

Sturen op kwaliteit leidt tot betere zorg en bespaart jaarlijks ½ miljard euro

Case “Astens model”

Januari 2018

Samenvatting

Centraal staat het verhogen van de kwaliteit van gezondheidszorg en het verlagen van de kosten van medicijngebruik door het hanteren van formularia voor het voorschrijven van medicijnen aan patiënten. Huisartsen en apotheek overleggen regelmatig over welke medicijnen voor te schrijven bij welke diagnose. Zo komen zij tot “vooraf gedefinieerde behandelprotocollen”. In overleg bespreken zij de werking en effecten van de vooraf gedefinieerde keuzes, bespreken ze nieuwe medicijnen, toetsen ze of er aanpassingen nodig zijn in de vooraf gedefinieerde protocollen.

Door dit te doen, te standaardiseren in het voorschrijven van medicijnen, en daar continu in te verbeteren, zijn in Asten de kosten van medicijngebruik 40 euro per persoon per jaar lager dan gemiddeld in Nederland. Op een populatie van 16.000 inwoners is dat ongeveer euro 640.000 per jaar. In heel Nederland (17 mio inwoners) spreken we dan over 680 miljoen euro, zou dit 1 op 1 door te trekken zijn.

De extra kosten in Asten bedragen 10x per jaar overleg gedurende 3 uur; met 8 – 10 artsen en een apotheker is dit 300 uur per jaar. Tegen 150 euro per uur, 45.000 euro per jaar. Rekenend met ong. 2.000 apotheken in Nederland betekent dit 90 miljoen aan kosten. Zelfs als de kosten de helft onderschat worden, lijkt er een verdienpotentieel van ½ miljard euro te liggen – door te sturen op kwaliteit.

Aanleiding en opstart

Aanleiding om dit in Asten te doen, was de overgang van een model van apotheekhoudende huisartsen naar een model van huisartsen en een zelfstandig apotheker (1979). Die overgang was aanleiding om een apotheker te kiezen die volgens dezelfde principes als de huisartsen wilde werken (kwaliteit voorop). Daaruit is samenwerking voortgekomen.

Nog steeds doen de huisartsen en apotheker in Asten dit samen. De spelregels worden principieel gevolgd. Het voorbeeld van twee medicijnen voor anticonceptie, beiden even goed, maar ja, de andere een cent per pil goedkoper: allemaal over op de andere.

Wat een huisarts doet, in overleg met patiënten, is een diagnose stellen. Op basis van die diagnose en een impliciet beslismodel (kennis), wordt een medicijn voorgeschreven. Door het impliciete beslismodel te bespreken en expliciet te maken, volgen er “als – dan” voorschriften. Deze zijn inmiddels ook geautomatiseerd in een formularium en EVS (Elektronisch Voorschrijf Systeem).

Dergelijk overleg tussen apothekers en huisartsen heet farmacotherapeutisch overleg (FTO). Daarbij is er nog sprake van verschillen in werkwijzen in voorschrijven tussen apothekers / artsen binnen en buiten ziekenhuizen. Om ook die kloof te dichten, wordt al 20 jaar gesproken over FTTO (farmacotherapeutisch transmuraal overleg). FTO is weliswaar gemeengoed in Nederland maar op de uitgebreide manier en met vastlegging in het EVS (Elektronisch Voorschrijf Systeem) is Asten de enige voor zover bekend. De meeste FTO's zijn vrijblijvend, tussen de middag en er wordt niet gestreefd naar consensus. De FTO's zijn geclassificeerd van 1 t/m 4 waarbij niveau 4 het hoogste haalbare is.

Wat Asten doet kun je kenschetsen als niveau 5 omdat zij er een extra dimensie (nl. EVS) aan toevoegen.

De indelingen van FTO groepen in Nederland is te vinden op de website van het IVM <https://www.medicijngebruik.nl/>.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen en heeft als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te bevorderen. Het beleid uit de verschillende soorten NHG-Richtlijnen is samengevoegd in de NHG-uitgave Farmacotherapie voor de huisarts, ook wel het NHG-Formularium genoemd.

Zie <https://www.nhg.org/thema/nhg-behandelrichtlijnen>

NGH en LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) zijn bekend met Astens model.

Prescriptor is het elektronische voorschrijfsysteem dat Digitalis Rx bv speciaal heeft ontwikkeld voor voorschrijvers, van huisartsen tot specialisten. En 70% van de huisartsen heeft een licentie voor Prescriptor, die ze alleen niet gebruiken. Prescriptor is gevuld met het formularium van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hier valt echter voor een huisarts moeilijk mee te werken om twee redenen:

- in het formularium staan alleen de ziektebeelden waar een NHG-standaard van is, echter een groot deel van de consulten van huisartsen gaat over aandoeningen waar geen standaard van is en men grijpt dus te vaak mis
- Binnen het NHG formularium worden alleen keuzes gemaakt op geneesmiddelgroepen. Dat betekent dat de huisarts nog elke keer moet overwegen welk individueel middel hij of zij gebruikt, men wil eensluitende keuzes op geneesmiddel niveau

In de versie van het EVS van Asten zijn deze twee issues opgelost.

Beproevingen en vervolg

Eind jaren 80 heeft verzekeraar CZ meegedaan aan een proef; resultaat was dat het voor iedereen goedkoper werd, behalve voor de zorgverzekeraar; voor CZ werd het duurder, de inzet in uren die zij hebben gedaan werd niet gedekt. De besparing (in kosten medicijnen) kan de verzekeraar namelijk niet inzetten maar die gaat terug naar het Rijk. Het verrekenmodel stond doorontwikkeling in de weg. Nu de zorgverzekeraars risicodragend zijn geworden, zou dit argument nu anders kunnen liggen.

In 2000 is Luc Peeters aan de universiteit van Maastricht gepromoveerd op onderzoek dat de werking van het Astens model heeft onderbouwd.

In 2000 is in Brabant een proeftuin ingericht (onder minister Els Borst), met risicodragend budget, waaraan meerdere FTO kringen hebben meegedaan; hun uren werden tegen HFL 49 per uur afgerekend. De apotheker verkoopt minder medicijnen en is dus i.h.a. niet direct enthousiast; als de drijfveer inkomen is, is het verlagen van medicijngebruik niet vanzelfsprekend.

De proef was geslaagd en er is gekeken naar bredere uitrol door CZ en VGZ. Omdat dit ondersteuning vroeg, en dit een groter bedrag was, bleek een Europese aanbesteding noodzakelijk. Vier partijen hebben ingeschreven, waaronder een collectief met kennis / inbreng vanuit Asten. Iedereen had

verwacht dat zij zouden winnen, alleen het bleek niet de economisch meest voordelige aanbieder. Stichting Gezondheidscentra Eindhoven heeft gewonnen.

Daarna is de uitrol stilgevallen. Implementatie van het systeem vergt een breed draagvlak onder zowel huisartsen als apothekers. Daarnaast zouden er uren vrijgemaakt moeten worden om implementatie te ondersteunen. Omdat de District Huisartsen Vereniging met bovengenoemde procedure ook weg viel, is er met name onder de huisartsen te weinig draagvlak ontstaan. Daarnaast speelde het probleem dat apothekers niet gecompenseerd werden vanuit de zorgverzekeraar voor inkomensverlies en het feit dat de zorgverzekeraars niet meer de drijvende kracht waren achter de eerstelijns ondersteuning. De SGE is dus een eigen koers gaan varen en binnen die koers was er geen ruimte voor voortzetting van het FTO project.

Effect op WMO

Voor Asten nadelig neveneffect: bij toekenning van WMO gelden baseert de overheid zich onder andere op de hoeveelheid medicijngebruik in een gemeente. Meer medicijnen, minder gezond, meer WMO geld. Dus gemeente Asten wordt jaarlijks op de WMO voor ong. 250K euro gekort door het Rijk. De gemeente (burgemeester en wethouder) heeft dit op het ministerie van BZK aangekaart; dit zou voor Asten gecorrigeerd worden, is de mondelinge toezegging uit 2015 (heeft nog geen invulling gekregen).