

Ministerie van VWS
T.a.v. Nicole Schell
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Den Haag, 4 september 2014
MHS/HJ/14-008

Betreft: bekostiging eerstelijnsdiagnostiek (rapport KPMG Plexus)

Geachte mevrouw Schell,

Diagned is de overkoepelende organisatie van fabrikanten en importeurs van in vitro diagnostica in Nederland en volgt in dat verband uiteraard de discussies over de bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek (hierna: ELD) dan ook op de voet. Het recente rapport van KPMG Plexus over dit onderwerp is uiteraard met belangstelling gelezen. Het is de keuze van de opstellers van het rapport geweest om Diagned als vertegenwoordiger van de producenten van IVD's – testen gebruikt in de ELD – niet te consulteren. Diagned betreurt dat omdat zij op de hoogte is van deze materie, daar ook een beargumenteerde mening over heeft en in algemene zin door de beroepsgroepen in dit veld als serieuze partij wordt erkend.

Diagned heeft ook een belang omdat haar leden door deze discussie worden geraakt – ook al is de insteek van de discussies de bekostiging en dus de tarieven van de ELD is en niet de kosten van de testen zelf. Daarom hechten wij eraan om, als reactie op het rapport, het navolgende onder uw aandacht te brengen.

Vooraf merken we op dat in algemene zin opvalt dat er op een aantal punten conclusies worden getrokken, zonder dat duidelijk wordt welke aannames daaraan ten grondslag hebben gelegen, welke onderzoeksmethodieken en bronnen zijn gehanteerd en waarom de conclusies daaruit zouden voortvloeien. Het is daarom de vraag of ingrijpende beleidsbeslissingen op dit rapport kunnen worden gebaseerd.

1. Waarde van laboratoriumdiagnostiek onderbelicht

Het is goed dat ook in het voorliggende rapport met zoveel woorden wordt erkend dat diagnostiek het fundament voor de behandeling vormt (blz. 10). Ondanks het feit dat blijkens de gehanteerde definitie van 'waarde' ook kwaliteit wel een rol speelt, ligt het accent in het rapport echter zeer sterk op kosten(besparing) en doelmatigheid. Wat Diagned betreft blijft de waarde van diagnostiek voor de zorg als geheel in het rapport

onderbelicht. Zo komt onvoldoende uit de verf dat laboratoriumdiagnostiek 60-70% van de medische besluitvorming beïnvloedt,¹ terwijl nog geen 2% van het totale budget aan zorg daaraan wordt uitgegeven.

Het gaat bij laboratoriumdiagnostiek om relatief geringe kosten, met een grote impact. Zo zorgen relatief goedkope laboratorium testen voor efficiënte zorgpaden: het juiste resultaat, op het juiste moment van beslissen, levert informatie voor de juiste medische beslissing. Is de informatie niet op tijd of onjuist, dan kan een volgende stap in het zorgpad, zoals opname of medicatie, niet of op onjuiste gronden worden genomen met als gevolg minder goede patiëntenzorg en een veelvoud aan kosten in relatie tot de kosten van de test. Ook 're-admission' van patiënten die zich – uit onzekerheid wegens het ontbreken van een heldere diagnose - telkens weer bij de zorgaanbieder melden kan worden voorkomen. Kortom: goede laboratoriumdiagnostiek leidt tot betere kwaliteit van zorg én tot efficiency.

In het rapport wordt geconcludeerd dat er geen causaal verband is gevonden tussen de hoeveelheid ELD en de type ELD aanbieder en de kosten voor somatische curatieve zorg in een regio. Los van de vraag op die ferme conclusie op basis van dit onderzoek kan worden getrokken, is daarmee in ieder geval *niet* aangetoond dat er uitgaven aan diagnostiek niet zouden leiden en betere zorg en efficiency verderop in de keten.

2. Nuancering kosten IVD

Wat de vermeende hoge kosten betreft zijn enige nuanceringen op hun plaats. Allereerst bedragen, zoals reeds opgemerkt, de totale kosten van diagnostiek naar schatting nog geen 2% van het totale gezondheidszorgbudget; het is de vraag of dat "teveel" is. Ten tweede scoort Nederland bijna het laagste als het gaat om kosten van de testen zelf per hoofd van de bevolking; het lijkt dan ook uitgesloten dat de vermeende te hoge kosten aan ELD veroorzaakt worden door de te hoge kosten van de testen zelf. Voor wat betreft de (beperkte) vergelijkingen die in het rapport met andere landen worden gemaakt wijzen wij er op dat het alleen zinvol is de uitgaven in Nederland af te zetten tegen andere landen, als alle relevante kosten worden meegenomen. De opmerking dat de tarieven voor EDL in Nederland hoger zijn dan in Duitsland komt in een totaal ander daglicht te staan als daaraan wordt toegevoegd dat in het Nederlandse systeem de kosten voor het consult (van de klinische chemicus) in het tarief zijn inbegrepen, terwijl deze (en andere) kosten in Duitsland apart worden gedeclareerd.

In algemene zin dient er voor gewaakt te worden dat de druk op de tarieven niet uiteindelijk zal worden doorvertaald in druk op de prijs van de laboratoriumtesten. Omdat deze internationaal gezien al zeer laag zijn (zie de EDMA-cijfers, waaraan ook in het rapport wordt gerefereerd) is er geen/nauwelijks verdere ruimte voor nog verdere prijsdalingen. Verdere prijsdruk zal uiteindelijk zal leiden tot verschraling van de zorg en voorkomen moet worden dat er geen of minder ruimte is voor richtlijnconforme diagnostiek door de zorgprofessionals.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 578, nr. 1, blz. 2; Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 750 XVI, nr. 13, blz. 140.

3. Fase 1. Productfinanciering – wijze van uitvoering cruciaal

In het rapport wordt een advies uitgebracht over toekomstige bekostigingsmodellen. Hoewel bij de analyse van de verschillende varianten kanttekeningen worden gemaakt die in algemene zin begrijpelijk zijn, missen wij bij de een heldere aansluiting bij de vraag voor welk probleem deze varianten nu precies een oplossing gaan bieden en of de – ingrijpende – voorgestelde adviezen daadwerkelijk nodig zijn voor verbetering ten opzichte van de huidige situatie. Met betrekking tot het voorgestelde advies, dat uit twee fasen bestaat, willen wij desalniettemin vast het volgende opmerken.

Voorgesteld wordt in fase 1 (vanaf 2016) te starten met functionele bekostiging op basis van producten, waarbij uitgangspunt is dat voor een product binnen een “cluster” van categorieën van klachten één (vrij onderhandelbaar) tarief wordt gehanteerd i.p.v. de huidige productfinanciering.

Diagned is groot voorstander van het stimuleren van doelmatig aanvraagdgedrag door huisartsen en dus ook van het de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken over het rationeel aanvragen van laboratorium diagnostiek. Deze systematiek is echter niet ontwikkeld als grondslag voor de vergoeding, dus de vraag of dit systeem hiervoor als goede basis kan dienen en welke consequenties dit kan hebben voor de beschikbaarheid en doelmatigheid van EDL zal zorgvuldig moeten worden onderzocht. Daarbij moet worden voorkomen dat het systeem leidt tot onnodige intransparantie of leidt tot prikkels om suboptimaal te testen. Er wordt in de onderhandelingen één bepaalde vaste prijs overeengekomen per product (prestatie), ongeacht welke test daadwerkelijk wordt gedaan. Dit zal snel leiden tot de perceptie bij de aanbieder dat bij een wat duurdere test ‘verlies wordt geleden’ en dat zal weer leiden tot substitutie. Dat kan in de weg staan aan goede diagnostiek.

Als er al gekozen moet worden voor clustering zoals voorgesteld in het rapport, is Diagned derhalve van mening dat de volgende punten van groot belang zijn:

1. De clustering moet zorgvuldig gebeuren. Rekening moet worden gehouden met diverse factoren zoals de ‘productmix’ (soorten testen binnen dit product), de volumes per test, eventueel gerelateerd aan de huidige praktijk in de betreffende regio, de richtlijnen van de beroepsgroep etc. Alleen dan kan een reële prijs per product worden bepaald.
2. De clustering moet rekening houden met de richtlijnen van de NHG en andere wetenschappelijke verenigingen van zorgprofessionals, waarbij betrokkenheid en input van de laboratoriumprofessionals essentieel is (zoals de NVKC en de NVMM). Ik verwijs naar punt 5 hierna.
3. Bepaalde testen moeten buiten de clustering worden gehouden, nl. de testen waarvan het onwenselijk is dat deze worden gesubstitueerd en/of waarvan de kosten dermate hoog zijn dat een apart tarief gerechtvaardigd is. Dit zou wellicht moeten leiden tot een fijnmaziger model dan voorgesteld (in feite tussen model 1 en 2 in).
4. De monitoring van de uitkomsten van zorg is belangrijk en in dat kader is het vaststellen van wat uitkomstmaten zouden moeten zijn cruciaal. Uitgangspunt daarbij zouden de Richtlijnen van de beroepsgroepen moeten zijn (zie hierna punt 5).

Twee slotopmerkingen ten aanzien van dit punt.

Allereerst: in het rapport wordt luchtig gedaan over het effect van dit model op innovatie. Men merkt op dat het model “erg geschikt is” voor het stimuleren van innovatie omdat

“juist bij een forse sturing op toegevoegde waarde en doelmatigheid” aanbieders “maximaal gestimuleerd worden tot innoveren”. Diagned is het daarmee eens als met innoveren wordt bedoeld het slim organiseren van de zorg, maar niet als wordt bedoeld op nieuwe, innovatieve testen. Daarvoor zal, door de vaste prijs per product in een cluster, vermoedelijk minder animo zijn. En daardoor zal dit model innovatie niet stimuleren, maar juist remmen. Dit terwijl uit het toetsingskader blijkt dat ook het stimuleren van innovaties essentieel is voor het te kiezen bekostigingsmodel.

Ten tweede wordt in het rapport als mogelijk risico van dit model de volume-opdrijving genoemd; de oplossing zou moeten liggen in het instrument van een ‘budgetplafond’. Diagned stelt vast dat dit in feite betekent dat dit model ook al elementen van budgettering in zich heeft, zij het op niveau van de aanbieder. Mede in het licht van de hiervoor genoemde aandachtspunten vragen wij ons af wat de wezenlijke voordelen van een overgang naar een nieuw model zijn vergeleken met het huidige model van prijs per test.

4. Fase 2: Budget per verzekerde bij de huisarts – bepaling reëel budget

Dit is een op zichzelf simpel model, waarbij de huisarts (vanaf 2019) volledig budgetverantwoordelijke wordt voor de diagnostiek van de bij hem ingeschreven verzekerden. Daarbij zal het met name de kunst zijn om het budget zo te bepalen dat goede diagnostiek conform richtlijnen mogelijk is. Binnen huisartsen bestaan grote verschillen in populatie; om onderdiagnostiek of ongewenste substituering te voorkomen, zou overwogen kunnen worden om bepaalde testen buiten dit budget om te financieren (zie ook de opmerking bij punt 3). Daarnaast blijft uiteraard monitoring belangrijk, zowel van daadwerkelijk uitgevoerde diagnostiek als van de uitkomsten voor de zorg.

5. Richtlijnen als basis en bandbreedte

Uit het rapport blijkt het continue zoeken naar de balans tussen overdiagnostiek en onderdiagnostiek. De oplossing daarvoor zou naar de mening van Diagned moeten liggen in de Richtlijnen van de medische beroepsgroepen als basis voor kwalitatief goede, evidence based diagnostiek. Richtlijnen weerspiegelen immers als zodanig de ‘stand van wetenschap en praktijk’ en zij bepalen daarmee enerzijds de norm voor kwaliteit van zorg (vanuit de zorgwetgeving) en anderzijds of deze zorg door een zorgverzekeraar moet worden vergoed. Richtlijnen bieden daarom houvast voor aanvrager en aanbieder van diagnostiek als het gaat om aard en omvang van diagnostiek, voor de patiënt als het gaat om wat men kan verwachten én voor de zorgverzekeraar als minimumnorm en prestatie-indicator.

In steeds meer behandelrichtlijnen krijgt diagnostiek gelukkig de nodige aandacht en wordt beschreven welke vorm van diagnostiek op welk moment en met welke frequentie noodzakelijk is in het kader van verantwoorde zorg. Richtlijnen definiëren daarmee de ‘passendheid’ van de diagnostiek, hetgeen een van de factoren is die de waarde van diagnostiek bepalen (blz. 9). Een punt van aandacht is wel het soms ontbreken van betrokkenheid van de laboratoriumprofessionals bij de totstandkoming en tussentijdse actualisering van de richtlijnen; die betrokkenheid zou uit het oogpunt van goede diagnostiek vanzelfsprekend moeten zijn.

6. ELD moet buiten eigen risico blijven

Het rapport concludeert dat voorlopig ELD binnen het eigen risico dient te vallen. Dit standpunt is onbegrijpelijk. Het is een bewuste keuze geweest om de huisartsenzorg uit te zonderen van het verplicht eigen risico. Een financiële drempel in de vorm van een eigen risico zou patiënten weerhouden tijdig een huisarts te consulteren, met alle gevolgen van dien. Het is niet uit te leggen dat de huisartsenzorg wel is uitgezonderd, maar het daarbij benodigde instrument voor de huisarts: de diagnostiek, niet. ELD is vervlochten met de huisartsenzorg, als essentieel onderdeel van de uiteindelijk integrale zorg voor dezelfde patiënt. Het toepassen van het eigen risico op diagnostiek gaat precies leiden tot wat men niet beoogde: een drempel om de huisarts te bezoeken dan wel om de door de huisarts nodig geachte testen te ondergaan. Dit gaat naar de mening van Diagned leiden tot zorgmijding of beter gezegd: 'diagnostiekmijding'. Daarmee is de zorg niet gediend; noch uit het oogpunt van kwaliteit noch uit het oogpunt van efficiency en doelmatigheid.

7. Eigen BKZ ELD creëert duidelijkheid en gelijk speelveld

Diagned juicht het toe wanneer er een apart BKZ ELD wordt vastgesteld. De huidige versnippering van ELD over diverse budgettaire kaders heeft tot gevolg dat kosten van diagnostiek niet helder zijn, en leidt tot ongelijke speelvelden. Bovendien is Diagned ervan overtuigd dat juist verruiming van het budget voor diagnostiek bijdraagt aan een betere én efficiëntere zorg, en die verruiming kan eenvoudiger binnen één BKZ ELD.

Tot slot

Diagned is niet betrokken geweest bij de totstandkoming van het rapport van KPMG Plexus. Zoals uit deze brief blijkt, hebben de leveranciers van IVD's echter wel degelijk een belang bij en een gefundeerde mening over dit onderwerp. Wij hebben begrepen dat de minister, alvorens haar advies naar de Tweede Kamer te sturen, dit najaar het veld gaat consulteren. Wij hopen dat daarbij ook de inhoud van deze brief wordt meegenomen en gaan er van uit dat wij nog in de gelegenheid worden gesteld om onze standpunten mondeling nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,



Maurice Verdaasdonk
Voorzitter Diagned