

Bevindingen kwalitatief onderzoek toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars 2020

Versie 1

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Bevindingen kwalitatief onderzoek toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars 2020

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_527785_22

Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Onderzoeksrapport

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 28-10-2020

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_527785_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 28-10-2020

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Medisch-specialistische zorg
- Ambulancezorg

Inhoudsopgave

Problemen in de acute zorgketen.....	5
Maatregelen voor de problemen in de acute zorgketen.....	6
Conclusie.....	8
Vervolg.....	9

Bevindingen kwalitatief onderzoek toegankelijkheid acute zorg en zorgplicht zorgverzekeraars 2020



De druk op de acute zorgketen neemt toe. Spoedeisende hulpafdelingen (seh's) lassen steeds vaker tijdelijke stops in om piekdruk te beheersen en ambulances kunnen niet altijd binnen de normtijd van 15 minuten de patiënt bereiken. Ouderen wonen langer thuis en het aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe en hiermee ook de complexiteit van de zorgvraag van patiënten op de spoedeisende hulp. Door krapte op de arbeidsmarkt kunnen zorgaanbieders moeilijk aan personeel komen.

Deze toenemende druk op de acute zorgketen is aanleiding geweest voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om kwalitatief onderzoek te doen naar de toegankelijkheid van de acute zorg. Omdat we als toezichthouder toezien op de zorgplicht van de zorgverzekeraars, hebben we met zorgverzekeraars gesproken over hoe zij hier op het gebied van acute zorg invulling aan geven. Om een vollediger beeld te krijgen, hebben we ook zorgaanbieders, van zowel acute zorg als vervolgzorg, en brancheverenigingen gesproken over hun ervaringen met de toenemende druk op de acute zorgketen. De gesprekken vonden plaats vóór de uitbraak van het Coronavirus. Begin 2021 zal de NZa een uitgebreide monitor uitbrengen met meer kwantitatief inzicht over de stand van zaken in de acute zorg.

In dit stuk schetsen we eerst de problemen in de acute zorgketen, zoals die uit onze gesprekken met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en branchepartijen naar voren zijn gekomen. Daarna gaan we in op de maatregelen die zorgaanbieders en zorgverzekeraars nu nemen om deze problemen het hoofd te bieden. Vervolgens geven we een aantal oplossingsrichtingen aan om de toegankelijkheid van de acute zorg ook in de toekomst te blijven borgen.

Problemen in de acute zorgketen

Medewerkers op een SEH ervaren als eerste in welke mate de toegankelijkheid in het geding is. Zij bepalen op basis van triage wie als eerste moet worden behandeld en welke zorg kan worden uitgesteld zonder dat dit leidt tot gezondheidsschade. Uit de gesprekken met zorgaanbieders blijkt dat de toegankelijkheid niet zozeer wordt beïnvloed door het aantal seh-bezoeken, wel door de veranderde zorgvraag van de afgelopen jaren. Er komen meer complexe patiënten op de seh en meer patiënten hebben chronische ziektes waar rekening mee moet worden gehouden op het moment dat een patiënt acute zorg nodig heeft. Ook geven zorgverleners aan veel tijd kwijt te zijn aan het coördineren van de door- of uitstroom van de patiënten naar de juiste plek. Het probleem lijkt hier niet direct te liggen in een tekort aan beschikbare plekken, maar aan een gebrek aan inzicht waar een passende plek is. Door het verschillend inkoopbeleid en verschillende (regionale) afspraken met zorgverzekeraars kan het ook lastig kan zijn om goede vervolgzorg te regelen.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij aan de inkoopkant van acute zorg geen belemmeringen opwerpen en dat 'alle beschikbare acute zorg' wordt ingekocht. De inkoop van seh-zorg maakt integraal onderdeel uit van de inkoopafspraken die zorgverzekeraars maken voor het ziekenhuis. Er worden geen aparte afspraken gemaakt over (een limiet op) de seh. Ook voor de huisartsenpost geldt dat er geen aparte afspraken worden gemaakt over (een limiet op) bijvoorbeeld het aantal consulten. Volgens zorgverzekeraars is 'meer' inkopen daardoor niet mogelijk en draagt meer geld beschikbaar stellen voor de inkoop niet bij tot het structureel borgen of vergroten van de toegankelijkheid. Het probleem is dat er op momenten van extreme piekdrukke, lokaal sprake kan zijn van onvoldoende aanbod.

De zorgverzekeraars geven daarnaast aan dat zij met verschillende regio-indelingen te maken hebben bij de zorginkoop. Zo zijn er onder andere de RAV-regio's voor ambulances, de ROAZ-regio's voor de acute zorg, de veiligheidsregio's, en de zorgkantoorregio's voor de Wlz. Daarnaast is in de keten sprake van verschillende financiers zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten ieder met een eigen belang en eigen voorwaarden. Dit maakt niet alleen de bekostiging ingewikkelder, maar ook de afstemming, het vaststellen voor welke regio je precies als zorgverzekeraar verantwoordelijk bent en wanneer je welk volgsbeleid toepast. Een efficiënte doorstroom van patiënten is daardoor moeilijk.

Volgens zorgverzekeraars speelt verder mee dat de toegankelijkheid onder druk komt te staan door krapte op de arbeidsmarkt, de toenemende zorgvraag en toenemende verwachtingen van de patiënt. Patiënten met klachten willen meteen geholpen worden, ook als daarvoor geen medische noodzaak is.

Maatregelen voor de problemen in de acute zorgketen

Triage en coördinatie

Zorgaanbieders maken in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) afspraken over hoe zij in periode van piekdruktes goede acute zorg kunnen blijven leveren én elkaar kunnen ontlasten. Om de doorstroom op de seh te versnellen, is een goede triage op het moment dat patiënten op een seh worden binnen gebracht van essentieel belang. Op basis van deze triage wordt een inschatting gemaakt welke patiënt even kan wachten en welke niet. Sommige seh's werken met transferverpleegkundigen die al in een vroeg stadium worden betrokken om patiënten na behandeling op de seh zo snel mogelijk op de juiste plek te krijgen. Voor een betere doorstroom van patiënten na de acute zorgverlening wordt met name de oprichting van eerstelijnsverblijf (elv)-coördinatiepunten in alle regio's genoemd. Dit moet ervoor zorgen dat in alle regio's inzichtelijk wordt waar er bedden beschikbaar zijn bij de verpleging, verzorging en thuiszorg (vvt-)instellingen in de regio.

Zorgverzekeraars zien een betere coördinatie van acute zorgpatiënten en het efficiënter organiseren van vervolgzorg ook als één van de belangrijkste maatregelen om de toegankelijkheid te vergroten. Zorgverzekeraars zien hierin voor zichzelf een verbindende rol weggelegd. Dit zou er toe moeten leiden dat betrokken partijen in gesprek gaan over knelpunten, initiatieven ter verbetering opzetten en goedlopende pilots met elkaar delen. Hoe groot de verbindende rol van zorgverzekeraars nu is, verschilt: van in gesprek gaan als zorgaanbieders hier om vragen tot het zelf (mee) ontwikkelen van pilots samen met zorgaanbieders.

Inzicht op basis van data

Een andere maatregel die zorgaanbieders nemen om de toegankelijkheid te vergroten en de patiëntzorg te verbeteren, is het verzamelen van data om beter inzicht te krijgen in de keten van acute zorg. Voorbeelden hiervan zijn 2twnty4 en de database NEED. De regio's hebben hierin een eigen werkwijze, maar door (uniforme) data wordt het voor zorgaanbieders zowel intern als met andere zorgaanbieders makkelijker om afspraken te maken over hoe zij het beste met drukte in een regio kunnen omgaan.

Ook zorgverzekeraars zien het belang in van beter inzicht in toegankelijkheid van de keten van acute zorg om de beschikbare capaciteit optimaal te benutten. In de praktijk is dit lastig omdat zij vaak weinig actuele informatie en data hebben. Sommige zorgverzekeraars analyseren zelf actief data, andere zorgverzekeraars baseren hun inzicht vooral op kwalitatieve signalen die zij ontvangen. De belangrijkste informatiebronnen hiervoor zijn signalen van ziekenhuizen en signalen uit de inkoopgesprekken met andere zorgaanbieders, zoals huisartsen en ambulancediensten. Daarnaast krijgen zorgverzekeraars ook informatie over de toegankelijkheid van acute zorg via zorgbemiddelingsverzoeken voor vervolgzorg, klachten van verzekerden, het aantal verzekerden dat een seh bezoekt, opnamestops, het behalen van toegankelijkheidsnormen en via een dashboard van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Zorgverzekeraars ontwikkelen momenteel samen met zorgaanbieders regiobeelden om toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag en het daarvoor benodigde zorgaanbod in de regio in kaart te brengen.

Samenwerking

Om goede vervolgzorg te waarborgen is samenwerking tussen zorgaanbieders noodzakelijk. In het onderzoek kwamen verscheidene voorbeelden van samenwerking naar voren. Eén voorbeeld is het observatiebed: hierin kan een patiënt eerst tot rust komen en ontstaat meer tijd om de zorgbehoefte en juiste indicatie vast te stellen en passende vervolgzorg te zoeken. Een ander voorbeeld is een verpleeghuisafdeling in het ziekenhuis dat onder een verpleeghuiskoepel valt. Patiënten kunnen daar vanuit het ziekenhuis maximaal drie weken ter overbrugging naartoe totdat er een plaats is in het verpleeghuis in de woonplaats van de patiënt. Ook zijn er succesvolle samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en vvt-instellingen om knelpunten in het transferproces te verbeteren.

De afgelopen jaren is acute zorg meer onderwerp van gesprek geworden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De meeste zorgverzekeraars zien een actieve en verbindende rol voor zichzelf om samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren en faciliteren.

Daarnaast nemen de zorgverzekeraars, vooruitlopend op de concept Algemene Maatregel van Bestuur (AMvb) acute zorg, deel aan het ROAZ als zij de vertegenwoordigende zorgverzekeraar uit de regio zijn. Het is voor zorgverzekeraars nog zoeken naar de rol die zij hebben binnen het ROAZ. Zorgverzekeraars en ook zorgaanbieders geven aan dat zij in het ROAZ een organisatie met beslissingsbevoegdheid missen. Wij zien dat het ontbreken van duidelijke beslissingsbevoegdheid in het ROAZ en het aanwijzen van één (onafhankelijke) organisatie die de regie voert, de positie van zorgverzekeraars uitdagend maakt. De zorgverzekeraar heeft geen beslissingsbevoegdheid maar is wel verantwoordelijk voor de toegankelijkheid.

Acteren op signalen

Uit de gesprekken leiden we af dat zorgverzekeraars actief reageren op signalen van zorgaanbieders over drukte in de acute zorgketen. Tegelijkertijd geven zorgaanbieders aan dat zij meestal eerst zelf zoeken naar oplossingen bij (tijdelijke) drukte en dat signalen hierdoor niet altijd terecht komen bij de zorgverzekeraar. De nadruk van zorgverzekeraars ligt volgens zorgaanbieders in de fase van de zorginkoop. Voorheen was de betrokkenheid van zorgverzekeraars voornamelijk financieel, maar zorgaanbieders merken inmiddels meer inhoudelijke betrokkenheid. Samen met de zorgaanbieders(s) zoeken verzekeraars naar oplossingen om de toegankelijkheid van de acute zorg te borgen. Hier geldt dat de samenwerking beter gaat als sprake is van nood. Zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars actief meedenken als zij zich melden met problemen. Zorgaanbieders van vervolgzorg geven hierover echter aan dat zij op dit moment vaak juist een goede zorginhoudelijke sparringpartner bij de zorgverzekeraar missen terwijl ze die wel hard nodig hebben voor oplossingen.

Conclusie

Onze conclusie op basis van de gesprekken én eerdere data-analyses uit onze monitor acute zorg (2019) en informatiekaart acute zorg (2020) is dat de toegankelijkheid van de acute zorg onder normale omstandigheden voldoende is, maar dat we zorgen hebben over de ervaren drukte in de keten tijdens piekmomenten en de toegankelijkheid op de langere termijn. De acute zorg staat in toenemende mate onder druk door onder andere de toenemende complexiteit van de zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en Covid-19. De grootste uitdaging in de toegankelijkheid ligt in de coördinatie van patiënten naar vervolgzorg en de personeelstekorten die er in de zorg zijn. Het probleem lijkt hier niet direct te liggen in een tekort aan beschikbare plekken, maar aan een gebrek aan inzicht waar een passende plek is.

Zorgverzekeraars delen de zorgen over toenemende drukte en toegankelijkheid op de langere termijn maar zien zichzelf beperkt in staat om dit alleen op te lossen. Om de toegankelijkheid ook in de toekomst te kunnen blijven borgen is een goede samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders nodig, duidelijke en onderbouwde kaders wanneer de gehele keten onvoldoende toegankelijk is en betere informatie-uitwisseling en coördinatie om de in- en doorstroom van patiënten in de keten te bevorderen. We verwachten dat zorgverzekeraars hierin een belangrijke rol vervullen en maken hierover de komende tijd afspraken met hen.

Zorgverzekeraars zijn zich bewust van hun zorgplicht en zien dat dit breder is dan alleen het inkopen van zorg. De zorgplicht omvat ook de geleiding naar vervolgzorg en de coördinatie van de gehele zorgketen. Zorgverzekeraars zien deze rol in toenemende mate voor zichzelf, maar de wijze waarop ze hier invulling aan geven verschilt per zorgverzekeraar en per regio. De rol van zorgverzekeraars in het ROAZ en de acute zorgketen is in ontwikkeling en zij moeten en willen hier veelal nog in groeien. De concept AMvB acute zorg zal hierin een goede bijdrage kunnen leveren.

Wij vinden het voor een tijdige signalering van knelpunten wenselijk dat er een eenduidig beeld is wanneer de toegankelijkheid van de acute zorgketen onvoldoende geborgd is. Naast de wettelijke bereikbaarheidsnormen voor de instroom in acute zorg bestaat geen manier om te meten wanneer de gehele acute zorgketen niet goed (meer) functioneert. Wachttijden zijn bij de instroom van acute zorg bijvoorbeeld geen zinvolle maatstaf voor de toegankelijkheid. Het gesprek tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de keten over de vraag wanneer de acute zorgketen niet goed meer functioneert wordt langzaam gestart, maar zorgverzekeraars kunnen deze meer op gang laten komen. In crisissituaties zien we dat zorgverzekeraars deze rol pakken, de uitdaging is hoe dit structureel meer aandacht krijgt.

Dit onderzoek naar toegankelijkheid bevestigt ons eerdere standpunt dat bereikbaarheid van acute zorg (reisafstand of –tijd) weinig zegt over de vraag of iemand ook tijdig de benodigde zorg krijgt. Zorgverzekeraars contracteren beschikbare acute zorg, maar door tekorten aan personeel en de toenemende complexiteit van de zorgvraag kan sprake zijn van piekdruktes. Zorgverzekeraars grijpen in als zij signalen ontvangen van zorgaanbieders over drukte in de acute zorg. De oplossingen die zij samen met zorgaanbieders zoeken, zitten niet altijd in het creëren van financiële ruimte, maar in samenwerking, afstemming in de keten en het zoeken naar oplossingen voor krapte op de arbeidsmarkt. Het beeld komt naar voren dat zorgverzekeraars bij problemen in de instroom en urgente knelpunten paraat staan en meehelpen aan een oplossing. Bij de doorstroom in de keten zien we echter dat zorgverzekeraars in verschillende mate actief optreden en dat hier meer ruimte is voor een sturende rol van de zorgverzekeraar.

Om de acute zorg toegankelijk te houden is voldoende zicht nodig op beschikbare plekken voor een goede door- en uitstroom van patiënten. Zorgverzekeraars proberen zicht te houden op de acute zorgvraag en zorgaanbod – bijvoorbeeld via regiobeelden. In de praktijk is dit lastig omdat zij niet altijd over voldoende informatie en data beschikken. Hiervoor is samenwerking in de keten nodig, tussen zorgaanbieders onderling, maar ook in de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over welke data beschikbaar en nodig is. Een belangrijke les uit de coronacrisis is dat regionale en landelijke monitoring van bijvoorbeeld productie en wachttijden in combinatie met kwalitatieve (klant-)signalen essentieel is voor inzicht in toegankelijkheid.

Vervolg

Begin 2021 verschijnt de nieuwe monitor acute zorg. Deze zal een actueel kwantitatief inzicht bieden in de ontwikkelingen binnen de acute zorg. Wij blijven de ontwikkelingen in de toegankelijkheid van de acute zorgketen en de zorgplicht van de zorgverzekeraars volgen en gaan hierover in gesprek met zorgverzekeraars. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij hun rol binnen het ROAZ oppakken en verder ontwikkelen, gesterkt door de concept AMvB acute zorg. We verwachten ook dat zorgverzekeraars met zorgaanbieders in gesprek blijven over hoe data kunnen bijdragen aan het monitoren van de toegankelijkheid van de gehele acute zorgketen. Daarnaast verwachten we dat zorgverzekeraars actief optreden om samen met zorgaanbieders de doorstroom van patiënten in de keten te bevorderen én dat ze samen maatregelen nemen om tekorten aan personeel aan te pakken.

Het beeld komt naar voren dat zorgverzekeraars bij problemen in de instroom en urgente knelpunten paraat staan en meehelpen aan een oplossing, zeker als zij hiervoor benaderd worden door zorgaanbieders. Bij de doorstroom in de keten naar vervolgzorg zien we echter dat zorgverzekeraars in verschillende mate actief optreden en dat hier meer ruimte is voor een sturende rol van de zorgverzekeraar.