

Vergaderjaar 2012–2013

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Ontvangen ter Griffie op 12 maart 2013.

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

De aanwijzing is aan de Kamer overgelegd tot en met 10 maart 2013.

Den Haag, 11 maart 2013

De aanwijzing kan niet eerder worden vastgesteld dan 11 april 2013.

Op 26 mei 2011 heb ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een advies over eerstelijnsdiagnostiek. Ik heb u toegezegd om u in het eerste kwartaal 2013 te informeren over de inhoud van dit advies en de stappen die ik aan de hand daarvan wil zetten ten aanzien van dit onderwerp. Daarmee informeer ik u een jaar later dan gepland. De reden hiervan is de val van het vorige kabinet. In deze brief informeer ik u, op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO), over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van een aanwijzing inzake de invoering van prestatiebekostiging voor de functie eerstelijnsdiagnostiek per 2014. Daarnaast zullen met ingang van 2013 een onderzoek worden gestart naar mogelijk baten van diagnostiek en een nieuwe vormgeving van bekostiging. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen in de vorm van experimenten via de innovatiebeleidsregel worden uitgevoerd. Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ook kom ik met deze brief tegemoet aan de motie Mulder c.s. (Kamerstuk 32 620, nr. 53), waarin wordt verzocht om een integrale reactie op de volgende rapporten: «Consultatiedocument eerstelijnsdiagnostiek» van de NZa, «SAN Medische diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerstelijnszorg» van SAN/PWC en de «Business Case Eerstelijnsdiagnostiek, december 2010» van KPMG/Plexus. Het verzoek van de motie is of er aangegeven kan worden of en zo ja, hoe en wanneer de aangegeven besparingen zijn te realiseren en hoe hoog deze besparingen kunnen zijn. In deze brief informeer ik u over (I) de visie op eerstelijnsdiagnostiek (II) de huidige knelpunten (III) het advies van de NZa (IV) mijn reactie op het advies van de NZa en mijn voorgenomen beleid voor de toekomst (V) de onderzoeken van PWC/ SAN en KPMG/Plexus (2010).

I Eerstelijnsdiagnostiek in de toekomst

Eerstelijnsdiagnostiek vormt een essentieel onderdeel van de curatieve zorg en beïnvloedt 60–70% van de medische besluitvorming.¹ Voor een duurzame en houdbare gezondheidszorg is de functie eerstelijnsdiagnostiek dan ook cruciaal.

Wat is eerstelijnsdiagnostiek?

Eerstelijnsdiagnostiek kent een onderscheid in laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECGs).

Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener. In de praktijk zijn het meestal huisartsen en verloskundigen die diagnostiek aanvragen, waarbij de uitslagen bij die betreffende hulpverleners terugkomen. Daarna wordt een patiënt – indien nodig – verwezen naar de gespecialiseerde tweedelijnszorg (het ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)).

Patiënten kunnen over het algemeen op drie plekken terecht voor hun diagnostisch onderzoek:

- a. Bij een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC)
- b. Bij een ziekenhuis of een ZBC
- c. In sommige gevallen bij een huisarts zelf

De kosten van de eerstelijnsdiagnostiek bedragen op jaarbasis ongeveer € 730 miljoen (Vektis). Hoewel exacte cijfers ontbreken, is duidelijk dat de omvang van eerstelijnsdiagnostiek sinds een aantal jaren aanzienlijk groeit. Ziekenhuizen en EDC's hebben beide een marktaandeel in aantallen patiënten van ongeveer 50 procent. Er zijn ongeveer 60–70 ziekenhuislaboratoria die eerstelijnsdiagnostiek leveren en er zijn 23 EDC's. Macro gaat er ongeveer € 500 miljoen om in de ziekenhuislaboratoria (op aanvraag van huisarts of verloskundige) en ongeveer € 200 miljoen in de EDC's (huisartsenlaboratoria). Huisartsen die zelf diagnostiek doen, ontvangen daarvoor macro € 30 miljoen. Deze brief gaat niet over de diagnostiek die binnen de DBCs van de ziekenhuizen wordt geleverd.

Het belang van eerstelijnsdiagnostiek voor de toekomst.

Indien een patiënt met klachten naar de huisarts gaat en de huisarts nadere diagnostiek nodig acht voor de probleemherkenning of diagnosestelling, kan een sterke functie eerstelijnsdiagnostiek ondersteunend werken. Door gebruik te maken van een eerstelijns diagnostische functie hoeft de huisarts de patiënt minder vaak door te verwijzen naar een medisch specialist. Voor de patiënt biedt dit ook meer comfort, omdat de zorg meer laagdrempelig (snelle service) wordt aangeboden zonder dat er te snel wordt gemedicaliseerd. Gebleken is namelijk dat een generalistische hulpverlener anders «kijkt» naar een patiënt dan de specialistische hulpverlener. De generalist gaat over het algemeen uit van een gezonde patiënt, tenzij het tegendeel is bewezen. De specialist gaat uit van een zieke patiënt, tenzij het tegendeel is bewezen. Daarom is het zo belangrijk om de zorg op de juiste plek te organiseren.

Onderzoek toont aan dat een onafhankelijke diagnose vanuit een generalistisch perspectief voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en/of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijns gespecialiseerde zorg in een ziekenhuis.² Een sterke eerstelijnsdiagnostische functie

¹ Position paper SAN/PWC 2011.

² KPMG: business case eerstelijnsdiagnostiek 2010

die goed is georganiseerd, draagt dus bij om de zorgkosten goed te kunnen beheersen. Innovaties in het veld op dit gebied richten zich dan ook op het zogenaamde one-stop shop concept: een toegangspoort voor diagnostiek op aanvraag, met goede serviceverlening voor de patiënt, dicht bij huis. Dit draagt niet alleen bij aan de maatschappelijke opgave om de stijgende zorgkosten het hoofd te bieden. Ook het wegnemen van ongerustheid heeft een belangrijke functie voor de individuele patiënt. Deze functie hoort primair bij de eerstelijnszorg te liggen en niet bij de gespecialiseerde zorg in het ziekenhuis. Zo kan door buikechografie in de eerstelijns te verrichten 30 tot 45%³ minder verwezen worden en kunnen patiënten in 15 tot 43% beter gerustgesteld worden. De richtlijnen van de NHG geven vaak aan dat de patiënt niet verwezen hoeft te worden naar de medisch specialistische zorg. Een generalistische setting waarin diagnostiek plaatsvindt, biedt veelal een uitstekende basis voor diagnostisering en behandeling. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen met een schildklierandoening (hypothyreoïdie). De richtlijn geeft aan dat schildklierpatiënten goed generalistisch behandeld kunnen worden in de eerstelijns, terwijl het merendeel nu nog in een specialistische omgeving wordt behandeld.⁴ De vergoedingen van een tweedelijns poliklinische behandeling liggen meestal fors hoger dan de vergoeding van de behandeling in een generalistische setting.

De patiënt is gebaat bij servicegerichtheid en een snelle diagnosestelling bij klachten. Er zijn diagnostische centra (EDC's) in Nederland waar de patiënt binnen een half uur weer buiten staat. Alle noodzakelijke diagnostische activiteiten zijn binnen dit half uur gebeurd. Diezelfde dag krijgt de huisarts de uitslagen binnen, met een passend advies, en kan samen met de patiënt worden bezien welke vervolgstappen nodig zijn. Om alle EDC's op deze wijze te laten functioneren, is het van belang hierbij is dat de medisch specialist beter gaat samenwerken met de eerstelijns en daarvoor consultatief wordt ingezet. Deskundigheid in de eerstelijns wordt daarmee bevorderd. Ook dat is essentieel om onnodige verwijzingen naar de specialistische zorg te voorkomen. De specialistische zorg in ziekenhuizen krijgt daarmee ook de ruimte om zich meer op complexe patiënten te richten in plaats van op enkelvoudige problematiek.

In Eindhoven bijvoorbeeld wordt prenatale screening in een diagnostisch centrum in de wijk aangeboden aan zwangere vrouwen, waarbij een gynaecoloog consultatief supervisie houdt. Deze diagnostische functie wordt daarmee laagdrempelig aangeboden en de kwaliteit van de zorgfunctie wordt geborgd doordat het geconcentreerd wordt aangeboden en uitgevoerd.

Tevens is een voordeel van een adequaat functionerende eerstelijnsdiagnostische functie dat er een scheiding ontstaat tussen het aanvragen van eerstelijnsdiagnostiek en het verwijzen van de patiënt voor behandeling naar het ziekenhuis. Dit heeft een positief effect op het keuzemoment voor de patiënt voor welke medisch specialist hij/ zij bij welke tweedelijnszorgaanbieder hij kiest. Bij goede diagnostiek kan de patiënt vaker ná de diagnosestelling voor een medisch specialist kiezen, en niet zoals nu ook wel gebeurt: zonder diagnosestelling.

Zorgverzekeraars moeten de mogelijkheid krijgen om de juiste zorg voor hun verzekerden in te kopen. In het systeem mag geen belemmering zijn om dat te doen.

³ Medisch contact van 25 maart 2010

⁴ NHG-richtlijnen 2010

II De huidige knelpunten

Ik heb de NZa op 26 mei 2011 gevraagd om een advies over de markt van de eerstelijnsdiagnostiek. Om het beleid tot versterking van eerstelijnsdiagnostiek in te kunnen zetten, is het essentieel dat (1) er voor EDCs voldoende kansen zijn om zelfstandig te functioneren en (2) de juiste prikkels er zijn om doelmatig diagnostiek aan te bieden. De bekostiging (3) zou deze beide punten moeten ondersteunen. In de bijlage⁵ van deze brief stuur ik het advies van de NZa mee. Hieronder zal ik de grote lijnen en de meest relevante punten die de NZa in het advies voorstelt, toelichten.

De NZa onderscheidt op dit moment een viertal soorten knelpunten ten aanzien van de eerstelijnsdiagnostiek:

- a. Knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging
- b. Knelpunten voortkomend uit achterhaalde prestaties/ tarieven
- c. Knelpunten door verwevenheid eerstelijnsdiagnostiek met tweedelijnsbehandelingen
- d. Overige knelpunten

1. Knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging.

Voor de verschillende aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek (EDC, ziekenhuis en huisarts) gelden niet dezelfde bekostigingssystemen.

Eerstelijns Diagnostische Centra (EDCs)

De EDC worden bekostigd op basis van een vast te stellen begroting. Dit betekent dat de totale exploitatie wordt vastgesteld aan de hand van de vaste tarieven voor (bloed) analysekosten, functie-onderzoeken en orderkosten. De orderkosten bestaan onder andere uit beschikbaarheidskosten, en bijvoorbeeld factureringskosten. Dit ordertarief dient als een tarief om de begroting sluitend te maken. Als gevolg van deze systematiek zijn EDCs niet in staat om eigen vermogen op te bouwen. De EDCs ervaren ook geen efficiencyprikkel binnen de huidige bekostiging omdat zij eventuele winsten afgeroomd zien worden.

Ziekenhuizen

In 2012 zijn de ziekenhuizen, via een transitie-model, overgegaan op prestatiebekostiging. Daarbij wordt de vergoeding voor de zorg die onder het transitie-model valt, waaronder de eerstelijnsdiagnostiek, bepaald door de omzet volgens het model van prestatiebekostiging te vergelijken met de omzet volgens de bestaande FB-systematiek (het schaduwbudget). In het jaar 2013 wordt het verschil tussen de omzet uit prestatiebekostiging en de omzet op basis van het schaduwbudget voor 70% verrekend. Binnen het model van prestatiebekostiging declareren ziekenhuizen voor de eerstelijnsdiagnostiek de tarieven van de overige zorgproducten, als maximumtarief, terwijl EDCs worden geconfronteerd met vaste tarieven. Dit zou ertoe kunnen leiden dat patiëntenstromen verschuiven naar die aanbieder waar de zorgverzekeraar onder het maximumtarief kan afspreken (in dit geval het ziekenhuis), zonder dat hier daadwerkelijk de laagste kosten hoeven te bestaan. Voor het ziekenhuis bestaat namelijk de mogelijkheid om kruissubsidie toe te passen. Dit betekent dat ziekenhuizen in sommige gevallen eerstelijnsdiagnostiek kunnen aanbieden onder de kostprijs en het tekort financieren vanuit het integrale ziekenhuisbudget. De NZa geeft aan dat het aanbieden van eerstelijnsdiagnostiek onder de kostprijs aantrekkelijk kan zijn voor ziekenhuizen omdat zij daarmee hun potentiële klantenkring kunnen vergroten, onder het

⁵ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

adagium «wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt». Hierbij geldt dan wel dat het ziekenhuis deze kosten op een andere plek goed moet maken, door het maken van prijsafspraken boven de kostprijs.

Huisartsen

Huisartsen kunnen de diagnostische prestaties die zij doen, declareren via de 13 codes van de module Modernisering en Innovaties (M&I), mits er sprake is van een overeenkomst met de verzekeraar. De huidige bekostigingssystematiek heeft tot gevolg dat de huisarts er financieel baat bij heeft om bijvoorbeeld veel echo's te doen bij zijn patiëntenpopulatie. Deze wijze van financieren creëert aanbodgeïnduceerd gedrag. De huidige bekostigingssystematiek biedt ook de mogelijkheid dat huisartsen een consulttarief kunnen declareren, indien er bloed wordt afgenomen, en het laboratorium dat het bloed analyseert vervolgens een ordertarief declareert waarin ook afnamekosten zijn verwerkt. Dat is een vorm van dubbele bekostiging die een verzekeraar niet kan controleren, omdat het consulttarief van de huisarts ongelabeld is. Het consulttarief dat de huisarts declareert voor bloedafname is hoger dan het tarief dat een EDC daarvoor declareert.

2. Knelpunten voortkomend uit achterhaalde prestaties en tarieven

Uit een kostenonderzoek van Conquaestor⁶ blijkt dat voor klinisch chemische en microbiologische onderzoeken de tarieven aan de hoge kant zijn. Voor functieonderzoeken zijn de tarieven aan de lage kant. Voor het totaal van alle diagnostiek bestaat het vermoeden dat de werkelijke kosten lager zijn dan de tarieven. De tarieven zijn dus niet kostprijsconform. Daarbij kan bijvoorbeeld een EDC geen MRI of röntgenonderzoek declareren omdat de NZa daarvoor geen prestatiebeschrijving en tarief heeft vastgesteld. Dit geldt bijvoorbeeld ook bij nieuwe innovaties. Doordat er voor nieuwe vormen van diagnostiek eerst een prestatiebeschrijving en tarief moet worden vastgesteld, worden innovatieve producten minder gestimuleerd, ook als ze beter zijn dan het bestaande.

3. Knelpunten door verwevenheid met tweedelijnsbehandelingen

De NZa stelt twee knelpunten vast: allereerst vormt de mogelijkheid dat diagnostiek dubbel wordt uitgevoerd een risico. In de praktijk blijkt het voor te komen dat diagnostiek die uitgevoerd is in de eerstelijns, na verwijzing nogmaals wordt uitgevoerd in de tweedelijns. Een tweede knelpunt dat de NZa benoemt, is als de patiënt eerstelijnsdiagnostiek ontvangt vanuit het ziekenhuis, de patiënt op dat moment onder behandeling is van een medisch specialist. Het risico is dan groter dat onnodige extra zorg wordt aangeboden (aanbod geïnduceerd gedrag) of zorg wordt aangeboden die duurder of complexer is dan nodig (upcoding).

4. Overige knelpunten

Deze knelpunten gaan kortweg over het volgende:

- zorgverzekeraars hebben gescheiden inkoopbeleid tussen ziekenhuizen en EDCs
- er geldt een afwijkend verplicht eigen risico voor de patiënt tussen de zorgaanbieders (bij huisarts geen eigen risico, bij EDC en ziekenhuis wel)
- een huisarts wordt onvoldoende geprikkeld om doelmatig diagnostiek aan te vragen.

⁶ Conquaestor – Significant, mei 2011: Kostenonderzoek eerstelijnsdiagnostiek.

III Het advies van de NZa

Het advies van de NZa kent een aantal onderdelen. De NZa zet in op een versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek, vanuit de gedachte dat een onafhankelijke diagnose vanuit een generalistisch perspectief voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en/of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Het volgende wordt geadviseerd:

A.

De NZa adviseert voor de functie eerstelijnsdiagnostiek over te stappen op prestatiebekostiging op basis van functionele bekostiging. Dit betekent dat alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek (de huisarts, het ziekenhuis, het EDC etc.) dezelfde tarieven kunnen declareren, voor afzonderlijke bloedanalyses en diverse functieonderzoeken, zoals een echo of een ECG. Daarbij wordt afname, analyse en beoordeling samengevoegd in één product. De verzekeraar kan daarmee in één keer het hele analyseproduct inkopen, en niet stukjes daarvan. De functionele bekostiging wordt gebaseerd op een bundeling van de huidige prestatielijsten voor eerstelijnsdiagnostiek (onder andere de OVP/OP lijst en de M&I-verrichtingen). De lijst die dan ontstaat wordt vervolgens per 2013 ingedikt. Dit advies is inmiddels – binnen de eigen bevoegdheid van de NZa – uitgevoerd.

B.

De NZa adviseert een vrije prijs te introduceren voor de OVP/OP-lijst voor zowel ziekenhuizen en EDCs. Daartoe zijn de marktvoorwaarden volgens de NZa voldoende aanwezig.

C.

Om te voorkomen dat de bestaande, begrotingsgefinancierde EDCs in acute problemen komen als gevolg van een wijziging in het overheidsbeleid, wordt geadviseerd om een transitie-model te hanteren voor de EDCs. Op deze manier krijgt men de ruimte om de bedrijfsvoering aan te passen. Dit transitie-model moet dan actief zijn voor EDCs zodra de nieuwe bekostiging aanvangt. De precieze invulling van het transitie-model dient nog uitgewerkt te worden. Het transitie-model heeft tevens de functie om overschrijdingen te voorkomen vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek.

D.

In de huidige situatie zijn de budgettaire kaders (BKZ) voor de curatieve zorg opgesplitst over een aantal dealkaders. De NZa geeft aan dat voor de gewenste situatie in de eerstelijnsdiagnostiek een ongesplitst BKZ regime de meest passende vorm is. Dan is er geen budgettaire ongelijkheid binnen het speelveld meer. Zolang de eerstelijnsdiagnostiek nog onder verschillende dealkaders valt, lopen aanbieders binnen hun BKZ het gevaar dat volumetoename ten gevolge van concurrerend aanbod wordt beantwoord met een korting op het BKZ. Daarom stelt NZa dat het, in de huidige situatie met opgesplitste kaders, voor de eerstelijnsdiagnostiek het meest zuiver is wanneer die zorg onder een eigen dealkader komt te vallen.

E.

Indien de eerstelijnsdiagnostiek onder een apart dealkader binnen BKZ valt, zullen de BKZ delen van de ziekenhuizen (waaronder de loonkosten medisch specialisten in loondienst) en van de vrijgevestigd medisch specialisten daarvoor geschoond moeten worden. Datzelfde geldt voor het BKZ huisartsen en voor het BKZ overig curatief (EDCs).

F.

Ten aanzien van de transparantie over de kwaliteit en prijs geeft de NZa aan dat de bal ligt bij de verzekeraars en de aanbieders. Om de kwaliteit vergelijkbaar te maken, is het relevant dat partijen dezelfde standaarden voor kwaliteit hanteren. Voor veel prestaties bestaan de standaarden al, voor een aantal prestaties moeten die nog ontwikkeld worden. De NZa

verwacht van de verzekeraars dat zij een gedegen inkoopplan ontwikkelen voor de eerstelijnsdiagnostiek op basis van prijs en kwaliteit.

IV Reactie op het NZa advies en mijn voorgenomen beleid

In hoofdstuk I heb ik mijn visie geschetst. Om die visie te realiseren, zijn mijns inziens een aantal voorwaarden voor toekomstige bekostiging essentieel. De bekostiging zal de volgende elementen in zich moeten hebben:

1. Creëren van een goede uitgangspositie van de diverse aanbieders van diagnostiek om zelfstandig te functioneren;
2. Stimuleren van substitutie van zorg naar de meest doelmatige zorg;
3. Volumeopdriving waar mogelijk voorkomen;
4. Stimuleren van doelmatig aanvragen door (met name) de huisarts;
5. Zorgen voor de juiste voorwaarden voor efficiënte zorginkoop door zorgverzekeraar
6. Stimuleren van innovaties;
7. Stimuleren van doelmatigheid van het diagnostisch zorgproces per patiënt en voorkomen van dubbele diagnostiek;
8. Vergelijkbaarheid tussen producten creëren op het niveau van «patiëntcategorieën» (wat kost een gemiddelde patiënt).
9. Verminderen van de transactiekosten van aanbieders: niet iedere verzekeraar over andere «samenstelling van» producten (lumpsum, staffel, afzonderlijk producten) laten onderhandelen;
10. Uitkomsten van zorg op patiëntniveau in relatie tot prijs moet uitgangspunt zijn.
11. Aansluiting van de systematiek op aanpalende sectoren (diagnostiek in de tweedelijns, huisartsenbekostiging, bekostiging verloskundigen).

Een ander uitgangspunt is dat zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders voldoende klaar moeten zijn om een volgende stap te zetten. Er moet daarom voldoende inzicht zijn in de effecten van zorg op het kwaliteitsuitkomsten en op verwijsgedrag naar de gespecialiseerde tweedelijns. Ook zal praktijkvariatie in kaart moeten worden gebracht ten aanzien van aanvraaggedrag huisartsen. Daartoe moet een adequaat instrumentarium worden ontwikkeld.

De korte termijn

De NZa geeft in haar advies mogelijke oplossingen om de functie diagnostiek beter te laten functioneren. Voor de korte termijn ben ik voornemens de volgende punten van het advies over te nemen.

A.

Het per 2014 tot stand brengen van functionele maximumtarieven die iedere aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek (huisarts, ziekenhuis en EDC etc) kan declareren op basis van een generieke ingedikte prestatie lijst waarbij onder andere de huidige OZP lijst de basis vormt. Dit betekent dat voor EDCs per 2014, net zoals voor ziekenhuizen op dit moment al geldt, maximumtarieven zullen gaan gelden in plaats van vaste tarieven. De EDCs kunnen dan vanaf 2014 de maximumtarieven van ingedikte prestatie lijst (OZP lijst; was voorheen OVP-lijst) gaan declareren en de huidige systematiek, waarbij zij een begroting moeten indienen met een sluittarief, achter zich laten. Zodoende worden zij in de gelegenheid gesteld om een eigen vermogen op te bouwen, om ook innovaties te kunnen financieren en creëren. Het vrijgeven van tarieven is wat mij betreft nu nog niet aan de orde.

B.

Het vrijgeven van de tarieven eerstelijnsdiagnostiek voor ziekenhuizen en EDCs vind ik op dit moment nog een stap te ver. Ik wil daartoe een lange termijn plan maken met een onderzoek naar de functie eerstelijnsdiagnostiek in 2013. Ik kom hier later in deze brief op terug.

C.

Om het gelijk speelveld tussen de huidige aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek op korte termijn te vergroten, en te voorkomen dat EDC's op achterstand staan, zal ik de NZa vragen te bezien of het mogelijk is de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek per 2014 te herijken op basis van het eerder genoemde kostenonderzoek van Conqueastor en op basis van het kostenonderzoek dat de NZa zal doen naar diagnostiek binnen de ziekenhuiszorg. Indien deze kostenonderzoeken onvoldoende onderbouwing blijken te hebben en wanneer het gebruik van deze tarieven tot meerkosten leidt ten opzichte van de huidige situatie, dan vraag ik de NZa om de huidige tarieven te handhaven voor het jaar 2014.

D.

Om overschrijdingen te voorkomen en de financiële risico's voor EDCs te borgen, is het wenselijk om per 2014 voor EDCs een transitie-model op te stellen wat in lijn ligt met dat voor de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen, waarvan afgeweken kan worden als dit door de sector-specifieke omstandigheden gerechtvaardigd is. Dit transitie-model zal dan voor één jaar moeten gelden, waarbij tijdens deze fase expliciet aandacht wordt geschonken voor kansen voor een EDC om zelfstandig te kunnen functioneren.

E.

Voor de gewenste situatie in de eerstelijnsdiagnostiek is een ongesplitst budgettair kader (zonder onderscheid naar verschillende subonderdelen in de eerste en tweedelijnszorg) mogelijk de meest passende vorm. Thans maakt de eerstelijnsdiagnostiek immers onderdeel uit van meerdere kaders. In de situatie van gesplitste kaders kan een afzonderlijk kader voor eerstelijnsdiagnostiek worden overwogen. Voorwaarde daarbij is dat de financiële informatievoorziening op orde is zodat dit kader ook afrekenbaar is. Vraag is of het wenselijk is om een nieuw budgettair kader te creëren. Het ontstaan van meer kaders kan ook de substitutie van zorg belemmeren. Dit onderdeel wordt meegenomen in de besprekingen over de bestuursakkoorden die ik voor de langere termijn met zorgaanbieders en verzekeraars wil sluiten in het verlengde van het Regeerakkoord.

F.

De ziekenhuizen blijven voor de korte termijn (minimaal in 2013 tot 2015) meelopen in het huidige traject van prestatiebekostiging in het gereguleerde segment (maximumtarieven). Voor de lange termijn lopen zij mee in het lange termijn traject zoals later in deze brief wordt geschetst.

G.

Tevens zal ik de NZa vragen op welke wijze om moet worden gegaan met de bekostiging, indien er bij de huisarts bloedafname wordt gedaan voor een patiënt.

H.

Kwaliteit en transparantie moeten worden bevorderd in de sector. Het is – zoals de NZa ook aangeeft – belangrijk is om te komen tot transparante kwaliteitssystemen met heldere kwaliteitsindicatoren. Het zorginkoopplan van de verzekeraar is hierbij essentieel. Ik kom hier op terug in de volgende paragraaf.

De lange termijn

Het dossier eerstelijnsdiagnostiek leent zich goed om te komen tot een andersoortige bekostigingsvorm, die de eerder geschetste voorwaarden die ik stelde, ondersteunt, en waarbij de koppeling wordt gemaakt aan uitkomsten/ effecten van de zorg. Ik zal aangeven waarom ik tot een

andere bekostiging zou willen komen en hoe ik daarbij tot de koppeling aan uitkomstmaten wil gaan komen. Ik wijk hierbij af van het advies van de NZa om navolgende redenen.

Verkeerde prikkels in de huidige bekostiging

In het advies stelt de NZa voor om een bekostiging te handhaven, die is gebaseerd op afzonderlijke diagnostische producten. Dit betekent dat er verschillende diagnostische producten zullen zijn voor iedere diagnostische handeling die een diagnostisch centrum verricht. Er is dan een eigenstandig tarief voor het bepalen van ijzerwaarde, voor het meten van HbA1c, of voor bijvoorbeeld het maken van een echo. Alle diagnostische producten die voor een patiënt geleverd worden, worden afzonderlijk door de aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek gedeclareerd. Daartoe wordt onder andere de huidige (iets ingedikte) OZP lijst gebruikt. Deze wijze van bekostiging kent de volgende negatieve prikkels:

A. Volumeopdrijvende systematiek

Bij een productiegerichte bekostigingssystematiek, zoals de NZa voorstelt, is een aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek gebaat bij het leveren van veel diagnostische producten (veel losse bloedwaarden of echo's bijvoorbeeld). Hij zal dan geen prikkel hebben om de huisarts te wijzen op ondoelmatig aanvraaggedrag, waardoor een dergelijk systeem juist volume-opdrijvend zal werken. De huisarts/ verloskundige is de belangrijkste schakel als het gaat om het aanvragen van eerstelijnsdiagnostiek. Hij is immers de aanvrager van diagnostiek en bepaalt daarmee de mate van de productie van de aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek. Dit betekent dat de huisarts de deskundigheid moet hebben om adequaat en doelmatig diagnostiek aan te vragen, en op het juiste moment te verwijzen naar de specialistische tweedelijnszorg. Het is daarom van belang dat de aanbieder van de functie eerstelijnsdiagnostiek gestimuleerd wordt om de huisarts bij die kennis te ondersteunen. Voorbeelden in Nederland laten zien dat diagnostische centra huisartsen terugkoppelen of zij adequaat aanvragen. Dit geeft de huisarts meer inzicht in zijn eigen aanvraaggedrag en een basis om ook te weten wanneer diagnostiek echt noodzakelijk is bij een patiënt. Een systeem waarbij een volumeopdrijvend effect wordt gestimuleerd zal niet bijdragen aan de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg. De verzekeraar zou hier ook een rol kunnen spelen door het maken van afspraken. De huisarts zal door de verzekeraar dan ook beloofd moeten kunnen worden voor doelmatig aanvraaggedrag en minder verwijsgedrag naar ziekenhuizen.

B. Geen innovatie van het zorgproces per patiënt

Daarnaast zal de aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek ook niet gemotiveerd zijn om het diagnostisch proces te innoveren. Doordat de aanbieder voor ieder afzonderlijk diagnostisch product wordt betaald, wordt de verantwoordelijkheid voor de doelmatigheid van het zorgproces op patiëntniveau niet bevorderd (voorwaarde 4). Hij krijgt immers voor iedere afzonderlijke diagnostische handeling een bedrag, waardoor hij in mindere mate zich zal afvragen of er ook minder producten geleverd kunnen worden voor dezelfde of betere kwaliteit van zorg. Mijns inziens biedt deze voorgestelde productstructuur daarom geen adequate handvatten voor verzekeraars om goede afspraken te maken met de zorgaanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Immers, de verzekeraar moet over honderden bloedanalyses productieafspraken en prijsafspraken maken.

De NZa doet hierin overigens op diagnostisch productniveau wel een eerste aanzet door voor bloed de «afname, de analyse en de beoordeling»

samen te voegen in één product met één tarief. Ik wil een stap verder, namelijk naar verantwoordelijkheid voor het proces op patiëntniveau in plaats van diagnostisch productniveau.

Bij zorggroep POZOB in Eindhoven bijvoorbeeld kostte alle diagnostiek voor een diabetespatiënt een aantal jaar geleden ongeveer gemiddeld € 180 per jaar. Inmiddels hebben ze het proces van zorgverlening voor de diabetespatiënt verder geïnnoveerd. Ze maken inmiddels niet meer ieder jaar een fundusfoto (oog), maar nog maar 1 x per 2 jaar. Ook het meten van het HbA1c gebeurt niet meer 4 keer per jaar, maar gemiddeld 2 x per jaar. Het groot bloedonderzoek en de podometriescreening is onveranderd gebleven. Het resultaat is dat de diagnostiek voor een gemiddelde diabetespatiënt nog maar € 120 per patiënt kost, voor dezelfde kwaliteit, want de patiënt zijn bloedwaarden blijven goed en er wordt niet vaker verwezen naar het ziekenhuis. Voor de verzekeraar is het minder relevant op welke wijze (minder fundusfoto's en dergelijke) tot dit resultaat wordt gekomen. Als het resultaat maar transparant is en de prijs zichtbaar en onderling te vergelijken tussen verschillende zorgaanbieders. Het resultaat is bijvoorbeeld af te leiden uit het feit dat er geen voetamputaties meer zijn in ziekenhuizen of minder diabetesgerelateerde amputaties.

C. Geen vergelijkbaarheid van producten en zorguitkomsten

Voor de verzekeraar is het vooral van belang om te weten dat de kwaliteit van zorg voor de patiënt goed is en wat de zorg voor een bepaalde patiëntcategorie kost. Op welke wijze de zorgaanbieder zijn zorgproces inricht om tot het goede kwaliteitsresultaat te komen, is minder relevante informatie voor de verzekeraar. De ene aanbieder zal het proces namelijk op een andere manier innoveren, dan een andere aanbieder. De ene aanbieder zal het ene onderzoek misschien vaker doen dan een andere aanbieder, maar misschien wel gewoon voor dezelfde prijs, en dezelfde kwaliteit.

De verzekeraar heeft dus vooral behoefte aan vergelijkbaarheid tussen de verschillende zorgaanbieders op patiëntniveau, waarbij hij kosten en geleverde kwaliteit per patiënt en effecten van diagnostiek (minder verwijzingen naar tweedelijns en doelmatig aanvragen) met elkaar in verband moet kunnen brengen. Dit bevordert ook de substitutie van zorg. Zolang die transparantie er niet is, zijn verzekeraars en aanbieders ook niet staat om heldere productieafspraken te maken.

Dit betekent dat de verzekeraar een prikkel krijgt om te gaan monitoren hoe het aanvraaggedrag is van huisartsen, of de diagnostiek die gedaan wordt, ook kosteneffectief is.

D. Te veel transactiekosten

De aanbieder heeft vooral behoefte aan lage transactiekosten. Indien een aanbieder over honderden losse diagnostische producten moet gaan onderhandelen, zullen verzekeraars en aanbieders al gauw tot lumpsum afspraken gaan komen, of staffelafspraken. De aanbieder heeft er geen baat bij als hij met iedere verzekeraar een andersoortige omzetafpraak moet gaan maken en dat in de informatiesystemen moet verwerken. Dit zegt ook niks over de uitkomsten van zorg in termen van prijs en kwaliteituitkomsten. Om die reden zijn vergelijkbare en eenduidige prestaties in de diagnostiek, die worden gehanteerd door alle verzekeraars, ook wenselijk. Indien iedere verzekeraar zijn eigen inkoopproducten

samenstelt, en daar afspraken over maakt met de zorgaanbieder, worden de administratieve lasten van de zorgaanbieder veel te groot.

Kortom, er moet dus worden toegewerkt naar een systeem waarin prijs en kwaliteitsuitkomsten samenhangen en waarbij helderheid ontstaat over welke prijs voor de aan een patiënt geleverde prestatie wordt betaald. Ik wil toe naar een eenduidige systematiek, waarbij de voor patiënten verrichte diagnostiek vergelijkbaar wordt in prijs en kwaliteit, waarbij het systeem uitvoerbaar blijft, en waarbij de transactiekosten zo laag mogelijk blijven voor de zorgaanbieders. De huisarts en het diagnostisch centrum dienen in een dergelijk systeem beide gestimuleerd te worden om doelmatige diagnostiek aan te vragen en uit te voeren en niet om onnodig veel productie te draaien. De verzekeraar dient handvatten te krijgen om goed in te kopen en te vergelijken tussen de verschillende aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Ook zal de verzekeraar de effecten van goede diagnostiek moeten kunnen meten. De bekostigingssystematiek moet tevens aansluiten op aanpalende sectoren en prikkels geven om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen, waarbij de verzekeraar doelmatig zorg kan inkopen.

Daartoe wil ik in 2013 starten met een onderzoek waarin VWS, samen met de NZa en met 10 relevante zorgpartijen (aanbieders en verzekeraars) voor de lange termijn het volgende zal ontwikkelen:

1. Een onderzoek naar de baten en lasten van de functie eerstelijnsdiagnostiek. In de pilot wordt dan onder andere het aanvraaggedrag en het effect daarvan in de keten gemeten:
 - a. Meten van aanvraagvolume, genormaliseerd naar leeftijd en geslacht;
 - b. Meten van aanvraagvolume per indicatiestelling;
 - c. Meten van percentage doorverwijzingen 2e lijn;
 - d. Meten welke DBC(s) er geopend word(en) bij patiënten die worden doorverwezen naar 2de lijn
 - e. Meten van aanvullende diagnostiek in de 2e lijn.
2. Een onderzoek doen naar de mogelijkheden voor een nieuwe productstructuur voor diagnostiek. De productstructuur en de daarop gebaseerde prestatiebeschrijvingen moeten worden getoetst op de elementen die op pagina 7 zijn beschreven. Dit betekent geen losse verrichtingen meer voor elke diagnostische handeling. Meer patiëntgerichte bekostiging (bedrag per patiëntcategorie waarbinnen de diagnostiek plaatsvindt) ligt meer voor de hand. De bekostiging dient ook de mogelijkheid te bieden dat de medisch specialist en/of de laboratoriumspecialist bij de beoordeling en advisering van eerstelijnsdiagnostiek betrokken dient te kunnen worden. Zodoende wordt de deskundigheid bij eerstelijnsdiagnostiek vergroot en wordt onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen.
3. Met aanbieders en verzekeraars worden standaarden ontwikkeld voor kwaliteit en indicatoren voor kwaliteitsuitkomsten/ resultaat van diagnostisch onderzoek. Ook andere kwaliteitsindicatoren zullen aan bod komen, waarbij ik er wel aan hecht de indicatorenset omwille van uitvoeringslasten beperkt te houden.
4. Indien mogelijk kan in 2015 of in 2016 dan voor alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek – aan de hand van de onderzoeken- worden gekoerst op de nieuwe bekostigingssystematiek. Dit zal dan ook voor de ziekenhuizen moeten gaan gelden voor de functie eerstelijnsdiagnostiek.
5. De innovatiebeleidsregel kan worden gebruikt om de resultaten van het onderzoek uiteindelijk in een experiment vorm te geven.

Bij de aanpassingen in de bekostiging zal ook rekening worden gehouden met de toekomstige maatregelen in de eerstelijnszorg (onder andere aanpassing bekostiging huisartsen, verlenging bestuursakkoord huisartsen, traject zorg in de buurt en substitutie vanuit de tweede lijn) en de maatregelen in de medisch specialistische zorg (onder andere verlenging bestuursakkoorden, integrale tarieven, substitutie naar de eerste lijn).

Motie Smilde inzake rapporten besparingen eerstelijnsdiagnostiek

Op 7 maart jongstleden is een motie aangenomen van Mulder en Smilde waarin de regering wordt verzocht om een integrale reactie op de rapporten van PWC/ SAN en Plexus inzake besparingen op de eerstelijnsdiagnostiek. Daarbij moet worden aangegeven hoe en wanneer deze besparingen te realiseren zijn en hoe hoog deze besparingen zijn.

1. Rapport SAN/PWC

De SAN heeft in 2010, samen met PWC, een position paper gemaakt over medische diagnostische centra. Hierin wordt uiteengezet dat medische diagnostische centra cruciaal zijn voor nabije, zinnige en zuinige zorg. In de bijlage⁷ stuur ik het rapport mee. In het rapport wordt de beleidslijn, die ik in deze brief uiteenzet en waar het advies van de NZa ook op is gebaseerd, grotendeels ondersteund. De SAN/ PWC adviseert in het position paper bijvoorbeeld een level playing field tussen ziekenhuizen en EDCs, een uniform bekostigingssysteem gerelateerd aan prestatie en kwaliteit, de mogelijkheid voor EDCs om een eigen vermogen op te bouwen en kostendekkende tarieven. Ik deel deze adviezen van de SAN/PWC en heb in deze brief aangegeven op welke punten ik daar mijn beleid op wil zetten.

2. Het rapport Plexus (2010)

Aan het onderzoeksbureau Plexus (nu: KPMG/Plexus) is – onder mijn voorganger – gevraagd een substitutiemodel te maken waarin wordt onderbouwd wat de besparingen zouden zijn, maar ook welke investeringen nodig zijn, indien bovenstaande beleidslijn wordt uitgevoerd. Dit rapport is 31 december 2010 afgerond⁸. De uitkomsten van het theoretische model zijn mede gebaseerd op veronderstellingen over gedragseffecten. Een conservatieve berekening komt (in totaal) uit op een mogelijke besparing van 690 miljoen euro, een progressieve berekening komt op mogelijk 1,1 miljard euro. Deze netto-besparing is opgebouwd uit:

- a. Besparing door een reductie van het aantal verwijzingen naar tweede lijn met als resultaat: het openen van minder diagnostische DBCs;
- b. Besparing door een reductie van het aantal verwijzingen waaruit behandeling volgt met als resultaat: het openen van minder DBCs inclusief behandeling;
- c. Besparing door substitutie van een deel van de diagnostiek uit DBCs naar eerste lijn met als resultaat het declareren van minder onnodige, dubbele diagnostiek in DBC;
- d. Kosten vanwege een benodigde investering in de versterking eerstelijnsdiagnostiek.
- e. Besparing doordat er minder naar specialistische zorg wordt verwezen, waardoor ook minder onderlinge verwijzingen zijn tussen

⁷ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

⁸ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

- medisch specialisten (parallele DBCs; openen DBCs van andere aandoeningen bij patient)
- f. Besparing door minder vervolg DBCs (na a. en b.)
 - g. Besparing door concentratie van laboratoriumonderzoek (met name bloedonderzoek)
 - h. Besparing door concentratie van beeldvormende diagnostiek (röntgen)

De theoretische besparingen die worden genoemd in het rapport zijn – voor zover haalbaar en meetbaar – pas na lange termijn te realiseren als de sector op dit dossier adequaat functioneert. Voordat de effecten van de beleidswijzigingen zichtbaar zijn, zullen eerst diverse stappen gezet moeten worden. Ik wil daarom niet vooruitlopen op het inboeken van deze effecten, voordat de experimenten zijn afgerond en aangetoond kan worden dat de besparingen ook echt (achteraf) gerealiseerd zijn. Daarbij zijn ook belangrijke nuanceringsen te maken bij deze besparingen. Er zijn namelijk veel veronderstellingen gedaan ten aanzien van mogelijke gedragseffecten. Het risico is groot dat zorg op een andere wijze wordt ingevuld indien die om bepaalde redenen wegvalt. Dit kan besparingen teniet doen. Daarnaast zijn de ingeschatte gedragseffecten opgesteld op basis van veel onzekere veronderstellingen. Het betreffen ook niet per definitie aanvullende besparingen. Onderdelen van het beleid dat tot besparingen leidt is immers reeds verwerkt in het behoedzame groeiscenario dat in het budgettair kader van de hoofdlijnenakkoorden is verwerkt en waar in het Regeerakkoord nog een extra stap wordt gezet. Het aanvullend inboeken van deze besparingen is derhalve niet reëel.

Tot slot geldt dit vraagstuk ten aanzien van het gelijk speelveld en de bekostiging ook voor trombosediensten. Trombosezorg, een vorm van eerstelijnsdiagnostiek, wordt nu door een mengvorm van aanbieders geleverd (soms als ziekenhuis, dus met prestatiebekostiging, soms als zelfstandige trombose dienst met een begroting). Om die reden wil ik bezien of de trombosediensten tegelijk met de EDC's meegenomen kunnen worden in een transitie naar prestatiebekostiging.

Ik vertrouw erop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers