

Advies

Substitutie

Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste
plek

juli 2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Adviesaanvraag	11
1.2 Samenhang met andere projecten	11
1.3 Afbakening	12
1.4 Begrippenkader	13
1.5 Leeswijzer	14
2. Perspectieven op substitutie	15
2.1 Definitie substitutie	15
2.2 Samenwerking tussen eerste en tweede lijn nader bezien	16
2.3 Rol en positie NZa	18
3. Mogelijkheden en knelpunten	21
3.1 Achtergronden huidige bekostiging	21
3.1.1 Huidige bekostiging huisartsenzorg	21
3.1.2 Huidige bekostiging ziekenhuiszorg	22
3.2 Mogelijkheden huidige bekostiging	22
3.2.1 Mogelijkheid 1: M&I-modules en -verrichtingen	23
3.2.2 Mogelijkheid 2: GEZ-module	23
3.2.3 Mogelijkheid 3: Integrale bekostiging multidisciplinaire chronische aandoeningen	23
3.2.4 Mogelijkheid 4: Overige zorgproducten	24
3.2.5 Mogelijkheid 5: Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties	24
3.3 Mogelijkheden bij zorginkoop	24
3.4 Knelpunten huidige bekostiging	25
3.4.1 Knelpunt 1: Geen declaratietitel voor consultatie van medisch specialist door huisarts	26
3.4.2 Knelpunt 2: Verschillende bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg	26
4. Van knelpunten naar quick-wins	27
4.1 Consultatie van medisch specialist door huisarts	27
4.1.1 Vormen van consultatie	27
4.1.2 Vormen van bekostiging	28
4.1.2.1 Optie 1: Consultatieprestatie voor huisarts en medisch specialist	28
4.1.2.2 Optie 2: Consultatieprestatie voor huisarts en onderlinge dienstverlening huisarts en medisch specialist	28
4.1.2.3 Optie 3: Module voor consultatie van medisch specialist door huisarts	28
4.1.2.4 Advies bekostigingsvorm consultatie	29
4.1.3 Aanvullende voorwaarden	29
4.1.4 Eigen risico	29
4.2 Harmoniseren verschillende bekostigingssystemen	30
4.2.1 Openstellen overige zorgproducten	30
4.2.2 Openstellen DBC-zorgproducten	30
4.2.3 Specifieke DBC's laten vervallen en openstellen eerstelijnsprestaties	31
5. Randvoorwaarden	33
5.1 Verschuifruimte tussen dekkaders budgettair kader zorg	33
5.2 Transparantie van kwaliteit	34

5.3	Inzicht in substitutiepotentieel	34
5.4	Ex-post risicoverevening	34
5.5	Van substitutie naar kostenbesparing	34
6.	Conclusie	37
	Bijlage 1. Verzoek minister	39
	Bijlage 2. Overzicht bevindingen samenhangende projecten	45

Vooraf

Voor u ligt het advies Substitutie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit advies richt zich op de mogelijkheden, knelpunten, oplossingsrichtingen en randvoorwaarden voor 'zorg op de juiste plek'. In dit document geeft de NZa antwoord op de adviesaanvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bij de totstandkoming van dit advies is op meerdere momenten om input gevraagd van (representanten van) betrokken veldpartijen. Bij invoering van dit door de NZa opgestelde advies, is verdere samenwerking met veldpartijen een belangrijke vereiste.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van betrokken partijen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in februari 2012 een adviesaanvraag ontvangen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over substitutie tussen de eerste en tweede lijn. In de adviesaanvraag wordt verzocht om mogelijkheden en knelpunten in de bekostiging te identificeren en oplossingen in de bekostiging aan te dragen om substitutie tussen de eerste en tweede lijn te bevorderen. Deze adviesaanvraag komt voort uit de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt', waarin het volgende uitgangspunt centraal staat: 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan.'

Het onderwerp substitutie kent raakvlakken met onderzoeken en adviezen die recent door de NZa of externe organisaties zijn uitgebracht of binnenkort worden uitgebracht. Derhalve richt het voorliggende advies zich op substitutie tussen huisartsenzorg (eerste lijn) en ziekenhuiszorg (tweede lijn). Dit rapport zal zich richten op oplossingen die in 2013 doorgevoerd kunnen worden ('quick wins').

Onder substitutie wordt verstaan het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie. De veronderstelling is daarbij dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit.

Substitutie vergt een gedragsverandering, waarbij het gaat om kennen (het hebben van de benodigde kennis van elkaar en elkaars (on)mogelijkheden), kunnen (het tonen van relevante vaardigheden en competenties voor de zorglevering), willen (het leveren van zorg gegeven eventuele aanvullende (rand)voorwaarden) en doen (feitelijke adequate/bekwame uitvoering van de zorglevering). Specifieke lokale omstandigheden en randvoorwaarden, zoals kennis, vaardigheden en locatie bepalen of samenwerking van de grond komt en substitutie succesvol kan plaatsvinden. Een landelijke blauwdruk voor substitutie lijkt dan ook niet gewenst.

De NZa ziet het als haar taak om (eventuele) belemmeringen in de bekostiging voor substitutie weg te nemen en waar mogelijk te zorgen voor een gelijk speelveld tussen huisartsen en ziekenhuizen en/of medisch specialisten. Echter, bekostiging is slechts één van de factoren die samenwerking en substitutie tussen huisartsen en ziekenhuizen en/of medisch specialisten beïnvloedt. De relatie tussen bekostiging en substitutiemogelijkheden kan niet als een één op één relatie gezien worden.

Binnen de huidige bekostiging zijn al diverse mogelijkheden beschikbaar om substitutie te realiseren. Zo zijn er een vijftal specifieke categorieën prestaties opgenomen die substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg mogelijk maken: Modernisering en Innovatie (M&I) modules en verrichtingen, Geïntegreerde Eerstelijns Zorgproducten (GEZ), integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen, overige zorgproducten (O(V)P's) en de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Bij de zorginkoop zijn er ook een aantal mogelijkheden om te sturen op substitutie dan wel tot substitutie te stimuleren. De functionele beschrijving van de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringwet biedt ruimte voor het

bevorderen van 'zorg op de juiste plek'. Zorgverzekeraars kunnen substitutie bijvoorbeeld bevorderen door selectief in te kopen en prijs, volume en kwaliteitsafspraken te maken met zorgaanbieders. Als onderdeel van de kwaliteitsafspraken kunnen afspraken over het aantal doorverwijzingen worden meegenomen, zodat het behouden van zorg in de eerste in plaats van doorverwijzing naar de tweede lijn gefaciliteerd kan worden.

De NZa constateert dat een tweetal knelpunten voor substitutie in de huidige bekostiging ervaren worden. Ten eerste wordt door veldpartijen aangegeven dat de afwezigheid van een declaratietitel voor consultatie van de medisch specialist door de huisarts een belemmering vormt voor substitutie. Een dergelijke consultatie kan voorkómen dat de patiënt (onnodig) doorverwezen wordt naar het ziekenhuis. Ten tweede kunnen de verschillende bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg een belemmering vormen voor substitutie. De reden hiervoor is dat de verschillende bekostigingssystemen moeilijk vergelijkbaar en onvoldoende transparant zijn.

De NZa stelt voor om als bekostigingsvorm een module voor consultatie van een medisch specialist door een huisarts in te voeren in de vorm van een experiment. In het convenant huisartsenzorg, dat recent gesloten is tussen het Ministerie van VWS en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), is opgenomen dat onderzocht wordt of een meekijkconsult ingevoerd kan worden. In dit advies wordt er al meer inkleuring gegeven aan de vorm van bekostiging voor dit consult. Bij deze module wordt een opslag per patiënt op het inschrijftarief in rekening gebracht, wanneer sprake is van een afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders over invulling van een consultatieregeling. De huisarts betaalt uit deze opslag de inzet van de medisch specialist. De module wordt voorzien van een vrij tarief. Deze consultatie omvat telefonische consultatie (ear-to-ear), teleconsultatie (chat-to-chat), screen-to-screen beeldcontact (bit-to-bit) en face-to-face consultatie van een medisch specialist door een huisarts, gericht op een individuele patiënt. Voor het invoeren van dit experiment per 2013 is een aanwijzing van de minister nodig.

Er kan op verschillende manieren een stap richting harmonisatie van de bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg worden gezet. Een eerste mogelijkheid is het openstellen van overige zorgproducten voor huisartsen. Ten tweede kan (een deel van) de laagcomplexe DBC-zorgproducten opengesteld worden voor huisartsen. Een derde mogelijkheid is het laten vervallen van specifieke laagcomplexe DBC's in combinatie met het openstellen van eerstelijnsprestaties voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Voor al deze opties geldt dat er diverse uitwerkingsvraagstukken aan verbonden zijn, waardoor deze mogelijkheden niet aangemerkt kunnen worden als 'quick win'.

Diverse randvoorwaarden zijn noodzakelijk om (verdergaande) substitutie succesvol te laten plaatsvinden. De budgettaire kaders voor ziekenhuiszorg zijn opgesplitst in aparte dekkaders voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Op het moment dat er een verschuiving tussen de financiële kaders van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op landelijk niveau zichtbaar wordt, is het mogelijk om een overschrijding in de huisartsenzorg te dekken met een onderuitputting in de ziekenhuiszorg. Vooraf hebben partijen echter geen zekerheid dat een onderuitputting als gevolg van substitutie optreedt in de ziekenhuiszorg, wat kan leiden tot terughoudendheid bij huisartsen in het ondernemen van activiteiten op het gebied van substitutie. Daarnaast dient de kwaliteit van zorg transparant te zijn, zodat verzekeraars rekening kunnen houden met

kwaliteit bij zorginkoop. Voorts dient het substitutiepotentieel inzichtelijk te zijn, waardoor duidelijk wordt welke (nieuwe) mogelijkheden er zijn voor het verplaatsen van zorg. Verder moeten de prikkels voor verzekeraars die uitgaan van de risicoverevening gelijk zijn voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg.

Het verzoek van de minister bevat expliciet de vraag hoe voorkómen kan worden dat de ontstane ruimte in de tweede lijn als gevolg van substitutie wordt vervangen door andere zorg vanuit het oogpunt van kostenbeheersing. Prestatiebeprestiging bevat een volumeprikkel, waardoor ziekenhuizen en medisch specialisten gestimuleerd worden om de vrijgekomen capaciteit op te vullen. In een stelsel van gereguleerde marktwerking ligt het op de weg van de verzekeraar om dit opvullen te beheersen of voorkómen. Lumpsum- of plafonddafspraken zijn een manier om hier invulling aan te geven. Dit vereist geïntegreerde inkoop van ziekenhuizen en huisartsen door verzekeraars.

1. Inleiding

1.1 Adviesaanvraag

In 2011 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: de minister) in haar brieven aan de Tweede Kamer 'Zorg die werkt' en 'Vertrouwen in de zorg' haar beleid voor de komende periode uiteengezet.¹ In deze beleidsdoelstellingen geeft de minister aan een impuls te willen geven aan versterking van zorg en ondersteuning in de buurt.

Eind 2011 heeft de minister in de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' aan de Tweede Kamer het belang van de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning in de buurt onderstreept.² In deze brief wordt toegelicht dat de toename van het aantal chronisch zieken, de krimpende arbeidsmarkt en de stijgende zorgkosten vraagt om een andere inrichting en organisatie van zorg. Hierbij is het uitgangspunt: 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan.' Bij het vormgeven van 'zorg op de juiste plek' kan substitutie een rol spelen.

Op 15 februari 2012 heeft de minister de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht mogelijkheden en knelpunten in de bekostiging van zorg te identificeren in relatie tot substitutie tussen de eerste en tweede lijn.³ Tevens heeft de minister gevraagd om aan te geven welke oplossingen in de bekostiging mogelijk zijn om de gewenste situatie te bereiken: hoge kwaliteit van zorg, tegen zo laag mogelijk kosten en waar mogelijk in de buurt. De NZa wil eventuele belemmeringen wegnemen en een 'level playing field' creëren waarbij iedere zorgaanbieder gelijke kansen heeft om 'de juiste zorg op de juiste plek' te leveren.

In dit document adviseert de NZa over de mogelijkheden, knelpunten, oplossingen ('quick wins') en randvoorwaarden in de huidige bekostiging van eerste en tweede lijn voor substitutie en 'zorg op de juiste plek'.

Conform het verzoek van de minister bevat dit adviesrapport oplossingsrichtingen om de gewenste situatie te bereiken op korte termijn (per 2013). In de komende maanden zal bij implementatie van het advies de bekostiging voor consultatie van de medisch specialist door de huisarts verder uitgewerkt worden. Mogelijk volgt in een later stadium een advies over de oplossingsrichtingen op langere termijn (vanaf 2014).

1.2 Samenhang met andere projecten

Het onderwerp substitutie kent raakvlakken met onderzoeken en adviezen die recent door de NZa of externe organisaties zijn uitgebracht of binnenkort worden uitgebracht. In dit rapport wordt dan ook naar een aantal van deze onderzoeken en adviezen verwezen. Een overzicht van de voornaamste bevindingen uit de uitgebrachte onderzoeken en adviezen in relatie tot substitutie is toegevoegd in bijlage 2. Tevens worden deze onderzoeken en adviezen gebruikt als onderbouwing van de

¹ VWS, brief 'zorg die werkt', kenmerk MC/U-304831, brief 'vertrouwen in de zorg', kenmerk MEVA/AEB-3048722, januari 2011.

² VWS, brief 'zorg en ondersteuning in de buurt', kenmerk CZ/EKZ-3086843, oktober 2011.

³ Bijlage 1: VWS, brief 'verzoek om uitvoeringstoets voor zorg op de juiste plek en substitutie', kenmerk CZ/EKZ-3104537, februari 2012.

afbakening van dit advies. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeken of adviezen:

Advies Basis GGZ: Eind 2011 is door de NZa een advies uitgebracht over de versterking van de functie eerstelijns GGZ, ook wel basis GGZ genoemd. Dit rapport bevat adviezen voor substitutie en 'zorg op de juiste plek' binnen de curatieve GGZ.

Advies Eerstelijnsdiagnostiek: Eind 2011 heeft de NZa een advies opgesteld over de functie eerstelijnsdiagnostiek. Het advies bevat aanbevelingen voor het creëren van een gelijk speelveld voor aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Eerstelijnsdiagnostiek is één van de deelmarkten waarbinnen substitutie mogelijk is.

Advies Taakherschikking: Begin 2012 heeft de NZa geadviseerd over taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve GGZ. Het advies is gericht op de belemmeringen en oplossingen in de bekostiging voor het structureel overdragen van taken inclusief verantwoordelijkheden aan beroepsbeoefenaren met een ten opzichte van artsen lager (opleidings)niveau; in het bijzonder de verpleegkundig specialist en de physician assistant.

Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg: Medio 2012 is dit adviesrapport uitgebracht, waarin vier bekostigingsopties voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg worden verkend. Eén van de criteria voor beoordeling van de bekostigingsopties is het optreden van belemmeringen voor substitutie tussen eerste en tweede lijn.

Advies Integrale Verloskunde: Medio 2012 wordt door de NZa een advies uitgebracht over de toekomstige (integrale) bekostiging van de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het advies behandelt ook de mogelijkheden voor substitutie binnen deze deelmarkt.

Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging: Medio 2012 rapporteert deze evaluatiecommissie over haar bevindingen omtrent het realiseren van de beoogde effecten en randvoorwaarden en het optreden van (on)gewenste neveneffecten bij integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken. Ook wordt geadviseerd over het al dan niet voortzetten van de overgangperiode, waarin deze zorg ook op basis van het reguliere systeem kon worden bekostigd. Dit rapport kent raakvlakken met de Marktscan Ketenzorg.

Marktscan Ketenzorg: Medio 2012 levert de NZa een marktscan ketenzorg op, waarin de bestaande integrale bekostiging van ketenzorg wordt gemonitord.

Marktscan Huisartsenzorg: Eind 2012 zal de NZa een marktscan uitbrengen over huisartsenzorg.

Onderzoek Substitutiepotentieel: De minister heeft het RIVM en NIVEL verzocht in 2012 onderzoek te doen naar het substitutiepotentieel voor eenvoudige en chronische aandoeningen. Dit onderzoek is nog niet afgerond, waardoor alleen gebruik gemaakt kon worden van het projectvoorstel van dit onderzoek.

1.3 Afbakening

Het voorliggende advies van de NZa richt zich op de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige bekostiging voor substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. In andere adviezen is substitutie in

overige zorgmarkten, zoals eerstelijnsdiagnostiek en geestelijke gezondheidszorg, al besproken (zie 1.2). Ook beperkt dit advies zich tot substitutie van zorgvormen die vallen binnen de verzekerde aanspraak conform Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het verzoek van de minister richt zich op laagcomplexere curatieve zorg, die veel voorkomt en wordt geleverd in samenwerking tussen eerste en tweede lijn.⁴ Om de laagcomplexere zorg te definiëren is het zinvol om eerst naar het gangbare onderscheid tussen verschillende zorgvormen te kijken, namelijk de verdeling in electieve, chronische en acute zorg:

- Electieve zorg
Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld. Electieve zorg wordt ook wel planbare zorg genoemd. Voorbeelden van electieve zorg zijn kleine chirurgische ingrepen.
- Chronische zorg
Chronische zorg is zorg aan patiënten met een chronische aandoening, waarbij met een relatief hoge frequentie behoefte is aan zorg. Bij chronische zorg kan gedacht worden aan zorg bij patiënten met diabetes mellitus, COPD en depressie, maar ook de oncologische nazorg.
- Acute zorg
Acute zorg kan vanuit het perspectief van de zorgvrager gedefinieerd worden als zorg waarvan de zorgvrager inschat dat deze acuut verleend moet worden en geen dagen of weken gewacht kan worden. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder is acute zorg de zorg die moet worden verleend in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade.

Dit advies heeft betrekking op substitutie van electieve en chronische zorg.^{5,6} In dit advies staan de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige bekostiging van eerste en tweede lijn voor substitutie en 'zorg op de juiste plek' centraal. Buiten de bekostiging zijn er ook culturele en organisatorische knelpunten voor substitutie, die kort worden benoemd in hoofdstuk 2 van dit advies.

1.4 Begrippenkader

Substitutie

Onder substitutie wordt verstaan het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.⁷

Enkele begrippen uit deze definitie behoeven nadere toelichting. De termen 'doelbewust' en 'doelgericht' verwijzen naar substitutiedoelen zoals meer samenhangende zorg, meer continuïteit, meer gerichte verwijzing en doelmatigheidswinst. Het 'vervangen' houdt in dat er een inhoudelijke en procedurele relatie moet bestaan tussen beide zaken. Een voorziening is een van een instelling of persoon uitgaand aanbod van

⁴ Voor huisartsenzorg geldt dat een groot deel van de laagcomplexere curatieve zorg niet in samenwerking wordt geleverd, maar binnen de huisartsenpraktijk wordt afgehandeld. Deze basishuisartsenzorg valt dan ook buiten de reikwijdte van dit advies.

⁵ De NZa is in afwachting van een verzoek van de minister voor een advies over acute zorg. In dat advies zal onder andere substitutie tussen HAP en SEH aan de orde komen.

⁶ Substitutie van chronische zorg wordt tevens behandeld in de Marktscan Ketenzorg en het rapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.

⁷ D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rüphan, R. Giel, 'Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ', Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989.

activiteiten van gezondheidszorg. De functie van een voorziening is het geven van antwoord op een bepaalde zorgvraag op het gebied van onderzoek, behandeling, verpleging of huisvesting. De term 'andersoortig' kan betrekking hebben op zorgintensiteit, zorgsetting of de mate van specialisatie. Het element 'vergelijkbare patiëntenpopulatie' houdt in dat het bij substitutie niet de bedoeling is een geheel andere patiëntengroep met een nieuw zorgaanbod te bedienen.

Huisartsenzorg

In dit advies wordt gesproken over substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Met de term 'huisartsenzorg' wordt bedoeld op zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Hiermee wil de NZa niet zeggen dat het zorg is die enkel de huisarts kan leveren.

Ziekenhuiszorg

Ziekenhuiszorg, ook wel medisch specialistische zorg genoemd, is zorg 'zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Hiermee bedoelt de NZa niet dat het zorg is die enkel ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en/of medisch specialisten kunnen leveren.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de het begrip substitutie. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk de rol van de NZa geschetst, waarbij samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en/of medisch specialisten nader wordt gezien. Het volgende hoofdstuk (3) geeft een overzicht van de mogelijkheden en knelpunten in de huidige bekostiging. De NZa adviseert over oplossingen op korte termijn ('quick wins') in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 bevat een beschrijving van de randvoorwaarden waarbinnen substitutie succesvol kan plaatsvinden. In het laatste hoofdstuk (6) geeft de NZa een concluderend advies. Bijlage 1 bevat het verzoek van de Minister. In bijlage 2 tot slot wordt de samenhang met andere projecten nader toegelicht.

2. Perspectieven op substitutie

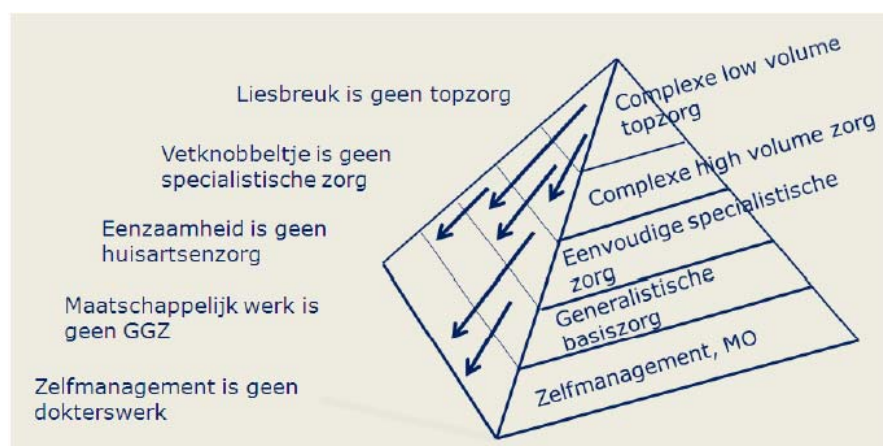
In dit hoofdstuk wordt allereerst het begrip substitutie nader omschreven. Vervolgens wordt de samenhang tussen substitutie en samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en/of medisch specialisten weergegeven; alvorens de rol van de NZa in dit kader toe te lichten.

2.1 Definitie substitutie

Onder substitutie verstaat de NZa het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.⁸ Hierbij is de veronderstelling dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit. In dit kader wordt ook wel gesproken over 'zinnige en zuinige zorg'.

In een bredere context is substitutie mogelijk tussen derde, tweede, eerste en nulde lijn. De Minister schetst de gezondheidszorg als een piramide (zie figuur 1), waarbij het uitgangspunt voor het verlenen van zorg is 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan'. De basis van deze piramide wordt gevormd door zelfmanagement, mantelzorg en welzijnswerk. Het midden van de piramide bevat generalistische basiszorg en ondersteuning en eenvoudige specialistische zorg. Het middendeel omvat ook zorgvormen waarbij geïntegreerde zorgverlening centraal staat. De top van de piramide bestaat uit complexe medisch specialistische zorg en intensieve verpleging en verzorging. Dit advies richt zich op het midden van de piramide, waar laagcomplex curatieve zorg wordt geleverd.

Figuur 1. Zorg en ondersteuning op verschillende niveaus



Bron: VWS, brief 'zorg en ondersteuning in de buurt', kenmerk CZ/EKZ-3086843, oktober 2011

Substitutie kan vanuit verschillende perspectieven worden gezien. Ten eerste kan bekeken worden in hoeverre patiënten alleen worden doorverwezen vanuit een generalistische naar een specialistische context wanneer dit echt nodig is. Ten tweede kan beschouwd worden in

⁸ D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rüphan, R. Giel, 'Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ', Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989.

hoeverre zorg verschoven kan worden naar de plek (in eerste of tweede lijn) waar deze zorg het meest doelmatig geleverd kan worden. In dit advies wordt de huidige bekostiging vanuit beide perspectieven geanalyseerd.

In de praktijk wordt in het kader van substitutie gesproken over het 'verplaatsen', 'voorkómen' en 'vervangen' van zorg. Bij het verplaatsen van zorg kan gedacht worden aan het verplaatsen van laagcomplexe curatieve zorg vanuit de ziekenhuisomgeving naar de huisartsenpraktijk. Het voorkómen van zorg is gericht op het verminderen van de kans dat een patiënt (onnodig) in een hoger echelon behandeld moet worden. Hierbij kunnen activiteiten gericht op versterken van de eerste lijn en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn een rol spelen (zie kader 1 voor een voorbeeld van een initiatief, door de NZa bezocht). Substitutie, wat letterlijk vervanging betekent, kan ook tot uitdrukking komen in het vervangen van de ene zorgvorm door de andere. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van e-health mogelijkheden.

Kader 1. Praktijkvoorbeeld substitutie

Consultatieve spreekuren in De Bilt

De stichting Gezondheidscentra (GZC) De Bilt heeft spreekuren opgezet om onnodige verwijzingen naar de tweede lijn te voorkómen. Patiënten met een indicatie op het grensvlak tussen eerste en tweede lijn worden verwezen naar het consultatieve spreekuur van een specialist. Specialisten van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (internist, orthooped, oogarts, longarts) doen spreekuur in GZC De Bilt op verwijzing van de huisarts.⁹ Spreekuren worden of gezamenlijk uitgevoerd of nabesproken met huisarts, soms ook met de praktijkondersteuner en fysiotherapeut. De verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt blijft bij de huisarts. De eerste resultaten duiden op afname van het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis, een hoge patiënttevredenheid en een leereffect bij de huisartsen. Om definitieve conclusies te kunnen trekken is grootschaligere effectmeting nodig.

Bron: NZa

2.2 Samenwerking tussen eerste en tweede lijn nader bezien

De Minister benoemt in het verzoek de samenhang tussen samenwerking van eerste en tweede lijn en het substitutievraagstuk. Uit gesprekken met stakeholders is gebleken dat specifieke lokale omstandigheden en randvoorwaarden, zoals kennis, vaardigheden en locatie bepalen of samenwerking van de grond komt en substitutie succesvol kan plaatsvinden. Een landelijke blauwdruk voor substitutie lijkt dan ook niet gewenst. Samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en/of medisch specialisten dient op lokaal niveau tot stand te komen. Substitutie kan uit deze samenwerking voortvloeien. Substitutie vergt een gedragsverandering, waarbij het gaat om kennen (het hebben van de benodigde kennis van elkaar en elkaars (on)mogelijkheden), kunnen (het tonen van relevante vaardigheden en competenties voor de zorglevering), willen (het leveren van zorg gegeven eventuele aanvullende (rand)voorwaarden) en doen (feitelijke adequate/bekwame uitvoering van de zorglevering).

⁹ Voor het (gezamenlijke) spreekuur registreert de medisch specialist geen DBC, maar vindt er onderlinge verrekening plaats.

Het 'kennen' houdt in dat huisartsen en medisch specialisten bekend moeten zijn met elkaar en elkaars aanbod en expertise. In het algemeen kan gesteld worden dat eerste lijn en tweede lijn verschillende uitgangspunten hebben voor zorgverlening. De generalistische eerste lijn gaat uit van de gezonde mens in zijn totale context. De specialistische tweede lijn kent ziekte en (curatieve) behandeling als uitgangspunten. Deze verschillen in benaderingswijze met een vergelijkbare uitkomst voor de patiënt dienen erkend te worden. Vervolgens is culturele overbrugging nodig om verdergaande samenwerking te realiseren.

'Kunnen' wil zeggen dat de betrokkenen over voldoende deskundigheid, capaciteit en organisatiegraad moeten beschikken om de zorg te kunnen leveren. De zorgaanbieder dient te beschikken over de juiste competenties om zorg te kunnen leveren conform de kwaliteitsnormen, zoals in samenspraak met de beroepsgroepen vastgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wetenschappelijke verenigingen en consumentenorganisaties hebben daarbij een eigen inbreng en invalshoek. Zorgstandaarden kunnen een rol spelen om vanuit de zorginhoud tot initiatieven voor integrale zorgverlening te komen. Deskundigheidsbevordering kan plaatsvinden door opleiding en (bij)scholing. Bij de eerder genoemde capaciteit is het van belang dat de infrastructuur inclusief de noodzakelijk apparatuur het zorgproces faciliteert. Hierbij kan gedacht worden aan e-health toepassingen en een elektronisch patiëntendossier. Een goede organisatiegraad van de eerste lijn is noodzakelijk om als partner te fungeren van de tweede lijn en zorgverzekeraars. Een transmuraal platform kan een faciliterende rol spelen in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

'Willen' heeft betrekking op de motivatie van zorgaanbieders die nodig is om samenwerking tot stand te brengen. Voor motivatie is onderling vertrouwen noodzakelijk. Vertrouwen vanuit de medisch specialist om bepaalde zorg aan de huisarts over te dragen; maar ook het vertrouwen van de huisarts dat hij te allen tijde een beroep kan doen op de medisch specialist. Het vertrouwen en de onderlinge relatie kan door substitutie onder druk komen te staan als het ziekenhuis en medisch specialist in een concurrentiestrijd met de huisarts terecht komen. (Negatieve) financiële consequenties van het verplaatsen van zorg voor ziekenhuizen en medisch specialisten kan de motivatie voor substitutie doen afnemen. Het 'willen' kan bovendien tot uitdrukking komen in de strategische keuzes in het zorgportfolio die in toenemende mate door ziekenhuizen worden gemaakt.

Het 'doen' betreft het daadwerkelijk plaatsvinden van substitutie. Hierbij zijn zorgaanbieders ook afhankelijk van consument en zorgverzekeraar. De consument ontvangt op dit moment via het eigen risico een prikkel om zorg in de eerste lijn in plaats van in de tweede lijn te consumeren. Bovendien is ziekenhuiszorg in eerste instantie¹⁰ alleen toegankelijk op grond van een verwijzing door de huisarts.¹¹ Consumenten zijn mondiger geworden, waardoor huisartsen in toenemende mate druk ervaren om door te verwijzen naar de medisch specialist. Consumenten zijn vaak in de veronderstelling dat de zorg geleverd door een medisch specialist van hogere kwaliteit is dan de zorg verleend door een huisarts ('duurder = beter'). De medisch specialist kan ook druk ondervinden vanuit de patiënt voor het inzetten van bepaalde diagnostiek of behandeling. Patiëntenvoorlichting is cruciaal om te bewerkstelligen dat de 'juiste zorg' op 'de juiste plek' plaats vindt. Zorgverzekeraars dienen substitutie en samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en/of medisch

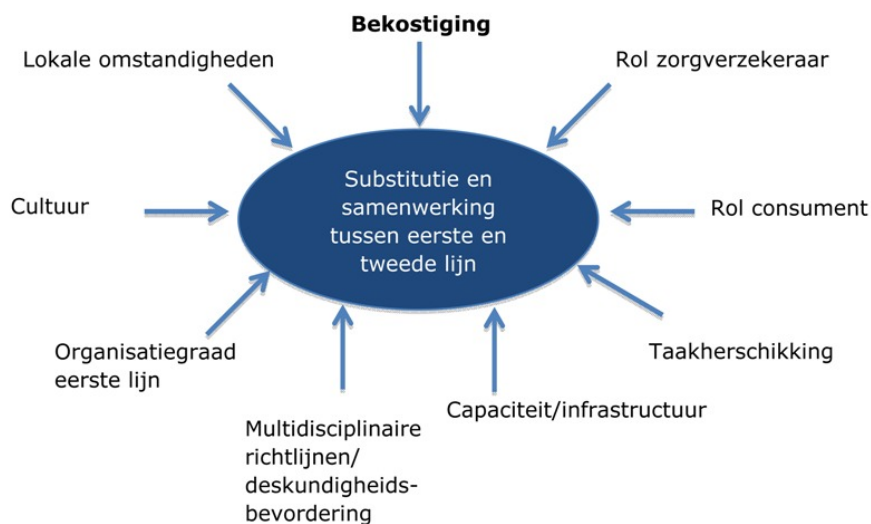
¹⁰ Na een initiële verwijzing naar een medisch specialist kan onderlinge verwijzing tussen medisch specialisten plaats vinden.

¹¹ En voor bepaalde ziekenhuiszorg de verloskundige en tandarts/orthodontist.

specialisten te betrekken bij zorginkoop. Logischerwijs zijn zorgverzekeraars gestart met een sectorale aanpak; inmiddels mag verwacht worden dat verzekeraars ook op het snijvlak van de sectoren aan de slag gaan, zoals met het substitutievraagstuk. Vooral nog heeft de prioriteit van zorgverzekeraars voornamelijk gelegen bij de concentratie van hoogcomplexe laagvolume zorg. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat vanwege de volumennormen, zoals opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen, verzekeraars aanknopingspunten hebben om die zorg selectief te contracteren. Anderzijds heeft nabije zorg (laagcomplexe hoogvolume zorg) minder 'inkoopstatus', terwijl deze vorm van zorg in de toekomst in belang zal toenemen. Voor adequate substitutie van zorg is het lange termijn inkoopbeleid van zorgverzekeraars van belang. Dit biedt zorgaanbieders de gelegenheid de eventueel noodzakelijke administratieve, logistieke en technische aanpassingen door te voeren. De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen op substitutie worden in hoofdstuk 3 nader toegelicht. In hoofdstuk 5 komen prikkels voor zorgverzekeraars (in het bijzonder de ex-post risicoverevening) aan bod.

Geconcludeerd kan worden dat verschillende factoren van invloed zijn op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn en het tot stand komen van substitutie. In figuur 2 worden deze factoren grafisch weergegeven.

Figuur 2. Factoren die een rol spelen bij substitutie en samenwerking tussen eerste en tweede lijn



Bron: NZa

2.3 Rol en positie NZa

De NZa heeft bevoegdheden op het gebied van regulering en bekostiging op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daarnaast houdt de NZa toezicht op verzekeraars en aanbieders voor wat betreft de naleving van de wet- en regelgeving. Aangezien de bekostiging zich op het werkerrein van de NZa bevindt en dit slechts één van de factoren is die samenwerking en substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg beïnvloedt, kan geconcludeerd worden dat de invloed van de NZa op het tot stand komen van samenwerking en substitutie beperkt is. De relatie

