

Afschaffing 'verevening' maakt tijd rijp voor SubstitutieThermometer

Zowel bij zorgprofessionals als bij verzekeraars en politici heerst al langere tijd de gedachte dat een deel van de tweedelijnszorg even goed of zelfs beter vanuit de eerste lijn kan worden aangeboden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg schrijft in haar advies 'Perspectief op gezondheid 20/20' dat 'substitutie van essentieel belang is voor kwaliteit en doelmatigheid'. Wat zijn de struikelblokken wat zijn de kansen voor de SubstitutieSpeurder? De post-risicoverevening wordt vanaf 1 januari 2012 stapsgewijs afgeschaft.

De praktijk van alledag is weerbarstig. De financieringsystematiek met schotten tussen nulde, eerste en tweede lijn vormt vaak een struikelblok voor het slagen van innovatieve substitutieprojecten. Het andere struikelblok zijn de op het oog tegengestelde belangen van de 'stakeholders' bij substitutie. De eerste lijn wil wel innoveren en haar zorgaanbod uitbreiden maar voelt zich door de bezuinigingen op de huisartsenzorg daarin niet gesteund door dit kabinet. Daarnaast lijkt de eerste lijn onvoldoende georganiseerd en heeft zij het gevoel te weinig mankracht, tijd en/of geld te hebben voor deze innovatie. De tweede lijn, uitzonderingen daargelaten (zie artikel Jan Baars 'Huisarts moet positie kiezen in MC van 30 sept. jl.'), ziet tot nu toe in substitutie eerder een bedreiging dan een kans. Zij probeert zoveel mogelijk marktaandeel te behouden om financieel te overleven en maakte juist

een tegenovergestelde beweging door eerstelijnszorg de tweede lijn binnen te halen (het 'laaghangend fruit'). De zorgverzekeraar had tot voor kort onvoldoende belang bij afnemende kosten per patiënt in verband met de post-risicoverevening. De patiënt, de belangrijkste stakeholder, wil graag dicht bij huis doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg krijgen.

De SubstitutieSpeurder

Stichting Lijn 1 (de Regionale Ondersteunings Structuur Haaglanden) heeft in 2009, in samenwerking met de zorgverzekeraar, de eerstelijnszorgverleners en het bedrijf Casemix, 'de SubstitutieSpeurder' ontwikkeld. Doel van deze speurder was om eerstelijnszorgverleners en de zorgverzekeraar inzicht te geven in de aard en omvang van substitueerbare zorg op zorggroep of regionaal niveau. Dit deed de SubstitutieSpeurder door informatie te



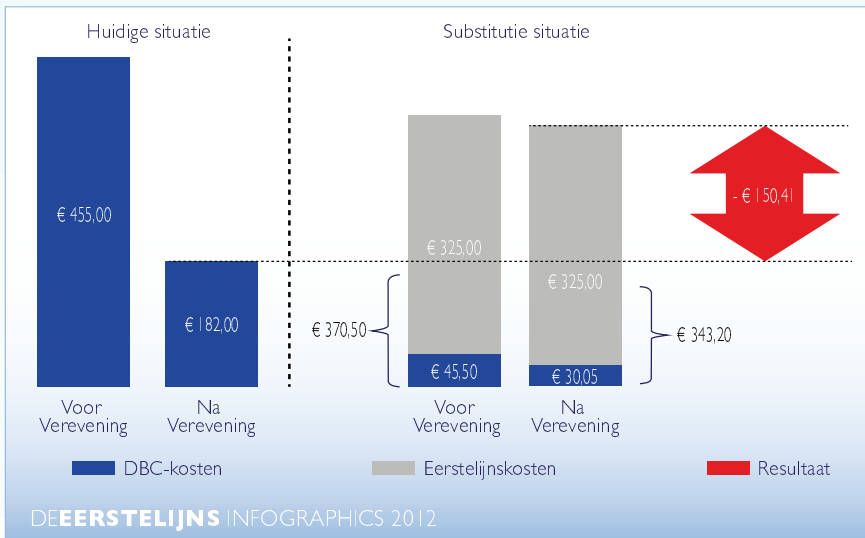
De SubstitutieSpeurder kan een cijfermatige onderbouwing geven van overgenomen zorg van ziekenhuizen. (Foto: Hans Oostrum)

ontsluiten over de aantallen en soorten DBC's die in een eerstelijns populatie in de tweede lijn geopend zijn voor poliklinische patiënten. Vervolgens werden de financiële effecten van de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn gemeten op basis van een vergelijking van zorgprofielen en prijzen.

In de SubstitutieSpeurder bevonden zich de gedeclareerde prijzen van de DBC's horende bij de verschillende diagnosegroepen. Deze DBC-declaratiegegevens werden aangevuld met publiekelijk beschikbare DBC-zorgprofielinformatie van DBC onderhoud (VWS). Ook werden de gemiddelde prijzen vastgesteld van de eerstelijnszorg per zorgstandaard (diabetes, CVRM, COPD). In de

Kracht van eerste lijn

De organisatiegraad van de eerste lijn groeit en daarmee ook de mogelijkheden voor substitutie. Het aantal samenwerkingsverbanden neemt evenals specialisatie en taakdifferentiatie binnen de eerste lijn toe. Een combinatie van passie en ondernemersgeest bij veel professionals in de eerste lijn zorgt ervoor dat ook in tijden van crisis en bezuinigingen er vele 'best practices' zijn op het gebied van substitutie, zoals in Amersfoort in Medisch Centrum Vathorst (www.medischcentrumvathorst.nl). In dit eerstelijnscentrum werken zeer veel professionals samen onder één dak en is onder andere een deel van de poliklinische orthopedische en chirurgische zorg succesvol van de tweede naar de eerste lijn verplaatst. Andere reeds bestaande initiatieven werden recent tijdens het Eerstelijns substitutiecongres gepresenteerd (www.de-eerstelijns.nl/substitutiecongres).



Figuur 1. COPD: gemiddelde kosten per patiënt; de effecten van substitutie.

de grootste verzekeraar in het gebied. Van deze patiënten bleken 27.000 te voldoen aan de definitie niet-complex. Er bleken 415 niet-complexe patiënten te zijn waarbij een DBC COPD is gedeclareerd. We gaan er in dit voorbeeld vanuit dat 10% van de patiënten alsnog wordt doorverwezen.

Verlies of besparing?

Als we deze gegevens invoeren in de SubstitutieSpeurder dan maakt deze zichtbaar wat de kosten per COPD-patiënt zijn in de huidige situatie (alle zorg in de tweede lijn) en in de situatie dat substitutie van zorg heeft plaatsgevonden naar de eerste lijn. Vervolgens wordt een onderscheid gemaakt in de kosten voor en na verevening waardoor zichtbaar wordt wat het effect van de verevening op de kosten voor de zorgverzekeraar is (Zie figuur 1). Uit dit voorbeeld blijkt dat de verzekeraar gemiddeld € 150,- 'verliest' per COPD-patiënt als de zorg grotendeels wordt overgeheveld naar de eerste lijn. In totaal gaat het dan om € 62.250 'verlies'. Als er geen sprake zou zijn van verevening dan zou de besparing gemiddeld (per patiënt) € 130 euro bedragen en in totaal € 53.950,-. Het gaat hier om een fictieve casus, waarbij de aantal patiënten op een werkelijke praktijk zijn gebaseerd.

berekening werden alleen de patiënten meegenomen die niet complexe zorg ontvingen (maximaal twee DBC's en geen opnames in 2008).

SubstitutieSpeurder in de praktijk: een casus

Binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband in de eerste lijn ontstond het plan voor een innovatief substitutieaanbod. De zorgverleners wilden de begeleiding van COPD-patiënten, inclusief de patiënten met ernstig COPD, zoveel mogelijk vanuit de eerste lijn

gaan aanbieden. Het plan werd SMART uitgewerkt en er werd een business case geschreven, waaruit volgens de zorgverleners bleek dat dit aanbod financieel voordeliger was vergeleken met de zorg vanuit de tweede lijn. Toch had de verzekeraar geen belangstelling voor de financiering van dit plan. Met gebruik van de SubstitutieSpeurder werd duidelijk waarom de verzekeraar geen belangstelling had. Van de patiënten die ingeschreven stonden bij de huisartsen van het samenwerkingsverband waren er 50.000 verzekerd bij

Goed nieuws voor substitutie

Stapsgewijs wordt nu de post-risicoverevening afgeschaft, waardoor de zorgverzekeraars steeds meer risicodragend worden voor de tweedelijnszorg. Daarnaast heeft de minister van VWS aan de NZA gevraagd om suggesties te doen voor verdere aanpassingen in het bekostigingssysteem die substitutie bevorderen (een zogenaamde 'uitvoeringstoets'). Ook schrijft zij in haar verzoek aan de NZa dat er ruimte voor groei is in de eerstelijnszorg als

De SubstitutieThermometer kan in een regio de kansen en obstakels voor substitutie bloot leggen. (Foto: Hans Oostrum)





I had a dream

cijfermatig kan worden aangetoond dat zorg is overgenomen van de ziekenhuizen. De SubstitutieSpeurder kan een goede bijdrage leveren aan deze cijfermatige onderbouwing. We hopen dat de minister vervolgens ook de daad bij het woord voegt en zich tot het uiterste blijft inspannen om er voor te zorgen dat de overschrijdingen in de eerste lijn die ontstaan door het overnemen van tweedelijnszorg niet als een boemerang terug blijven komen in de eerste lijn.

Tijd rijp voor Substitutie-Thermometer

Voor grootschalige substitutie ontbreken nog veel randvoorwaarden. Het stapsgewijs afschaffen van de post-ricoverevening zorgt ervoor dat het voor de verzekeraar nu wel financieel interessant wordt om substitutie te bevorderen. Daarom is het Jan van Es instituut bezig met een vervolg op de SubstitutieSpeurder, namelijk het ontwikkelen van de SubstitutieThermometer. Dit gebeurt in samenwerking met en in opdracht van het Regionale Ondersteunings Structuur (ROS)-netwerk. Met behulp van deze thermometer kunnen in een regio de kansen en obstakels voor substitutie expliciet worden gemaakt, middels het scoren op een 25-tal randvoorwaarden voor substitutie.

De georganiseerde eerste lijn krijgt hiermee een instrument in handen om op regionaal niveau en in goed overleg met de tweede lijn substitutieplannen uit te werken, en vervolgens een kwalitatief en doelmatig zorgaanbod aan te bieden aan de (preferente) verzekeraar. Eerst moet echter aan een belangrijke voorwaarde worden voldaan: het toestaan van groei van de kosten binnen de eerste lijn. Alleen dan heeft substitutie werkelijk kans van slagen.

Miriam de Kleijn, huisarts, adviseur Pink-FOX/Raedelijn

Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es instituut

Ik droomde... van een touroperator die in staat is om geweldige reizen te organiseren naar verre oorden met complex verbindingen, maar ook eenvoudige reisjes met de bus naar Dusseldorf om een dagje te shoppen. Die touroperator heeft een breed scala van tevreden trouwe klanten en die "zeggen het voort". Hij is constant op zoek naar innovatie, kwaliteit, klanttevredenheid en winstmaximalisatie. Daarom maakt deze touroperator graag gebruik van alle nieuwe innovaties die zich aandienen. Zo kan men tegenwoordig met de TGV naar Parijs, maar ook met het vliegtuig of met de auto. De klant is koning en wordt bediend. Elk alternatief heeft zijn eigen prijs. De touroperator kent geen gedwongen winkelnering en het zal hem een zorg zijn of de NS of Prorail, Schiphol, KLM of Easyjet het goed doen. Hij kiest de beste optie.

Nu wordt de touroperator zorgverzekeraar. Ineens krijgt hij te maken met een soort gedwongen winkelnering. Hij moet bij alle ziekenhuizen en GGZ-instellingen alle zorg inkopen. Want de infrastructuur is al aanwezig en als hij te weinig afneemt, worden de overige producten duurder. De touroperator krabt zich achter zijn oor: Hij is toch niet verantwoordelijk voor de continuïteit van de overcapaciteit? Hij gaat zijn reizigers toch niet met de KLM vervoeren, omdat die toestellen toch vliegen, terwijl Ryanair of de TGV goedkoper zijn?

Ik ben benieuwd hoe de touroperator om zou gaan met de eerstelijnsdiagnostiek. Er komen beleidswijzigingen aan en de ziekenhuizen (tweedelijns instellingen) en medisch microbiologen kunnen de diagnostiek goed gebruiken als klantenbinding. Daarom wijzen ze er fijntjes op dat het ziekenhuislaboratorium er toch moet zijn voor spoedgevallen in het ziekenhuis, de IC, de neonatologie of EHBO. Dus kan de beschikbare extra capaciteit net zo goed worden gebruikt om de eerstelijnsdiagnostiek van de huisartsen en verloskundigen te doen. Tegen marginale meerkosten. Dus alleen de variabele kosten. Dan kunnen de onafhankelijke zelfstandige eerstelijns diagnostische centra weg. Die zijn ook niet in het belang van ziekenhuizen en inkomens van de medisch microbiologen (gemiddeld > ¼ miljoen per persoon per jaar).

De touroperator denkt nog eens na. Hij maakt een eerstelijns diagnostisch inkoopbeleid onder het credo: "wat in de eerste lijn kan, gebeurt in de eerste lijn". De dure ziekenhuislaboratoria worden gedwongen te fuseren, gesloten of vervangen door point of care laboratoria die zich richten op de specialistische en spoed diagnostiek...*Ik schrik wakker en mijn slaperige ogen vallen op een artikel waar gesuggereerd wordt dat aparte eerstelijns diagnostische centra de zorg duurder maken, omdat de ziekenhuiscapaciteit er toch al is...de auteurs?...enkele microbiologen ...*

Jan Erik de Wildt

Eigenaar van Commonsense BV en houdt zich bezig met redesign van de eerste lijn. Reageren?

je.dewildt@de-eerstelijns.nl