

# MEER ACCENT OP DE EERSTE LIJN

*Kostenoverwegingen nopen tot maximale substitutie naar de eerste lijn*

Zorg dreigt onbetaalbaar te worden. Een uitweg is om meer zorg naar de eerste lijn te verschuiven. Hiertoe moet deze zorg meer ondersteuning krijgen. En er is aandacht nodig voor zorgintegratie en beter dossierbeheer.

ANTON MAES  
JAN-ÉRIK DE WILDT

De vergrijzing van de bevolking en het toenemende gebruik van kostbare medische technologie maken kostenbeheersing onvermijdelijk. Dit dwingt ons tot het maken van heldere keuzen waar en door wie wij welke zorg laten verrichten. Als de zorg op het grensvlak van eerste en tweede lijn verschuift naar de eerste lijn komt dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van deze zorg ten goede. Het versterken van de eerste lijn is tot dusverre nog niet gebruikt als beleidsinstrument om de kosten te beheersen.

## BEKENDE HULPVERLENER

Goede zorg dichtbij huis heeft de voorkeur boven zorg verder weg. Een ander argument voor substitutie is het voordeel van continuïteit van zorg door een bekende hulpverlener of instelling.

Ook om reden van kostenbeheersing is substitutie actueel. Door afnemende aardgasbaten groeien tussen 2006 en 2040 de uitgaven harder dan de inkomsten.<sup>1</sup> Dit treft ook de zorgsector.

Ongewijzigd beleid laat voor de zorg een constant stijgende kostenontwikkeling zien van ruim 5 procent per jaar of meer.<sup>2</sup> Het beleid van het kabinet-Balkenende II heeft dankzij convenanten met de geneesmiddelensector, ziekenhuizen en met AWBZ-instanties al geleid tot kostenreductie. Dit zien we terug in de miljoenennota's van de laatste jaren.

Er is nu een 'beheerste groei' van zorguitgaven.<sup>3</sup> Macrobudgettair stijgen de kosten niet langer met 5,1 per jaar zoals tussen 1999 en 2003, maar met gemiddeld 1,7 procent per jaar. Daarnaast zien we wel een forse stijging van de 'eigen betalingen'.<sup>3</sup> Goedkoper voor de overheid betekent nog niet goedkoper voor de burger. Kan substitutie naast de genoemde maatregelen bijdragen aan kostenbeheersing?

Naast het probleem van de betaalbaarheid speelt het gevaar van de versnippering van de zorg. Het categoriaal 'in de markt zetten' van begeleiding van chronische ziekten (categorale zorgstraten), het oprichten van klachtenpoli's en de superspecialisering in de tweede lijn brengt het gevaar mee van versnippering én daarmee de kans op herhaling van (dure) hulponderzoeken. Zorgintegratie en dossierbeheer, nodig bij het ontwikkelen van het EPD en bij het dagelijkse werk, voorkomen deze versnippering. Zorgintegratie en dossierbeheer zijn bij uitstek taken die de huisarts kan uitvoeren.<sup>4</sup> Elke arts begrijpt dat het de zorg voor de toenemende groep *multi-disease*-patiënten niet ten goede komt, als zij voor elke ziekte ergens anders worden behandeld.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat een sterke eerste-lijnszorg effectiever en doelmatiger is, en uiteindelijk leidt tot lagere sterftcijfers.<sup>5,6</sup>

## ZORGCOSTEN STUREN

De overheid heeft vier instrumenten om de zorgkosten te beheersen:

- \* Eigen betalingen.<sup>3</sup> Bij bezuiniging: een hoger eigen risico, meer eigen bijdragen en no claim.
- \* Pakketmaatregelen. Bezuiniging is mogelijk door zorg uit het basispakket over te hevelen naar de commerciële markt van de aanvullende verzekering (AV). De financiering van de AV valt immers buiten het BKZ en buiten de zorgtoeslag.
- \* Tariefmaatregelen via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG.) Bezuinigen door het 'bevriezen' van tarieven van zorgaanbieders met bijvoorbeeld efficiencykortingen.
- \* Het invoeren van doelmatigheidsprikkels. Bezuinigen kan door te streven naar een hogere (c.q. dezelfde) productie bij dezelfde (c.q. minder) middelen.

Versterking van de eerste lijn wordt vreemd genoeg niet genoemd als instrument om de kosten van het basispakket beter beheersbaar te houden. Uitgangspunt hoort te zijn dat wat in de eerste lijn kan, ook in de eerste lijn gebeurt. Alleen wat medisch noodzakelijk in de tweede lijn moet, hoort in de tweede lijn thuis. Een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn levert een besparing op als bij gelijk blijvende kwaliteit de prijs in de eerste lijn lager is dan de prijs in de tweede lijn.

Enkele voorbeelden van vergelijking van prijzen in eerste en tweede lijn (2006):

TWEDELIJNS DBC's:<sup>7</sup>

\* diabetes mellitus basiszorg B-segment € 475,- (DBC 13110002211101).

\* jicht € 449,- B-segment (code 150174).

\* functionele dyspepsie B-segment € 450,- (code 150295).

- \* astma/COPD (A-segment) € 395,- (DBC 13110006011101).
- \* open wond, eenvoudige snijwond A-segment € 205,- (DBC 03110002800101).
- \* consult cardioloog ('steken op de borst', geen cardiale pathologie) € 251,70 (DBC 20110001010101).

#### HUISARTSENZORG CONTRACT 2006

- diabetes mellitus (begeleiding per jaar, zonder praktijkondersteuning, M&I 13029) € 102,-.
- jicht/functionele dyspepsie, basiszorg € 9,- per consult.
- COPD (begeleiding per jaar, zonder praktijkondersteuning, M&I 13031) € 102,-; met longfunctiemeting M&I 13004: € 51,-.
- chirurgische ingreep (indicatielijst, M&I 13012) € 76,50.
- consult huisarts ('steken op de borst, geen cardiale pathologie) € 9,- per consult met ECG (op indicatie 13005) € 51,-, met laboratoriumkosten troponine I (€ 13,80), totaal maximaal € 73,80.

Een deel van het budget in de ziekenhuizen is gebruikt voor eerstelijnszorg dat is 'verschoven' naar de tweede lijn, dus verplaatst in de 'verkeerde' richting. Het is dan eerstelijnszorg betaald met tweedelijnsstarieven. Hoe groot dit aandeel is binnen de totale ziekenhuiskosten, is nooit onderzocht. De vraag is dus hoeveel budget er met zorgverplaatsing in de juiste richting (terug) naar de eerste lijn kan worden bespaard. Onze aanname is dat bij maximale substitutie de kostengroei kan worden afgevlakt.

#### REALITEIT

De capaciteit van eerstelijnszorg is te vergroten door te investeren in organisatie, ICT en hulppersoneel (delegatie, herschikking, differentiatie). Wij beogen geen schaalvergroting, maar zorgverdieping. Voor het leveren van basiszorg is een moderne praktijkorganisatie een vereiste. Als daarnaast uit de tweede lijn verplaatste zorg moet worden geleverd, is opnieuw een aanpassing van deze organisatie nodig. Hoe dit niet moet worden

## Geen schaalvergroting maar zorgverdieping

georganiseerd<sup>8</sup> en hoe het wel kan,<sup>8,9</sup> is recentelijk beschreven. Over de kostprijs van huisartsenzorg is voldoende bekend.<sup>10-12</sup>

De route van maximale substitutie kan worden geïntegreerd in de plannen om de eerstelijnszorg te moderniseren. De huisarts draagt in de eerstelijnszorg de verantwoordelijkheid voor gedelegeerde, herschikte en gedifferentieerde taken. De realiteit is echter dat er nu niet wordt geïnvesteerd in innovaties in de eerste lijn. Daar hebben zowel patiënten/burgers<sup>13</sup> als zorgaanbieders last van.<sup>14</sup>

#### STIMULERENDE MAATREGELEN

De afgevlakte stijging van de kosten na maximale substitutie is te gebruiken om verder te investeren in ondersteunende diensten in de eerste lijn. Voorwaarde is wel dat er afspraken over ketenzorg (LTA) worden gemaakt en dat huisartsenzorg en ziekenhuiszorg beide in de basisverzekering blijven.

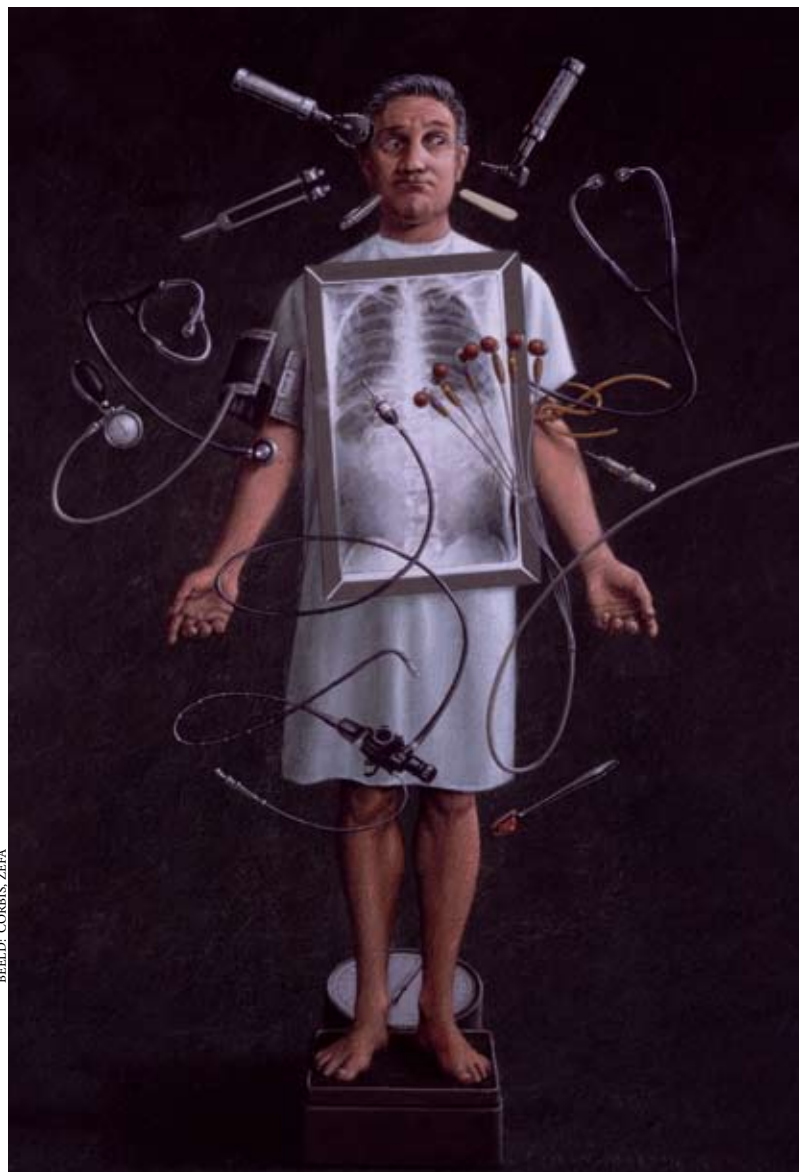
De zorgverzekeraars kunnen het concept van de maximale substitutie zowel in hun inkoop- als in hun polisbeleid gebruiken. Geïntegreerde niet-versnipperde zorg in de buurt is ook voor de consument aantrekkelijk, maar vraagt goede marketing.

De overheid kan het proces van maximale substitutie naar de eerste lijn stimuleren. Te denken valt aan:

- \* Zorgverzekeraars zijn voor eerstelijnskosten 100 procent risicodragend en voor kosten in de tweede lijn beperkt risicodragend. Draai dit eens om.
- \* Vergroot vooraf het macrokader van de eerstelijnszorg indien de eerste lijn in dat jaar meer productie levert.
- \* Bouw drempels in bij het openen van tweedelijns-DBC's.
- \* Rem de vestiging van verkapte eerstelijnszorgklinieken af.
- \* Sta geen tweedelijnsstarieven/DBC's voor eerstelijnszorg toe.
- \* Formuleer sluitcriteria voor tweedelijns-DBC's, zodat deze niet onnodig lang doorlopen.
- \* Landelijk Transmurale Afspraken (LTA) onder regie van de eerste lijn kunnen als ketenzorg worden geïmplementeerd als er overeenstemming is over zorginhoud én randvoorwaarden. Stimuleer afspraken tussen partijen en betaal de implementatie.
- \* Stimuleer modules ten behoeve van modernisering en innovatie

>>

*Wat in de eerste lijn kán, moet ook in de eerste lijn gebeuren.*



BEELD: CORBIS, ZEFA

## SAMENVATTING

- \* Onderwerp partijen op de zorgmarkt (via de Wet marktordening gezondheidszorg) aan gelijke spelregels, rechten en plichten.
- \* Pak het *free-rider*-gedrag van zorgverzekeraars aan, zodat er bereidheid ontstaat om te investeren. Nu liften sommige verzekeraars mee op de investeringen van anderen.<sup>15</sup>
- \* Door de bagatelregeling bij de Mededingingswet op te schalen, kunnen groepen eerstelijns zorgaanbieders groepsgewijs onderhandelen met zorgverzekeraars.
- \* Stimuleer de eerstelijnszorg. Een voorbeeld daarvan is het uitzonderen van huisartsenzorg in de no claimregeling.
- \* Geen WTG-plicht voor huisartsen voor verrichtingen die ook niet-huisartsen aanbieden.

### OPMERKELIJK

Substitutie slaagt pas als alle partijen erachter staan - in beleid<sup>5</sup>, maar ook met daden. Dit beleid moet gericht zijn op zorgregie, het leveren van integrale zorg en dossierbeheer. Daarnaast moet het basispakket betaalbaar blijven.

Versterking van de eerste lijn heeft de afgelopen jaren weinig prioriteit gekregen. Sterker nog, door de toenemende administratieve lasten, invoeringsproblematiek van de ZVW, marktwerkingsexperimenten (fysiotherapie) en het aanpassen van de financiering bij huisartsen<sup>14</sup> is de eerstelijnszorg eerder verzwakt dan versterkt.

Bij de oprichting van eerstelijns ondersteuning (ROS) in 2005 werd zelfs 11



## Eerstelijnszorg is eerder verzwakt dan versterkt

miljoen euro bezuinigd ten opzichte van de ondersteuning van de eerste lijn vóór 2005. Tezelfdertijd werd marktwerking geïntroduceerd, waarbij zorgverzekeraars en ziekenhuizen door het afwentelen van risico's (van het B-segment naar het A-segment), garantieafspraken en waarborgfondsen (invoeringsconvenanten om de effecten van marktwerking te reguleren) de positie van de eerstelijnszorg verder ongelijk hebben gemaakt.

Dit houdt in dat machtige partijen een beschermde positie hebben op de zorgmarkt. Er is dus geen *level playing field* (gelijke posities, gelijke kansen).<sup>16</sup>

Per jaar geeft een Nederlander € 3771,- (CBS, 2005) uit voor zorg, maar hij betaalt € 1,25 per jaar ter ondersteuning van

- Uit het oogpunt van betaalbaarheid is het wenselijk dat er zorg vanuit de tweede naar de eerste lijn wordt verschoven.
- Voordeel van eerstelijnszorg is dat de zorg meer bij mensen in de buurt plaatsvindt en dat mensen meer zorg ontvangen van bekende hulpverleners.
- Substitutie noopt tot zorgintegratie en beter dossierbeheer.
- Om substitutie effectief te laten zijn, moet er worden geïnvesteerd in de diensten die de eerste lijn ondersteunen.

De literatuurlijst en meer links over samenwerking in de eerste lijn vindt u via onze site: [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).



de gehele eerste lijn. Daar staat tegenover dat in ziekenhuizen 32 procent van het personeel als overhead voor ondersteuning wordt ingezet.<sup>17,18</sup> Een wel heel opmerkelijk verschil tussen eerste en tweede lijn.

Wellicht dat de kostenbesparing na maximale substitutie, het gevaar van zorgversnippering<sup>4</sup> en het advies van de Gezondheidsraad,<sup>6</sup> voor de politiek overtuigende argumenten zijn om meer in de eerste lijn te investeren. Het RIVM kan een betrouwbare schatting doen over de grootte van een besparing bij maximale substitutie.<sup>19</sup>

De zorg voor chronisch zieken kan voor het grootste deel in de eerste lijn plaatsvinden. Daarbij zijn concurrentie (voorwaarde marktwerking) en samenwerking (noodzaak geïntegreerde eerste lijn) conflicterende begrippen. Er zal moeten worden gekozen. Bij veel chronisch zieken speelt het probleem van hoge comorbiditeit, polyfarmacie en ongerichtheid bij de presentatie van klachten. Ofwel, zonder zorgintegratie, zonder dossierbeheer, zonder samenwerking, zonder ondersteunende diensten en zonder een (deskundige) generalist ontstaat er een probleem in de 'veiligheid' van de zorg voor chronisch zieken.

Iedereen kan het roer vasthouden als de zee kalm is (Publius Syrus). Maar in deze tijd is er durf nodig om te kiezen. Wat mogelijk is, grenst daarbij aan wat moet. ■

drs. A.A.C.M. Maes,  
huisarts en bestuurslid St. de Vrije Huisarts

J.E. de Wildt MHA,  
Commonsense interim- & projectmanagement, houdt zich bezig met redesign van de eerste lijn

Correspondentieadres: [aacmmaes@planet.nl](mailto:aacmmaes@planet.nl); [csense@planet.nl](mailto:csense@planet.nl);  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld