

# Sustitutie van zorg

## Citation for published version (APA):

Westra, D., Kroese, M., & Ruwaard, D. (2017). Sustitutie van zorg: WAT WETEN WE, WAT MOETEN WE WETEN EN WAT MOETEN WE DOEN? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, [D1354].  
<https://www.ntvg.nl/system/files/publications/d1354.pdf>

## Document status and date:

Published: 03/03/2017

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Document license:

Taverne

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## ZORG

## Substitutie van zorg

## WAT WETEN WE, WAT MOETEN WE WETEN EN WAT MOETEN WE DOEN?

Daan Westra, Mariëlle Kroese en Dirk Ruwaard

**Om de toenemende zorgkosten te beheersen sprak minister Schippers met verschillende partijen af om zorg zoveel mogelijk te verplaatsen van de dure tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn. Een dergelijke verschuiving is alleen wenselijk wanneer de zorg blijvend naar de eerste lijn wordt verplaatst, de kosten inderdaad afnemen en de kwaliteit van de geleverde zorg en de gezondheid van de populatie positief worden beïnvloed. Om het succes van substitutie-initiatieven te bewijzen dient hun effect vergeleken te worden met de landelijke trend op populatieniveau. Daarbij is longitudinaal onderzoek noodzakelijk, omdat substitutie een transitieproces is dat voortdurende monitoring en interactie tussen patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars en wetenschap vereist.**

**D**e Nederlandse zorgkosten zijn de laatste 15 jaar toegenomen, al is de stijging als percentage van het bruto binnenlands product recent afgevlakt.<sup>1</sup> Om deze kostenstijging te beheersen heeft minister Schippers middels zorgakkoorden met verschillende partijen afspraken gemaakt over het reduceren van de uitgaven-groei. Afsgesproken is dat het groeipercentage van de uitgaven in de tweede lijn wordt teruggebracht tot maximaal 1% per jaar in de jaren 2015-2017.<sup>2</sup> Voor huisartsenzorg geldt daarentegen een additionele groei tot maximaal 1,5% in 2015-2017 ten behoeve van 'gewenste substitutie, vernieuwing en het belonen van uitkomsten'.<sup>3</sup>

Substitutie van zorg is het 'waar mogelijk voorkomen dat mensen in de tweede lijn terecht komen' door 'een actieve, adequate invulling van de poortwachtersfunctie door de huisarts'.<sup>3</sup> De centrale gedachte achter substitutie als manier om kosten te besparen is dat de huisarts over het algemeen goedkoper zorg kan verlenen dan een ziekenhuis. Er zijn grote prijsverschillen tussen de huisarts en het ziekenhuis voor eenvoudige ingrepen als het verwijderen van oorsmeer en het plaatsen van een spiraaltje. Deze voorbeelden haalden in 2013 en 2014 zelfs de landelijke media.

Adviesbureau SiRM berekende dat het verplaatsen van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn een besparingspotentieel heeft van 1,5 miljard euro en het NIVEL beargumenteerde dat dit besparingspotentieel vooral zit in het voorkómen van verwijzingen binnen de tweede lijn.<sup>4,5</sup>

#### SUBSTITUTIE VAN ZORG, WAT WETEN WE DAAROVER?

Sinds het beklinden van de zorgakkoorden speelt de vraag of substitutie de toename in zorgkosten daadwerkelijk weet af te remmen. Sommige onderzoeken schetsen een positief beeld over het animo en de gemaakte afspraken rond substitutie. Het RIVM rapporteerde bijvoorbeeld dat substitutie hoog op de agenda staat in alle door minister Schippers benoemde proeftuinen waarin geëxperimenteerd mag worden met nieuwe vormen van zorg.<sup>6</sup> Uit de substitutiemonitor bleek verder dat de Nederlandse zorgverzekeraars in 2016 voor bijna 100 miljoen euro aan substitutieafspraken hebben gemaakt met zorgaanbieders, voornamelijk in de vorm van 'anderhalvelijnszorg' en meekijkconsulten.<sup>7</sup> De Algemene Rekenkamer concludeerde onlangs echter dat sub-

Universiteit Maastricht, faculteit Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI, vakgroep Health Services Research, Maastricht.

Drs.ing. D. Westra, gezondheidseconoom; dr. M. Kroese, gezondheidswetenschapper-epidemioloog; prof.dr. D. Ruwaard, arts Maatschappij en Gezondheid.

Contactpersoon: prof.dr. D. Ruwaard  
(d.ruwaard@maastrichtuniversity.nl).

stitutieafspraken slechts een relatief bescheiden bijdrage hebben geleverd aan het temperen van de groei in zorgkosten zoals afgesproken in de zorgakkoorden.<sup>8</sup>

Hoewel bestaand onderzoek onderschrijft dat er een substitutiebeweging gaande is in Nederland, lijkt het effect ervan dus beperkt. Er is een groot contrast tussen deze kritische bevindingen en de ogenschijnlijk eenvoudige rationale achter substitutie. Vragen zoals ‘Welke manier van organiseren leidt tot besparing?’ en ‘Verplaatsing van welke patiëntengroepen leidt tot besparing?’ blijven onbeantwoord. Enerzijds komt dit doordat bestaande onderzoeken vooral op macroniveau zijn uitgevoerd. Anderzijds is onderzoek naar specifieke initiatieven schaars en mist het vaak de wetenschappelijke kwaliteit om gefundeerde conclusies op te baseren.<sup>9-11</sup> Gedegen onderzoek naar het succes van specifieke initiatieven om zorg van de tweede naar de eerste lijn te verplaatsen, is dan ook cruciaal.

Maar aan welke voorwaarden moeten effectieve substitutie-initiatieven eigenlijk voldoen? En hoe is dit te meten? In dit stuk gaan wij in op deze vragen aan de hand van ervaringen uit lopend onderzoek binnen de Academische Werkplaats Duurzame Zorg van Maastricht University. Het onderzoek betreft verschillende substitutie-initiatieven in de drie Limburgse proeftuinen Blauwe Zorg, MijnZorg en Anders Beter, die worden gefinancierd door de Provincie Limburg, zorgverzekeraars VGZ en CZ en Maastricht UMC+/Maastricht University.

#### WAT ZIJN DE VOORWAARDEN VOOR SUBSTITUTIE?

Vanuit kostenperspectief is het doel van substitutie van zorg om al in de eerste lijn zo veel mogelijk tegemoet te komen aan de zorgvraag van patiënten, omdat behandeling daar over het algemeen goedkoper is dan in de tweede lijn en omdat het doorverwijzingen binnen de tweede lijn kan voorkómen. Vormen van substitutie die de toegang tot de tweede lijn vertragen in plaats van voorkomen zijn niet wenselijk, omdat dit gezondheidsproblemen kan verergeren en kosten verhogen.

Succesvolle verplaatsing van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn impliceert dat er in de tweede lijn capaciteit vrijkomt. Als deze capaciteit wordt opgevuld door het aantrekken van nieuwe, andere patiëntengroepen vindt er op macroniveau geen kostenreductie plaats, maar veel-er een kostentoeename.

De kostenbesparing die voortvloeit uit blijvende verplaatsing van zorg naar de eerste lijn kan niet los gezien worden van aspecten als kwaliteit van de geleverde zorg of de gezondheidsstatus van een bepaalde populatie. Substitutie-initiatieven dienen daarom getoetst te worden op basis van het ‘triple aim’-principe.<sup>12</sup> Dit principe stelt dat de verbetering van het zorgsysteem 3 gelijkwaardige doelen heeft, namelijk (a) het verbeteren van de

gezondheid van een populatie, (b) het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg en (c) het reduceren van kosten. Substitutie is dus alleen wenselijk wanneer een initiatief erin slaagt de som van deze 3 doelen te verbeteren.

#### HOE MEET JE SUBSTITUTIE?

Als we stellen dat substitutie van zorg alleen wenselijk is wanneer de ‘triple aim’-doelen gehaald worden, dan moet het succes van substitutie-initiatieven logischerwijs getoetst worden aan deze doelen. Elke dimensie van het ‘triple aim’-concept is op verschillende manieren meetbaar. De gezondheid van de populatie kan bijvoorbeeld worden gemeten aan de hand van gevalideerde vragenlijsten zoals de EQ-5D of SF12. De ervaren kwaliteit van zorg kan door ‘patient-reported experience measures’ (PREMs), zoals de CQ-index, gemeten worden. Omdat substitutie-initiatieven alleen bijdragen aan het reduceren van de zorgkosten wanneer de schadelast voor zorgverzekeraars daalt, moet de kostenreductie gemeten worden op basis van het bedrag dat verzekeraars uitbetalen voor de patiëntenpopulatie waar het substitutie-initiatief zich op richt, dus niet op basis van kostprijzen van zorgaanbieders.

Bij het meten van deze 3 dimensies zijn verder een aantal aspecten cruciaal. Om effectief te zijn moet een substitutie-initiatief ten eerste een hogere optelsom op de 3 dimensies realiseren dan elders in het land waar géén initiatieven plaatsvinden.

Ten tweede moeten initiatieven worden beoordeeld vanuit een populatieperspectief. Aantonen dat het aantal verwijzingen naar een specifiek ziekenhuis afneemt is niet voldoende bewijs, tenzij met zekerheid vaststaat dat de patiënten niet door een andere instelling in de tweede lijn zijn gezien.

Ten derde is een longitudinale aanpak nodig om aan te tonen dat zorg daadwerkelijk blijvend is verplaatst en niet is uitgesteld. Deze longitudinale aanpak is tevens nodig omdat gegevens over de kosten die door verzekeraars vergoed zijn, achterlopen op de werkelijkheid. Bovendien vergen substitutie-initiatieven veel aanpassingsvermogen van professionals en maken deze dus een fikse leercurve door.

Met andere woorden, substitutie-initiatieven hebben tijd nodig om zich voldoende te ontwikkelen en om voldoende volume te genereren. Investeren in substitutie-initiatieven is dan ook het best te typeren als een dynamisch proces van constant evalueren en bijsturen.

#### HOE ROL JE SUCCESVOLLE SUBSTITUTIE-INITIATIEVEN LANDELIJK UIT?

Het effect van substitutie op de zorgkosten is maximaal wanneer aantoonbaar succesvolle substitutie-initiatieven landelijk worden uitgerold, liefst zo snel mogelijk. Om de leercurve in regio’s waar dergelijke initiatieven worden

uitgerold zo kort mogelijk te houden, is het van belang de gesignaleerde valkuilen uit andere regio's en van andere initiatieven zo veel mogelijk te vermijden. De totstandkoming van substitutie-initiatieven moet dus adequaat worden gemonitord en geëvalueerd en de kennis die hierbij wordt opgedaan dient zoveel mogelijk te worden gedeeld en vrijelijk beschikbaar te zijn.<sup>13,14</sup>

Het toepassen van initiatieven op grote schaal wordt makkelijker wanneer verzekeraars een uniforme manier van bekostiging hanteren voor substitutie-initiatieven. Sommige substitutie-initiatieven worden momenteel als eerstelijnsprestaties gedeclareerd en andere initiatieven als tweedelijns-DOT's (DOT staat voor 'dbc's op weg naar transparantie'). Het gebruik van verschillende financieringsvormen is niet alleen verwarrend, het is ook inefficiënt en maakt het moeilijker om aan te tonen dat een gegeven initiatief daadwerkelijk kostenverlagend werkt.

## CONCLUSIE

Substitutie van zorg is een van de manieren om de toeneemende zorgkosten in Nederland te beteugelen. Hoewel de onderliggende rationale plausibel is, bestaat er geen

bewijs of – en welke – substitutie-initiatieven succesvol zijn. Substitutie moet zorgverlening blijvend naar de eerste lijn verplaatsen en de som van uitkomsten op de 'triple aim'-doelen verhogen (de gezondheid van een populatie verbeteren, de ervaren kwaliteit van zorg in deze populatie verbeteren en kosten reduceren). Het effect van een substitutie dient vergeleken te worden met de landelijke trend, op populatieniveau; longitudinaal onderzoek is daarvoor noodzakelijk. Binnen de Academische Werkplaats Duurzame Zorg van Maastricht University wordt dan ook met deze aanpak gewerkt. Zolang het succes van de verschillende substitutie-initiatieven niet op deze manier bewezen is, is voorzichtigheid geboden bij het grootschalig uitrollen van deze initiatieven.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 1 februari 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1354

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D1354](http://WWW.NTVG.NL/D1354)**

## LITERATUUR

- Zorguitgaven stijgen langzamer. Den Haag: CBS; 19 mei 2016.
- Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017. Den Haag: VWS, 16 juli 2013.
- Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 t/m 2017. Den Haag: VWS, 16 juli 2013.
- Heida J-P, Hoendervanger J. Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan. Den Haag: SiRM, 2016.
- De Jong J, Korevaar J, Kroneman M, van Dijk C, Bouwhuis S, de Bakker D. Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg: communicerende vaten of gescheiden circuits? Utrecht: NIVEL, 2016.
- Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen. Bilthoven: RIVM, 2015.
- Rapportage afsprakenmonitor 2016. Amstelveen: KPMG Plexus, 2016.
- Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2016.
- Seesing F, Haalboom J, Geerse R, Hirsch R. Meekijkconsult: Iedereen tevreden én geld over. Med Contact (Bussum). 2015;70:1227-9.
- Van der Heijden JP, de Keizer NF, Spuls PI, Witkamp L. Teledermatologisch consult door de huisarts: betere zorg tegen lagere kosten. Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A4253.
- Timmermans FP, Keunen JEE. Huisarts moet zich herbezinnen op oogzorg. Med Contact (Bussum). 2014;69:833-5.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff (Millwood). 2008;27:759-69.
- Van Hoof SJM, Kroese ME, Spreeuwenberg MD, Elissen AMJ, Meerlo RJ, Hanraets MMH, Ruwaard D. Substitution of hospital care with primary care: defining the conditions of Primary Care Plus. Int J Integr Care. 2016;16:12.
- Van Hoof SJM, Spreeuwenberg MD, Kroese ME, et al. Substitution of outpatient care with primary care: a feasibility study on the experiences among general practitioners, medical specialists and patients. BMC Fam Pract. 2016;17:108.