



# Workshop ontwikkelingen ELD

27 oktober 2014

Diagned

# Knelpunten ELD

- Afwijkende bekostiging
  - Geen functionele bekostiging, verschillend tarief per type aanbieder
- Achterhaalde prestaties en tarieven
  - Conquestor: “tarieven niet kostprijsconform”, “aan hoge kant”, “vermoeden werkelijke kosten lager dan tarieven”
- Verwevenheid ELD - 2e lijn
  - Dubbele diagnostiek + risico op onnodige extra zorg
- Divers
  - Gescheiden inkoop 1e en 2e lijn bij zorgverzekeraars
  - Verschil eigen risico
  - Onvoldoende prikkel doelmatig aanvragen

# Voorhang brief VWS 2013

- **Beleid Min VWS:**
  - Versterking ELD: kwalitatief goed, toegankelijk betaalbaar
  - Onafhankelijke diagnose in generalistisch perspectief
  - Zoveel mogelijk zorg in eerste lijn
  
- **Voorhangbrief maart 2013:**
  - Aantal maatregelen korte termijn
  - Lange termijn →
    - effecten onderzoeken van ELD
    - voorstellen nieuwe vorm van bekostiging → **KPMG/Plexus**

# KPMG/Plexus rapport

- Doel: nieuwe bekostigingsstructuur
  - lagere zorgkosten
  - hogere toegevoegde waarde ELD
- Rapport verschenen zomer
  - Veel kritiek, ook van direct betrokken partijen en VWS
  - VWS nu zelf bezig met beleid
- Waarde van KPMG-advies kwestieus

# Deel 1. ELD en toegevoegde waarde

- Factoren:

- kosten
- kwaliteit
- passendheid

$$\text{Waarde} = \text{Passendheid} * \frac{\text{Kwaliteit}}{\text{Kosten}}$$

- Belang diagnostiek wordt onderschreven
- Maar **accent** op doelmatig aanvragen, voorkomen onnodige zorg in tweede lijn en dubbele diagnostiek
- Innovatie binnen ELD: Vb uitsluitend beeld- en functie (niet bijv. POCT) en initiatief spertijden

# Deel 2. Huidige situatie (Vektis)

- Kosten: 2011 € 760 miljoen

- 480 mln ziekenhuis
- 212 mln EDC's
- 32 mln huisartsen
- 36 mln ZBC's

*NB: Maar onduidelijk welk deel product en welk deel tarief*

- Toetsing hypothesen a.h.v. cijfers:

- variatie in het aantal geleverde prestaties ELD per regio
- geen verband tussen type aanbieder en structureel lagere of hogere zorgkosten en/of lagere of hogere aantallen declaraties

# Deel 3. Conclusies huidig systeem en verkenning 5 'grondvormen'

- Functionele bekostiging is logisch uitgangspunt
- Zorgverzekeraar stuurt nu te weinig op waarde zorg
- Nieuwe systeem moet dat faciliteren
- Beschrijving 5 grondvormen voor bekostiging:
  1. Fee for services
  2. Productfinanciering
  3. Budget per patient
  4. Budget per verzekerde
  5. Budget per aanbieder



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

\* Indien budget bij de huisarts wordt belegd



# Advies KPMG Plexus

- Invoering gefaseerd model
- Fase 1 - 2016-2019: productfinanciering
- Fase 2 - 2019: budget per verzekerde bij huisarts
- Uitwerking:

# Fase 1: Productfinanciering

- Prestatie: handeling gebaseerd op clustering Lesa
- Vrije tarieven maakt sturing op gewenste uitkomsten en effecten van zorg mogelijk
- BKZ: Nieuw apart BKZ voor ELD (budgetplafond als rem op volume-opdrijving)
- Eigen risico: alle ELD nu onder eigen risico

# Fase 2: Budget per verzekerde bij huisarts

- Prestatie: leveren ELD per verzekerde
- Tarief: regulier tarief per verzekerde
- Onderdiagnostiek vermijden door belonen voldoende aanvraaggedrag
- Eigen risico: ELD in zelfde budgettaire kader dus ook buiten eigen risico

# Kritiek

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

Betreeft: bekostiging eerstelijnsdiagnostiek (rapport KPMG Pleus)

Gecachte 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 Pleus over dit onderwerp is uiteraard met belangstelling gelezen. Het is de keuze van de stellers van het rapport geweest om Diagned als vertegenwoordiger van de producenten van IVD's te testen gebruikt in de ELD - niet te concluderen. Diagned betreurt dat omdat zij op de hoogte is van deze materie, maar 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 discussie 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 overall dat er op een aantal punten conclusies worden getrokken, zonder dat duidelijk wordt welke aannames daarvan ten grondslag hebben gelegen, welke onderzoeksmethoden en bronnen zijn gehanteerd en waarom de conclusies daaruit zouden voortvloeien. Het is daarom de vraag of mogelijke 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 (Pag. 23). Ondanks het feit dat bijkens de gehanteerde definitie van 'waarde' ook kwaliteit wel een rol speelt, ligt het accent in het rapport echter zeer sterk op kosten(besparing) en doeltreffendheid. Het Diagned betreft blijft de waarde van diagnostiek voor de zorg als geheel in het rapport

- Diagned brief met stevige kritiek
  - Methode en bronnen kwetsieus
  - Weinig echt aandacht voor Innovatie
  - Schijn: toegeschreven naar conclusie: minder volume, doelmatiger
- Overleg met NVKC: kritiek wordt breed gedeeld
- Gesprek VWS-Diagned 23 september
- Overleg VWS-betrokken veldpartijen (laatst: 21 okt)
- VWS terug naar tekentafel → conceptnotitie

# Conceptnotitie VWS

- ELD belangrijk voor kwaliteit zorg + kosten
  - laagdrempelige diagnostiek met onafhankelijk advies
  - meer substitutie en minder verwijzingen, samenwerking met specialistische zorg
  - meer keuzevrijheid patient
  - goede diagnostiek leidt tot doelmatige zorg
- Maar: overbodige diagnostiek komt ook voor
  - relatief grote zorgen over overdiagnostiek en dubbel diagnostiek (niet onderbouwd overigens)

# Intelligente diagnostiek

- Onmisbare schakel, maar moet intelligent worden ingezet
  - goede samenwerking (arts/specialist)
  - e-techniek (uitwisseling gegevens)
  - probleemgericht aanvragen/werken
    - aanbieder mag zelf aanvullen/wijzigen
  - standaarden/richtlijnen en keurmerken
  - zelftests en POCT steeds belangrijker
  - perspectief zorgverzekeraars:
    - prestatie-indicatoren
    - spiegelinformatie

# Reactie VWS op KPMG advies

- Budget bij huisarts: geen enkele steun dus “meteen geparkeerd”
- Verbetering kwaliteit en doelmatigheid
  - indicatoren aanvraaggedrag
  - uniforme taal en verantwoordingskaders
  - integrale tarieven
  - innovatie belangrijk
  - belang richtlijnen (voor kwaliteit zorg en voor inkoop zorgverzekeraars)
- Als het aan VWS ligt →

# 1: Aanvrager ELD:

- a. gaat probleemgericht diagnostiek aanvragen
- b. ontvangt opslag voor “goed gedrag” bij patiënten waar diagnose nog gesteld moet worden
- c. kan elke diagnostische modaliteit aanvragen (inclusief MRI) in voorkomende gevallen na overleg met relevante medisch specialist (al dan niet via telecommunicatie)



## 2: Aanbieder ELD

- a. gaat probleemgericht werken
- b. koppelt aanvraaggedrag terug naar aanvrager (spiegelinformatie)
- c. consulteert medisch specialist in voorkomende gevallen en maakt gebruik van telecommunicatie (waar mogelijk)
- d. kan bepaalde diagnostische modaliteiten toevoegen zonder overleg huisarts (via probleemgerichte aanvraag; achteraf verantwoorden)
- e. ontvangt opslag voor “goed gedrag” bij probleemgerichte trajecten (mits aantoonbaar werkdiagnose/advies aan huisarts is afgegeven + verwijzingen voorkomen)

# 3: Gespecialiseerde zorg (ziekenhuizen en ZBCs)

- a. medisch specialist kan zich inzetten in ELD (consulten)
- b. maakt afspraken met aanbieders van ELD over 'shared savings' (in overleg met verzekeraar)
- c. ontvangt geld voor kosten van consult/advies aan huisarts waardoor stellen van diagnose mogelijk is gebleken

# 4: Zorgverzekeraar

- a. stuurt op met het veld ontwikkelde indicatoren en contracteert niet alleen op prijs
- b. staat open voor inzet van nieuwe technologieën + steunt aanvraag van innovatiebeleidsregel (waar mogelijk)
- c. gaat met zorgaanbieders in gesprek over eventuele shared savings concepten

# Opties nieuwe bekostiging - behoeften verzekeraar-

- Vergelijkbaarheid tussen verschillende aanbieders op patiënt niveau :
  - kosten
  - geleverde kwaliteit
  - effecten (minder verwijzingen 2<sup>e</sup> lijn + doelmatig aanvragen)
- Transparantie nodig om heldere productafspraken te maken

# Opties nieuwe bekostiging - behoeften aanbieder-

- Lage transactiekosten
- Vergelijkbare + eenduidige prestaties
- Beperkt houden administratieve lasten

Maar ook: aandacht voor beloning  
aanvragende partijen

# Reacties concept visie VWS

- 21 oktober bijeenkomst veldpartijen
- Hoofdlijnen breed onderschreven
- Medische microbiologie meer geïntegreerd
- Toegevoegde waarde van diagnostiek komt beter tot recht
- Algemene kanttekeningen:
  - niet te veel praten over ‘overdiagnostiek’, meer aandacht voor ‘juiste diagnostiek’
  - patiëntenbelangen nog onvoldoende naar voren

# Vervolgtraject

- Partijen geven individueel nadere reactie op stuk
- Druk lijkt enigszins van dossier af
- Volgende bijeenkomst 11 december
- Voor die tijd **geen** brief naar 2<sup>e</sup> kamer
- Expertgroeps gaan voorstellen uitwerken voor nieuwe tariefstructuur

# Voorlopige insteek VWS ten aanzien van nieuwe tariefstructuur

- Aansluiten bij nieuwe bekostigingsmodel huisartsen per 2015
- Uitgangspunt daarvan: 3 segmenten →

1	<b>Basiszorg</b>	<b>Zorgvragen + aandoeningen waarvoor huisarts doorgaans fungeert als 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor patiënt. Poortwachter. Kunnen grotendeels binnen huisartsenpraktijk worden gediagnosticeerd, behandeld en begeleid</b>	<b>Maximumtarief</b>
2	<b>Multidisciplinaire zorg</b>	<b>Chronische programma's, ketenzorg</b>	<b>Vrij tarief, obv overeenkomst</b>
3	<b>Resultaatbeloning + zorgvernieuwing</b>	<b>Ruimte voor zorgverzekeraars en huisartsen om beloningsafspraken te maken over resultaten 1 + 2</b>	<b>Vrij tarief, obv overeenkomst</b>



# Gecombineerd met ELD

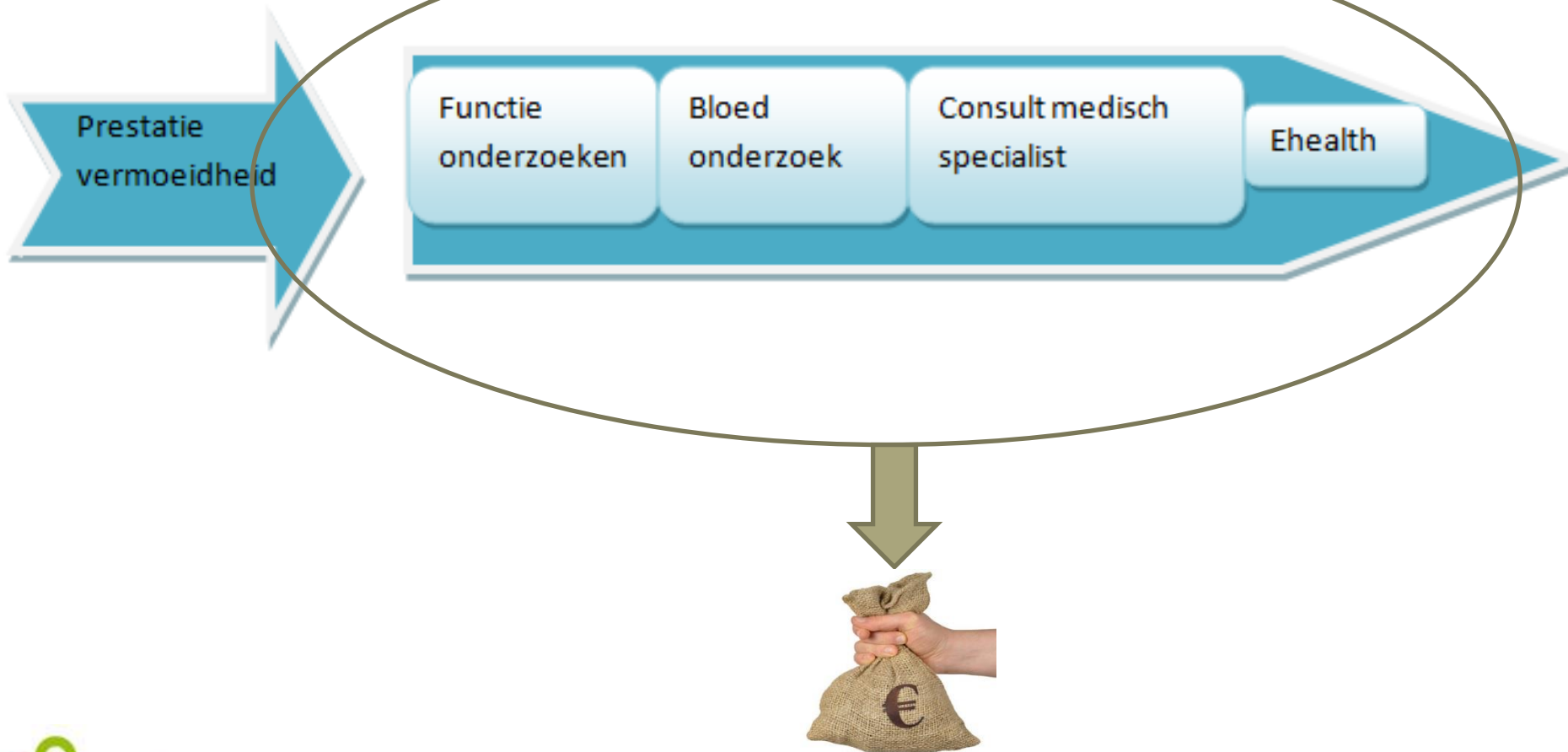
1	<b>Basiszorg</b>	<b>ELD die nodig is te ondersteuning zorgvragen + aandoeningen waarvoor huisarts doorgaans fungeert als 1<sup>e</sup> aanspreekpunt voor patiënt</b>	<b>vergoeding van diagnostiek op basis van LESA</b>
2	<b>Multidisciplinaire zorg</b>	<b>ELD in kader van begeleiding chronische programma's, ketenzorg</b>	<b>vergoeding diagnostiek opgenomen in tarief ketenzorg</b>
3	<b>Resultaatbeloning + zorgvernieuwing</b>	<b>Inzet van diagnostiek die bijdraagt aan verbetering resultaten, innovatieve inzet diagnostiek</b>	<b>vergoeding te regelen via aparte pilots / bekostiging NZa</b>

# 1. Basiszorg: Integrale tarieven op basis LESA

- Formulering integrale producten waarbinnen diagnostiek voor bepaalde klacht wordt uitgevoerd
- Integraal → geen onderscheid bloed - functie
- Klacht wordt bekostigd; inbegrepen:
  - kosten bloedonderzoek
  - kosten functie-onderzoek
  - consult medisch specialist
  - e-healthtoepassing
  - nieuwe technologieën

# Voorbeeld

*Een voorbeeld van een integrale prestatie*



# Lesa

[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/lesa\\_rationeel\\_aanvragen\\_van\\_laboratoriumdiagnostiek.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/lesa_rationeel_aanvragen_van_laboratoriumdiagnostiek.pdf)



# Inhoudsopgave Lesa

Ten geleide	5		
Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak	6	Microbiologisch onderzoek *	69
Acute keelpijn	10	Neonatale Icterus *	70
Acuut coronaal syndroom *	13	Nieraandoeningen	72
Algemeen onderzoek *	15	Overgevoeligheid	78
Anemie *	18	Prostaat- en mictieklachten *	81
Angina pectoris *	21	Psychogeriatric *	83
Artritis	22	Schildklierandoeningen	85
Atriumfibrilleren	25	Seksueel overdraagbare aandoeningen	89
Bloedingsneiging, verhoogde *	27	Subfertiliteit	94
Cardiovasculair risicomangement (CVRM)	30	TIA *	97
Coeliakie	35	Urineweginfecties	98
Deller *	37	Zwangerschap en geboorte *	101
Diabetes Mellitus type 2	39		
Diarree	44		
Diepe veneuze trombose	48		
Geneesmiddelen therapie, controle op *	51		
Hartfalen	54		
Hemochromatose	57		
Leveraandoeningen	60		
Maagklachten	66		

# ACUUT CORONAIR SYNDROOM

Dit hoofdstuk is niet geactualiseerd ten opzichte van de versie uit 2006.

## 1. Inleiding

Het begrip 'acuut coronair syndroom' omvat zowel het acute myocardinfarct als instabiele angina pectoris.<sup>1</sup>

Bij een vermoeden van een myocardinfarct zal de patiënt over het algemeen met spoed worden verwezen naar de dichtstbijzijnde afdeling Spoedeisende Hulp. Ter uitsluiting van een infarct bij een op klinische gronden gering vermoeden (vooral indien geen opname gewenst of geïndiceerd is) of wanneer patiënten zich pas 24 uur of langer na het ontstaan van de klachten presenteren, kunnen hartspecifieke enzymen die vrijkomen bij infarctering, van waarde zijn voor de diagnostiek in de huisartsgeneeskundige setting.

## 2. Diagnostiek acuut myocardinfarct: hartspecifieke troponinen en CK-MB

Bij patiënten met nauwelijks suspecte klachten of bij patiënten die meer dan 24 uur tot 5 dagen na het optreden van de eerste symptomen van een mogelijk myocardinfarct de huisarts bezoeken en geen klachten meer hebben, kan aanvullende diagnostiek zinvol zijn. Afhankelijk van differentiaal-diagnostische overwegingen, de duur van de klachten en comorbiditeit zal de diagnostiek plaatsvinden op een eerstezorghulp, een polikliniek of in de huisartsenpraktijk. Zowel de CK-MB als beide troponintests zijn voor dit doel geschikt.

### Achtergrondinformatie bij de bepalingen

Drie tot negen uur na het optreden van het infarct zijn de waarden van troponinen en CK-MB verhoogd (zie tabel 1). In de eerste zes uur na het begin van de klachten is de sensitiviteit van de tests nog onvoldoende, maar na twaalf uur is de sensitiviteit zeer hoog. De CK-MB-waarden normaliseren weer na twee à drie dagen; de troponinen blijven enkele dagen langer verhoogd.<sup>2,3</sup>

Seriële metingen verhogen de betrouwbaarheid en worden vooral op hartbewakingsafdelingen uitgevoerd.

De specificiteit en sensitiviteit van CK-MB zijn, mits gemeten > 9 uur na het begin van het infarct, respectievelijk 98 en 99%. De getallen voor troponinen liggen (6-12 uur na het begin van het infarct) in dezelfde orde van grootte of mogelijk iets lager: specificiteit 83-98% en sensitiviteit 94-100%.<sup>4</sup>

Tabel 1: Eigenschappen van de verschillende hartwerkstoffen

Merkstof	Eerste verhoging (uren)	Piek (uren)	Herstel (dagen)	Opmerkingen
CK-MB	3-12	16-24	3-7	Verhoogd, mits

# ATRIUMFIBRILLEREN

Dit hoofdstuk is geactualiseerd ten opzichte van de versie uit 2006.

## Belangrijkste wijzigingen

- Het hoofdstuk is herden op grond van de herziening van de NHG-Standaard Atriumfibrilleren.
- Bij vermoeden van hartfalen wordt geadviseerd BNP of NT-proBNP te bepalen.

## 1. Inleiding

Atriumfibrilleren is een hartritmesstoornis waarbij het ritme volledig onregelmatig en meestal versneld is. De diagnose wordt gesteld op basis van een kenmerkend ECG-beeld. Voor informatie over de epidemiologie wordt verwezen naar de NHG-Standaard Atriumfibrilleren.<sup>1</sup>

## 2. Ter opsporing van anemie, een schildklierstoornis en diabetes mellitus: Hb, TSH, glucose

Atriumfibrilleren kan het enige teken van hyperthyreoïdie zijn. Anemie kan een uitlokkende factor zijn. Diabetes mellitus is een belangrijke comorbiditeit met consequenties voor het verdere beleid.

### Achtergrondinformatie bij de bepalingen en referentiewaarden

Zie hoofdstuk *Anemie*, hoofdstuk *Diabetes mellitus type 2* en hoofdstuk *Schildklierstoornissen*.

## 3. Bij vermoeden van hartfalen: BNP of NT-proBNP

Het bestaan van atriumfibrilleren is op zichzelf geen reden voor bepaling van BNP of NT-proBNP. Bij vermoeden van hartfalen is deze bepaling echter wel geïndiceerd.

### Achtergrondinformatie bij de bepalingen en referentiewaarden

De meeste patiënten met atriumfibrilleren zonder hartfalen hebben licht verhoogde waarden. Zie verder hoofdstuk *Hartfalen*.

## 4. Bij aanvang en jaarlijkse controle van behandeling met digoxine: eGFR (creatinineklaring) en kalium

Bij een verminderde creatinineklaring is er een verhoogd risico op toxiciteit van digoxine en zijn de omlaag- en onderhoudsdosering laag.

# - Vraag 1 -

## Lesas als vehikel voor vergoeding

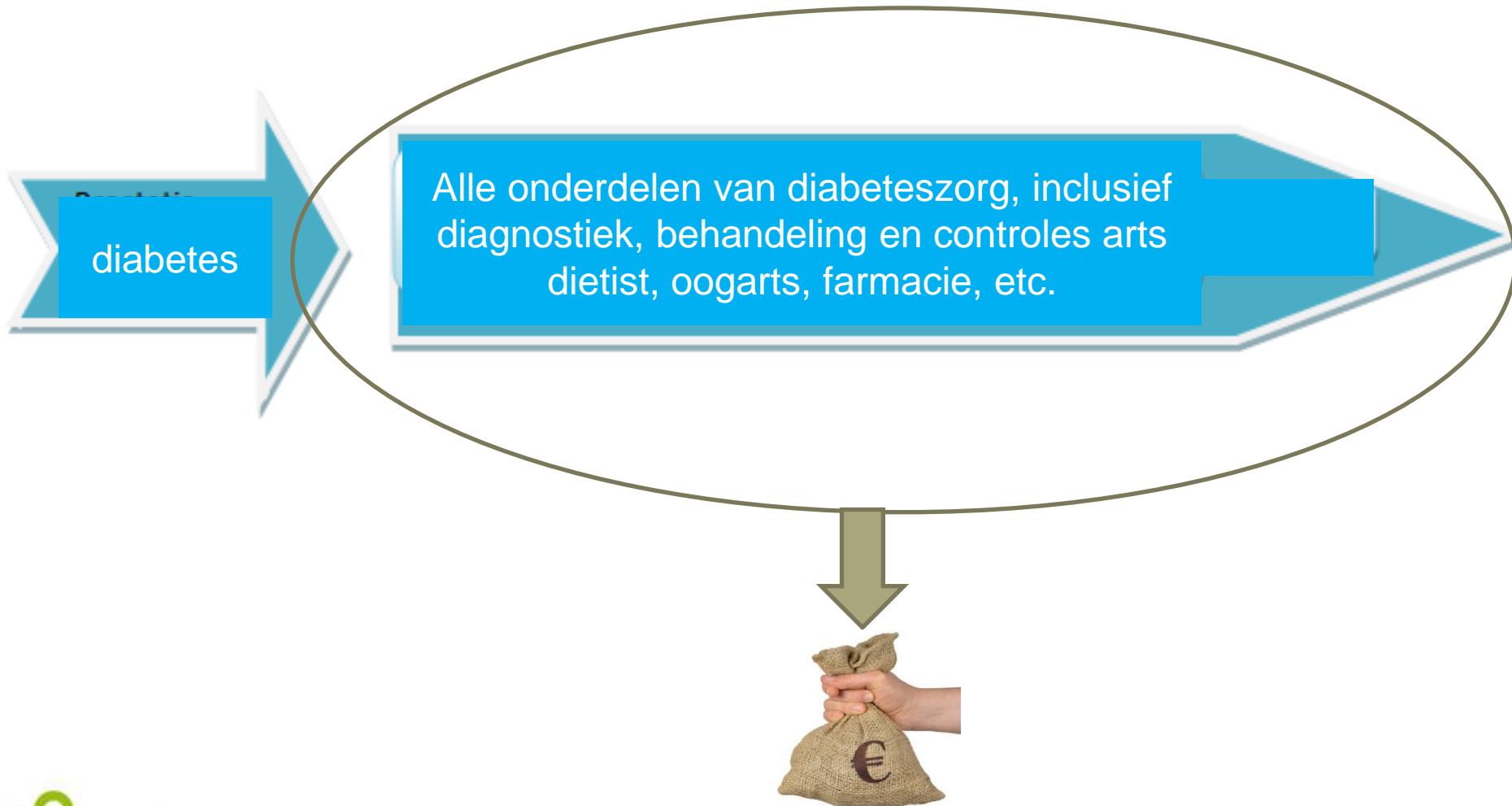
- Wat zijn voordelen / nadelen hiervan?
- Waar liggen kansen / bedreigingen?
- Wie zijn onze partners?
- Proposities industrie?
- Rol Diagnosed?



## 2. Multidisciplinaire zorg

- ELD in kader van begeleiding chronische programma's en ketenzorg
  - Diabetes, astma/COPD etc.
- vergoeding diagnostiek opgenomen in integrale tarief ketenzorg →

# Voorbeeld



## - Vraag 2 -

# Chronische zorg: kosten diagnostiek in integrale tarief?

- Wat zijn voordelen / nadelen hiervan?
- Waar liggen kansen / bedreigingen?
- Wie zijn onze partners?
- Proposities industrie?
- Rol Diagned?

# 3. Innovaties

- Nieuwe technologieën die niet binnen de integrale producten passen → bekostiging mogelijk via Beleidsregel innovatie Nza
  - Aangevraagd door zorgaanbieder én een zorgverzekeraar of zorgkantoor
  - Overeenkomst (met veel info)
  - Maximaal drie jaar

## BELEIDSREGEL AL/BR-0011

### Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Ingevolge artikel 59, eerste lid, sub f van de Wmg heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met brief van 22 december 2006, kenmerk MC-2738968 en met brief van 8 mei 2008, kenmerk MC-U-2847325, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

#### 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als bedoeld in artikel 1 sub b van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), voor zover de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) geen prestatiebeschrijving heeft vastgesteld op grond van artikel 57 of een specifieke experimentbeleidsregel op grond van de artikelen 57 en 58 van de Wmg, of voor zover (de) bestaande prestatiebeschrijving(en) op grond van artikel 57 of een specifieke experimentbeleidsregel op grond van de artikelen 57 en 58 van de Wmg uitvoering van het kortdurend kleinschalig experiment in de weg staat (staan).

#### 2. Doel van de beleidsregel

De beleidsregel heeft als doel zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars ruimte te geven om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties met als doelstelling het verbeteren van de prijs/kwaliteitsverhouding van de zorg. De innovatieve zorgprestatie kan gericht zijn op nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding; of gericht zijn op efficiënte zorgorganisatie waaronder mede begrepen substitutie van tweedelijnsgezondheidszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg; of gericht zijn op verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt. De mogelijkheid om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties biedt zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars de gelegenheid om gedurende de experimenteelperiode te bepalen of zij een prestatiebeschrijving (op grond van artikel 50 lid 1 onder d van de Wmg) willen aanvragen, en om de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de onderbouwing van een dergelijke aanvraag.

#### 3. Begripsbepalingen



Kenmerk  
AL/BR-0011

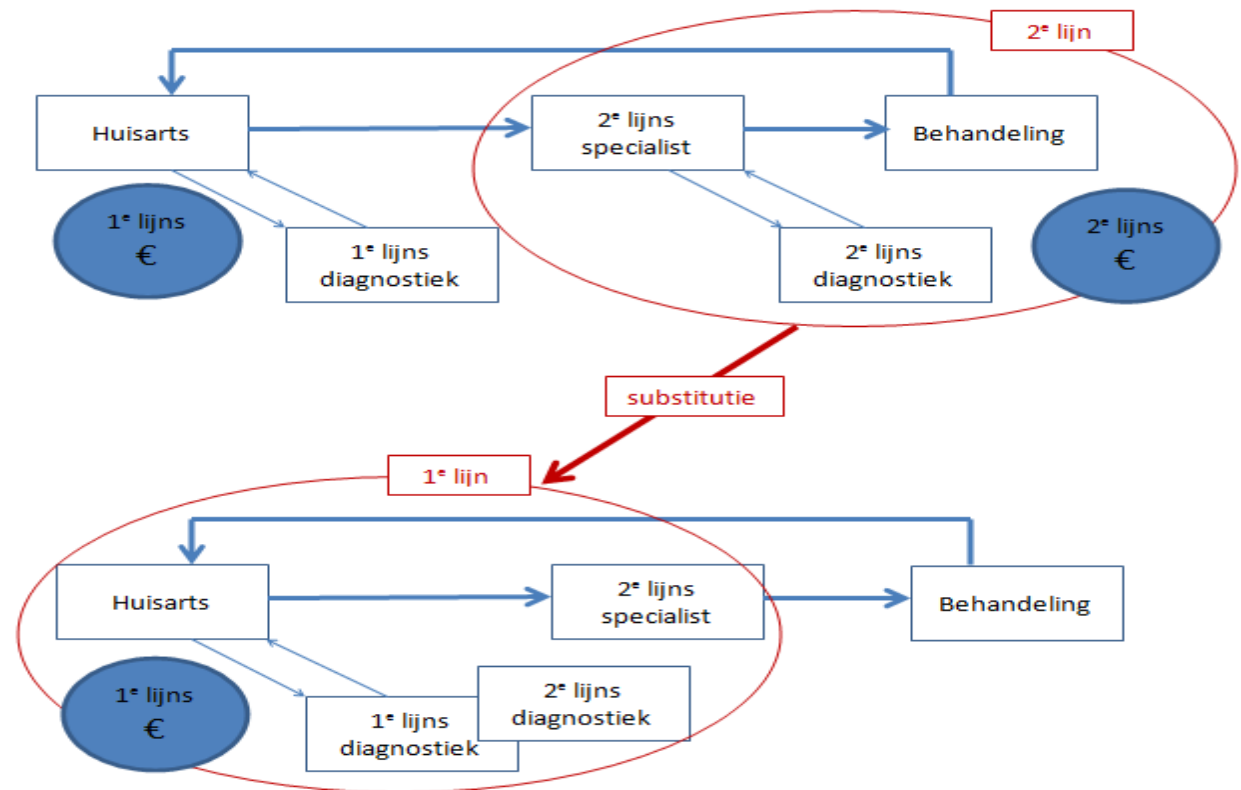
## - Vraag 3 -

# Behoud ruimte voor innovatie ELD?

- Waar liggen kansen / bedreigingen?
- Welke mogelijkheden/openingen inbouwen?
- Wie beslist over vergoeding ja/nee?
- Wie zijn onze partners?
- Propositions industrie?
- Rol Diagned?

# NB: Stip op horizon: onafhankelijke diagnostiek?

- ELD “losgekoppeld van huidige diagnostische werkwijze, maar vormgegeven in onafhankelijke diagnostische centra met onafhankelijke besturen”.



# Vervolg

- Zoals gezegd: discussies gaan langzamer dan verwacht
  - 2015 verandert niets
  - 2016 → scenario's uitgewerkt
- Diagnosed
  - Blijvend nauw contact met VWS en andere partijen (NVKC)
  - Leden informeren
  - Zo nodig: ledenbijeenkomst

1. Lesa als vehicle voor vergoeding?	2. Chronische zorg Kosten diagnostiek in integrale tarief?	3. Innovatie Behoud ruimte voor innovatie?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn voordelen / nadelen hiervan?</li> <li>• Waar liggen kansen / bedreigingen?</li> <li>• Wie zijn onze partners?</li> <li>• Proposities industrie?</li> <li>• Rol Diagnosed?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn voordelen / nadelen hiervan?</li> <li>• Waar liggen kansen / bedreigingen?</li> <li>• Wie zijn onze partners?</li> <li>• Proposities industrie?</li> <li>• Rol Diagnosed?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar liggen kansen / bedreigingen?</li> <li>• Welke mogelijkheden/openingen inbouwen?</li> <li>• Wie beslist over vergoeding ja/nee?</li> <li>• Wie zijn onze partners?</li> <li>• Proposities industrie?</li> <li>• Rol Diagnosed?</li> </ul>