG.

Thans is geconcludeerd dat er grote verschillen zijn en is men zoekende naar 'best practices' op het terrein van doelmatigheid en kwaliteit.

6.c. Sturing in de afgelopen jaren

*overal contracten
aanwezig*

De totstandkoming van de huisartsendienstenstructuren heeft zich na de inwerkingtreding van de AMvB in korte tijd en stormachtig ontwikkeld. Noch de overheid noch veldpartijen hadden op het moment van de inwerkingtreding van de AMvB spreidingsnormen en uitgangspunten voor bereikbaarheid en beschikbaarheid voorhanden. Alle HDS-en hebben een contract met een verzekeraar. Veelal zijn er ook overeenkomsten met verzekeraars die een kleinere groep adherente verzekerden hebben. In deze zin opgevat is er dus overal een vorm van sturing geweest, leidend tot een contract in de regio, veelal

***verzekeraar heeft
goed zicht op
bedrijfsprocessen***

opgesteld door de dominante zorgverzekeraar(s). Veel verzekeraars zijn in de aanloopfase ook als 'bank' opgetreden om de nieuwe zorginstelling te ondersteunen. (Dit geldt overigens ook voor huisartsen zelf.) Het belangrijkste doel was de continuïteit van de huisartsenzorg ook in de ANW-uren te garanderen. Dat was op dat moment de primaire zorg.

De nieuwe zorginstellingen hebben zich relatief snel op een hoger professioneel niveau geplaatst, mede door de activiteiten van het landelijke bureau dat de HDS-en ondersteunt en stimuleert.

Uit het onderzoek blijkt dat het niet voor iedereen duidelijk is wat de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar ten opzichte van de HDS is. Beoordelen, meedenken en ontwikkelen zijn genoemde rolvarianten. Wie verantwoordelijk is voor de kosteneffectiviteit van de HDS-en is ook niet voor een ieder duidelijk.

Wat wel duidelijk is, is dat zorgverzekeraars aangeven redelijk veel tot veel druk te hebben uitgeoefend op de diverse kostenposten van de HDS. Ook bestaat er bij de zorgverzekeraars een redelijk zicht op de verschillende begrotingsposten. De zorgverzekeraars geven in het onderzoek aan lokaal/regionaal meer ruimte te willen hebben voor interpretatie en initiatief. Ook willen zij meer toetsingsmogelijkheden hebben op de relatie tussen kosten en baten.

In feite komt het er op neer dat zorgverzekeraars tot nu toe relatief veel sturing hebben uitgeoefend op het begrotingsproces, maar in de toekomst meer sturing op uitkomsten (lees prestatie-indicatoren) willen hebben.

6.d. Sturing in het huidige tijdsgewricht en de nabije toekomst

***sturen op
uitkomsten***

Algemeen bestaat de wens om meer op uitkomsten dan op het proces te gaan sturen. Er is nog geen concreet beeld over de exacte definitie van spreidings- en kwaliteitsnormen die daarvoor als uitgangspunt kunnen fungeren. Daarnaast

verschillen de HDS -en louter en alleen vanwege de verschillen in historie en bestaansduur, veel van elkaar. Dat maakt het formuleren van sturingsinstrumenten lastig.

De zorgverzekeraars en huisartsendienstenstructuren die wij interviewden gaven over sturing onder andere het volgende aan:

in de regio in te vullen

- een HDS kan veel zaken slechts in beperkte mate beïnvloeden, wat wel beïnvloedbaar is heeft tijd nodig;
- een normering moet niet leiden tot het afremmen van innovatieve ontwikkelingen in de regio;
- het is daarom gewenst om een vrije component te introduceren die regionaal invulbaar is via afspraken tussen verzekeraar en zorgverlener;
- maak een normeringssysteem zeker met het oog op veranderingen in de nabije toekomst, niet te ingewikkeld en
- een zorginstelling dient te kunnen beschikken over een reserve aanvaardbare kosten (RAK) met het oog op een solide bedrijfsvoering.

De HDS -en hebben zich ontwikkeld tot professionele zorginstellingen die weten waar ze mee bezig zijn en elkaar ook onderling vergelijken/benchmarken met de bedoeling hun bedrijfsprocessen te optimaliseren. Voor het zelf leveren van deze vorm van zorg kiezen zorgverzekeraars vooralsnog in overgrote meerderheid niet. De zorgverzekeraars zoeken voornamelijk naar mogelijkheden om doelmatig te contracteren. Dit kan met de ANW-zorg sec of met ANW-zorg in een breder perspectief, als schakel in een keten van acute zorg.

wat is nodig in de regio

Een goede sturing van de ANW-zorg in de regionale setting gaat uit van de volgende uitgangspunten:

- een landelijke richtlijn/norm voor bereikbaarheid en beschikbaarheid;
- het definiëren van een eenduidig prestatie-niveau van de ANW-zorg;
- verantwoordelijkheid van de verzekeraar in zijn rol als

zorginkoper en het aansluiten van de financiering op dit verantwoordelijkheidsbereik.

<i>sturen in de acute-zorgketen</i>	De zorgverzekeraars hebben het voornemen om de sturing meer te gaan bezien vanuit de keten van acute zorg. Zij staan een functionele benadering van de acute-zorgketen voor die er in moet resulteren dat meer bij de vraag van de patiënt wordt aangesloten. Dit kan regionaal verschillend georganiseerd worden. Belangrijke functies in dit proces zijn telefonische en fysieke triage, eenvoudige en complexere behandeling van de zorgvraag. Het RVZ publiceerde in december 2003 een rapport over de acute zorg. Daarin stelde de Raad onder andere een functionele integratie van een huisartsenpost bij een spoedeisende hulp afdeling voor. De <i>Beleidsvisie Acute Zorg</i> van het ministerie van oktober 2003 geeft aan een belangrijke doelmatigheidswinst te verwachten van een combinatie van een huisartsenpost en een SEH afdeling.
<i>eerstelijns-acute-zorgketen</i>	Feitelijk is, met verwijzing naar hoofdstuk 4, het kernprobleem de vraag of we de echelonnering in de keten handhaven of niet. Ketens smeden of schakels laten versmelten, dat is de vraag. Daarbij hoeft niet per se alleen gekeken te worden naar samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De relatie die de ANW-zorg heeft met belendende terreinen uit de eerste lijn zoals de GGZ, de thuishulp en verloskundige zorg, verdient evenzeer aandacht.
<i>sturen vanuit de optiek van de keten</i>	Samenwerking in welke vorm dan ook, zal moeten leiden tot het expliciteren van de kwaliteit van het proces en de uitkomsten daarvan. De sturing die daarbij hoort is er één van het bezien van functies in onderlinge samenhang, het kunnen schuiven met financiële middelen, al naar gelang de regionaal gekozen werkwijze, en het kunnen sturen op eenduidige uitkomstmaten van het proces in zijn totaliteit. Dat laatste

heeft gevolgen voor de wijze van definiëren van uitkomstmaten. Dat wordt moeilijker omdat er ook maten vanuit de optiek van de keten zullen worden gezocht.

6.e. Slotbeschouwing en conclusies

Op basis van het onderzoek komt het College tot de volgende aanbevelingen.

Een goede sturing van de ANW-zorg vergt dat er een duidelijk beeld is van het fenomeen vraaggestuurde zorg en de kwaliteit van de zorg. Het is daarbij goed te bedenken dat er verschillende dimensies in beeld komen: veiligheid, effectiviteit, efficiency, patiëntgerichtheid, tijdigheid en toegankelijkheid. Deze moeten op verschillende niveaus bepaald worden: een deel op landelijk niveau, een deel in het lokale overleg.

zorg nog in ontwikkeling

Er is uit het onderzoek gebleken dat over de operationalisatie van kwaliteitskenmerken binnen de huidige ANW-zorg, weinig of geen verschil van inzichten bestaan. Discussie is er met name over de plaatsbepaling van het kwaliteitsaspect binnen het proces van onderhandelen en contracteren. Er is voorts een spanningsveld tussen de huidige ANW-zorg enerzijds en het nu reeds plaatsen van deze zorgvorm in een breder perspectief van de acute zorg. Het zorgconcept van de ANW-zorg is nog niet uitgekristalliseerd. Dat proces zal, afhankelijk van de situatie in de regio, meer of minder tijd nodig hebben. Rome is ook niet op één dag gebouwd. Er zijn daarom ook nog geen uitgewerkte uitkomstmaten.

voorkeur voor stap-voor-stap-benadering

Het College is daarom van mening dat een incrementele benadering de voorkeur verdient. Het verdient aanbeveling om het perspectief van vraagsturing uit te werken vanuit de huidige setting van de ANW-zorg. Daarbij acht het College het van belang dat ook aan de relatie van een HDS met belendende zorgonderdelen in de eerste lijn aandacht wordt geschonken en dat er ruimte blijft voor in de regio passende variatie.

***regionale setting
uitgangspunt***

Het College is van mening dat sturing van de ANW-zorg, vanwege de aard van de zorg, blijvend in een regionale setting dient plaats te vinden. In deze setting zal immers in de toekomst de ketenzorg verder handen en voeten moeten krijgen, en wel op een zodanige manier dat deze keten uit het oogpunt van de vraagsturing en vanuit het oogpunt van doelmatigheid een goed resultaat oplevert. Landelijke richtlijnen over bijvoorbeeld de gewenste spreiding spelen een rol bij deze regionale uitwerking.

7. Samenvattende conclusies en aanbevelingen

ANW-zorg nog in ontwikkeling

Zorgvorm in ontwikkeling

Het onderzoek naar de doelmatigheid van de ANW-zorg schetst duidelijk het beeld van een zorgvorm in ontwikkeling met een snel veranderend decor van beleid en financiering. De ANW-zorg, zo blijkt uit het onderzoek, is qua aard en omvang nog sterk in ontwikkeling. De samenwerking van de huisartsgeneeskundige ANW-zorg met andere onderdelen van de acute zorg (eerste én tweede lijn) moet kansen krijgen.

regionale variatie behouden

Vormgeving regionaal bepaald

Het College is van mening dat sturing van de ANW-zorg, vanwege de aard van de zorg, blijvend in een regionale setting dient plaats te vinden. Om in de regionale situatie goed aan te sluiten bij vraagsturing zijn kwalitatieve randvoorwaarden en uitkomstmaten op het terrein van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor een systeem van certificatie van kwalitatieve normen. Vraagsturing en uitkomstmaten zullen altijd rekening moeten houden met de regionale variatie. Hiervoor moet zowel in sturingsperspectief als qua financiering voldoende ruimte zijn en komen.

uitkomstmaten nodig

Landelijke inhoudelijke normen nodig

Met betrekking tot het aspect kwaliteit ziet het College voldoende voedingsbodem om te komen tot het definiëren van kwaliteitskenmerken en prestatie-indicatoren, die in het regionale overleg handen en voeten kunnen geven aan concrete afspraken. Het College is van mening dat landelijk bepaalde normen ten aanzien van bereikbaarheid en beschikbaarheid nodig zijn om dit proces te ondersteunen.

doelmatigheidsverhoging mogelijk

Doelmatigheidswinst is situationeel bepaald mogelijk

Ten aanzien van de doelmatigheidsvergrotende mogelijkheden voor de kortere termijn stelt het College vast dat er verschillende mogelijkheden en varianten zijn om –op onderdelen- de doelmatigheid te verhogen. De lokale situatie is daarbij bepalend. Tevens gelden kwalitatieve rand-

<i>regionale situatie bepalend</i>	voorwaarden. Het College ziet, afhankelijk van de actuele regionale situatie, mogelijkheden om kwaliteitsverbetering en doelmatigheidsverbetering hand in hand te laten gaan. Een landelijke extrapolatie van de te behalen doelmatigheidswinst, is vanwege de regionale diversiteit niet te maken. Naar de indruk van het College zijn huisartsendienstenstructuren, ten gevolge van de gehanteerde macro korting, ook al fors de weg naar doelmatigheidsbevordering ingeslagen. De introductie van een Reserve Aanvaardbare Kosten is voor goede bedrijfsvoering noodzakelijk.
<i>introductie RAK</i>	
<i>globale normering</i>	Op de kortere termijn is er nog geen voldoende operationalisatie van kwalitatieve randvoorwaarden, in de regionale situatie biedt een globale normeringssystematiek daarom de meeste vrijheidsgraden en kan doelmatigheidswinst in de regionale situatie handen en voeten krijgen.
<i>financiële substitutiemogelijkheden gewenst</i>	<i>Toekomstige keten nog ontwikkelen</i> Voor de langere termijn vormt een integraal financieringsperspectief voor de keten van acute zorg, met inherente substitutiemogelijkheden, een belangrijke ondersteuning van het proces naar meer samenwerking. Samenwerking en samenhang tussen HAP en SEH leiden uit het oogpunt van de patiënt over het algemeen tot meer doelmatigheid (één loket). Kostenbesparingen zijn mogelijk, maar moeten niet als te vanzelfsprekend worden beschouwd. Het model van samenwerking is hierbij van belang. In het algemeen is de conclusie dat een samenwerking van HAP en SEH via het 'voorportaal-model' de meest haalbare en wenselijke variant is voor de kortere termijn. De in deze situatie te verwachten reductie van diagnostisch onderzoek en daarmee gepaard gaande kosten én de verschuiving naar goedkopere huisartsenzorg, kan vrij aanzienlijk zijn. Een deel van de mogelijke besparingen zouden aangewend kunnen worden voor de toegenomen druk op de ANW-zorg.
<i>samenwerking bespaart in de keten</i>	De samenwerking tussen HAP en RAV, vanuit het oogpunt van doelmatigheid, vergt nader onderzoek.

***informatie
ondersteunt***

Betekenis en rol rapport

De analyse van de huidige situatie in dit rapport en de achtergrondstudies leveren naar de mening van het College een schat aan gedetailleerde informatie op die bruikbaar is voor individuele huisartsenposten en de contracterende zorgverzekeraar. De informatie kan het proces van regionale onderhandelingen zeker ondersteunen.

***incrementele
benadering en
voorstel beleids-
agenda***

Voorstel voor agenda

Het College besluit dit rapport met de aanbeveling vooral te zoeken naar een incrementele benadering met een duidelijke planning tot 1 januari 2006. De ontwikkelingen lijken momenteel 'over elkaar heen te buitelen'. Dat schept een ongunstig uitgangspunt voor beleid. Een 'beleidsagenda' voor mogelijke activiteiten zou er als volgt uit kunnen zien:

Kwartaal II/III 2004

- Uitwerken globaal niveau van normering
- Uitwerken prestatie-indicatoren voor kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid
- Vaststellen van enkele landelijke bereikbaarheidsnormen door VWS
- Eventueel: verdere regionale benchmarking op basis van dit onderzoek

Kwartaal IV 2004

- Bepalen relatie van ANW-zorg met eerstelijnszorg in breder perspectief
- Bepalen prestatie-indicatoren in situatie voorschakeling in acute zorg keten
- Bepalen uitgangspunten financiering en relatie met financiering van de reguliere huisartsenzorg

Kwartaal I/II 2005

- Inventariseren en beschrijven best practices eerstelijns-keten
- Inventariseren en beschrijven best practices acute-zorg keten

- Analyse gevolgen hiervan voor aard en omvang van de zorg en financiële aspecten en budgetten

Kwartaal III/IV 2005

- Nadere positiebepaling ANW-zorg in perspectief eerste lijn en samenwerking met de tweede lijn in de acute zorgketen
- Voorstel ontwikkelen voor aanpassing aard en omvang van de zorg en aanpassing financieringsstructuur
- Evaluatie bruikbaarheid prestatie-indicatoren kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid

Voor veel van de voornoemde onderdelen zijn partijen in eerste instantie zelf aan zet of is een standpunt van VWS nodig. Het College is gaarne bereid bij (onderdelen van) deze beleidsagenda, bijv. op het punt van de verdere regionale benchmarking, nader onderzoek in de eerstelijns- en tweedelijns keten en bepaling van de toekomstige aard en omvang van de zorg, faciliterend op te treden.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter

drs. J.S.J. Hillen

Algemeen Directeur

dr. P.C. Hermans