



JAN VAN ES INSTITUUT

Substitutie: van zorg binnen silo's naar patiëntgerichte zorg op maat

white paper, april 2012





Inhoud

Voorwoord	3
Waarom deze aandacht?	4
Achtergronden	4
Huidig beleid	5
Toekomstig beleid?	7
Wat zijn de huidige knelpunten dat substitutie niet vanzelf gaat?	9
Kostenbewusteloosheid	9
Bekostiging eerste en tweede lijn	10
Regie in eerste lijn: generalistisch versus specialistisch perspectief	13
Wat zijn de mogelijkheden?	14
Voorbeelden van substitutie	14
Welke potentiële besparingen zijn mogelijk?	17
Substitutiespeurder	19
Buitenlandse ervaring	21
Wat moet er gebeuren?	23
Aan de slag	23
Substitutiethermometer	23
Landelijke substitutie-agenda VWS, ZN, NZa, NPCF	27
Verantwoordelijkheden	28
Tot slot	29
Leergang substitutie	30
Jan van Es Instituut	31

Integrale overname van deze white paper is niet toegestaan. Verwijzen naar de white paper op de website van het Jan van Es Instituut is accoord, mits dit is gemeld (vooraf of achteraf) aan het Jan van Es Instituut.



Voorwoord

Substitutie staat volop in de belangstelling. Nooit had het onderwerp in politiek Den Haag en bij zorgverzekeraars zoveel belangstelling. De zorgkosten dreigen te exploderen onder het huidige regime van sturing en financiering van zorg. Politiek en beleid reageren met hogere eigen bijdragen, meer eigen risico en pakketverkleining. Voor dergelijke maatregelen bestaat logisch nauwelijks maatschappelijk draagvlak. Substitutie lijkt het toverwoord: tenminste even veel kwaliteit van zorg, tegen lagere kosten, door verplaatsing van zorg: wie wil het niet? De praktijk blijkt echter weerbarstig, zoals wel vaker binnen de gezondheidszorg. (Ondernemers)belangen, gewoontes en cultuur, financieringsschotten, politieke visies, dreigende faillissementen... allemaal maken ze het doorvoeren van substitutie tot een lastige zaak.

Zorg op maat

Deze white paper gaat in op de achtergronden, kansen en bedreigingen voor substitutie, en richt zich daarbij met name op substitutie van specialistische zorg binnen instellingen (ziekenhuizen, ggz, revalidatie) naar generalistische zorg in de buurt. Van tweede lijn naar eerste lijn, zo u wilt. Echter, de beschreven mechanismen gelden waarschijnlijk ook voor de andere substitutievormen. Belangrijk is echter dat substitutie niet moet gaan over het verplaatsen van pakketjes zorg met bijbehorende financiën van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk: dat lost de problemen niet op. De schotten in de zorg, de paradigma's en verschil in financiering tussen eerste lijn en tweede lijn blijven dan bestaan, met alle misverstanden, dubbele zorg en onnodige kosten van dien. Het gaat erom dat substitutie plaatsvindt naar regie van de zorg vanuit een generalistische visie, met zoveel mogelijk regie door de patiënt zelf. Deze generalistische visie kan het best worden vorm gegeven vanuit zorg in de buurt, van oudsher de eerste lijn. Met de patiënt als vertrekpunt ontstaat dan zorg op maat, als tegenhanger van afgebakende pakketjes zorg binnen de logica van de aanbieder. Er zijn vele voorbeelden van het succes van een dergelijke aanpak.

Uitdaging

Patiëntgerichte Zorg Op Maat betekent een uitdaging voor de hele zorg, maar het meeste voor de eerste lijn. Dáár zal men samen met de patiënt en de specialist moeten komen tot regie op zinnige en zuinige zorg vanuit een generalistisch perspectief. Patiëntgerichte Zorg Op Maat start met de overtuiging dat alle betrokkenen bij het zorgproces de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt moeten delen. Ik hoop dat deze white paper bijdraagt aan het krachtig aangaan van deze uitdaging.

Marc Bruijnzeels,
directeur Jan van Es Instituut



Waarom deze aandacht?

Substitutie staat volop in de belangstelling. Nooit eerder was er in politiek Den Haag zoveel aandacht voor. Het grootste motief is de sterk toenemende zorgvraag die gepaard gaat met explosieve kosten.

Achtergronden

De zorg slokt een steeds groter deel van de collectieve uitgaven op. Holle Bolle Gijs die onverzadigbaar is. Deze steeds toenemende zorgvraag leidt tot minimaal twee grote dilemma's, namelijk kosten en arbeidsmarkt.

1 Kosten

De kosten van de gezondheidszorg stijgen explosief. Deze trend moet een halt toe worden geroepen, om een aantal redenen. Enerzijds omdat ze niet meer op te brengen zijn. Anderzijds ook omdat daarmee de solidariteit in gevaar komt. De Raad van de Volksgezondheid heeft al in 2005 vraagtekens gezet bij de houdbaarheid van de solidariteit in de zorg, gegeven de enorme kostenstijging. Zijn en blijven gezond levende mensen



Toenemende zorgkosten leiden tot grote dilemma's

bereid om te betalen voor ziekten die gerelateerd zijn aan leefstijl, zoals roken, overmatig drankgebruik en onvoldoende bewegen? Mensen met voldoende vermogen zijn in staat en steeds meer bereid voor hun eigen zorg te betalen, hun eigen operatie 'te kopen'. Op dit moment is dat in ons land nog niet mogelijk, maar hoe lang houdt dat nog stand? De zorgvraag stijgt ook exponentieel bij een gelijkblijvend consumptiepatroon per leeftijdscategorie met een stijgende leeftijd. Vooral de chronische zorg voor de 55- tot 74-jarigen en de complexe ouderenzorg voor de 75-plussers nemen sterk toe. Het huidige zorgaanbod lijkt onvoldoende in staat om deze enorme toestroom op te vangen. De betaalbaarheid (zorg tegen acceptabele kosten) en solidariteit van basiszorg voor iedereen staat daarmee onder druk.

2 Arbeidsmarkt

Bij de arbeidsmarkt spelen een aantal problemen. Zodra er sprake is van een hoogconjunctuur, zijn er weinig mensen beschikbaar voor de zorgverlening. Er zijn dan voldoende mogelijkheden in de arbeidsmarkt voor beter betaalde banen met meer perspectief. In een laagconjunctuur daarentegen zijn er voldoende mensen geïnteresseerd in een baan in de zorg. Echter: in dat geval ontbreekt het geld om deze inzet te kunnen betalen. In deze laatste positie bevindt Nederland zich nu.



Waarom deze aandacht?

Vanwege die laagconjunctuur is er op dit moment nog geen sprake van het eerder voorspelde arbeidstekort. Maar uitstel betekent zeker geen afstel. Een tekort aan arbeidskrachten in de zorg is echter onontkoombaar, vanwege de vergrijzing. De laatste decennia zijn veel vrouwen toegetreden tot de arbeidsmarkt en een groot deel van hen werkt in de zorg. Inmiddels is het merendeel 55-plus. Dat betekent dat er binnen afzienbare tijd een grote uitstroom zal plaatsvinden, die niet meer wordt opgevangen door vrouwelijke nieuwkomers op de arbeidsmarkt, zoals tot voor kort.

Bovendien gaat de vergrijzing gepaard met ontgroening. Daardoor is er binnen afzienbare tijd sprake van een krimpende beroepsbevolking. Dat betekent dat de arbeidsproductiviteit in de zorg nauwelijks meer kan toenemen. Er is dus onontkoombaar een tekort aanstaande. Dat zal leiden tot hogere salariseisen van potentiële werknemers. Om die te kunnen betalen, is verdere economische groei nodig.

Potentie voor substitutie

Kortom: de problematiek in de gezondheidszorg is formidabel groot; er is zowel tekort aan geld- als menskracht op handen. Dat betekent dat er een sterke potentie bestaat voor substitutie. Dat wil zeggen: vervanging en verplaatsing van de huidige zorgarrangementen door doelmatigere zorg voor minder geld.

Huidig beleid

Het antwoord van het overheidsbeleid op deze dilemma's is o.a.: 'Zorg op de juiste plek'. Dat betekent: generalistisch (in de eerste lijn) als het kan, en specialistisch (in de tweede lijn), als het moet. Minister Schippers pleit voor "zorg in de buurt, dicht bij de patiënt". De piramide die in deze brief wordt genoemd, illustreert het beleid van meer zorg naar de nulde en eerste lijn. Dat is een mooi streven, maar het betreft wel een grote cultuuromslag. We kunnen wel spreken van een paradigmashift in de gezondheidszorg. Die verplaatsing van zorg vangen we onder het begrip "substitutie".





Waarom deze aandacht?

Substitutie betekent letterlijk: *“iets vervangen door een gelijkwaardig middel”*. Eén van de definities van substitutie in de zorg luidt: *“geheel of gedeeltelijk vervangen van bestaand zorgaanbod door andersoortige zorg om te komen tot zorg op maat afgestemd op de hulpvrager, en mogelijk kostenbesparing”*.

In onze optiek in de huidige context gaat het hierbij niet om ‘mogelijke kostenbesparing’, maar is kostenbesparing juist het uitdrukkelijke doel van de substitutieagenda. Meer zorg lager in de piramide tegen hogere kosten sluit niet aan bij de beleidsintenties: de kostencomponent is essentieel, alle mooie bespiegelingen over de kwaliteit ten spijt.

Zorg op maat

Uitgaande van deze definitie is het belangrijkste aspect: komen tot zorg op maat tegen lagere kosten. Dat is ook wat minister Schippers beoogt: *“de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener”*. Kwaliteit en doelmatigheid gaan hand in hand, dus ook met kostenbesparing. De juiste zorg betekent geen overbodige handelingen. Dit is overigens geen nieuwe gedachte. Al in de structuurnota gezondheidszorg van staatssecretaris Jo Hendriks in 1974 was het uitgangspunt zorg dicht bij de mensen. Door een versterkte eerste lijn met veel gezondheidscentra en een functieverdeling ziekenhuishuis / eerste lijn met substitutie als invalshoek. De subsidieregelingen voor gezondheidscentra en de experimentele ruimte voor Almere zijn uitvloeisels van dit beleidsstreven. Helaas is van het effect van het beleid weinig terecht gekomen. Substitutie heeft niet plaatsgevonden. De vraag naar de oorzaken van het uitblijven van substitutie als gevolg van dit beleid is tot op heden onbeantwoord gebleven. Wij pleiten er dan ook voor om voorafgaand aan allerlei grote veranderingen nog eens goed stil te staan bij de oorzaken van het uitblijven van deze substitutie in de gebieden waar gezondheidscentra wel zijn gerealiseerd.

Doelmatigheidsvoordelen

Daarbij is het de bedoeling dat de substitutie van de tweede naar de eerste lijn doelmatigheidsvoordelen oplevert onder minimaal gelijkblijvende kwaliteit. Als de kosten op een bepaald moment lager zijn dan eerder het geval was, terwijl de kwaliteit hetzelfde of hoger is, heeft substitutie echt resultaat. Als de zorg in de eerste lijn duurder is dan in de tweede lijn, bijvoorbeeld door verschillen in schaalgrootte, dan is substitutie niet interessant om uit te voeren.

Dat substitutie daadwerkelijk tot meer doelmatige zorg leidt, toont de kosten van de zorgstudie die in 2008 in Almere is uitgevoerd. Uit deze studie blijkt dat de gemiddelde kosten van een patiënt met diabetes in de eerste lijn ca € 1.000 lager is dan de kosten van een vergelijkbare patiënt met diabetes in de tweede lijn. Echter de totale kosten van zorg per patiënt dalen niet. Het doelmatigheidsvoordeel dat men zou verwachten, wordt in de praktijk niet gerealiseerd. Het opvullen van de vrijgekomen capaciteit als gevolg van



Waarom deze aandacht?

overheveling van zorg naar de eerste lijn leidt uiteindelijk tot meer zorg (en dus hogere kosten) en niet tot meer doelmatigheid.

Dit betekent dus dat het ziekenhuis bereid moet zijn tot substitutie en niet het vrijgekomen gat opvult met andere zorg, waardoor het behandelvolume in het ziekenhuis gelijk blijft in plaats van beperkt wordt.

Toekomstig beleid?

Minister Schippers schrijft in februari 2012 aan de Kamer¹: “Als huisartsen niet-complexe zorg uit handen van medisch specialisten kunnen nemen, kan het behandelvolume in ziekenhuizen wellicht beperkt worden. Dit is in lijn met de gemaakte afspraken in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen over de noodzakelijke beheersing van de kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg. Het past binnen de beweging in mijn beleid van substitutie en daarom vraag ik de NZa ook om een uitvoeringstoets naar substitutie te doen.”

Uitvoeringstoetsen

Minister Schippers heeft de NZa inmiddels verzocht die uitvoeringstoets naar substitutie te doen. Met als belangrijkste vraag of er nog belemmeringen in het systeem dienen te worden weggenomen om substitutie te gaan laten vliegen.



De zorg verantwoord zo laag mogelijk houden in de piramide

Overigens heeft minister Schippers al eerder een verzoek neergelegd bij de NZa om een uitvoeringstoets bekostiging integrale zorg². Met daarbij de opmerking dat dit in samenhang moet worden gezien met de uitkomsten van andere NZa-uitvoeringstoetsen, nl. bekostiging integrale zorg, basis-ggz, eerstelijnsdiagnostiek en bekostiging perinatale zorg. Dit om zorg en ondersteuning in de buurt te bevorderen. Kortom, de minister heeft in ieder geval aandacht voor substitutie.

Integrale inkoop, dicht bij huis

Zorgverzekeraars zijn ook reeds op weg naar het meer integraal inkopen van zorg dicht bij huis. Zorgverzekeraars willen dat graag in de eerste lijn, mits dat gaat om integrale zorg. Dat blijkt ook uit het Zorginkoopdocument 2012 van Achmea. Daar staat: “...het inkoopbeleid van Achmea ten aanzien van Diabetes Mellitus type 2-, VRM- en

- 1 Kamerbrief met een reactie op het rapport van Ecorys over zelfzorg, 20 februari 2012
- 2 Brief Uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg, 28 november 2011

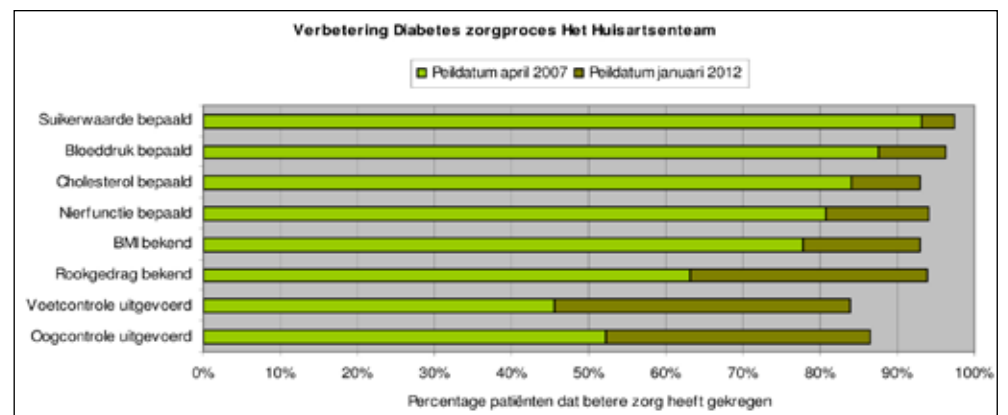


Waarom deze aandacht?

COPD- ketenzorg per 1 januari 2012. Deze drie chronische aandoeningen hebben een grote impact op onze collectieve gezondheid en ons gezondheidszorgbudget. Achmea hecht veel waarde aan de beste zorg dicht bij huis voor alle verzekerden en in het bijzonder voor deze groepen patiënten. Kenmerkend voor de zorg voor deze chronische zieken is de betrokkenheid van een relatief groot aantal zorgverleners. Coördinatie en afstemming zijn dan ook belangrijk in de zorg voor chronisch zieken. Het is ons doel om zoveel mogelijk te faciliteren dat de eerste lijn integrale zorg aan chronische zieken aanbiedt waarbij de toegankelijkheid en betaalbaarheid geborgd is.”

Kwaliteitsverbetering

In hoeverre er sprake is van substitutie van de tweede naar de eerste lijn ten aanzien van diabeteszorg is duidelijk. Voorheen werd 20% van de patiënten met diabetes in de tweede lijn behandeld en nu 10%. Er is echter onvoldoende uitgekristalliseerd of de invoering van ketenzorg voor diabetes heeft geleid tot kostenbesparing. Wel is duidelijk dat er sprake is van kwaliteitsverbetering. Deze kwaliteitsverbetering komt niet tot stand door substitutie, maar wel door de kwalitatief betere zorgverlening in de eerste lijn. Dat blijkt ook uit onderstaand overzicht van de zorggroep Het Huisartsteam.





Wat zijn de huidige knelpunten dat substitutie niet vanzelf gaat?

Substitutie komt niet vanzelf tot stand, dat is duidelijk voor iedereen die ermee van doen heeft. Daaraan liggen diverse diverse factoren ten grondslag. Het Jan van Es Instituut heeft deze op een rij gezet.

Kostenbewusteloosheid

In de gezondheidszorg is sprake van *kostenbewusteloosheid*. Zowel de verzekeraar, de aanbieder, de patiënt als de overheid heeft onvoldoende inzicht in de financiering en de bekostiging. Financiering wil zeggen: de wijze waarop waarde aan een product wordt toegekend. Anders gezegd: wat vinden we een terechte prijs voor een bepaalde activiteit? Bekostiging is de wijze waarop de zorg wordt betaald (dus deze waarde feitelijk wordt bekostigd). In het huidige systeem wordt het grootste deel van de zorg bekostigd door de verzekeraar in het kader van de basisverzekering. Een deel wordt bekostigd door de aanvullende verzekering en weer een ander deel moet de patiënt zelf betalen. Opvallend is dat de verschillende actoren geen zicht hebben de totale kosten en totale financiering van zorg. Dit geldt niet alleen voor eerste en tweede lijn, maar ook voor de financiering en bekostiging van zorg in de publieke zorg, ondersteuning en verplegingszorg. Systemen als Zorgverzekeringswet, Wmo, awbz en Wpg maken de chaos uitsluitend groter.

We voeren nu met name een bekostigingsdiscussie met elkaar. De echte discussie gaat natuurlijk over de financiering van de zorg: op welke wijze kennen we waarde toe aan (onderdelen van) zorg. Deze discussie wordt *niet* gevoerd. Discussies over bekostiging zijn voornamelijk systeemdialoog, terwijl het moet gaan over uitgangspunten. Daarover later meer.

In de gezondheidszorg is sprake van kostenbewusteloosheid

Voor de bekostiging is het hele systeem opgebouwd/ingedeeld in echelons, met een separate eerstelijns- en tweedelijnsfinanciering. Binnen deze echelons heersen totaal verschillende bekostigingssystematieken.



Wat zijn de huidige knelpunten dat substitutie niet vanzelf gaat?

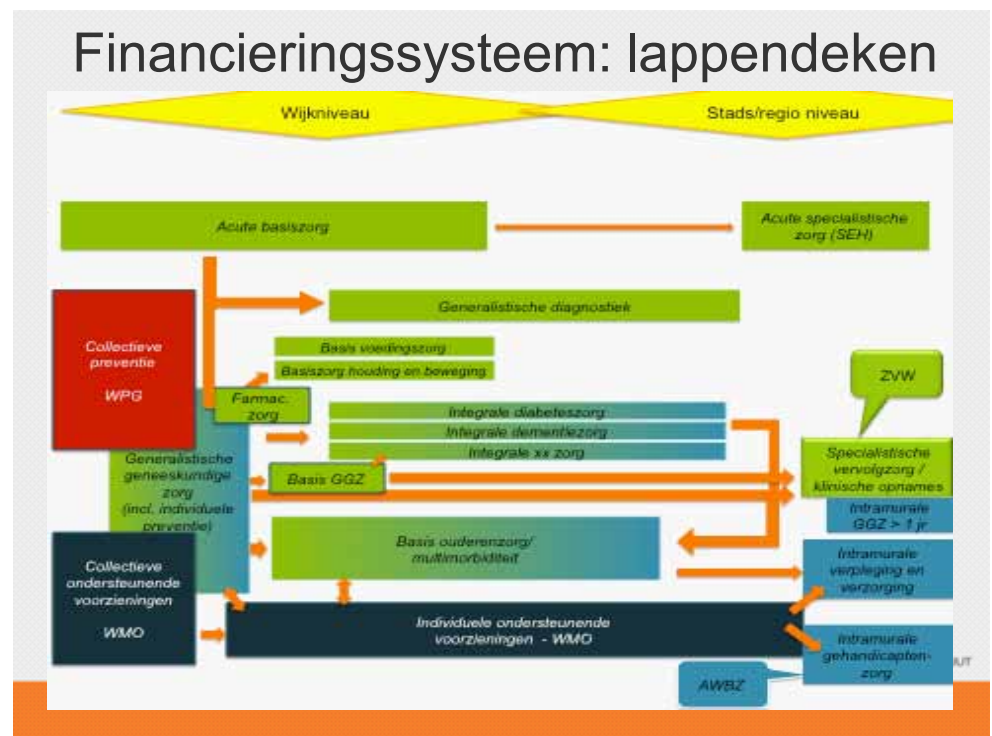
Bekostiging eerste en tweede lijn

Tweedelijnsfinanciering is compleet anders dan de financiering van de eerste lijn. Om met dat eerste te beginnen: de bekostiging in de eerste lijn is op dit moment een lappendeken met complexe verbindingen, niet te ontwarren knopen en losse eindjes.

• Bekostiging eerste lijn

In de eerste lijn is er financiering via o.a.:

- Basiszorg
- Keten-dbc's
- Koptarieven
- GEZ-contractering (geïntegreerde eerstelijnszorg)
- Awbz
- Gemeente/Wmo
- Subsidies en projecten
- Eigen rekening
- Aanvullende verzekering
- Kortingen ter voorkoming van dubbele financiering





Wat zijn de huidige knelpunten dat substitutie niet vanzelf gaat?

• Bekostiging tweede lijn

De bekostiging van de tweede lijn verloopt via het ziekenhuisbudget. Daar is sprake van dbc's, diagnosebehandelcombinaties, die worden omgezet naar DOTs. Er zijn dbc's/ DOTs in het A-segment. Daaraan heeft de NZa een tarief toegekend. Daarnaast is er het B-segment. De dbc's/DOTs in dit segment zijn vrij onderhandelbaar, zowel op volume als op prijs. In 2006 zat 10% van de dbc's in het B-segment, inmiddels is dat gestegen tot 70%. Achterliggende gedachte is dat bij vrij onderhandelbare dbc's de marktwerking een grote rol speelt en zorginkopers kritisch zullen inkopen op prijs en kwaliteit.

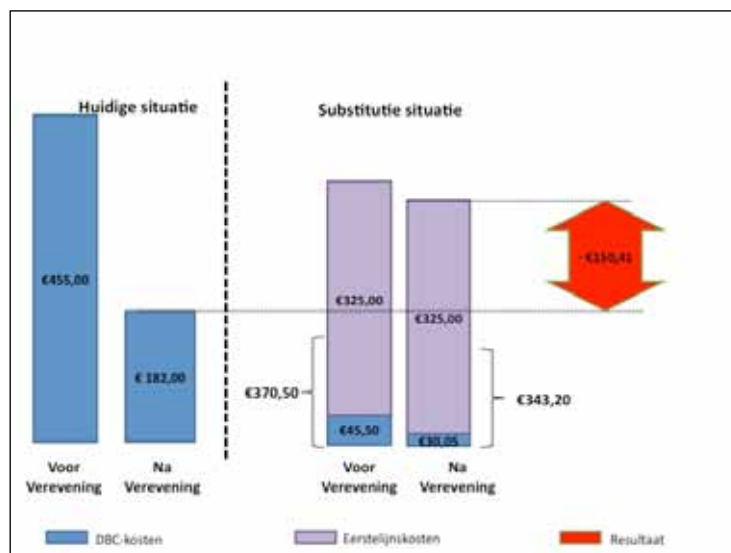
Ex-post risicoverevening

Voor de inkoop van zorg in de tweede lijn speelt de ex-post risicoverevening een grote rol. Met de ex-post risicoverevening worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor de verliezen die zij maken op de zorgkosten. Dit gebeurt via nacalculatie van verliezen op bepaalde vormen van zorg. En via een compensatie voor verzekerden met extreem hoge zorgkosten: de zogenaamde hogekostenverevening.

Deze ex-post risicoverevening geldt niet voor het B-segment. Dat houdt in dat zorgverzekeraars bij een groter B-segment meer risico lopen, omdat verrekening achteraf op de verliezen niet mogelijk is.

De ex-post risicoverevening geldt ook niet voor huisartsenzorg en farmacie. Dat betekent dat het voor zorgverzekeraars niet interessant is om zorg uit het A-segment over te hevelen naar de eerstelijnszorg. Want op de financiering van de eerste lijn lopen ze financieel risico en dat is niet het geval bij de tweedelijnszorg in het A-segment.

Zie hieronder een voorbeeld van opbrengsten van substitutie met de ex-post verevening en zonder de ex-post verevening. Het betreft niet-complexe copd-zorg, waarvoor een dbc copd is gedeclareerd.



Bron: De Eerstelijns



Wat zijn de huidige knelpunten dat substitutie niet vanzelf gaat?

Uit dit voorbeeld blijkt dat de verzekeraar gemiddeld € 150,- duurder uit is per copd-patiënt als de zorg grotendeels wordt overgeheveld naar de eerste lijn (de substitutie-situatie). In de huidige situatie compenseert de ex-post risicoverevening een bedrag van € 273 (€ 455,- minus € 182,-). Zonder verevening daarentegen zou er juist een besparing zijn van gemiddeld € 130,- per patiënt (€ 455,- minus € 325,-). Omdat het gaat om grote aantallen, gaat het ook om grote bedragen.



Eerste lijn: gezond zijn en zo lang mogelijk gezond houden

Op weg naar gelijk speelveld

Het goede nieuws is dat deze situatie gaat veranderen. Minister Schippers heeft doorgevoerd dat de hogekostenverevening wordt afgeschaft. Ook de nacalculatieverevening voor het A-segment wordt geleidelijk afgeschaft. Daardoor worden zorgverzekeraars geprikkeld om ook in de tweede lijn doelmatig in te kopen. Dat leidt tegelijk tot een gelijk speelveld tussen de eerste en tweede lijn. Dat is nu dus nog niet het geval en dat heeft, zeker in de afgelopen jaren, een grote rol gespeeld in de opstelling van de zorgverzekeraars.

Andere uitgangspunten

Desondanks blijft aansluiting tussen de eerste- en tweedelijnsfinanciering problematisch. Dat heeft vooral te maken met verschillen in uitgangspunten. De specialistische zorg gaat uit van een ziekte en een behandeling. Het ziek-zijn tot het tegendeel is bewezen. De generalistische eerste lijn daarentegen gaat uit van gezonde mens in zijn totale context: het gezond zijn en zo lang mogelijk gezond houden. Deze eerstelijnsvisie maakt het verschil tussen de tweede en eerste lijn. De andere bekostiging vergroot dit verschil in visie. Dat maakt een financiële vergelijking tussen beide lijnen ook nagenoeg onmogelijk en is het uitermate lastig om substitutie-effecten aan te tonen of zelfs maar bij benadering te berekenen.



Wat zijn de huidige knelpunten dat substitutie niet vanzelf gaat?

Regie in eerste lijn: generalistisch versus specialistisch perspectief

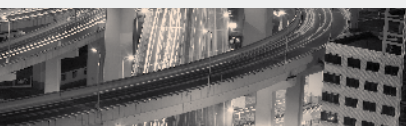
Het blijkt in de afgelopen jaren dat de dbc-financiering heeft geleid tot het openen van gemiddeld meer dan drie dbc's per verwijzing. Dit specialistische perspectief is een uitvloeisel van het medische paradigma dat men aandoeningen per tractus dient te behandelen. De ordeningsdrang en verregaande specialisatie heeft dit traject versneld. In de eerste lijn daarentegen kent men een meer generalistisch perspectief, waarbij het totale zorgproces van de patiënt in beeld is.

Vallend onder eerste lijn

Substitutie van de tweede naar de eerste lijn roept het vraagstuk op wat eerste lijn is en wat onder tweedelijnszorg valt. In deze uitgave gaan we ervan uit dat het eerstelijnszorg betreft als de huisarts de regie houdt en samen met de patiënt het medisch beleid bepaalt. Er is dus geen sprake van verwijzing naar een poortspecialist. Een specialist kan wel optreden als consulent, als beoordelaar of als uitvoerder (denk bijvoorbeeld aan het beoordelen van fundusfoto's door een oogarts, echobeelden door radioloog). Ook kan de specialist samen met de huisarts patiënten zien. Echter: zolang de huisarts de regie heeft, worden deze vormen van zorg gerekend tot eerstelijnszorg.

Geen nieuwe silo's

De scheidslijn is niet strikt te trekken. Steeds meer is er sprake van de zogenaamde 'anderhalvelijnszorg'. Dit heeft het risico dat er mogelijk een extra organisatievorm met een eigen bedrijfsvoering wordt gecreëerd. Een eigen bedrijfsvoering leidt dan al weer snel tot een eigen bedrijfsdoelstelling. We zien al allerlei voorbeelden als transmurale centra, gemeenschappelijke BV's van huisartsen en specialisten etc. Nieuwe managementlagen worden gecreëerd. In onze optiek moet anderhalvelijnszorg geen extra speler worden in de zorg. Het is van belang dat de anderhalvelijnszorg onder de eerstelijnszorg valt en blijft vallen. We dienen te voorkomen dat er nieuwe silo's ontstaan.



Anderhalvelijnszorg hoort onder eerstelijnszorg



Wat zijn de mogelijkheden ?

Ondanks de complexe problematiek zijn er wel goede voorbeelden van substitutie. Er bestaat helaas geen compleet landelijk overzicht met alle vormen van substitutie en de opbrengsten daarvan in termen van kwaliteit, patiënttevredenheid en financiën. Het is wel duidelijk dat substitutie leidt tot kostenbesparing.

Voorbeelden van substitutie

Substitutie van de tweede naar de eerste lijn vindt al plaats. Wij noemen hier enkele gevarieerde voorbeelden.

Gezonde wijk

Gezonde wijk is onderdeel van het convenant Utrecht gezond! Gemeente Utrecht, Agis Zorgverzekeringen en St. Overvecht GEZond (met alle eerstelijnsaanbieders in de wijk) werken samen aan een betere gezondheid in de wijk Overvecht. Het zet niet zozeer in op substitutie, maar wel op stevige samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners, welzijn en preventie. Succesfactor is de intensieve inzet van huisarts en praktijkondersteuners. Er is een toename in het aantal huisartsconsulten, poh-consulten en fysiotherapie, maar daar staat daling in het ziekenhuisgebruik tegenover. Overall heeft het voor deze wijk een daling van 4% van de zorgkosten opgeleverd.

Substitutie HAP en SEH

Het betreft een landelijke businesscase voor de substitutie van HAP en SEH. Ontwikkeld door VHN en Mobilee management & advies. Deze bevat uitgewerkte berekeningen van de kosten en de mogelijke opbrengsten van de substitutie van zelfverwijzers van de SEH naar de huisartsenpost. Aan de hand van een schema van de patiëntenstroom tussen HAP en SEH is een rekenmodel opgesteld. Er zijn verschillende scenario's doorgerekend. Daaruit blijkt een reële besparingspotentie van enkele tientallen miljoenen per jaar tot maximaal ongeveer € 150 miljoen.

Kanker in chronische fase

Het Nivel stelt in haar rapport "Nazorg bij kanker" (december 2019), dat het aantal mensen met kanker van 2010 tot 2020 toeneemt van ruim 500.000 tot ruim 900.000. Daarvan zit bijna 90% in een chronische fase. Meer mensen zullen langer overleven en er komen meer nieuwe patiënten met kanker. Deze toename van zorg zal substitutie van de tweede naar de eerste lijn noodzakelijk maken. Het Nivel heeft de consequenties voor de eerste lijn berekend. Als mensen met kanker in de chronische fase twee extra praktijkconsulten hebben bij de huisarts, is er in 2020 zo'n zes miljoen contacten voor mensen met kanker in een chronische fase. Het gaat dus om grote aantallen. Het Nivel



Wat zijn de mogelijkheden ?

concludeert in het rapport dan ook dat voor extra aandacht voor kanker in de eerste lijn substantieel meer mankracht nodig is.

Diabeteszorg

Het aantal diabetespatiënten is de afgelopen jaren fors toegenomen. En zal ook nog een sterke groei kennen in de komende jaren tot naar schatting 1,4 miljoen patiënten in 2025. In de eerste lijn is sinds een aantal jaren aandacht voor kwalitatieve goede diabeteszorg. Het aantal ziekenhuisopnamen voor diabetes is in de periode 1995-2005 is afgenomen met 24%. Naar verwachting heeft dat te maken met de grotere inzet voor keten-diabeteszorg in de eerste lijn.

Wat recent steeds meer tot discussie leidt, zijn de toegenomen kosten voor de diabeteszorg in de eerste lijn, de beperkte winst in gezondheid voor de patiënt afgemeten aan een paar klinische indicatoren en de gelijkblijvende kosten in de tweede lijn. Kortom, de verzekeraars ervaren onvoldoende eenduidig besparing van de ketenzorg in de totale kosten van zorg. Overigens lopen de meningen van verzekeraars daarin zeer uiteen. Zo geeft VGZ aan dat volgens een eigen globaal onderzoek diabeteszorg via zorgprogramma's en door een zorggroep per patiënt 40% minder kosten genereert. Achmea daarentegen meldt dat onderzoek naar het effect van integrale diabeteszorg 1998 – 2008 heeft aangetoond dat kwaliteit en medische uitkomsten significant zijn verbeterd, maar ook dat in de periode 2006-2009 de totale zorgkosten voor diabetes bijna 4,5 maal sterker gestegen zijn dan het volume. Achmea stelt: "Voor betaalbare en kwalitatieve goede diabeteszorg nu en in de toekomst zijn en blijven investeringen in integrale zorg, in samenwerking, en in het transparant maken van medische uitkomsten noodzakelijk. Maar dit moet wel plaatsvinden binnen een goed functionerend bekostigingssysteem."

Kortom: integrale diabeteszorg, inclusief preventie, kan prima in de eerste lijn worden geleverd, echter het eenduidig effect op de kosten ontbreekt.

Geestelijke gezondheidszorg

Steeds meer mensen doen een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. De eerste lijn krijgt vaak te maken met psychische problemen. Mensen komen met angststoornissen, somberheid of depressieve klachten. Vaker blijken lichamelijke klachten waarmee mensen komen op het spreekuur van de huisarts, de uitingsvorm van psychische problemen. Het is van belang dat ze worden gesignaleerd, gediagnosticeerd en adequaat behandeld. Veelal wordt gesproken over de inzet van de poh-ggz en e-health.

Minister Schippers meldde op de Kennisdag GGZ 2012 dat milde psychische klachten in de eerstelijnszorg thuishoren. "Opvallend is dat veel mensen met relatief milde klachten in de tweede lijn worden behandeld", aldus Schippers. "Zo'n 30% kan beter naar de eerste lijn, in hun eigen omgeving."



Wat zijn de mogelijkheden ?

Jan Walburg, voorzitter RvB Trimbosinstituut stelt dat de eerste lijn indringend wordt geconfronteerd met psychische problemen. Zo'n 70% van mensen met psychische problemen komt eerst bij de huisarts. Hij wijst op het belang van een adequate behandeling. Naar schatting levert elke euro investering in de eerstelijns-ggz zo'n 2,5 tot 4 euro op aan minder somatische klachten en betere arbeidsparticipatie. Met meer eerstelijns-ggz verwachten we ook minder tweedelijns-ggz.

Diagnostiek

Plexus heeft op verzoek van de SAN (brancheorganisatie voor medische diagnostiek) een rapport opgesteld over de positie van de medische diagnostische centra. Daarin stelt Plexus dat er een stevige besparing is te realiseren door verschuiving van de groei van de tweedelijnsdiagnostiek naar de eerste lijn. Hierdoor wordt de groeiende vraag naar diagnostiek efficiënt en effectief opgevangen.

Plexus merkt op dat eerstelijns-MDC's zorgen voor een strikte scheiding tussen het aanvragen van eerstelijns medische diagnostiek en het verwijzen van de patiënt voor nader onderzoek en behandeling in de tweede lijn. De eerstelijns-MDC's zorgen ervoor dat de patiënt alleen indien nodig wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Als diagnostiek in het ziekenhuis plaatsvindt, is er een groter kans op verdere behandeling en het openen van dbc's. Juist in het voorkomen van het openen van extra dbc's zit de grote financiële winst.

Inzet specialisten in eerste lijn

In diverse samenwerkingsverbanden zijn er consultatiebijeenkomsten. Daar zijn meerdere vormen mogelijk. Huisarts en specialist kijken samen naar een patiënt. Of de specialist beoordeelt een probleem en geeft advies aan de huisarts. Die specialistische deskundigheid in de eerste lijn is van groot belang. Een cardioloog kan nu eenmaal beter een ecg beoordelen dan een huisarts, om maar een voorbeeld te noemen. Het gaat niet om het overnemen van zorg, maar om het meer efficiënt inzetten van die specialistische deskundigheid, vanuit een regierol van de huisarts.

Logistieke en culturele aanpassingen zijn noodzakelijk

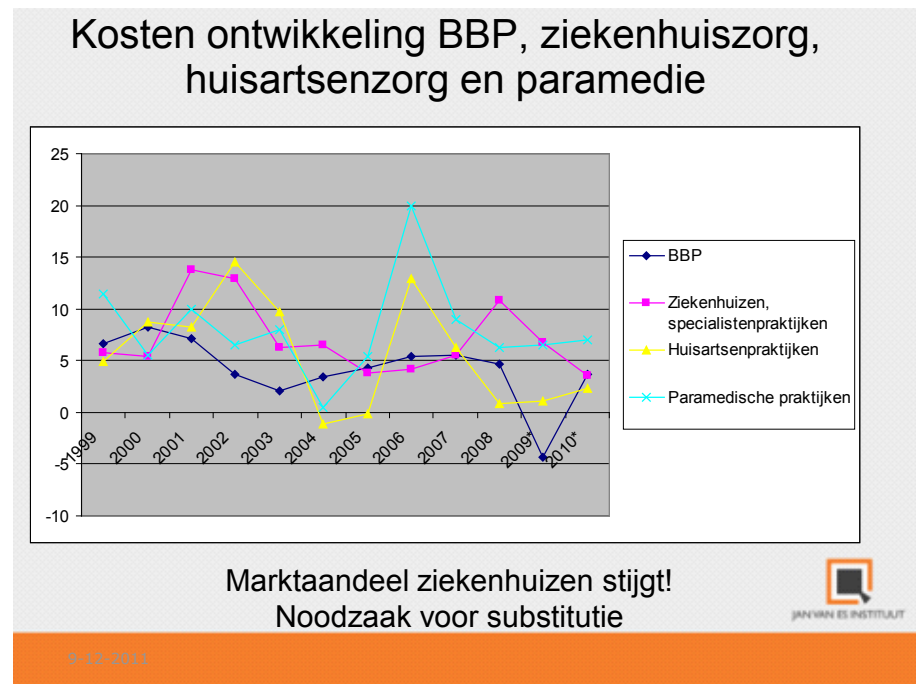
Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat substitutie meer is dan de klassieke gedachte dat de huisarts hetzelfde doet als de specialist maar dan goedkoper. Het gaat juist om slimme zorgarrangementen, waarbij onnodig kostbare elementen van de tweede lijn worden vervangen door efficiëntere elementen in de nabijheid van de patiënt (diagnostiek, diabeteszorg). En tegelijk om meer gedeelde verantwoordelijkheid voor een populatie (inzet specialisten in de eerste lijn, gezonde wijk, integratie SEH / HAP). Dit zijn enerzijds structurele logistieke aanpassingen, anderzijds culturele aanpassingen in visie en samenwerking.



Wat zijn de mogelijkheden ?

Welke potentiële besparingen zijn mogelijk?

Laten we eerlijk zijn: kostenbeheersing is een uiterst belangrijk punt in de aandacht voor substitutie. In feite het belangrijkste! Door de vergrijzing van de bevolking, het toenemend aantal chronisch zieken, de kostbare medische technologie en de groeiende zorgvraag worden de kosten voor de gezondheidszorg bijna onbeheersbaar. Deze zijn al gestegen van 23 miljard in 1998 naar 51 miljard in 2010 en de stijgende lijn zet zich nog steeds voort. In onderstaande grafiek wordt de ontwikkeling van de kosten van zorg vergeleken met de ontwikkeling (groei) van het Bruto Nationaal Product. Duidelijk is de dip in het BNP in 2009.



Kostenstijging huisartsenzorg en specialistische zorg

Om beter inzicht te krijgen in het substitutiepotentieel is een nadere analyse van de kostenontwikkeling noodzakelijk. De kosten van de huisartsenzorg zijn in de jaren vanaf 2004 eigenlijk nauwelijks gestegen, met uitzondering van 2006 en 2007 als gevolg van de invoering van de marktwerking. In vergelijking met de ontwikkeling van het Bruto Nationaal Product is er mogelijk zelfs sprake van een relatieve achteruitgang. De laatste drie jaar zien we een stabilisatie rond de nullijn.

De stijging van de kosten voor specialistische zorg zijn in de afgelopen jaren aanzienlijk hoger geweest dan de ontwikkeling van het Bruto Nationaal Product. Per saldo neemt het marktaandeel van de specialistische zorg in de kosten toe. Een belangrijk deel van de kostenstijging wordt dus veroorzaakt door de toename van de specialistische



Wat zijn de mogelijkheden ?

zorgkosten. Opvallend is dat deze niet wordt veroorzaakt door klinische opnames, maar voornamelijk door dagopnames. De specialismes voor kankers, hart- en vaatstelsel en bewegingsapparaat zijn verantwoordelijk voor deze grote stijging. Een vergelijking van de kosten van 2003 en 2007 toont dat een stijging van 40% voor hart- en vaatziekten, 39% voor kankers en 28% voor bewegingsapparaat is gerealiseerd in de specialistische zorg. Deze stijging is overigens vele malen groter dan op grond van demografische extrapolaties kan worden verwacht. De belangrijkste kostenposten in de Nederlandse gezondheidszorg zijn voor wat betreft de ziekenhuiszorg de leeftijdscategorie 45 - 64 jaar en voor de ouderen (75+) is het vooral de ouderenzorg die veel kosten genereert. Met het overhevelen van grote delen van de awbz naar de Zvw en de Wmo wordt de noodzaak voor de verzekeraars en gemeenten groter om het risico op deze kosten verder af te dekken.

Substitutie naar eerste lijn komt betaalbaarheid ten goede

Naast deze aandoeningen is de kostenstijging voor psychische aandoeningen spectaculair. Een vergelijking van de kosten van 2003 naar 2007 toont een stijging van 33% in vier jaar tijd.

Kortom, er is sprake van een sterke omzetgroei van de tweede lijn die geen gelijke tred houdt met de demografische ontwikkeling. Naast nieuw aanbod in ziekenhuizen is een deel van de eerstelijnszorg in de afgelopen jaren verschoven naar de tweede lijn. Dat betekent voor dit deel van de zorg tweedelijnsstarieven, dus duurder. Om welk bedrag dat gaat, is onbekend. Het lijkt voor de hand liggend om in de substitutie te starten met deze zorg terug te brengen naar de eerste lijn. Daar liggen de behandelkosten substantieel lager. Concreet betekent dit dat in de eigen regio nauwgezet een analyse dient te worden gemaakt welke aandoeningen en behandelingen in de afgelopen periode sterk zijn gestegen. Dit kan zowel ziekenhuiszorg als ouderenzorg zijn. Deze stijging moet worden vergeleken met de verwachte groei op basis van de demografische ontwikkeling. Op basis van deze kwantitatieve analyse kan een juiste keuze voor de substitutie in de regio worden gemaakt.

Keuzes maken

Kostenbeheersing is onvermijdelijk en absoluut essentieel voor behoud van onze economische stabiliteit. Dat dwingt tot het maken van heldere keuzes wie de zorg verricht. Substitutie naar de eerstelijnszorg komt de betaalbaarheid van zorg ten goede. Direct of binnen afzienbare tijd. De tweede lijn is nu eenmaal substantieel duurder. Het stijgende marktaandeel van de ziekenhuizen maakt eveneens substitutie noodzakelijk. Echter, de trend in de afgelopen jaren is anders. De cultuur in Nederland is niet gericht op zinnige en zuinige zorg. De potentie voor substitutie is echt enorm, maar het vindt niet automatisch plaats.



Wat zijn de mogelijkheden ?

Substituespeurder

Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn komt voornamelijk lastig tot stand. Een veel gehoorde klacht van de zorgaanbieders is dat als ze een goed voorstel hebben om de zorg anders in te richten, de zorgverzekeraars niet willen betalen. Eerstelijnszorgverleners hebben veel frustratie opgebouwd omdat veel van hun ideeën die in hun ogen financieel voordeel opleveren voor de zorgverzekeraar en de patiënt, niet worden gehonoreerd. Zorgverzekeraars zijn vaak huiverig voor het betalen voor innovaties in de eerstelijnszorg. Ze willen in geen geval dubbel betalen; transparantie in de inspanning en de financiering ontbreekt veelal. Ook is als gevolg van de verevening het voordeel voor de zorgverzekeraar soms afwezig. Dit leidt tot onbegrip van de zorgverlener. Het is van belang om aan beide zijden het inzicht te vergroten over de consequenties van substitutie van zorg. De ROS Stichting Lijn 1 heeft in samenwerking met Casemix een substituespeurder ontwikkeld. Dit is een interactieve tool waarmee:

- de financiële gevolgen van het verschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn inzichtelijk worden gemaakt;
- er inzicht wordt verkregen in de dbc's en zorgprofielen van niet-complexe patiënten en hiermee mogelijkheden voor substitutie kunnen worden aangewezen;
- inzicht wordt verkregen in de aard en omvang van substitueerbare zorg op wijk- of praktijkniveau.

Substitutie effecten

→ In het overzicht wordt berekend wat de kosten zouden zijn indien de patiënten in de eerste lijn worden behandeld.

→ In het overzicht kan aangegeven worden welk deel van de patiënten, ondanks substitutie, als nog doorgestuurd wordt naar het ziekenhuis.

Ziektebeeld	Aantal patiënten	Schadelast tweedelij	% patiënten dat ook in ziekenhuis DBC krijgt	Schadelast bij substitutie	Verschuiving voor verevening	Verschuiving na verevening
Cardiovasculair						
CCPD						
Bewegingsapparaat						
DM						
Prostaatacarcinoom						
Totaal:						



Wat zijn de mogelijkheden ?

Deze aanpak zou van toepassing kunnen zijn op de volgende aandoeningen:

- veelvoorkomende chronische aandoeningen, waaronder uiteraard diabetes en copd. Maar ook cvrm, dementie
- lichte ggz-aandoeningen, waaronder somberheid, depressie
- kleine chirurgie
- diagnostiek
- dermatologie

Onvoldoende houvast

In overleg met Azivo en CZ zijn twee pilots uitgevoerd. Doel was op deze wijze de haalbaarheid te kunnen nagaan van het gebruik van de substitutiespeurder door een eerstelijnsorganisatie. De belangrijkste constatering was dat het systeem inzichtverhogend werkt voor de eerste lijn. Het biedt inzicht in de kosten die in de tweede lijn worden gedeclareerd en in de inhoud van de daarbij behorende zorg.

Helaas is voor het speuren van substitutiemogelijkheden onvoldoende houvast gevonden. Dat belangrijkste reden is dat de dbc-systematiek niet aansluit bij de eerstelijnsystematiek. Dat maakt het te ingewikkeld. Daaraan liggen een aantal zaken ten grondslag:

1. Technische voorwaarden
Zoals te klein volume per dbc per praktijk. Daardoor zijn de aantallen te substitueren patiënten te klein. Er is onvoldoende inzicht in de kostprijsberekening dbc. De frequenties van bepalingen van eerstelijnsdiagnostiek zijn niet zichtbaar. Er is geen zicht op dubbelbetalingen. En onduidelijk is in welke dbc welk onderdeel van de eerstelijnszorg is versleuteld.
2. Relationale randvoorwaarden
De relatie met de specialist staat onder druk door de substitutie, terwijl een goede relatie noodzakelijk is voor de continuïteit van zorg. Ook de relatie met het ziekenhuis staat onder druk, omdat door de substitutie het ziekenhuis en de eerste lijn concurrenten kunnen worden. Denk daarbij vooral aan de diagnostiek.
3. Organisatorische randvoorwaarden
Een deel van de te substitueren zorg moet de eerste lijn kunnen leveren met voldoende kwaliteit. Het organiseren van specialistische deskundigheid vraagt een bepaalde schaal van huisartsenpraktijken.

Substitutiespeurder verhoogt inzicht in de kosten



Wat zijn de mogelijkheden ?

Het realiseren van lijstjes aandoeningen in de eerste lijn die voor substitutie in aanmerking komen, blijkt niet te werken. De speurder biedt inzicht in de systematiek. Maar er kwamen geen nieuwe inzichten van aandoeningen, buiten dan de bekende chronische aandoeningen: de kleine chirurgie, diagnostiek en dermatologie. Ook heeft het geen zicht op mogelijke dubbelbetalingen opgeleverd. Dit komt omdat de dbc-systematiek niet aansluit bij de eerstelijnsystematiek.

Er kwam nog een ander aspect naar voren bij het gebruik van deze tool. Het speuren op ziekten en die vervolgens afhandelen in de eerste lijn, zet in feite de eerstelijnsvisie onder druk. Die gaat uit van de gezonde mens in zijn totale context. Het speuren naar ziekten staat daar haaks op. Daarom luidt de aanbeveling uiteindelijk deze speurder niet in te zetten als instrument om eerstelijnszorgverleners te laten speuren. Dat komt namelijk niet overeen met hun perspectief.

Inzicht in kosten en mogelijkheden

De substitutiespeurder verhoogt wel het inzicht in de kosten die worden gemaakt in de tweede lijn voor de eerstelijns populatie. Dat inzicht kan mogelijk verder worden uitgewerkt.

Tevens biedt de substitutiespeurder mogelijkheden om meer op regionaal of landelijk niveau uitspraken te doen over potentiële besparingen bij meer zorg in de eerste lijn van een bepaalde ziektecategorie.

Buitenlandse ervaring

Uiteraard kampen meer landen met de problematiek van de sterk stijgende groei van zorgkosten. En in deze tijd is er zelfs sprake van een dubbele afstand tussen zorgkosten en BNP, omdat deze laatste veel minder hard groeit en zelfs afneemt. De kloof wordt in hoog tempo steeds groter. Het Jan van Es Instituut heeft gekeken naar voorbeelden in het buitenland. Hoe pakken ze daar de problematiek aan?

Amerika, Engeland en Duitsland

Belangrijke ontwikkelingen in het buitenland tonen dat de schotten tussen de zorgaanbieders voor veel problemen zorgen. In de Amerikaanse Accountable Care Organisation-ontwikkeling is juist de integrale aanpak van kosten en zorg binnen één organisatie een belangrijke sleutel tot succes. HMO-constructies tonen dat vormen van integratie van zorgverzekeraar, zorgaanbieder en burgers in één organisatie leidt tot gemeenschappelijke doelstellingen en belangen. De afzonderlijke professionele silo's worden gedwongen om met andere silo's tot multidisciplinaire en zelfs integrale aanpakken te komen. Preventie is dan ook lonend om veel op in te zetten.



Wat zijn de mogelijkheden ?

In het Verenigd Koninkrijk is langdurig ervaring met Primary Care Commissioning. Diverse modellen zijn vanaf 1991 ingezet. In al deze modellen werden huisartsen veelal verantwoordelijk voor de zorginkoop van de specialistische zorg, zelfs tot 80% van het totale NHS-budget (vergelijkbaar met ons Zvw-budget). Het bewijs dat de inzet van huisartsen als zorgkopers leidt tot kwalitatief betere en doelmatigere zorg, is niet geleverd. De verschillende studies blijven indifferent. Belangrijke lessen zijn wel dat er veel aandacht moet zijn voor het risico van hoge transactiekosten, gebrek aan leiderschap en managementvaardigheden in de eerste lijn en gebrek aan informatie over de kosten en volumina van de zorg.

Recent is veel aandacht voor een initiatief in het Duitse Kinsingertal. Een samenwerking tussen de verzekeraar, eerste en tweede lijn onder aanvoering van de eerste lijn. Dit leidt in eerste instantie tot veel positieve uitkomsten. Effecten in vergelijking met andere gebieden met een ander aansturingsmechanisme is nog onvoldoende onderzocht.

Integratie zorgaanbieders en verzekeraars

Al deze voorbeelden tonen in ieder geval dat er veel integratie tussen zorgaanbieders en verzekeraars noodzakelijk is voor een geslaagde substitutie-agenda. Gedeelde verantwoordelijkheden, gezamenlijke ambitie en een duidelijke sturing op de belangen en gewoonten van de verschillende professionals zijn in de genoemde systemen reeds aanwezig. Binnen Nederland zijn we daar nog ver weg van.



Integratie tussen zorgaanbieders en verzekeraars noodzakelijk



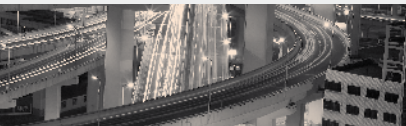
Wat moet er gebeuren?

Zitten en afwachten is geen optie, dan komt substitutie in ieder geval niet tot stand. De eerste lijn zal zich hard moeten maken voor overheveling van zorg van de tweede naar de eerste lijn, waar dat mogelijk is.

Aan de slag

Robuuste eerste lijn

Simpel lijstjes ophoesten en dat omzetten in een bekostigingsprikkel (zoals de M&I-verrichtingen en de ketenzorgfinanciering) leidt in de Nederlandse context nog niet tot het gewenste resultaat. Voor de eerste lijn betekent dit dat ze zich stevig moet organiseren en er robuuste eerstelijnsorganisaties tot stand moeten komen. Met een open mind naar de tweede lijn, om in overleg te komen tot slimme zorgarrangementen, zonder overbodige dure tweedelijnelementen. Met de substitutiethermometer kan in elke regio de kansen en obstakels voor substitutie duidelijk worden.



Eerstelijnszorg moet zich stevig organiseren

Landelijke substitutie-agenda

Daarnaast zal er een landelijke substitutie-agenda moeten komen (zie tekst vanaf pag. 27). Want zonder gezamenlijke ambities en inzet blijft het modderen. Het blijft een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen.

Substitutiethermometer

Als vervolg op de Substitutiespeurder is het Jan van Es Instituut bezig met de ontwikkeling van een Substitutiethermometer. Dit gebeurt in samenwerking met het ROS-netwerk. Met behulp van deze thermometer kunnen in een regio kansen en obstakels voor substitutie expliciet worden gemaakt. Dit gebeurt door het scoren op 25 randvoorwaarden voor substitutie. Deze randvoorwaarden zijn gerelateerd aan verschillende actoren:

- *Huisartsen*: optredend als collectief
- *Eerstelijnsamenwerkingsverband*: verantwoordelijk voor de zorg, buurtgericht, ondernemend, solide, met competente professionals en gespecialiseerde huisartsen/verpleegkundigen, integraal casemanagement, kennismanagement
- *Specialisten*: samenwerkingscultuur met eerste lijn



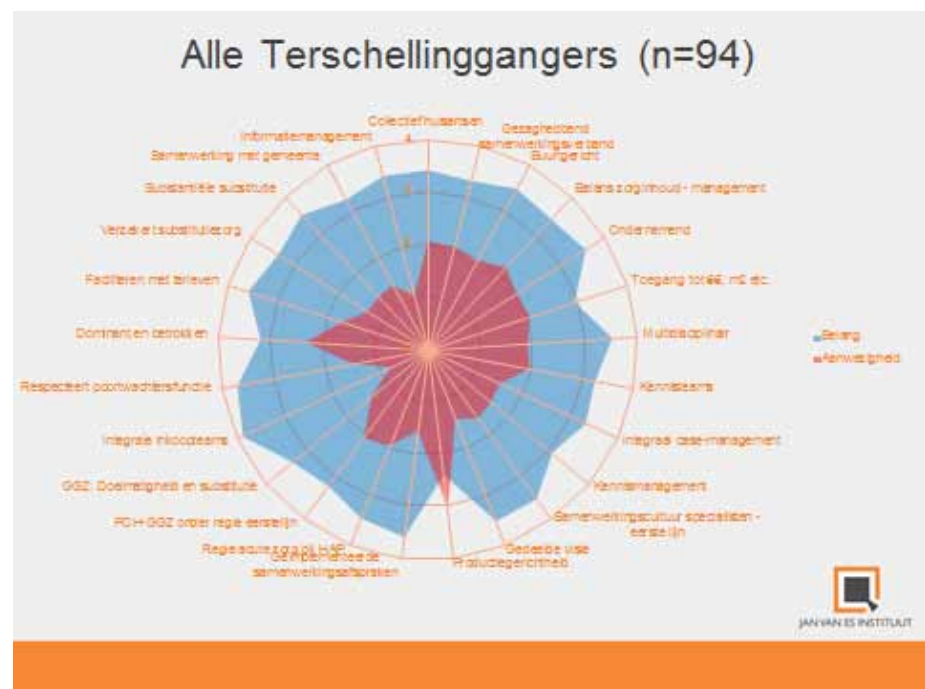
Wat moet er gebeuren?

- *Ziekenhuis/ggz*: visie delen met regionale eerste lijn, cultuur van samenwerking, afspraken met vertaling in SLA's, geïntegreerde acute zorg, geen sociaal psychiatrisch verpleegkundige in dienst van tweede lijn werkzaam in eerste lijn, actief werkend aan doelmatigheid en substitutie
- *Regionale verzekeraar*: verzekert substitutiezorg, heeft integrale inkoopteams voor zowel eerste als tweede lijn, respect voor poortwachtersfunctie, accountable, facilitering eerste lijn
- *Algemeen*: actief informatiemanagement in eerste en tweede lijn

Deze 25 randvoorwaarden zijn vastgesteld door een aantal experts uit de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg. Inmiddels zijn deze twee maal gevalideerd in een groep congresbezoekers: van het Substitutiecongres van 9 december 2011 en aanwezig op het Terschellingcongres begin februari 2012. Uit deze empirische validering bleek dat alle respondenten de 25 randvoorwaarden als belangrijk bestempelde.

Huidige situatie

Deze beide populaties congresgangers (respectievelijk 65 en 97 respondenten) hebben tevens geoordeeld of de noodzakelijke randvoorwaarden aanwezig zijn in Nederland. Kijkend naar deze randvoorwaarden is op dit moment de situatie als volgt:



Voor alle aspecten kan worden gesteld dat de praktijk nog lang niet op het gewenste niveau is om succesvol aan substitutie te werken. Dit geldt voor ALLE actoren: zorgaanbieders eerste en tweede lijn, zorgverzekeraars en alle ondersteunende organisaties.



Wat moet er gebeuren?

Hoog belang & veel aanwezig

Opvallend is dat een hoog belang & veel aanwezig resulteert in de volgende randvoorwaarden:

- Structuur georganiseerde eerste lijn
 - huisartsen treden op als collectief
 - gezaghebbend eerstelijnsverband
 - eerste lijn werkt multidisciplinair
 - acute zorg met regie bij HAP
- Klinische samenwerking
 - kennisteams rond aandoening met diverse disciplines
 - specialisten kennen een langdurige samenwerking met de eerste lijn

Eerste lijn vergevorderd om substitutie-agenda aan te pakken

Hoog belang & minder aanwezig:

- Actief informatiemanagement
- Eerste lijn is ondernemend
- Juiste financieringsvoorwaarden
 - integrale inkoopteams
 - faciliteert met tarieven sterke eerste lijn
 - waardeert poortwachtersfunctie
- Samenwerking ziekenhuis
 - geïmplementeerde samenwerkingsafspraken
 - gedeelde visie ziekenhuis/eerste lijn

Eerste lijn vergevorderd

Uit deze resultaten blijkt dat de eerste lijn vooral qua structuur en in de relatie met de tweede lijn al ver is gevorderd om de substitutie-agenda aan te pakken. Tevens constateren we dat op het terrein van de attitude (ondernemerschap, gedeelde visie), het informatiemanagement en de samenwerking met de zorgverzekeraar én ziekenhuis nog veel moet worden bereikt. In termen van geïntegreerde zorg moet op alle dimensies van integratie - professioneel, functioneel, organisatorisch, normatief en systemisch - stappen worden gezet. Ons inziens is het werken aan gedeeld informatiemanagement momenteel van het grootste belang. Veelzeggend gegeven is dat alle respondenten de productiegedrevenheid van de zorg beoordelen als een belangrijke barrière.



Wat moet er gebeuren?

Problemen

Naast deze aspecten in het spinnenweb is het ook duidelijk dat op andere terreinen problemen worden ervaren indien men verder gaat met substitutie, zoals: aanmerkelijke marktmacht, keuzevrijheid, BTW-problematiek bij het delen/uitlenen van personeel, juridische vraagstukken bij het realiseren van één verantwoordelijke organisatie enz. Onduidelijk is nu nog welke problemen het doorpakken op dit dossier in de weg staan.

Substitutie Thermometer



Is de eerstelijns EN haar omgeving wel klaar voor de substitutie?

Bent u en is uw omgeving er wel klaar voor?



JAN VAN ES INSTITUUT

8-12-2021

Met de substitutiethermometer kan per regio worden vastgesteld wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn voor substitutie. Dit instrument kan worden toegepast in zowel grotere regio's als in kleine regio's .



Wat moet er gebeuren?

Landelijke substitutie-agenda VWS, ZN, NZa, NPCF

Er zal een landelijke Substitutie-agenda moeten komen, waaraan landelijke partijen invulling moeten geven. Het Jan van Es Instituut kan daarbij een adviserende en/of coördinerende rol vervullen. Die agenda betreft diverse factoren die de substitutie bevorderen, dan wel belemmeren. Deze spelen op landelijk niveau en vragen dus ook een aanpak op landelijk niveau. De agenda is onderverdeeld in twee aandachtspunten:

1 De juiste financiële prikkels

Zoals eerder betoogd is het verschil in financieringssystematiek een enorme barrière. Niemand in de zorg weet exact welke kosten worden gemaakt. Aangezien we dit niet weten, is een zinvolle aanpak moeilijk. Een eerste stap is om de bekostiging stimulerend in plaats van belemmerend te laten zijn voor substitutie. We moeten daarbij niet spreken over prikkels, want dat leidt tot geprikkeld gedrag. Ontschotting van de bekostiging

Aanpak op landelijk niveau noodzakelijk

lijkt noodzakelijk. In ieder geval in de buitenlandse voorbeelden helpt het om de verantwoordelijkheden voor de bekostiging meer bij elkaar te brengen. Dit leidt tot een aantal concrete beleidsmaatregelen.

- ex-post verevening afschaffen
- pilots met populatiegerichte bekostiging, te beginnen met meer abonnementen voor huisartsen in plaats van consulttarieven
- shared savings bij populatiebekostiging / abonnement: de aantoonbare besparingen komen ten goede aan de eerste lijn, tweede lijn, zorgverzekeraars en verzekerden
- feitelijke kortingen tweede lijn
- landelijke businesscase substitutie
- het loskoppelen van de d (diagnose) uit de dbc

2 Patiëntenbeleid

In deze white paper is niet gesproken over de rol van de patiënt/burger. Deze is wel degelijk groot en noodzakelijk. Een aantal gedachten hierbij zijn:

- de financiële drempel voor de patiënt in de eerste lijn omlaag, in tweede lijn omhoog
- werken aan vertrouwen van de patiënt in de eerste lijn
- aandacht voor health illiteracy
- strategie voor 'eisende' patiënten
- egaliteitsbeginsel: alle verzekerden houden toegang tot noodzakelijke zorg.



Wat moet er gebeuren?

Verantwoordelijkheden

Beheersing van de kosten van de gezondheidszorg is onontkoombaar. Dat kan door:

- het verkleinen van het pakket
- forse stijging van de kosten van de zorgverzekering
- hogere eigen bijdragen
- doelmatigheid met zorg op de juiste plek

Weloverwogen keuzes

Als je bovenstaande mogelijkheden bekijkt, lijkt het niet zo moeilijk te bedenken wat de beste optie is. Laten we niet kiezen voor domweg bezuinigen, maar voor doelmatigheid met zorg op de juiste plek. Dat betekent hervormen via weloverwogen keuzes. Deze keus is tegelijk het minst ingrijpend voor de portemonnee van burgers. Toch vindt niet iedereen substitutie het meest voor de hand liggend.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Substitutie kan alleen plaatsvinden als wordt voldaan aan een aantal voorwaarden. Dat zijn:

- Toestaan van groei van kosten binnen de eerste lijn. Alleen dan heeft substitutie kans van slagen.
- Ziekenhuizen moeten vertrouwen hebben in de deskundigheid van huisartsen. Ze moeten bereid zijn om patiënten terug te verwijzen als dat mogelijk is.
- De zorgverzekeraars moeten bereid zijn om meer te investeren en in te kopen in de eerste lijn. Met gelijktijdig de bereidheid om zorg die in de eerste lijn kan plaatsvinden niet meer in te kopen in de tweede lijn.
- Eerstelijnsprofessionals moeten zich willen inzetten voor populatiegerichte geïntegreerde eerstelijnszorg. In samenwerking met alle partijen en sectoren die daarvoor van belang zijn.
- Alle professionals moeten de kwaliteit van zorg voorop stellen. De eerste en tweede lijn zijn dan in staat om samen verantwoordelijk te zijn voor de gehele patiëntenzorg.
- De overheid zou dit met maatregelen moeten stimuleren. Zodat het niet meer gaat om lijnen en scheidlijnen, maar in alle gevallen om de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener.
- Burgers moeten meer kostenbewust zijn ten aanzien van de gezondheidszorg.
- Niet kiezen voor bezuinigen, maar inzetten op hervormen

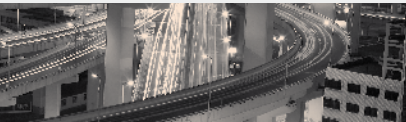


Tot slot

Hoe meer substitutie, hoe beter kostenbesparing. Deze aanname is uiteraard kort door de bocht, het is wel van belang om daarbij te allen tijde de kwaliteit in het oog te houden. Zorg die past bij de patiënt. Overigens gaan kwaliteit en kostenbeperking vaak hand in hand. Zoals Obama het uitdrukt: "Quality safe lives and costs".

De uitdaging voor de komende jaren is om substitutie daadwerkelijk te realiseren. Dat vergt een actieve houding van alle betrokkenen: overheid, zorgverzekeraars, zorgverleners en patiënten. Gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorg *en kosten* is daarbij noodzakelijk. De last van de schotten in de financiering moeten worden opgeheven. Een landelijke substitutie businesscase is een must. Met deze white paper heeft het Jan van Es Instituut geprobeerd u inzicht te geven in het nut en de noodzaak. Evenals in de essentiële randvoorwaarden. Dat betekent niet dat we moeten wachten tot aan al die randvoorwaarden is voldaan. We moeten aan de slag en aantonen dat substitutie loont, in alle opzichten.

Substitutie is een uitdaging voor de eerste lijn!



Substitutie is een uitdaging voor de eerste lijn



Leergang Substitutie

In deze white paper treft u veel informatie aan over substitutie. Er valt nog veel meer over te vertellen en te ontdekken. Het Jan van Es Instituut organiseert daarom een leergang Substitutie. Daarin bieden we u inzicht in wat substitutie te bieden heeft en wat de realisatie met zich meebrengt. Ook zijn er inspirerende praktijkvoorbeelden.

De leergang wordt gegeven door de top van de Nederlandse deskundigen op het gebied van substitutie. Valkuilen en voetangels komen aan bod, de do's en dont's en na het afronden van de leergang kunt u goed toegerust aan de slag.

De leergang start op 8 mei 2012.

Voor meer informatie, zie <http://www.jvei.nl/index.php?id=1103>



Jan van Es Instituut

Het Jan van Es Instituut richt zich specifiek op de organisatie van de geïntegreerde eerste lijn.

Het is een onafhankelijk expertisecentrum dat een brug slaat tussen wetenschap en praktijk. Het richt zich op het continu verzamelen, verrijken en verspreiden van kennis over de organisatie van de geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte gezondheidszorg. Doel is het bereiken van een betere samenhang in de zorg. Met het oog op het verkrijgen van betere uitkomsten voor patiënt, professional en samenleving.

We leveren een bijdrage aan het verspreiden van bestaande en nieuwe kennis, gebaseerd op wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek. Ervaringen uit de praktijk worden vertaald naar nieuwe kennisvragen. De gegenereerde kennis wordt praktisch vertaald in instrumenten voor zorgaanbieders, inkopers van zorg, beleidsmakers en patiënten/consumenten.

Het Jan van Es Instituut wil:

- de wisselwerking tussen wetenschap en praktijk van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg verbeteren
- de academische basis van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg vergroten
- kennis over proces van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg verwerven en verspreiden

Het onderzoeksdomein van onze organisatie omvat twee grote lijnen:

1. **Organisatie van het zorgproces van geïntegreerde eerstelijnszorg**

(welke organisatievormen en werkwijzen in de eerste lijn leiden tot betere en kosteneffectievere zorg voor de patiënt?)

2. **Samenhang en inrichting van zorg op lokaal niveau**

(hoe kunnen de Zvw, Wmo, awbz en Wpg het beste op elkaar worden afgestemd ?)

Contact

Jan van Es Instituut
Randstad 2145-a
1314 BG Almere
T.036 – 7670360
E. info@jvei.nl
I. www.jvei.nl

