



nederlands huisartsen  
genootschap

...

NZa  
Mevrouw M. Honcoop  
Projectsecretaris advies substitutie  
Newtonlaan 1  
3584 BX UTRECHT

**Domus Medica**  
Mercatorlaan 1200  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
☎ 030-282 35 00  
☎ 030-282 35 01  
✉ info@nhg.org

Utrecht, 26 april 2012  
Uw kenmerk : 12D0011118  
Ons kenmerk : DIR/12-060/AT/CF/ty  
Onderwerp : zorg op de juiste plek en substitutie

Geachte mevrouw Honcoop,

Met deze brief reageert het NHG op uw uitnodiging om bij te dragen aan het advies van de NZa aan de minister van VWS over zorg op de juiste plek en substitutie. De antwoorden op de vragen die u in uw brief formuleert, zal ik hierbij beantwoorden door achtereenvolgens in te gaan op de vraag wat substitutie is, welke voorbeelden van substitueerbare zorg er zijn en welke randvoorwaarden gelden voor substitutie. Tot slot zal ik ingaan op oplossingsrichtingen voor geconstateerde belemmeringen voor substitutie.

#### **Wat is substitutie**

Onder substitutie verstaan we het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Het gaat daarbij om zorg die minstens zo goed, maar tegen lagere kosten in de eerste lijn, dichter bij de patiënt geleverd kan worden. Substitutie moet efficiencyvoordelen opleveren onder tenminste gelijkblijvende kwaliteit en continuïteit. Bij substitutie kan het gaan om het verplaatsen van diagnostiek en/of ingrepen of behandelingen.

Het doel van substitutie moet altijd zijn: het terugdringen van onnodig dure zorg op de verkeerde plek, zodanig dat dit zowel voor de patiënt, de huisarts, het ziekenhuis als de zorgverzekeraar voordelen oplevert. Substitutie komt neer op onnodig dure of overbodige zorg tegengaan. Dit is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van zowel zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties als patiënten.

#### **Voorbeelden van substitutie**

Zorg die zich leent voor substitutie valt grofweg in drie categorieën uiteen:

*a. Chronische zorg*

Hierbij kan gedacht worden aan veelvoorkomende chronische ziekten als diabetes, COPD, depressie en bijvoorbeeld de zorg na een myocardinfarct en de oncologische nazorg.

*b. Eenvoudige ingrepen*

Voorbeelden hiervan zijn het plaatsen van een spiraaltje, vasectomie en kleine chirurgische ingrepen.

c. *Diagnostiek*

Voorbeelden hiervan zijn ergometrie, endoscopisch onderzoek, oogonderzoek en point-of-care tests (D-dimeertest, CRP).

**Randvoorwaarden**

Met het benoemen van de randvoorwaarden van substitutie beantwoord ik uw vraag naar de mogelijkheden en knelpunten op het gebied van substitutie. Randvoorwaarden voor substitutie worden bepaald door factoren gerelateerd aan de soort aandoening, factoren gerelateerd aan de organisatie van de eerste lijn en externe organisatiefactoren (d.w.z. gelegen buiten de eerste lijn). Op deze drie categorieën ga ik hieronder in.

a. *factoren gerelateerd aan de soort aandoening*

Substitutie is mogelijk bij aandoeningen/ ingrepen:

- waarvoor de vereiste kennis en vaardigheden onderhouden kunnen worden door de huisarts;
- waarvoor eventueel benodigde apparatuur goed gebruikt kan worden in de eerste lijn.

Verder is van belang dat substitutie van zorg bij deze aandoening een voordeel oplevert (voor de patiënt) en past in de ontwikkelingen in de zorg, zoals de ontwikkeling om de zorg in samenhang en zoveel mogelijk in de buurt van de patiënt te organiseren.

Om substitutie mogelijk te maken moet duidelijk omschreven zijn wie, wanneer (d.w.z. bij welke indicatie), wat en waar levert.<sup>1</sup>

b. *factoren gerelateerd aan de organisatie van de eerste lijn*

Substitutie vereist:

- een bepaalde capaciteit en organisatiekracht van de eerste lijn. Dat wil zeggen dat deze voldoende is toegerust om de te substitueren zorg aan te kunnen. Denk hierbij aan het vereiste aantal vierkante meters, huisvesting, mankracht, materiaal, financiën;
- een bekostigingsystematiek en drempels tot bepaalde zorg die bevorderen dat de juiste zorg op de juiste plaats wordt gegeven;
- minimaal dezelfde kwaliteit en continuïteit. Dit houdt in dat de eerste lijn ten aanzien van de te substitueren zorg minstens dezelfde medische kwaliteit en continuïteit moet bieden als de tweede lijn.

c. *organisatiefactoren buiten de eerste lijn*

Mede bepalend voor het succes van substitutie van zorg is:

- De strategie en houding van de tweede lijn/ het ziekenhuis. Is deze gericht op samenwerking of concurrentie? Substitutie kan alleen met behoud van kwaliteit en continuïteit plaats vinden als eerste en tweede lijn met elkaar afspraken maken over inhoud, logistiek en financiën.

<sup>1</sup> De term 'functionele omschrijving' zorgt voor verwarring. Het NHG is van mening dat substitutie veronderstelt dat niet enkel is bepaald welke zorg wordt geleverd bij welke indicatie ('het wat' en 'wanneer'), maar tevens welke zorgverlener dat doet en waar dat gebeurt ('het wie' en 'waar').

- De inkoopstrategie van de zorgverzekeraar: koopt de zorgverzekeraar zorg die hij in de eerste lijn inkoop bijvoorbeeld niet ook in de tweede lijn in?
- De prikkels die uitgaan van het zorgstelsel. De zorgverzekeraar speelt als zorginkoper een belangrijke rol bij substitutie. Het stelsel dient de juiste prikkels te bevatten die de zorgverzekeraar stimuleren zorg in de eerste lijn in te kopen in plaats van in de tweede lijn. Daarnaast dient het prikkels te bevatten die de patiënt stimuleren om zorg, die in de eerste lijn geconsumeerd kan worden, in de eerste lijn af te nemen (door te sturen met eigen bijdragen/ eigen risico).
- De mate waarin een zorgverzekeraar risico draagt voor eerste en tweedelijns zorg. Een systeem waarin de zorgverzekeraar voor tweedelijns zorg (via nacalculatie) minder risico draagt dan voor zorg in de eerste lijn, staat substitutie in de weg.

### Oplossingsrichtingen

Oplossingen voor de huidige belemmeringen voor substitutie moeten worden gezocht op zorginhoudelijk, logistiek en financieel vlak.

Zorginhoudelijk gaat het om het beschrijven van diagnostiek en behandeling die voor substitutie in aanmerking komen:

- a. diagnostiek die volledig overgeheveld kan worden;
- b. diagnostiek in de tweede lijn met rechtstreekse toegang voor de huisarts;
- c. diagnostische gegevens uit de tweede lijn beschikbaar maken voor de huisarts;
- d. behandelingen die geheel of gedeeltelijk in de tweede lijn worden verricht, maar ook binnen de huisartspraktijk kunnen plaatsvinden;
- e. behandelingen die door sommige huisartsen worden gedaan, maar waarvoor ook nog wordt verwezen (het zogenaamd 'bijzonder aanbod').

Oplossingsrichtingen voor knelpunten op financieel en organisatorisch gebied zijn onder andere:

- f. Bevorder de samenwerking tussen eerste en tweede lijn via richtlijnen en/ of samenwerkingsafspraken met als doel de kwaliteit en continuïteit van zorg te optimaliseren. Binnen een goede transmurale samenwerking is het 'wie doet wat op welk moment en waar' een onderdeel van het proces.
- g. Stimuleer consultatie door de specialist zonder te verwijzen, dus kort advies n.a.v. door de huisarts uitgevoerde diagnostiek.
- h. Zorg voor de juiste financiële prikkels:
  - beloon de tweedelijns zorgverlener niet voor geleverde zorg die in de eerste lijn thuis hoort;
  - werp een financiële drempel op voor de patiënt die zorg in de tweede lijn wenst, die met de zelfde kwaliteit ook in de eerste lijn geleverd kan worden.

Het NHG kan vooral een rol spelen bij voornoemde oplossingsrichtingen op zorginhoudelijk gebied en is graag bereid een en ander nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A.E. Timmermans'.

A.E. Timmermans, huisarts  
bestuursvoorzitter