

Vergaderjaar 2005–2006

29 247

Acute zorg

Nr. 36

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 april 2006

1. Aanleiding

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bracht in augustus 2005 een signalement (eigenstandig onderzoek) uit met als titel «Acute zorg: over schakels en functies».

Het signalement laat zien dat een acute zorgketen ingericht en bekostigd kan worden op basis van de functionele omschrijving c.q. aanspraken, overeenkomstig de Zorgverzekeringswet. Dit zou leiden tot meer doelmatigheid binnen de keten. In het signalement worden in dit verband voorstellen gedaan voor een beleidsagenda. Bij brief van augustus 2005 heb ik u mijn reactie op dit signalement toegezegd. Deze reactie – waarvan het signalement reeds in uw bezit is – treft u bijgaand aan.

Gezien de complexiteit van de materie en de ontwikkelingen met betrekking tot de WTZi heeft de reactie iets langer op zich doen wachten.

2. Het signalement: de conclusies en aanbevelingen

Het accent in het signalement ligt op het realiseren van een (eenduidige) toegang en regie binnen de acute zorgketen. Dit komt feitelijk neer op een zgn. «front office» in de regio, dat telefonische triage verzorgt, de regie voert voor doorgeleiding in de keten en beheerstaken uitvoert (bijvoorbeeld voor wat betreft het Electronisch Medisch Dossier (EMD)).

Om dit voor elkaar te krijgen, moeten eerst een aantal stappen worden gezet, aldus CVZ.

CVZ doet in het signalement de volgende voorstellen voor een beleidsagenda.

- a. VWS moet op korte termijn een landelijk Programma van Eisen Toegang en regie opstellen;
- b. VWS moet aangeven aan welke eisen de onderscheidene functies binnen de eenduidige Toegang en regie moeten voldoen;
- c. VWS moet een nieuwe bekostigingssystematiek ontwikkelen met de functies als uitgangspunt;

- d. en er moet een business case worden uitgevoerd, dat uitgaat van de functionele benadering van de acute zorgketen.

3. Reactie VWS

Het verbeteren van de doelmatigheid acutezorgbreed is een speerpunt van het VWS-beleid. Onderstaand geef ik aan hoe ik dat doe.

a. De ontwikkelingen met betrekking tot een eenduidige triage

Ik ben het met CVZ eens dat er veel (doelmatigheids)winst in de acute zorgketen valt te behalen door een geïntegreerde eenduidige triage. Dit heeft in mijn beleid dan ook prioritaire aandacht. Op dit moment zijn er op de Centrale Posten Ambulancevoorziening (CPA's), de Huisartsenposten (HAPsen) en bij de SEH's in de ziekenhuizen verschillende triage-systemen in gebruik. Een triage-systeem als bij bovengenoemde schakels kent de acute psychiatrie (GGZ) nog niet. Om een snelle ondubbelzinnige selectie te krijgen van patiënten voor de verschillende ketenpartners, werkt het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), in opdracht van VWS, aan een uniform triage-model voor alle ketenpartners. Het NHG doet dit tesamen met de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen en de Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen. De mogelijkheden voor een eenduidig triage-systeem liggen er: de huidige triage-systemen laten immers veel overeenkomsten zien. De resultaten van dit traject worden gepresenteerd in april 2006.

Het tweede deel van de opdracht is te bezien hoe een eenduidig triage-systeem makkelijk te onderhouden is.

Tegelijkertijd worden er opleidings- en implementatietrajecten ontwikkeld, waardoor de patiënt straks op een eenduidige manier naar de zorgketen wordt toegeleid.

b. Regionale netwerkvorming

Een doelmatige organisatie en inrichting van de acute zorgketen valt of staat met de aanwezigheid van acute zorgnetwerken in de regio's. Daarom ligt in de WTZi zoveel nadruk op de samenwerking tussen de aanbieders van acute zorg. De WTZi verplicht die instellingen zelfs om deel te nemen aan het nieuw in te stellen regionaal overleg acute zorgketen. In het regionaal overleg acute zorgketen stemmen alle aanbieders van acute zorg hun activiteiten zo goed mogelijk af om te zorgen dat een patiënt die acute zorg nodig heeft, zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt. Ik ben ervan overtuigd dat met dit niet-vrijblijvend overleg een adequaat instrument voorhanden is om te komen tot meer samenwerking en samenhang, dus meer doelmatigheid in de acute zorgketen.

c. Een (eenduidige) toegang: éénloketfunctie

Terecht legt CVZ een extra accent op de eenduidige toegang tot de acute zorg. Bij velen is onduidelijk wanneer/waarom voor welke klacht nu 112 of de huisarts moet worden gebeld en wanneer men naar de SEH moet gaan. In dit verband noem ik het rapport van de Nederlandse Patiënten- en Consumenten Federatie (NPCF) «Spoed moet goed». Daarin worden de bevindingen weergegeven van een kwantitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten en zorgverleners m.b.t. de spoedeisende zorg door huisartsenposten en door de SEH-afdelingen van de ziekenhuizen. Dit rapport bevestigt het beeld dat patiënten niet altijd weten waar, wanneer en met welke acute zorgvraag ze terecht kunnen. En het hoeft niet altijd te gaan om de zogenaamde (acute) zorgvragen (denk bijv. maar aan de moeder met kind met acute hoge koorts, of de acute verwardheid van een demente alleenstaande persoon). Maar het kan gaan om informatievragen

(o.a. openingstijden apotheek, waar kan ik krukken huren etc.), of om het creëren van meer mogelijkheden voor een servicegerichte benadering (bv. doorschakelen i.p.v. verwijzen naar een ander telefoonnummer of het direct kunnen boeken van een afspraak).

Een eenduidige toegang per regio lijkt mij dan ook een goede zaak. Ik ben echter geen voorstander van het introduceren van een landelijke Programma van Eisen voor een eenduidige toegang en regie, voorzien van een set van (minimale) kwaliteitseisen. In een aantal regio's immers wordt nu al nagedacht over de mogelijkheden voor een dergelijk loket. De bestuurlijke en organisatorische mogelijkheden horen naar mijn opvatting dan ook regionaal te worden verkend en vorm gegeven. De één loket-functie dient dus vanuit de regio zelf te ontstaan, en niet vanuit een top-down benadering.

d. Nieuwe bekostigingssystematiek

Op dit moment wordt bij VWS nagedacht over een eventueel nieuw te introduceren bekostigingssystematiek voor de acute zorg. In dat licht onder meer heb ik het CTG/ZAio gevraagd om een uitvoeringstoets. Hiermee moet duidelijk gaan worden in welke mate de meerkosten die ziekenhuizen maken voor acute zorg vast of variabel zijn, hoe hoog de meerkosten bij benadering zijn en welke bekostigingssystematiek daarbij zou passen. Dit wordt in de loop van 2006 inzichtelijk. Pas dan kan ik meer inzicht verschaffen over de (contouren van een) toekomstige inrichting en organisatie van de bekostiging van de acute zorg. Kwesties als «herschikking van budgetten» en «substitutie» hangen daarmee samen. Op dit moment kan en wil ik op deze zaken niet vooruitlopen. Het lijkt mij dan ook niet verstandig nu een oordeel te moeten geven over het door CVZ geïntroduceerde model van een «functiegerichte bekostiging en sturing». Wel merk ik op voorhand op dat CVZ terecht wijst op de substitutieproblematiek.

Dat is immers waar het feitelijk om gaat: hoe ervoor te zorgen dat bepaalde patiëntenstromen op een andere (de juiste en meest efficiënte) plek behandeld kunnen worden en dat de bekostiging die patiëntenstromen volgt.

Met dit signalement maakt CVZ nog eens helder hoe belangrijk een goede stroomlijning van de zorgvraag is voor een doelmatige inrichting en organisatie van de acute zorgketen. Ik ben ervan overtuigd dat een eenduidige toegang per regio daaraan kan bijdragen. De nodige tools daarvoor heb ik al aangereikt, nl. het WTZi-overleg en de ontwikkeling van een eenduidig triagemodel. Cruciaal voor het bereiken van optimale doelmatigheid in de keten blijft de sturing en bekostiging. De discussie daarover is in volle gang. Daarom geef ik nu geen oordeel over een bekostiging van de acute zorg vanuit een functie-benadering.

Eind 2006 informeer ik u over de stand van zaken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst