

Spoedeisende medische dienst maakt einde aan tweesporenbeleid

Eén spoedzorgloket buiten kantoor tijd

Eveline van Beek MSc,
manager KPMG Plexus

David Ikkersheim,
arts en bedrijfskundige,
senior manager KPMG Plexus

Wouter N. van den Berg,
voorzitter VPHuisartsen

Hans Nobel,
secretaris VPHuisartsen

Correspondentieadres:
hansnobel@nlzorg.net;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Hollandse Hoogte,
Frank Muller

De SEMD, een eenduidige structuur om basis spoedeisende zorg te leveren, integreert de HAP en SEH en valt onder een ander financieringsmodel. Met deze ingrediënten wordt de spoedeisende zorg op een andere leest geschoeid.

De basis spoedeisende zorg die door 24-uurs spoedeisende hulpafdelingen (SEH's) en door huisartsenposten (HAP's) buiten kantoor uren wordt geleverd, staat binnen het veld al geruime tijd ter discussie. Het naast elkaar bestaan van beide zorgvormen leidt tot ondoelmatig gebruik van zorg en tot vermijdbare kosten. Ten eerste wisselt de prijs van een verrichting in de basis spoedzorg met de locatie. Op de SEH kost een behandeling bijna drie keer zoveel als op de HAP en vijf keer zoveel als dezelfde behandeling bij de huisarts.¹ Ten tweede zijn bekostigingsprikkelers voor de SEH zo ingericht dat zelf produceren meer geld oplevert dan terugverwijzen naar de huisarts. Ten derde leidt de dubbele infrastructuur tot inefficiënt gebruik: tot 80 procent van de zelfverwijzers op SEH's had voor de klacht ook naar een

huisarts of HAP kunnen gaan.¹ Tot slot vormen de verantwoordelijkheid voor de dagzorg in combinatie met de (steeds drukker) ANW-diensten, een grote belasting voor praktijkhouders.²

Politieke actualiteit

Het onlangs gesloten regeerakkoord besteedt ruim aandacht aan de basis spoedeisende zorg en omschrijft enkele maatregelen om de genoemde problematiek te doorbreken.^{3 4}

- een ontduubeling van de infrastructuur voor

acute zorg, door SEH's en HAP's volledig te integreren;

- een populatiegebonden bekostigings-systeem met ruimte voor aanvullende beloningsafspraken met zorgverzekeraars;
- patiënten die zich zonder verwijzing op de SEH melden, betalen in de toekomst een eigen bijdrage van 50 euro.

De omschrijving van de maatregelen in het regeerakkoord leidt echter tot vragen over hoe de spoedeisende zorg er in de toekomst uit zal zien. Worden HAP's onderdeel van de SEH, of juist andersom? Hoe ziet populatiebekostiging eruit? Worden zorgaanbieders daarbij risicodragers? Betalen patiënten alleen een eigen bijdrage voor medisch-specialistische spoedeisende zorg, of ook voor basis spoedeisende zorg? Aan de hand van een onderzoek dat KPMG Plexus in opdracht van VPHuisartsen heeft uitgevoerd en dat op 12 december werd gepresenteerd gaan wij in op deze vragen. We omschrijven allereerst de afbakening van het begrip basis spoedeisende zorg. Vervolgens hoe deze zorg er in de toekomst, praktisch uit kan zien en waarom de patiënt, de professional en de Nederlandse samenleving daar beter van worden.

Basis spoedeisende zorg

We onderscheiden basis spoedeisende zorg en medisch-specialistische spoedeisende zorg. Triage, diagnostiek en behandeling van basis spoedeisende zorg vragen met name

De maatregelen uit het regeerakkoord roepen nog veel vragen op



Met de integratie van de basis spoedeisende functies van HAP's en SEH's verdwijnt de dubbele infrastructuur en dalen de kosten.

huisarts-geneeskundige expertise. Medisch-specialistische faciliteiten en competenties zijn niet nodig, met uitzondering van diagnostische faciliteiten die nu ook al ter beschikking staan van de huisartsen. De voorgestelde integratie van HAP's en SEH's in het regeerakkoord heeft betrekking op deze basis spoedeisende zorg.

De spoedeisende medische dienst

De VPHuisartsen en KPMG Plexus stellen voor de basis spoedeisende zorg te organiseren in een nieuw zorgconcept: de spoedeisende medische dienst (SEMD). De SEMD integreert de basis spoedeisende functies van de HAP's en SEH's en vervult daarbij een poortwachtersfunctie. Hierdoor verdwijnt de dubbele infrastructuur en dalen de kosten van de basis

spoedzorg. Afhankelijk van de gewenste aanrijtijden voor deze spoedzorg zullen er uiteindelijk minder SEMD's nodig zijn dan het huidige aantal HAP's.

Wat doet de SEMD?

De SEMD draagt in de avond- nacht en weekenduren (ANW-uren) de verantwoordelijkheid voor de basis spoedeisende zorg in een regio en voert de (telefonische) triage en behandeling uit bij patiënten met een acute zorgvraag. Tijdens kantooruren is en blijft de huisartsenpraktijk het primaire aanspreekpunt voor basis spoedzorg. Op ziekenhuislocaties die medisch-specialistische spoedeisende zorg bieden, is tijdens kantooruren een SEMD open die met name triage van zelfverwijzers uitvoert. Patiënten

Berekende besparingen

zelfverwijzers op de SEMD i.p.v. SEH behandelen (ANW-uren):	74 mln euro
zelfverwijzers bij huisarts i.p.v. SEH behandelen (kantooruren):	65 mln euro
laagurgente zelfverwijzers van SEMD naar huisarts verwijzen (ANW-uren)	34 mln euro
	173 mln euro

Eigen bijdrage

Het regeerakkoord stelt dat patiënten een eigen bijdrage van 50 euro gaan betalen als ze zich zonder verwijzing bij de SEH melden.² Met de SEMD komen er echter geen patiënten meer in het ziekenhuis zonder een verwijzing: ze komen via de SEMD of via medisch vervoer. Het is niet duidelijk of de eigen bijdrage ook voor de SEMD zal gelden of hoe hoog deze moet zijn. Het voordeel van een eigen bijdrage is dat het onnodig zorggebruik ontmoedigt, zeker als patiënten al twijfelen over de noodzaak van een SEMD-bezoek. Een mogelijke nadeel is echter dat het patiënten met een terecht zorgvraag, en vooral die met een laag inkomen, ook kan ontmoedigen.⁴

met basis spoedeisende gezondheidsklachten worden doorverwezen naar hun eigen huisarts; patiënten met een medisch-specialistische klacht krijgen een verwijzing voor het ziekenhuis. Door de in het regeerakkoord aangekondigde concentratie van de spoedeisende medisch-specialistische zorg zal het huidige aantal ziekenhuizen dat dergelijke zorg levert afnemen, inclusief de daaraan gekoppelde

SEMD's die 24 uur per dag spoedeisende zorg leveren. Buiten kantooruren behandelt de SEMD zorgvragen die om medische redenen niet kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Op de SEMD werken

allen professionals, zoals nurse practitioners, verpleegkundig specialisten, huisartsen en (SEH-)artsen, samen.

Als zich bij een ziekenhuis zonder SEMD zelfverwijzers melden, zal net als in de huidige situatie waarin een SEH ontbreekt, naar bevind van zaken en op basis van de beschikbare mogelijkheden worden gehandeld.

Hoeveel SEMD's?

In principe is de SEMD gekoppeld aan een ziekenhuislocatie, wat voor een groot deel overeenkomt met de huidige praktijk: driekwart van de HAP's stond in 2010 al op een ziekenhuisterrein.⁴

Om te voldoen aan de 45-minutennorm voor toegang tot medisch-specialistische spoedzorg, zijn in Nederland minimaal 47 ziekenhuizen nodig met deze spoedfunctie.⁵ Tijdens kantooruren is op deze locaties ook een SEMD open om zelfverwijzers op te vangen en te triageren. Als we buiten kantooruren bij basis spoedzorg ook uitgaan van de 45-minutennorm en de snelheid van normaal personenvervoer als uitgangspunt

nemen, zouden er tussen de zeventig en tachtig SEMD's nodig zijn (op dit moment zijn in ons land 124 HAP's). Afhankelijk van de gewenste bereikbaarheid is te bepalen op welke andere ziekenhuislocaties een SEMD aanwezig moet zijn. In sommige dunbevolkte gebieden kunnen eventueel zelfstandige SEMD's worden gesitueerd.

Bekostiging

De SEMD wordt bekostigd met een vast bedrag per inwoner van de regio, aangevuld met een vergoeding voor relevante geografische en demografische kenmerken. In de bekostiging is de SEMD echter gescheiden van het ziekenhuis en de huisartsenzorg. Het uitgangspunt voor dit populatiebudget is een samenvoeging van de huidige HAP-budgetten en de kosten van de basis spoedeisende zorg op de SEH's. Vervolgens wordt de beoogde besparing van het totaal afgetrokken. Er moet daarbij scherp worden opgelet of er geen scheve verhoudingen ontstaan doordat historische inefficiënties te veel zijn meegewogen. Door deze bekostigingswijze worden de SEMD's geprikkeld om patiënten zo effectief mogelijk te helpen en terug te verwijzen naar de huisarts als dat medisch verantwoord en mogelijk is. Een hogere productie levert in deze systematiek geen extra geld op. De dominante zorgverzekeraar in de regio en de SEMD maken afspraken over de te leveren kwaliteit en service. Via (onderlinge) benchmarking worden prestaties op het gebied van kwaliteit, doelmatigheid (bijvoorbeeld het aantal doorverwijzingen) en toegankelijkheid inzichtelijk gemaakt.

Wat levert de SEMD op?

De beschreven rol, inrichting en bekostiging van de SEMD beantwoorden aan huidige knelpunten in de spoedeisende zorg en de doelstellingen in het regeerakkoord. Voor de patiënt wordt het allemaal duidelijker: er is nog maar één toegangspoort voor acute zorgvragen buiten kantooruren. Ook de samenleving profiteert: inzet van de SEMD als basis spoedvoorziening levert een jaarlijkse besparing van ongeveer 173 miljoen euro op.

Tot slot leidt de verantwoordelijkheid van de SEMD voor de organisatie en invulling van diensten tot een lagere werkdruk voor praktijkhouders. De SEMD kan een stimulans betekenen voor innovatie op kwaliteit, doelmatigheid en gewenste taakdifferentiatie in de basale spoedzorg. Kortom, de zorg wordt beter, toegankelijker en goedkoper: wie wil dat nu niet? 

Er zouden tussen de zeventig en tachtig SEMD's nodig zijn



De voetnoten en meer artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.