

## Eerstelijnsdiagnostiek

### Voorhangbrief Minister van VWS aan de Tweede Kamer (11 maart 2013)

#### Samenvatting belangrijkste voorgestelde maatregelen (deel IV, blz. 7 e.v.)

##### Voorgestelde maatregelen voor korte termijn

1. Per 2014 worden functionele maximumtarieven ingevoerd voor alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek (huisarts, ziekenhuis en EDC etc.). Dit is vooral een verandering voor EDCs; de huidige systematiek waarbij EDCs jaarlijks een begroting en een ordertarief afspreken met zorgverzekeraars wordt afgeschaft en vervangen door een systeem van maximumtarieven. Zij kunnen dan ook eigen vermogen gaan opbouwen. Voor ziekenhuizen geldt dat zij nu al met maximumtarieven werken. Maximumtarieven worden vastgesteld voor een ingedikte prestatielijst (OZP lijst; was voorheen OVP-lijst).
2. Het is nog te vroeg om tarieven eerstelijnsdiagnostiek voor ziekenhuizen en EDCs vrij te geven.
3. NZa wordt verzocht onderzoek te doen naar herijking van de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek op basis van het reeds eerder uitgevoerde kostenonderzoek van Conqueastor en een nog uit te voeren kostenonderzoek naar diagnostiek binnen de ziekenhuiszorg. Doel van deze herijking is om gelijk speelveld te creëren tussen de huidige aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Streven is herijkte tarieven in werking te laten treden per 2014. Als dit niet lukt worden huidige tarieven gehandhaafd voor 2014.
4. Voor 2014 wordt transitiemodel opgesteld voor EDCs om overschrijdingen te voorkomen en financiële risico's voor EDCs te borgen (vergelijkbaar met medisch specialistische zorg in ziekenhuizen), waarvan afgeweken kan worden als dit door de sectorspecifieke omstandigheden gerechtvaardigd is. Dit transitiemodel zal 1 jaar gelden.
5. Gekeken zal worden of het wenselijk/mogelijk is een afzonderlijk budgettair kader voor eerstelijnsdiagnostiek in te stellen (de kosten eerstelijnsdiagnostiek zijn nu verstoep onder meerdere andere posten). Voorwaarde daarbij is dat de financiële informatievoorziening op orde is, zodat dit kader ook afrekenbaar is. De minister neemt dit mee in de besprekingen over de bestuursakkoorden die zij voor de langere termijn met zorgaanbieders en verzekeraars wil sluiten in het verlengde van het Regeerakkoord.
6. De ziekenhuizen blijven voor de korte termijn (minimaal in 2013 tot 2015) meelopen in het huidige traject van prestatiebekostiging in het gereguleerde segment (maximumtarieven).
7. De NZa wordt advies gevraagd hoe moet worden gegaan met de bekostiging van bloedafname door de huisarts zelf.
8. Er moeten transparante kwaliteitssystemen komen met heldere kwaliteitsindicatoren. Daarbij is het zorginkoopplan van de verzekeraars essentieel.

## **Voorgestelde maatregelen voor de lange termijn**

Op langere termijn wil de minister komen tot een andersoortige bekostigingsvorm, waarbij een koppeling wordt gemaakt aan uitkomsten/ effecten van de zorg.

Door de NZa was geadviseerd om de huidige bekostiging, die is gebaseerd op afzonderlijke diagnostische producten, te handhaven. De minister stelt vast dat deze wijze van bekostiging de volgende verkeerde prikkels kent:

- A. **Volumeopdrijvende systematiek:** Bij productiegerichte bekostigingssystematiek 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 aanvraagdgedrag, waardoor een dergelijk systeem juist volume-opdrijvend zal werken. De minister wil dat de huisarts als de aanvrager van diagnostiek de productie van de aanbieder van eerstelijnsdiagnostiek zou moeten bepalen. Daarom moet de huisarts de deskundigheid hebben om adequaat en doelmatig diagnostiek aan te vragen, en op het juiste moment te verwijzen naar de specialistische tweedelijnszorg. Aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek moeten worden gestimuleerd om de huisarts bij die kennis te ondersteunen. Ook de verzekeraar zou hier ook een rol kunnen spelen door het maken van afspraken. De huisarts zal door de verzekeraar dan ook beloond moeten kunnen worden voor doelmatig aanvraagdgedrag en minder verwijsgedrag naar ziekenhuizen.
- B. **Geen innovatie van het zorgproces per patiënt:** Doordat de aanbieder voor ieder afzonderlijk diagnostisch product wordt betaald, wordt deze onvoldoende gestimuleerd om het diagnostisch proces te innoveren.
- C. **Geen vergelijkbaarheid van producten en zorguitkomsten:** De verzekeraar heeft 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 de tweedelijns en doelmatig aanvragen) met elkaar in verband moet kunnen brengen. De verzekeraar moet een prikkel krijgen om te gaan monitoren hoe het aanvraagdgedrag is van huisartsen, of de diagnostiek die gedaan wordt, ook kosteneffectief is.
- D. **Te veel 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 omzetafspraak 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.

**Conclusie minister:** er moet worden toegewerkt naar een systeem waarin prijs en kwaliteituitkomsten samenhangen en waarbij helderheid ontstaat over welke prijs voor de aan een patiënt geleverde prestatie wordt betaald. Streven is 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.

Daarom wordt in 2013 gestart 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 naar de mogelijkheden voor een nieuwe productstructuur voor diagnostiek. Kernelementen: geen losse verrichtingen meer voor elke diagnostische handeling, meer patiëntgerichte bekostiging (bedrag per patiëntcategorie waarbinnen de diagnostiek plaatsvindt), mogelijkheid bieden dat de medisch specialist en/of de laboratoriumspecialist bij de beoordeling en advisering van eerstelijnsdiagnostiek betrokken kan worden (vergroten deskundigheid bij eerstelijnsdiagnostiek vergroot en voorkomen onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis).
3. Standaarden ontwikkelen voor kwaliteit en indicatoren voor kwaliteitsuitkomsten/ resultaat van diagnostisch onderzoek.
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.

N.B. De minister merkt expliciet op dat het vraagstuk ten aanzien van het gelijk speelveld en de bekostiging ook geldt 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 gaat de minister bekijken of de trombosediensten tegelijk met de EDC's meegenomen kunnen worden in een transitie naar prestatiebekostiging.

*Diagned, 12 maart 2013*