

Substitutie: makkelijker gezegd d

Bedenken hoe het anders kan is één. In de praktijk brengen is twee. De tijd nemen, randvoorwaarden creëren, durven falen en alle betrokkenen erbij betrekken zijn onderdeel van het proces. En dan *nog* is het complex.

Bij veel partijen bestaat de wens om zorg te substitueren van tweede naar eerste lijn, van eerste naar patiënt zelf, van specifiek naar generiek en van extramuraal naar intramuraal. Dat is het gevolg van de stijgende zorgvraag, stijgende zorgkosten en de wens om de kosten te beheersen. Maar alle “spelers in het veld” hebben moeite om dit uit te voeren. Als de samenwerkingsrelatie tussen een medisch specialist en een huisarts goed is, dan zal men uit routine naar het ziekenhuis van die specialist verwijzen. En al worden er met het ene ziekenhuis wel en met het andere ziekenhuis geen regionale transmurale afspraken gemaakt, toch is dit gedragspatroon moeilijk te wijzigen. Hoewel er op het niveau van een zorggroep of gezondheidscentrum volumeafspraken kunnen worden gemaakt om de veranderingen te beperken, de huisartsen hebben in het kader van de WGBO, de professionele autonomie, en de eed van Hippocrates een eigen verantwoordelijkheid. De gezondheidstoestand van de individuele patiënt bepaalt, niet het contract.

Recht op aanspraak

Dat is ook het geval bij de introductie van een ander formularium. Als de medisch specialist een ander voorschrijfbeleid heeft, overzetten al een keer eerder is geprobeerd, of de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt op het spel komt te staan, dan is het invoeren van een formularium toch moeilijker dan verwacht. Contractuele bepalingen kunnen zelfs in strijd zijn met de wet, omdat ze de aanspraak van de verzekerde beperken. Een verzekerde heeft op basis van het Besluit zorgverzekering artikel

2.8 aanspraak op extramuraal verstrekte geneesmiddelen als deze in het GVS zijn opgenomen.

Het beperken van het zorgvolume kan maatschappelijk wenselijk zijn, maar geldt niet voor individuele patiënten die een wettelijk recht hebben op adequate >

zorg. Daarom zijn maximum inclusiecriteria voor bijvoorbeeld het CVRM zorgprogramma niet te handhaven op het niveau van een individuele arts-patiëntrelatie. Zorgverzekeraars nemen dit als eis op in contracten met zorggroepen, maar dit is zeer omstreden.

Indien een zorgverzekeraar dit als eis wil opnemen in het contract, kan de zorggroep verzoeken om een verklaring, waarin de zorgverzekeraar aangeeft dat bij overschrijding van dit percentage (bijvoorbeeld elf procent bij CVRM) een nieuwe individuele patiënt niet in het zorgprogramma mag worden opgenomen. Deze verklaring kan worden voorgelegd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Waarschijnlijk wordt de eis dan omgezet in een collectieve inspanningsverplichting. Daarnaast kan de zorggroep laten opnemen dat de WGBO leidend is voor de zorgaanbieders en hiermee de professionele autonomie beschermen. Tot slot kan een hardheidsclausule over redelijkheid en billijkheid oplossing bieden.

Sommige prestatieafspraken en substitutiedoelstellingen zijn wellicht zelfs strijdig. Stel er is een formularium om bepaalde medicatie die het LDL beïnvloedt te beperken, maar het stoppen van het medicijn leidt tot minder goede uitkomstindicatoren. Het gezondheidscentrum, de zorggroep of zelfs de individuele huisarts krijgt een variabele beloning (segment 3) om het formularium te handhaven, maar ook voor het berekenen van prestatie-indicatoren.

Triple Aim

Het is overigens interessant om te bezien hoe dergelijke casuïstiek zich verhoudt met de *Triple Aim*-theorie die uitgaat van kostenreductie, verbetering van kwaliteit en verhogen van klanttevredenheid tegelijk. Er zijn meerdere redenen waarom dat nog een hele klus wordt.

Ten eerste: Omdat we niet alle parameters op individueel niveau meten. In ieder geval niet aan elkaar gekoppeld. Dat heeft verschillende redenen:

- het kan niet; de unieke identificatie ontbreekt;
- het mag niet; informatie komt uit verschillende bestanden en mag in het kader van de wet op de privacy niet zomaar gedeeld worden. Zo mogen gegevens over de zorgkosten van concurrerende zorgverzekeraars niet met elkaar gedeeld worden in verband met de Mededingingswet. Via *datawarehouse*-constructies is het mogelijk om dit probleem op te lossen, maar dat gebeurt in de praktijk nog te weinig;
- het lukt niet; alles meten is te ingrijpend en er zal altijd data missen. De data is (retrospectief) niet op dezelfde manier geregistreerd en daardoor is

an gedaan

de validiteit nog niet gegarandeerd. Vaak zijn er alleen steekproeven (bijvoorbeeld CQ Index bij diabetes die daarnaast te weinig discrimineert om conclusies te trekken).

Ten vierde: Omdat de data uit verschillende bronbestanden komen van partijen die elkaar niet voldoende vertrouwen. Zorgverzekeraars hebben het over een *best practice*, maar weigeren be-

Of is het alleen een *cheap practice*? Maar ook zorgaanbieders schermen met uitkomsten die niet voldoende worden aangetoond en door zorgverzekeraars worden gewantrouwd. De vertrouwens-

De gezondheidstoestand van de individuele patiënt bepaalt, niet het contract

Er zal dus nog flink moeten worden geïnvesteerd in dataverzameling, verwerking en rapportage. Dit vergt een extra investering.

Ten tweede: Omdat de *Triple Aim-theorie* wellicht niet helemaal klopt in de praktijk... Als patiënten moeten overstappen naar een ander ziekenhuis of specialist, of verplicht worden om een andere inhalator te gaan gebruiken, terwijl men dat niet wil, zullen ze op klanttevredenheid niet hoog scoren... De individuele besparing komt het collectief ten goede en de betreffende patiënt wordt dus niet persoonlijk beloond. Dat stimuleert de tevredenheid niet. Wat zou de tevredenheidsparameter eigenlijk moeten zijn bij een dergelijke interventie? Of moeten we het hebben over klantervaring?

Ten derde: Omdat we de kwaliteit niet goed kennen. Het gebrek aan transparantie in de zorg is een doorn in het oog van velen, maar het objectief en effectief meten van de kwaliteit is gewoon moeilijk. Daarnaast maakt steeds wijzigende wet- en regelgeving en samenstelling van het basispakket het vergelijken vrijwel onmogelijk. De kosten worden weliswaar steeds beter in kaart gebracht, maar zicht op integrale kosten is moeilijk. Als het dan alleen om zorgkosten gaat, wordt er progressie gemaakt. Maar als we ook kosten van de Wmo of werkgeverslasten mee gaan tellen of een maatschappelijke business case maken dan wordt het nog lastiger. Denk aan de effecten van preventie.

kend te maken wie dat zijn en waarom. Worden kwaliteit, klanttevredenheid en kosten meegewogen, of alleen kosten?

basis moet hersteld, anders kunnen de verschillende partijen nooit samen de *Triple Aim* aantonen. Langdurige con-



Huisartsen hebben in het kader van de WGBO, de professionele autonomie, en de eed van Hippocrates een eigen verantwoordelijkheid.

tractrelaties bieden een goede optie om vertrouwen te laten ontstaan, maar dat is nog geen gebruikelijke opvatting. Daarnaast zal gebruik moeten worden gemaakt van een *Trusted Third Party* (TTP) die onder wetenschappelijk toezicht acteert. In de fysiotherapie en ggz zijn hier al goede ervaringen mee.

Silo's of integrale benadering

Macrobudgetten van de overheid en zorgverzekeraars hebben deelbudgetten, de zogenaamde silo's. De indeling en toerekening van silo's en zorgactiviteiten is vaak historisch en soms ook discutabel. Bijvoorbeeld de eerste lijns diagnostiek komt voor in de ziekenhuisbudgetten (naar schatting 500 miljoen) en in de eerstelijnszorg (naar schatting 200 miljoen). Het is echter ook de vraag op welke wijze kosten toegerekend worden. En als diagnos-

Snelheid van veranderen

Alle betrokkenen hebben moeite met de snelheid van het substitutieproces. De resultaten moeten te snel worden bereikt en anders wordt het experiment afgeblazen of een nieuw project opgestart. Zo kan een farmacieproject met een regionaal formularium veel meer tijd nodig hebben dan in de theoretische benadering is voorgerekend. Immers patiënten komen niet iedere week naar de huisarts. Moeten ze dan apart worden oproepen, terwijl de werkdruk al hoog is? In de praktijk gebeurt dat niet. En als de patiënt dan na een kwartaal op spreekuur komt en inmiddels net nieuwe medicatie heeft gehaald (soms ten laste van het eigen risico), kan het wel zes maanden duren voor er sowieso een verandering wordt ingezet. Dan ga je één Q later de resultaten meten, maar dan weet je het resultaat al.

Het gebrek aan transparantie in de zorg is een doorn in het oog van velen, maar het objectief en effectief meten van de kwaliteit is gewoon moeilijk

tiek uit doelmatigheidsoverwegingen bij een EDC wordt ingekocht, maar het ziekenhuis komt daardoor in financiële problemen, worden beslissingen soms terug gedraaid, omdat het een andere silo betreft...

Bekostiging stuurt gedrag van zorgaanbieders en patiënten, maar dat kan slecht uitvallen voor de integrale kosten en de patiënt! In 2015: het plaatsen van een spiraaltje komt uit segment 1 van de huisartsenbepaling en levert nog slechts 18 euro op. Huisartsen zullen nu sneller verwijzen naar de gynaecoloog die enkele honderden euro's rekent. Bij de huisarts betaalt de patiënt de kosten van het spiraaltje van circa 180 euro, maar bespaart het eigen risico van 375 euro in het ziekenhuis. Collectieve regelingen om dit tegen te gaan zijn nog niet breed geïmplementeerd.

Ook verzekeraars kunnen de veranderingen niet altijd goed aan. Het callcenter krijgt duizenden vragen per dag en kan het niet bijbenen of is commercieel geïnstrueerd: patiënten zijn klanten en die stel je tevreden. Patiënten die na een bezoek aan de huisarts de zorgverzekeraar nabellen, krijgen dan een andere uitleg en het effect is weg.

Conclusie

Substitutie is op zich al lastig, maar met verschillende gepercipieerde belangen zullen we bescheiden stapjes in de goede richting moeten zetten in een maatschappelijk noodzakelijke en radicale verandering om de zorgkosten niet sneller te laten stijgen dan de economische groei. <<

*Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns*