

Advies

Eerstelijnsdiagnostiek

Diagnostiek onderzocht

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	9
1.3 Opbouw rapport	10
2. De huidige situatie	11
2.1 Definitie eerstelijnsdiagnostiek	11
2.2 Huidige aanbieders	12
2.3 De huidige bekostigingssystematiek	13
2.3.1 De systematiek per aanbieder	13
2.4 Knelpunten in de huidige situatie	17
2.4.1 Door afwijkende bekostiging	17
2.4.2 Door achterhaalde prestaties en tarieven	18
2.4.3 Door verwevenheid met tweedelijnsbehandelingen	18
2.4.4 Overige knelpunten	19
2.5 Conclusie	20
3. Gewenste situatie	23
3.1 De publieke belangen	23
3.1.1 Kwaliteit	24
3.1.2 Toegankelijkheid	24
3.1.3 Betaalbaarheid	25
3.1.4 Conclusie vanuit de publieke belangen	26
3.2 Bekostigingsmodel	26
3.3 De prestaties	28
3.3.1 Het aantal prestaties	31
3.4 Het tariefregime: Vrije prijzen	31
3.5 Een gelijk speelveld	33
3.6 Advies	34
4. Raakvlakken met andere dossiers	35
4.1 Overzicht raakvlakken	35
4.2 Afwegingen per dossier	36
4.2.1 DOT	36
4.2.2 Transitieplan ziekenhuizen	37
4.2.3 Garantierегeling kapitaallasten	37
4.2.4 Deelregulering medisch specialisten	38
4.3 Samenvatting	39
5. Transitieplan	41
5.1 Prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek	41
5.2 Functiegericht Prestatiemodel eerstelijnsdiagnostiek	43
5.3 Vrije prijzen	44
5.4 Overige acties	45
Bijlage I Uitgaven eerstelijnsdiagnostiek	46
Bijlage II Procesbeschrijving	47
Bijlage III Vrije prijsvorming	48

**Bijlage IV: Reactie NZa op voorwaarden en vragen uit verzoek
VWS**

53

Vooraf

Voor u ligt het advies Eerstelijnsdiagnostiek. Het advies richt zich op een herziening van de bekostigingssystematiek waarbij de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek centraal staat. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in mei 2011 gevraagd om dit advies.

Bij de totstandkoming van dit advies is op meerdere momenten overleg geweest met (representanten van) betrokken veldpartijen. Bij invoering van de door de NZa opgestelde adviezen, is verdere samenwerking met veldpartijen een belangrijke vereiste.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van betrokken partijen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter

Managementsamenvatting

Onder eerstelijnsdiagnostiek verstaat de NZa de diagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek) die wordt verricht op verzoek van een eerstelijnszorgverlener in Nederland, meestal de huisarts of verloskundige. De functie eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit verschillende processtappen: uitvoeren onderzoek (eventuele afname patiëntmateriaal en analyse), beoordeling en advies. Er zijn diverse groepen aanbieders die de functie eerstelijnsdiagnostiek kunnen leveren: huisartsen, verloskundigen, eerstelijnsdiagnostische centra, ziekenhuizen, productiesamenwerkingsverbanden, zelfstandige Behandelcentra, zorggroepen en buitenlandse laboratoria. In de huidige situatie is de bekostiging aanbiedergericht wat betekent dat voor de verschillende typen aanbieders verschillende bekostigingssystemen van toepassing zijn. De kosten van de eerstelijnsdiagnostiek vallen daarnaast onder vier verschillende budgettaire (sub-)kaders.

De huidige situatie binnen de eerstelijnsdiagnostiek brengt diverse knelpunten met zich mee. De knelpunten zijn te onderscheiden in de volgende categorieën:

- Knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging
- Knelpunten voortkomend uit achterhaalde prestaties/tarieven
- Knelpunten door verwevenheid eerstelijnsdiagnostiek met tweedelijnsbehandelingen
- Overige knelpunten

In onderstaand figuur is schematisch weergegeven welke knelpunten er bestaan en wat de invloed is op de publieke belangen.

Knelpunt	Kwalitatief goede ELD	Toegankelijke ELD	Betaalbare ELD
Knelpunten door bekostiging			
Ongelijk speelveld mbt eigen vermogen	x	x	
Mogelijkheid kruissubsidiering	x	x	x
Geen efficiencyprikkel EDC's	x		x
Niet de meest efficiënte aanbieder	x	x	x
Dubbele bekostiging binnen ELD	x		
Knelpunten door prestaties en tarieven			
Ontoereikende prestaties	x	x	x
Tarieven niet herijkt			x
Knelpunten door verwevenheid			
Dubbele bekostiging			x
Aanbodgestuurde vraag	x		x
Overige knelpunten			
Gescheiden inkoop door zorgverzekeraars	x	x	x
Afwijkend eigen risico	x	x	x
Afwijkende risicoverevening	x	x	x
Geen doelmatigheidsprikkel	x		x

De NZa adviseert over een versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek. De gedachte achter het versterken van de functie eerstelijnsdiagnostiek is dat een onafhankelijke diagnose vanuit een generalistisch perspectief voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en/of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Middels dit advies stelt de NZa zorgverzekeraars

optimaal in staat om rationele keuzes te maken over de borging van de publieke belangen en daarbij een sturende rol te vervullen. De zorgverzekeraar is hierbij aan zet om, geleid door de wens van de verzekerden, het zorgaanbod in te richten.

De NZa adviseert voor de functie eerstelijnsdiagnostiek over te stappen op prestatiebekostiging. Door het aanbod vergelijkbaar te maken worden zorgverzekeraars in staat gesteld om door middel van een prijs-kwaliteit afweging zorg in te kopen. De condities voor een effectieve marktwerking worden binnen de eerstelijnsdiagnostiek minimaal even gunstig ingeschat als binnen de markt van de medisch specialistische zorg, waar ook wordt overgestapt op prestatiebekostiging. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars aanvullend goed sturen op kostenbeheersing.

Naast prestatiebekostiging adviseert de NZa een functiegericht prestatie-model met integrale tarieven. Door de verantwoordelijkheid voor het totale proces van eerstelijnsdiagnostiek te beleggen bij de aanbieder, wordt samenwerking in de keten gestimuleerd. De NZa gaat in samenwerking met het veld werken aan een prestatielijst eerstelijnsdiagnostiek die grotendeels gebaseerd zal zijn op de huidige OVP/OP-lijst. Deze lijst moet (uiteindelijk) een beperkter aantal prestaties bevatten dan in de huidige situatie het geval is. De mogelijkheid voor een facultatieve prestatie wordt meegenomen.

De NZa adviseert verder invoering van vrije tarieven. De voorwaarden voor vrije tarieven zijn volgens de NZa voldoende aanwezig binnen de eerstelijnsdiagnostiek. Enkele voorwaarden zijn nog niet aanwezig maar de verwachting is dat deze tijdig en in voldoende mate tot stand komen. Vrije tarieven zullen naar verwachting positieve effecten hebben voor zowel de patiënt als de aanbieder als de zorgverzekeraar.

Als laatste adviseert de NZa om een eigen BKZ eerstelijnsdiagnostiek in te stellen. Dit voorkomt budgettaire ongelijkheid binnen het speelveld. De NZa benadrukt echter dat een uiteindelijk besluit hierover geheel bij de Minister ligt.

Er is een behoorlijk aantal raakvlakken met andere dossiers binnen de bekostiging van de eerste- en tweedelijnszorg. Er is gekozen om niet te interveniëren in de deelregulering medisch specialisten en invoering DOT. Dit betekent dat de NZa voorstelt om gefaseerd naar de gewenste situatie toe te werken. Dit leidt tot de volgende situatie:

2013/2014	2015
Prestatiebekostiging (met op onderdelen flankerend beleid in de vorm van transitie-model)	Prestatiebekostiging
Vrije prijzen, honoraria gereguleerd	Vrije integrale prijzen
Generieke waar mogelijk ingedikte prestatielijst	Generieke ingedikte prestatielijst

Om te komen tot de geadviseerde situatie, moeten verschillende stappen gezet worden door zowel aanbieders, zorgverzekeraars als NZa en VWS. De eerste stappen worden in 2012 gezet waarna volledige implementatie in 2015 afgerond is. De NZa zal vanaf 2013 door monitoring bekijken of de gewenste doelen bereikt worden en mogelijk ingrijpen wanneer dat niet het geval is.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om een uitvoeringstoets (hierna te noemen: advies) uit te brengen over de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek¹. Het advies richt zich op een herziening van de bekostigingssystematiek waarbij gekeken wordt naar een inrichting in lijn met de functionele inrichting van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De huidige functie eerstelijnsdiagnostiek in Nederland kenmerkt zich door een versnipperd aanbod verdeeld over de eerste- en de tweedelijns met ieder eigen regelgeving en bekostigingsmethodieken. Eerstelijnsdiagnostiek die doelmatig wordt ingezet en met een goede prijs-kwaliteit verhouding, kan bijdragen aan betere zorg en lagere zorguitgaven, zowel in de eerstelijns als de tweedelijns. De NZa streeft naar een bekostigingssystematiek die bijdraagt aan de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek.

De gedachte achter het versterken van de functie eerstelijnsdiagnostiek is dat een onafhankelijke diagnose vanuit een generalistisch perspectief voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en/of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. De patiënt heeft baat bij kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke eerstelijnsdiagnostiek.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstelling

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken en te bewaken. Daarbij staan de belangen van de consument centraal. Ook in dit advies staat het belang van de consument voorop. Doel van deze uitvoeringstoets is het ministerie van VWS te adviseren over de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek. Consumenten hebben belang bij een goede kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de functie eerstelijnsdiagnostiek. De NZa adviseert daarom de bekostiging zo in te richten dat de publieke belangen zo goed mogelijk geborgd zijn. De NZa verstaat hieronder.

1. Eerstelijnsdiagnostiek die kwalitatief goed is.
 - Met een generalistisch uitgangspunt wordt voorkomen dat onnodige diagnostiek en (vervolg) behandeling wordt uitgevoerd.
 - De patiënt heeft baat bij servicegerichtheid en een snelle en juiste uitslag en diagnosestelling bij klachten.
 - De bekostigingssystematiek faciliteert innovatie en kwaliteitsverbetering.
2. Eerstelijnsdiagnostiek die toegankelijk is.
 - Wie precies de diagnostiek uitvoert, is ondergeschikt voor het advies. Het is aan het veld zelf om de juiste spelers op de juiste plek te zetten.
 - Serviceaspecten zoals bereikbaarheid, uitstraling en snelheid van terugkoppeling spelen een belangrijke rol in de keuze voor de aanbieder.

¹ Brief VWS aan NZa Verzoek om uitvoeringstoets eerstelijnsdiagnostiek d.d. 26 mei 2011, kenmerk CZ/CGGZ-3063098

3. Eerstelijnsdiagnostiek die betaalbaar is.
 - Zo efficiënt mogelijk; vanuit een generalistisch perspectief, geen dubbeldiagnostiek.
 - Zo effectief mogelijk; volgens het first time right principe (geen onderdiagnostiek en mogelijkheid tot reflexdiagnostiek binnen dezelfde order/prestatie).
 - Zo doelmatig mogelijk; geen onnodige eerstelijnsdiagnostiek (geen overdiagnostiek).
 - Tegen reële tarieven.

Onderzoeksvragen

Het verzoek van VWS kent een groot aantal detailvragen. Omwille van de beperkte adviseringstijd, alsmede de leesbaarheid van het advies, focust de NZa zich in deze uitvoeringstoets op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn de knelpunten in de huidige situatie?
- Hoe ziet de gewenste situatie er uit in de eerstelijnsdiagnostiek?
- Wat zijn de bestaande belemmeringen om de gewenste situatie te bereiken?
- Hoe bereiken we, en wanneer, de gewenste situatie?

1.3 Opbouw rapport

Om te komen tot een advies over de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek, start hoofdstuk 2 met een beschrijving van de huidige situatie binnen de eerstelijnsdiagnostiek. Vervolgens gaat hoofdstuk 3 in op de gewenste situatie: hoe moet de bekostigingssystematiek zijn ingericht om de doelstelling van dit advies te bereiken.

In hoofdstuk 4 gaan we terug naar werkelijkheid anno nu en beschrijven we de interactie tussen de gewenste situatie binnen de eerstelijnsdiagnostiek en andere relevante zorgsectoren en -dossiers. Doel hiervan is om te komen tot reële keuzes over het tijdspad richting de gewenste eindsituatie. In hoofdstuk 5 tenslotte staan concreet de stappen beschreven die moeten worden ondernomen, inclusief tijdspad, om de gewenste bekostigingssystematiek te bereiken.

2. De huidige situatie

Het doel van dit hoofdstuk is om te duiden hoe de eerstelijnsdiagnostiek op dit moment georganiseerd is en welke knelpunten er bestaan in de bekostiging. Ondanks dat er in de huidige situatie knelpunten bestaan, benadrukken alle, bij de functie eerstelijnsdiagnostiek betrokken zorgaanbieders, dat de kwaliteit van de eerstelijnsdiagnostiek in Nederland van een hoog niveau is. Echter, door de knelpunten te beschrijven kunnen we in het volgende hoofdstuk toewerken naar de beschrijving van een bekostigingssystematiek die tot betere uitkomsten leidt.

We beginnen met het definiëren van eerstelijnsdiagnostiek. Daarna beschrijven we welke zorgaanbieders eerstelijnsdiagnostiek leveren en hoe de bekostiging nu is ingericht. Vervolgens staan we stil bij de effecten van de huidige bekostigingssystematiek, dus welke knelpunten zijn er in de huidige situatie.

2.1 Definitie eerstelijnsdiagnostiek

Onder eerstelijnsdiagnostiek verstaat de NZa de diagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek) die wordt verricht op verzoek van een eerstelijnszorgverlener in Nederland als omschreven in de Zorgverzekeringswet². Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek³ zoals bloedonderzoek, onderzoek van urine, faeces en ander patiëntenmateriaal; functieonderzoek zoals ECG's en longonderzoeken en scopieën; beeldvormende diagnostiek zoals echo's en MRI's. Ook worden er fundusfoto's (foto van het netvlies van het oog) gemaakt in het kader van de begeleiding van diabetes patiënten. Een relevant verschil tussen laboratoriumonderzoek en de andere vormen van eerstelijnsdiagnostiek, is dat bij laboratoriumonderzoek de patiënt lichaamsmateriaal moet afstaan. Bij de andere onderzoeken, functieonderzoeken en beeldvormende diagnostiek, is de 'patiënt' zelf vereist om het onderzoek te kunnen uitvoeren. Dit onderscheid is belangrijk omdat dit vanuit het oogpunt van patiëntpreferenties eventueel andere eisen aan het aanbod stelt (spreiding versus concentratie).

Binnen de eerstelijnsdiagnostiek kan globaal gezien voor zowel laboratoriumonderzoek als beeldvormende diagnostiek als functieonderzoek, een aantal processtappen worden onderscheiden (zie figuur 2.1). De eerste stap, het verzoek tot verrichten van diagnostisch onderzoek, komt volgens de definitie van eerstelijnsdiagnostiek (zie vorige alinea) van een eerstelijnszorgverlener in Nederland. De twee zorgverleners die de meeste diagnostiek in de eerstelijnsaanvragen zijn huisartsen en verloskundigen. Andere eerstelijnszorgverleners die de mogelijkheid hebben tot het aanvragen van eerstelijnsdiagnostisch onderzoek, zijn de bedrijfsarts, jeugdarts en fysiotherapeut.

De tweede stap, de uitvoering van het onderzoek, kan door verschillende aanbieders worden uitgevoerd. In paragraaf 2.2 wordt een opsomming van aanbieders gegeven die in de huidige markt participeren. Bij de

² De diagnostiek aangevraagd door tandartsen en diagnostiek binnen de eerstelijns GGZ valt buiten de hier gebruikte definitie van eerstelijnsdiagnostiek.

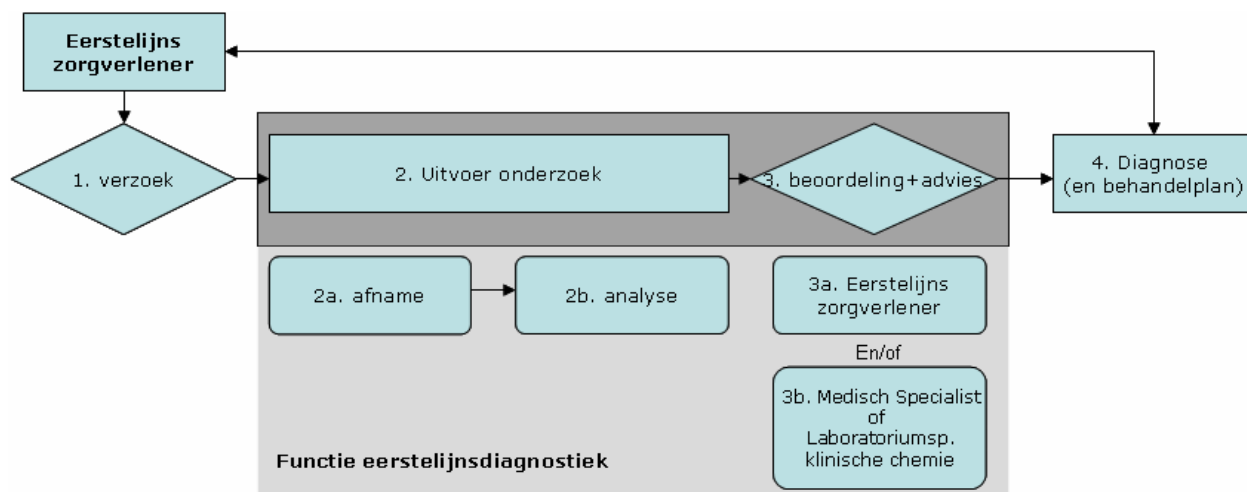
³ Trombosediensten vallen buiten de scope van dit advies.

uitvoering van laboratoriumonderzoek kunnen overigens twee deelstappen worden onderscheiden, de afname van het patiëntmateriaal en de analyse van het patiëntmateriaal. Deze handelingen kunnen gescheiden van elkaar door verschillende aanbieders worden uitgevoerd.

Na de uitvoering van het onderzoek vindt de beoordeling plaats. Dit kan door de eerstelijnszorgverlener die de diagnostiek heeft aangevraagd zelf gedaan worden, maar het kan ook zijn dat een medisch specialist of laboratoriumspecialist hierin een consultatieve functie heeft. De beoordeling van het diagnostisch onderzoek moet uiteindelijk leiden tot een diagnose (of de uitsluiting van een aandoening) door de verzoeker van de diagnostiek. Indien noodzakelijk volgt een behandelplan in de eerstelijns of verwijzing naar de tweede lijn.

Voor de duidelijkheid, voorliggend advies richt zich op het grijs gekleurde vlak in figuur 2.1. De NZa adviseert over een bekostigingssystematiek voor de uitvoer van het onderzoek en de beoordeling. Het verzoeken om de diagnostiek, het stellen van de diagnose en het opstellen van het behandelplan, vallen hiermee buiten de scope van dit advies.

Figuur 2.1: Procesbeschrijving eerstelijnsdiagnostiek



2.2 Huidige aanbieders

Een eerstelijnszorgverlener die voor zijn patiënt diagnostiek wil laten verrichten, kan in de huidige situatie bij verschillende aanbieders⁴ terecht:

- Huisartsenpraktijken; naast aanvrager kunnen deze ook zelf uitvoerder van diagnostisch onderzoek zijn, of patiëntenmateriaal afnemen voor analyse.
- Verloskundigenpraktijken; naast aanvragen wordt door gespecialiseerde verloskundigen zelf echoscopisch onderzoek verricht en eventueel patiëntenmateriaal afgenomen voor analyse.
- Huisartsenlaboratoria, ook wel eerstelijnsdiagnostische centra (EDC's) genoemd; hier wordt laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek verricht op aanvraag van een eerstelijns hulpverlener
- Ziekenhuizen; deze beschikken over eigen laboratoria, voorzieningen voor beeldvorming (onder andere: Echo, MRI en CT) en functieonderzoek (onder andere: ECG en longfunctie); een groot

⁴ Audiologische centra worden buiten beschouwing gelaten; de zorg die zij leveren wordt als tweedelijns somatische zorg beschouwd.

deel van die ziekenhuizen levert, naast tweedelijnsdiagnostiek (dat is diagnostiek in het kader van een DBC uitgevoerd in de tweedelijns), ook diagnostiek voor de eerstelijnszorg.

- Productiesamenwerkingsverbanden; organisaties die ziekenhuizen gezamenlijk hebben opgericht. Dit zijn veelal laboratoria.
- Zelfstandige Behandelcentra (ZBC); deze hebben de mogelijkheid om alle vormen van diagnostiek aan te bieden.
- Zorggroepen; de samenstelling en het aanbod van zorggroepen wisselt. Zij hebben de mogelijkheid om een combinatie te bieden van beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek voor de eerstelijns.
- Buitenlandse laboratoria; deze verrichten veelal de analyse van laboratoriumonderzoek, de afname van het patiëntenmateriaal vindt plaats in huisartsenpraktijken.

In het Position paper van de SAN⁵ worden de uitgaven voor eerstelijnsdiagnostiek in 2010 geraamd op 707 miljoen⁶ euro (zie bijlage I). Op basis van gegevens van Vektis blijkt dat huisartsen in het kader van de M&I verrichtingen (inclusief diagnostiek die plaatsvindt in het kader van keten DBC's) in 2009 ruim 35 miljoen aan diagnostiek gedeclareerd hebben. Het merendeel (ca. 70%) daarvan betreft longfunctiemeting, ECG en bloeddrukmeting. Verder blijkt uit het position paper van de SAN dat ongeveer 60-70 ziekenhuislaboratoria eerstelijnsdiagnostiek leveren en er circa 23 EDC's zijn. Deze verschillen in omvang en adherentiegebied. Het is onbekend hoeveel diagnostisch onderzoek de verloskundepraktijken of ZBC's op macroniveau uitvoeren.

Net als andere sectoren in de zorg groeit ook de omvang van de eerstelijnsdiagnostiek. Dit heeft te maken met de autonome groei van de zorgvraag, de technische ontwikkelingen als telediagnostiek en extramuralisering ofwel verschuiving van zorg van het specialistische naar het generalistische circuit.

2.3 De huidige bekostigingssystematiek

In bijlage II is de procesbeschrijving uit paragraaf 2.1 uitgebreid weergegeven. De procesbeschrijving laat nu niet alleen de verschillende processtappen zien maar ook welke aanbieder betrokken kan zijn bij welke processtap. Ook de wijze van bekostiging is toegevoegd. In deze paragraaf lichten we toe hoe de bekostiging er precies uitziet.

2.3.1 De systematiek per aanbieder

In de huidige situatie is de bekostiging 'aanbiedergericht' ingestoken. Dat leidt ertoe dat er voor de verschillende typen zorgaanbieders verschillende bekostigingssystemen van toepassing zijn, ook al leveren zij soms dezelfde vormen van diagnostiek:

Huisartsen

Beleidsregels 'Huisartsenzorg' en 'Huisartsenzorg - verrichtingenlijst M&I'

De eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door de huisarts wordt grotendeels gedeclareerd op basis van de module Modernisering en Innovatie (M&I). In het kader van de module M&I is het mogelijk om enkele prestaties zelfstandig in rekening te brengen, waaronder ook diagnostiek zoals

⁵ SAN, 2010. SAN Medisch diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerstelijns, nu en in de toekomst.

⁶ Dit is exclusief trombosediensten. SAN, 2010. Position paper, SAN Medische diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn.

bijvoorbeeld echoscopisch onderzoek. Voor deze prestaties gelden vrije tarieven. Om een M&I te mogen declareren is een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en huisarts over prestatie en prijs verplicht. Overige diagnostische verrichtingen door de huisarts worden geacht integraal gedekt te worden uit het abonnementstarief per patiënt en/of de in rekening te brengen consult.

Verloskundigen

Beleidsregel 'Verloskunde'

Verloskundigen ontvangen per patiënt een abonnementstarief en kunnen daarnaast maximum tarieven (hiervoor is geen contract met de zorgverzekeraar nodig) in rekening brengen voor specifieke diagnostiek, bijvoorbeeld het maken van een echo.

EDC's

Beleidsregel 'Aanpassing eerste lijn (laboratorium-) onderzoeken voor huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden'

EDC's leveren vrijwel uitsluitend diagnostiek en zijn begrotingsgefinancierd. In de begrotingssystematiek worden de aanvaardbare kosten vastgesteld op het niveau van de maximaal aanvaardbare kosten op basis van de parameterwaarden indien de werkelijke exploitatiekosten deze maximaal aanvaardbare kosten overschrijden. In het geval de werkelijke exploitatiekosten lager zijn dan de maximaal aanvaardbare kosten, worden de aanvaardbare kosten gelijk gesteld aan de werkelijke exploitatiekosten. EDC's zijn dus niet in de gelegenheid om reserves op te bouwen.

De maximaal aanvaardbare kosten voor de totale exploitatie worden vastgesteld aan de hand van parameterwaarden voor analysekosten (laboratoriumanalyse van patiëntenmateriaal), functieonderzoeken en orderkosten.

De vergoeding voor *analysekosten* bestaat uit de opbrengst uit vaste tarieven (19 verschillende prijsklassen) voor circa 700 verschillende verrichtingen: de parameterwaarde is gelijk aan het tarief. De vergoeding voor de overige onderzoeken (voornamelijk *functieonderzoeken*) bestaat uit een deel van de opbrengst uit de betreffende vaste tarieven, namelijk het deel na aftrek van locatiekosten en interestcomponent.

De vergoeding voor *orderkosten* bestaan uit posten die toegeschreven kunnen worden aan de kosten van het afnemen, de beschikbaarheidskosten en de registratie- en factureringskosten (exclusief locatiekosten). De vergoeding hiervoor is verwerkt in een bedrag per order, gelijk aan het (vaste) ordertarief.

Daarnaast is er per order een *toeslag voor de deconcentratiegraad* mogelijk. De deconcentratiegraad geeft de mate aan waarin het laboratorium niet op de hoofdvestiging afneemt, maar op een zogenoemd prikpunt. Omdat deze decentrale afname meer kosten met zich meebrengt dan centrale afname, geldt een toeslag.

De tarieven die de EDC's declareren zijn opgenomen op de Tarieflijst Instellingen. Dit zijn zoals gezegd vaste tarieven. De prestaties en tarieven op deze lijst zijn gelijk aan de prestaties en tarieven op de OVP/OP-lijst, die gehanteerd wordt door de productiesamenwerkingsverbanden, de ziekenhuizen, en de ZBC's. De begroting en verrekening van de exploitatiekosten worden sluitend

gemaakt door middel van een opslag of aftrek op het vaste ordertarief. Het ordertarief fungeert dus als sluittarief. Voor EDC's telt de deconcentratietoelage (indien deze wordt aangevraagd) mee voor de bekostiging van de orders, en daarmee ook in de financiering (de toeslag vertaalt zich direct in een opslag op het ordertarief).

Productiesamenwerkingsverbanden

Beleidsregel 'Aanpassing eerste lijn (laboratorium-) onderzoeken voor huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden'

Productiesamenwerkingsverbanden zijn van oudsher organisaties die ziekenhuizen gezamenlijk opgericht hebben. Over het algemeen betreft het een laboratorium (in drie gevallen betreft het een apotheek). Er zijn achttien productiesamenwerkingsverbanden actief in Nederland.

Op dit moment zijn de productiesamenwerkingsverbanden nog (deels) gebudgetteerd. De productiesamenwerkingsverbanden ontvangen een deel van hun budget via de aangesloten ziekenhuizen middels de zogenaamde kassiersfunctie. Dit betekent concreet dat de aangesloten ziekenhuizen in hun budget de loonkosten voor de medisch specialist en de locatiekosten ten behoeve van het productiesamenwerkingsverband, vergoed krijgen op basis van de tariefbeschikking van het productiesamenwerkingsverband. De aangesloten ziekenhuizen betalen dit bedrag vervolgens door aan het productiesamenwerkingsverband. Ook deze aanbieders brengen ordertarieven in rekening, zij het slechts voor de waarde van een volledig geconcentreerde instelling. Net als bij de ziekenhuizen is het ordertarief geen sluittarief maar een vast tarief.

Vanwege deze constructie met een kassiersfunctie declareren de productiesamenwerkingsverbanden in de huidige situatie zorgprestaties geleverd aan ziekenhuizen exclusief een honorariumcomponent. In 2012 vervalt de kassiersfunctie, vanwege de invoering van prestatiebekostiging bij ziekenhuizen (zie hieronder). Dit betekent dat de bekostigingswijze van de productiesamenwerkingsverbanden met ingang van 2012 ook verandert.

Productiesamenwerkingsverbanden gaan per 2012 volledig over op prestatiebekostiging. Dit betekent dat de budgetten voor de productiesamenwerkingsverbanden met ingang van 2012 worden afgeschaft. Het overgrote deel van de omzet van productiesamenwerkingsverbanden wordt behaald met zorgprestaties geleverd aan ziekenhuizen. Voor zorgprestaties geleverd op aanvraag van ziekenhuizen geldt dat deze vallen onder de beleidsregel onderlinge dienstverlening. Voor de zorgprestaties die productiesamenwerkingsverbanden leveren op aanvraag van de eerstelijns gelden vanaf 2012 de tarieven op de OVP/OP-lijst, als maximumtarieven.

Ziekenhuizen

Beleidsregel 'Functiegerichte budgettering'⁷

Op dit moment zijn de ziekenhuizen nog (deels) gebudgetteerd. De ziekenhuizen kunnen voor de eerstelijnsdiagnostiek een vergoeding (voor analysekosten, kosten voor functieonderzoeken, orderkosten, en een toeslag voor deconcentratiegraad) in het generieke budget krijgen op basis van de tarieven voor diagnostische prestaties OVP/OP lijst. Deze tariefinkomsten zijn gelijk aan het budget. Het ordertarief is bij de

⁷ In 2012 gaan de meeste gebudgetteerde instellingen over op prestatiebekostiging. Voor ziekenhuizen is gedurende twee jaar sprake van een overgangssituatie waarin de beleidsregel materieel nog van kracht is.

ziekenhuizen, anders dan bij de huisartsenlaboratoria, dus geen sluittarief maar een vast tarief.

In 2012 gaan de ziekenhuizen, via een transitie-model, over 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 budgetteringssystematiek (in het transitie-model wordt het aldus vastgestelde budget het 'schaduwbudget' genoemd). In 2012 wordt het verschil tussen de omzet uit prestatiebekostiging en de omzet op basis van het schaduwbudget voor 95% verrekend.

Specifiek voor de eerstelijnsdiagnostiek geldt daarbij het volgende: Binnen het model van prestatiebekostiging declareren de ziekenhuizen in 2012 voor de eerstelijnsdiagnostiek de tarieven van de OVP/OP-lijst, als maximumtarief. Aangezien de hoogte van de budgetvergoeding in het schaduwbudget gebaseerd is op de opbrengst uit tarieven, wordt de vergoeding in het schaduwbudget bij tarieven onder het maximum dus ook navenant lager vastgesteld.

Binnen het huidige budget en toekomstige (2012) schaduwbudget is wel de mogelijkheid om substitutie toe te passen: ziekenhuizen kunnen de opbrengsten uit de eerstelijnsdiagnostiek aanwenden om knelpunten binnen het functiegerichte budget op te vangen, en andersom. Vanuit de NZa wordt, in het geval van knelpunten, ook aangestuurd op substitutie binnen het functiegerichte budget. Gelet op de stapsgewijze introductie van prestatiebekostiging is het evenwel zaak om de gereguleerde tarieven van alle zorgprestaties zoveel mogelijk in overeenstemming te zijn met de onderliggende kosten, zodat kruissubsidie met andere vormen van zorg (met marktverstoring tot gevolg) voorkomen wordt. Daarmee verdwijnt een belangrijke bron van ongelijkheid in het speelveld.

Zelfstandige behandelcentra

Beleidsregel 'Tarieven medisch specialistische zorg'⁸

De zelfstandige behandelcentra kennen op dit moment al volledige prestatiebekostiging. Voor ZBC's gelden de tarieven op de OVP/OP-lijst, als maximumtarief.

Zorggroepen

Beleidsregel 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'

Voor de chronische aandoeningen diabetes mellitus type 2 (DM), chronic obstructive pulmonary disease (COPD) en bij een verhoogd risico op vasculaire aandoeningen (vasculair risicomanagement – VRM), is het mogelijk multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken te declareren bij zorgverzekeraars. Deze zorg kan dus integraal bekostigd worden. Het vaststellen van de diagnose DM, COPD of VRM valt buiten de prestatie. In principe is eerstelijnsdiagnostiek tijdens de behandeling ook uitgezonderd van de prestatie. Deze uitzondering geldt echter niet voor die zorgaanbieders die eerstelijnsdiagnostiek al onder de beleidsregel

⁸ Deze beleidsregel wordt per 1 januari 2012 vervangen door de beleidsregel BR/CU-2035, 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'

'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' binnen hun zorgprestatie hadden opgenomen.

2.4 Knelpunten in de huidige situatie

De (diversiteit in) bekostiging en financiering van de diverse aanbieders is uitgebreid besproken tot nu. In deze paragraaf worden de knelpunten van de huidige bekostigingssystematiek besproken. De knelpunten zijn te onderscheiden in diverse categorieën:

- Knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging
- Knelpunten voortkomend uit achterhaalde prestaties/tarieven
- Knelpunten door verwevenheid eerstelijnsdiagnostiek met tweedelijnsbehandelingen
- Overige knelpunten

In deze volgorde worden de knelpunten in het vervolg van deze paragraaf toegelicht.

2.4.1 Door afwijkende bekostiging

Ongelijk speelveld met betrekking tot behoud eigen vermogen

De werkelijke kosten van de begrotingsgefinancierde instellingen (EDC's) liggen veelal lager dan de aanvaardbare kosten. Bij de vaststelling van de ordertarieven wordt aansluiting gezocht bij de werkelijke kosten. Budgetgefinancierde instellingen (ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden) ontvangen in de meeste gevallen de maximum beleidsregelwaarde en gebruiken het verschil tussen het budget en de werkelijke kosten, naar verwachting, voor financiering van andere zaken of voegen het resultaat toe aan de reserve aanvaardbare kosten (RAK). Het ongelijke speelveld wordt hier veroorzaakt doordat sommige zorgaanbieders hun 'winsten' mogen behouden en RAK hebben kunnen opbouwen en anderen niet.

Mogelijkheid kruissubsidiering

Een ander punt dat het gelijke speelveld eventueel verstoort, is de mogelijkheid voor ziekenhuizen om kruissubsidie toe te passen (zie ook paragraaf 2.3.1). Dit betekent dat ziekenhuizen in sommige gevallen eerstelijnsdiagnostiek kunnen aanbieden onder de kostprijs en het tekort financieren vanuit het integrale ziekenhuisbudget. Dit is aantrekkelijk omdat zij daarmee hun potentiële 'klantenkring' kunnen vergroten, onder het adagium 'wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt'. De introductie van prestatiebekostiging bij de ziekenhuizen zou dit knelpunt al moeten wegnemen, mits de zorgverzekeraars prestatiegericht gaan contracteren.

Geen efficiencyprikkel EDC's

EDC's ervaren geen optimale efficiencyprikkel binnen de huidige beleidsregelwaarden omdat zij eventuele 'winsten' afgeroomd zien worden. Ondanks dat vallen de werkelijke kosten veelal lager uit dan de aanvaardbare kosten.

Niet de meest efficiënte aanbieder

Per 2012 zullen ziekenhuizen, ZBC's en productiesamenwerkingsverbanden voor eerstelijnsdiagnostiek te maken krijgen met maximumtarieven, terwijl EDC's worden geconfronteerd met vaste tarieven. Dit zou ertoe kunnen leiden dat patiëntenstromen verschuiven naar die aanbieder waar de zorgverzekeraar het laagste tarief kan afspreken (in dit geval het ziekenhuis, de ZBC of het productiesamenwerkingsverband), zonder dat hier daadwerkelijk de laagste kosten hoeven te bestaan (door onbenutte efficiency). Dit is ongewenst.

Dubbele bekostiging binnen eerstelijnsdiagnostiek

Dubbele bekostiging kan zich voordoen in het geval bijvoorbeeld een huisarts bloed afneemt (vergoed middels het consulttarief), en vervolgens het laboratorium dat het bloed analyseert ook een ordertarief declareert, waarmee opnieuw afnamekosten worden vergoed. De zorgverzekeraar heeft onvoldoende (controle)mogelijkheden om dit tegen te gaan.

2.4.2 Door achterhaalde prestaties en tarieven

Niet alles in prestaties gevat

De tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek zijn vastgelegd in diverse beleidsregels (zie paragraaf 2.3.1). Voor een aantal diagnostische verrichtingen is echter geen declarabele prestatie vastgesteld voor aanbieders in de eerstelijns. De vergoeding zit vaak in een ander tarief of voor de verrichting is helemaal geen vergoeding mogelijk/vastgesteld. Dit geldt bijvoorbeeld voor EDC's die een MRI of röntgenonderzoek willen doen. Zij kunnen deze diagnostiek alleen gedeclareerd krijgen als zij zich omvormen tot een ZBC.

Er is ook geen snelle en makkelijke mogelijkheid om tot een declarabele prestatie voor nieuwe zorgprestaties (zoals innovaties) te komen. Door de concrete en precieze omschrijving van de huidige prestaties, moeten nieuwe prestaties door procedures heen alvorens deze gedeclareerd kunnen worden. Dit stimuleert in ieder geval niet om tot innovatieve producten te komen.

In het geval dat zorgprestaties door de ene aanbieder wel apart gedeclareerd mogen worden, en door de andere aanbieder niet, is feitelijk sprake van ongelijke bekostiging. De kosten voor bijvoorbeeld bloedafname door de verloskundige of de huisarts worden geacht gedekt te worden uit de andere tarieven die deze zorgaanbieders in rekening mogen brengen (en worden nogmaals gedekt door het ordertarief). Deze diversiteit in bekostiging kan een rol spelen voor zorgaanbieders om bepaalde zorgactiviteiten wel of niet aan te bieden; dit heeft dus een effect op de toegankelijkheid van zorg. Zie ook paragraaf 2.4.1.

Tarieven lang niet herijkt

Uit onderzoek⁹ blijkt dat voor de 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 vergoedingen.

2.4.3 Door verwevenheid met tweedelijnsbehandelingen

Dubbele bekostiging eerste-/tweedelijns

De mogelijkheid van het uitvoeren van dubbele diagnostiek is 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. Er zijn gevallen waarbij het nogmaals uitvoeren van dezelfde onderzoeken medisch noodzakelijk is. Er zijn echter ook gevallen waarbij de resultaten van de eerstelijnsdiagnostiek wel volstaan. In het laatste geval bestaat er dubbeldiagnostiek met als extra risico dubbele bekostiging als de betreffende diagnostiek geen onderdeel is van de DBC maar anders wordt vergoed. Een deel van de oplossing zit in goede informatiesystemen waardoor de uitkomsten van de

⁹ Conquaestor – Significant, mei 2011: Kostenonderzoek eerstelijnsdiagnostiek.

eerstelijnsdiagnostiek op het goede moment ter beschikking gesteld kunnen worden aan de tweedelijns.

Overigens kan er ook dubbele bekostiging bestaan als de diagnostiek wel onderdeel is van de DBC. Er zit wel een prikkel in het DBC systeem om minder diagnostiek te doen dan in de prestatie en maximumprijs is aangenomen. Het is dan aan de zorgverzekeraar om eventueel de prijs bij te stellen, in het geval van het vrije segment. Het is echter de vraag of deze trajecten met elkaar in verband gebracht kunnen worden.

Bovendien hoeft het ziekenhuis waar de behandeling plaatsvindt, niet hetzelfde te zijn als het ziekenhuis waar de eerstelijnsdiagnostiek heeft plaatsgevonden. Hierdoor kan er een noodzaak bestaan om de diagnostiek te herhalen aangezien de uitslagen van de diagnostische onderzoeken niet altijd beschikbaar zijn in het behandelende ziekenhuis.

Aanbodgestuurde vraag en upcoding

Wanneer de patiënt eerstelijnsdiagnostiek ontvangt vanuit de tweedelijns, dan is de patiënt op dat moment onder behandeling van een medisch specialist. Het risico is dan (theoretisch) groter dat extra zorg aan wordt geboden (risico 'aanbodgestuurde vraag') of complexere duurdere zorg wordt voorgeschreven dan nodig (risico 'upcoding'). Hoewel eerstelijnsdiagnostiek plaatsvindt, is de patiënt feitelijk al bij de tweedelijns zorgaanbieder over de vloer en is de stap naar medisch specialistische zorg kleiner. Dit laatste is echter alleen mogelijk als de diagnostiek uitgevoerd wordt door een poortspecialist, zoals bijvoorbeeld een cardioloog, die daadwerkelijk een DBC kan openen.

2.4.4 Overige knelpunten

Gescheiden inkoop door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een gescheiden inkoop van eerstelijnsdiagnostiek. Eerstelijnsdiagnostiek binnen de eerstelijns wordt los ingekocht van eerstelijnsdiagnostiek binnen de tweedelijns. Dit betekent dat de inkoop bij bijvoorbeeld EDC's niet direct in verband staat met de inkoop bij ziekenhuislabs. De afspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis gaan over de 'eerstelijnsomzet' terwijl dit niet parallel hoeft te lopen met afspraken tussen zorgverzekeraar en huisarts of zorgverzekeraar en EDC.

Afwijkend eigen risico

In de huidige situatie betaalt de patiënt bij de ene aanbieder wel een deel van de zorg zelf (eigen risico), terwijl bij de andere aanbieder het bedrag niet onder het eigen risico valt. Zo hoeven patiënten voor eerstelijnsdiagnostiek die wordt gedeclareerd door de huisarts en verloskundige geen eigen risico te betalen, maar voor dezelfde eerstelijnsdiagnostiek gedeclareerd door bijvoorbeeld een EDC wel. Knelpunt hierbij is dat de patiënt zich door een vertekende prijs (-kwaliteitverhouding) kan laten sturen.

Afwijkende risicoverevening

Om zorgverzekeraars in staat te stellen aan hun acceptatieplicht te voldoen (om risicoselectie te voorkomen) worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor risicoverschillen tussen verzekerden. Op dit moment vindt er zowel vooraf (ex-ante) als achteraf (ex-post) risicoverevening plaats voor zorgverzekeraars. De risicoverevening vooraf vindt plaats door het toekennen van een toeslag dan wel afslag op basis van risicofactoren van de verzekerdenpopulatie als leeftijd, geslacht, medicatiegebruik, aandoeningen en sociaal economische status. De risicoverevening achteraf vindt plaats door zowel nacalculatie

van kosten door bepaalde vormen van zorg als voor verzekerden met extreem hoge zorgkosten (hoge kosten verevening).

De nacalculatie geldt niet voor huisartsenzorg en farmacie maar wel voor ziekenhuiszorg uit het A-segment. Dit kan voor zorgverzekeraars betekenen dat het interessanter is om eerstelijnsdiagnostiek in te kopen bij ziekenhuizen in plaats van bij de huisarts of een EDC. De inkoop vindt dan ook weer plaats op basis van een vertekend prijs-kwaliteit beeld.

Inmiddels heeft het kabinet plannen om de ex-post risicoverevening in de zorgverzekeringswet te herzien/af te schaffen en de ex-ante verevening te verbeteren. Dit zal naar verwachting een grote invloed hebben op het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Geen prikkel voor doelmatige (aanvraag) eerstelijnsdiagnostiek

De aanvrager van eerstelijnsdiagnostiek, in veel gevallen de huisarts, wordt in de huidige bekostiging niet in financiële zin geprikkeld om een doelmatige hoeveelheid diagnostiek aan te vragen. De omzet die de huisarts genereert wordt niet in positieve of negatieve zin beïnvloed door de hoeveelheid aangevraagde diagnostiek. Uiteraard kent de huisarts richtlijnen en protocollen die helpen een goede afweging te maken. In sommige regio's wordt gewerkt met probleem-georiënteerde aanvraagformulieren die trachten doelmatig aanvragen te stimuleren. Het is de vraag of hiermee in voldoende mate is gegarandeerd dat overmatige diagnostiek voorkomen wordt.

Zorgverzekeraars kunnen de huisarts binnen de huidige regelgeving wel al sturen in een doelmatige aanvraag. Het veld heeft aangegeven dat de zorgverzekeraar hier in de praktijk nog onvoldoende op stuurt.

2.5 Conclusie

De geschetste knelpunten laten zien dat er mogelijkheden zijn om te komen tot een doorontwikkeling van de functie eerstelijnsdiagnostiek. De huidige bekostiging heeft niet de benodigde prikkels in zich om de publieke belangen optimaal te realiseren. Een gewijzigde bekostigingssystematiek kan bijdragen aan het versterken van de functie eerstelijnsdiagnostiek door de bekostiging zo in te richten dat aanvrager, zorgaanbieder (uitvoerder), en verzekeraars in financiële zin beter gestimuleerd worden bij te dragen aan de publieke belangen dan op dit moment het geval is.

In onderstaand figuur is schematisch weergegeven welke knelpunten invloed hebben op de publieke belangen. Hoofdstuk 3 zal de situatie beschrijven waarin de bekostiging de prikkels geeft die voor het borgen van de drie publieke belangen wenselijk zijn.

Figuur 2.2: Knelpunten huidige situatie versus de publieke belangen

Knelpunt	Kwalitatief goede ELD	Toegankelijke ELD	Betaalbare ELD
Knelpunten door bekostiging			
Ongelijk speelveld mbt eigen vermogen	x	x	
Mogelijkheid kruissubsidiering	x	x	x
Geen efficiencyprikkel EDC's	x		x
Niet de meest efficiënte aanbieder	x	x	x
Dubbele bekostiging binnen ELD	x		
Knelpunten door prestaties en tarieven			
Ontoereikende prestaties	x	x	x
Tarieven niet herijkt			x
Knelpunten door verwevenheid			
Dubbele bekostiging			x
Aanbodgestuurde vraag	x		x
Overige knelpunten			
Gescheiden inkoop door zorgverzekeraars	x	x	x
Afwijkend eigen risico	x	x	x
Afwijkende risicoverevening	x	x	x
Geen doelmatigheidsprikkel	x		x

3. Gewenste situatie

In dit hoofdstuk beschrijven we de gewenste bekostigingssituatie zoals de NZa deze voorstelt voor de functie eerstelijnsdiagnostiek. De NZa tracht de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te borgen met behulp van het instrument bekostiging. Uitgangspunt daarbij is om het aanbiedergerichte bekostigingsmodel te verlaten. Hiertoe worden achtereenvolgens voorstellen gedaan inzake het bekostigingsmodel, de prestatiedefinitie en het tariefregime.

Middels deze voorstellen stelt de NZa zorgverzekeraars optimaal in staat om rationele keuzes te maken over de borging van de publieke belangen en daarbij een sturende rol te vervullen. Of dit in de praktijk ook daadwerkelijk zal leiden tot betere betaalbaarheid op microniveau (lagere kosten per eenheid product), betere betaalbaarheid op macroniveau en hogere kwaliteit kan de NZa op voorhand niet garanderen. Wel kan de NZa aangegeven dat bestaande drempels en ongewenste prikkels worden verminderd, waardoor zorgverzekeraars beter in staat moeten worden geacht om de juiste afwegingen te maken. De NZa wenst nog aan te geven dat zij niet gaat over de inrichting van het zorgaanbod, specifiek de vraag of/welke zorg wel/niet dicht bij de patiënt moet worden geleverd. Ook hier ligt binnen het huidige stelsel een primaire taak voor de zorgverzekeraar die zich moet laten leiden door de wensen van de verzekerden.

3.1 De publieke belangen

Doel van deze uitvoeringstoets is VWS te adviseren over de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek. De patiënt heeft baat bij kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke eerstelijnsdiagnostiek. De NZa verstaat hieronder:

Eerstelijnsdiagnostiek die kwalitatief goed is.

- Met een generalistisch uitgangspunt wordt voorkomen dat onnodige diagnostiek en (vervolg) behandeling wordt uitgevoerd.
- De patiënt heeft baat bij servicegerichtheid en een snelle en juiste uitslag en diagnosestelling bij klachten.
- De bekostigingssystematiek faciliteert innovatie en kwaliteitsverbetering.

Eerstelijnsdiagnostiek die toegankelijk is.

- Wie precies de diagnostiek uitvoert, is ondergeschikt voor het advies. Het is aan het veld zelf om de juiste spelers op de juiste plek te zetten.
- Serviceaspecten zoals bereikbaarheid, uitstraling en snelheid van terugkoppeling spelen een belangrijke rol in de keuze voor de aanbieder.

Eerstelijnsdiagnostiek die betaalbaar is.

- Zo efficiënt mogelijk; externe effecten zoals spillover effect en afwenteleffect worden zoveel mogelijk voorkomen.
- Zo effectief mogelijk; volgens het first time right principe (geen onderdiagnostiek en mogelijkheid tot reflexdiagnostiek binnen dezelfde order/prestatie).
- Zo doelmatig mogelijk; geen onnodige eerstelijnsdiagnostiek (geen overdiagnostiek).
- Tegen reële tarieven.

Hieronder wordt per publiek belang nog eens toegelicht hoe de publieke belangen precies uitwerken binnen de functie eerstelijnsdiagnostiek.

3.1.1 Kwaliteit

Als basis geldt dat de eerstelijnsdiagnostiek moet worden uitgevoerd vanuit een generalistisch perspectief. Dit betekent dat, vergelijkbaar met de huisartsenzorg, de zorg onnodige (vervolg)behandeling moet voorkomen. Door kwalitatief goede eerstelijnsdiagnostiek te leveren worden kosten bespaard in de tweedelijns maar ook in de eerstelijns.

Belangrijk uitgangspunt voor de kwaliteit van zorg is dat door alle aanbieders een(zelfde) standaard van meetbare, hoge kwaliteit wordt gehanteerd. Om eenzelfde hoge kwaliteit te waarborgen zijn transparante kwaliteitssystemen met heldere kwaliteitseisen onmisbaar. De verantwoordelijkheid van het opstellen van deze kwaliteitseisen ligt bij de aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. De zorgverzekeraar speelt vervolgens een belangrijke rol door goede zorg voor zijn verzekerden in te kopen. De zorgverzekeraar moet worden uitgedaagd om niet alleen op basis van prijs maar ook op basis van kwaliteit de zorg in te kopen. Vergelijkbaarheid van kwaliteit is een belangrijk element voor de zorginkoop. Verzekeraars moeten er ook op toezien dat de kwaliteit van de geleverde zorg voldoet aan de afspraken die daarover zijn gemaakt. Niet alleen een snelle en juiste uitslag en diagnosestelling is van belang, maar aanbieders moeten zich kunnen onderscheiden op het gebied van servicegerichtheid, innovatie en kwaliteitsverbetering.

Voor de doorontwikkeling van de kwaliteit van de functie eerstelijnsdiagnostiek is de verbinding tussen de eerste- en de tweedelijns essentieel. De bekostigingssystematiek kan hieraan bijdragen door de samenwerking tussen aanbieders in de eerste- en tweedelijns te faciliteren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de rol van de medisch specialist en/of de laboratoriumspecialist bij de beoordeling/confirmitie van eerstelijnsdiagnostiek en het geven van een advies bij deze uitslag aan de eerstelijns aanvrager. Bij de uitwerking van het bekostigingssysteem moet daarom aandacht besteed worden aan de bekostigingscomponent van medisch specialisten (en laboratoriumspecialisten). Ook is het van belang dat de bekostigingssystematiek ruimte biedt voor (nieuwe) ontwikkelingen op het gebied van digitale media. Een voorbeeld als telediagnostiek kan de samenwerking tussen de lijnen bevorderen.

3.1.2 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van eerstelijnsdiagnostiek is het tweede publieke belang van de NZa. Idealiter is het aan het veld zelf om de juiste spelers op de juiste plek te zetten. De NZa vindt het dan van ondergeschikt belang wie precies de diagnostiek uitvoert. Prijs en kwaliteit, waaronder de juistheid van uitslagen en serviceaspecten zoals bereikbaarheid, uitstraling en snelheid van terugkoppeling, moeten een belangrijke rol spelen in de keuze (door de consument, de verzekeraars en eerstelijns zorgaanbieders) voor de aanbieder.

Het eigen risico kan van invloed zijn op de toegankelijkheid. Of zorg onder het eigen risico valt, is afhankelijk van de aanspraak. De aanspraak is echter nog niet volledig functioneel gedefinieerd.

Idealiter wordt er gekozen voor een functionele inrichting van de aanspraak. Dit betekent dat een functie al dan niet onder het eigen risico valt, ongeacht wie deze zorg levert. Huisartsen vallen binnen de huidige

wet- en regelgeving buiten het eigen risico. Belangrijk argument is dat toegang tot de huisarts laagdrempelig moet zijn. In dat licht kan er gekozen worden voor het plaatsen van eerstelijnsdiagnostiek buiten het eigen risico. Een andere oplossing kan zijn om op prestatie niveau het eigen risico te bepalen, dan valt een prestatie al dan niet onder het eigen risico, ongeacht wie de prestatie levert. De NZa adviseert VWS om te komen tot een eenduidige keuze inzake het eigen risico.

3.1.3 Betaalbaarheid

Het derde publieke belang waar de NZa op toeziet is de betaalbaarheid. Belangrijk uitgangspunt daarbij is dat de bekostiging stimuleert dat eerstelijnsdiagnostiek zo efficiënt en effectief mogelijk wordt uitgevoerd. Waarbij zo min mogelijk negatieve effecten optreden zoals bijvoorbeeld dubbele bekostiging.

Deels komt de dubbele bekostiging voort uit de verschillende bekostigingssystematieken en verwevenheid met de tweedelijnsbekostiging, zie ook paragraaf 2.4.3. Daarnaast kan de ICT ook bijdragen aan het voorkomen van onnodige diagnostiek en daardoor dubbele bekostiging. Bij verwijzing van een patiënt naar een andere zorgverlener, is het belangrijk dat de relevante gegevens op het juiste moment uitgewisseld kunnen worden.

Specifiek voor de functie eerstelijnsdiagnostiek is het belangrijk dat een generalistisch perspectief wordt gehanteerd (zie ook onderdeel kwaliteit). Uitgangspunt is dat de consument gezond is tenzij het tegendeel met een diagnose wordt bevestigd. Door dit perspectief te hanteren wordt voorkomen dat onnodige diagnostiek en (vervolg-)behandelingen worden uitgevoerd. Kwalitatief goede diagnostiek kan bovendien een kostenverlagend effect op de vervolgbehandeling hebben.

Versterking van de eerstelijnsdiagnostiek moet bijdragen aan doelmatige aanvraag van diagnostiek. Door het hanteren en versterken van richtlijnen kunnen alle eerstelijns zorgaanbieders de doelmatige aanvraag van diagnostiek vergroten. De farmacie is hier een voorbeeld van, hier zijn recent richtlijnen opgesteld voor doelmatig medicijngebruik¹⁰.

Naast de mogelijkheden om de hoeveelheid diagnostiek terug te brengen tot het noodzakelijke, zijn er mogelijkheden om de tarieven beter te laten aansluiten bij het niveau van de kosten. Uit onderzoek¹¹ blijkt dat voor de klinisch chemische en microbiologische onderzoeken de tarieven niet in alle gevallen evengoed aansluiten bij de werkelijke kosten. Hieruit lijkt afgeleid te kunnen worden dat het totaal aan werkelijke kosten van alle diagnostiek bij elkaar, lager zijn dan de huidige vergoedingen.

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat in het huidige systeem verschillen bestaan in verplicht eigen risico voor patiënten per aanbieder. Keuzes ten aanzien van het eigen risico (al dan niet gelijktrekken of laten bestaan) hebben niet alleen effect op de toegankelijkheid maar ook op de betaalbaarheid. In afwegingen rond het eigen risico dient hiermee rekening gehouden te worden. Stel bijvoorbeeld dat voor alle aanbieders een eigen risico geldt. Dit heeft dan twee effecten op de betaalbaarheid: Ten eerste betreft het een direct effect; door het eigen risico reduceren de macro kosten (let op: voor eerstelijnsdiagnostiek). Ten tweede betreft het een indirect effect; het eigen risico werkt drempelverhogend, als

¹⁰ Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, november 2010: Witboek Farmacie; Farmacie, apothekers en de apotheek - Positie bepalen.

¹¹ Conquaestor – Significant, mei 2011: Kostenonderzoek eerstelijnsdiagnostiek.

ontmoediging van minder noodzakelijke zorgconsumptie; daardoor mogelijke volumedaling en reductie macro kosten. Let wel, het is de vraag of deze effecten ook op de lange termijn blijven bestaan. De NZa geeft overigens geen advies af in welke richting het eigen risico gelijk getrokken zou moeten worden.

3.1.4 Conclusie vanuit de publieke belangen

Hoofdstuk 2 is geëindigd met een tabel waarin is aangegeven op welke publieke belangen de bestaande knelpunten invloed hebben. Een nieuwe bekostigingssystematiek dient de bestaande knelpunten uiteraard op te lossen. Breder gezien tracht de NZa een bekostigingssystematiek in te voeren waarmee de voorwaarden voor borging van de publieke belangen gecreëerd worden. Vanuit de drie beschreven belangen geredeneerd, streeft de NZa ernaar met een bekostigingssystematiek te stimuleren dat:

- zorgverzekeraars contracteren op basis van de prijs-kwaliteit verhouding;
- er geen onnodige diagnostiek wordt uitgevoerd;
- de aanvrager van eerstelijnsdiagnostiek tijdig en goed onderbouwd kan beslissen over de noodzakelijke vervolgbehandeling;
- de onderlinge concurrentie op het gelijke speelveld stimuleert aanbieders zo efficiënt mogelijk te werken en het voordeel door te laten werken in de gecontracteerde tarieven.

Bovenstaande punten zijn belangrijk bij de keuze voor een bekostigingssystematiek. In de volgende paragrafen worden keuzes gemaakt voor de bekostiging. Allereerst wordt ingegaan op het bekostigingsmodel, daarna definiëren we de prestaties en als laatste wordt een keuze gemaakt voor de tariefsoort.

3.2 Bekostigingsmodel

Bij de keuze voor een bekostigingsmodel is het belangrijk dat de zorgverzekeraar in staat wordt gesteld zijn zorginkooprol op te pakken en zodoende de publieke belangen te borgen. Een belangrijke oorzaak van de geconstateerde knelpunten in de huidige situatie van de functie eerstelijnsdiagnostiek (zie hoofdstuk 2), is de diversiteit van de bekostiging van de functie eerstelijnsdiagnostiek bij de verschillende typen zorgaanbieders (prestatiebekostiging, budgetsysteematiek, begrotingsfinanciering, M&I module). Voor de vergelijkbaarheid is het van belang dat aanbieders eenzelfde bekostiging voor dezelfde prestatie ontvangen. Dit stelt zorgverzekeraars in staat om door middel van een prijs-kwaliteit afweging zorg in te kopen.

De NZa adviseert om de prestatie centraal te stellen en niet de aanbieder: functionele bekostiging. Er zijn vervolgens diverse mogelijkheden om functionele bekostiging in te richten. De NZa ziet voor de eerstelijnsdiagnostiek de volgende mogelijkheden:

1. Een budget aan de zorgverzekeraar geven die vervolgens hiermee kan inkopen;
2. Een budget per aanbieder vaststellen;
3. Prestatiebekostiging (met productfinanciering);
4. Een budget eerstelijnsdiagnostiek bij de huisarts neerleggen, die vervolgens hiermee kan inkopen.

De NZa adviseert optie 3. Binnen de medisch specialistische zorg is de keuze gemaakt om per 2012 prestatiebekostiging in te voeren¹². De

¹² Zie voor informatie het 'verantwoordingsdocument invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg', www.nza.nl.

condities voor een effectieve marktwerking worden binnen de eerstelijnsdiagnostiek minimaal even gunstig ingeschat als binnen de markt van de medisch specialistische zorg. Er is immers sprake van een substantieel aantal zorgaanbieders (keuzevrijheid) en er zijn geen substantiële toetredingsbelemmeringen tot de markt. Op het gebied van heldere product & prestatiebeschrijvingen moet echter nog wel een stap gemaakt worden binnen de eerstelijnsdiagnostiek (zie ook paragraaf 3.3). Ook ten aanzien van de transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg is een verdere verbetering gewenst (zie bijlage III).

Om voor de hele functie eerstelijnsdiagnostiek eenzelfde bekostigingssystematiek in te voeren, ongeacht de aanbieder, is het van belang dat ook voor de hele eerstelijnsdiagnostiek voor prestatiebekostiging wordt gekozen. Voor ziekenhuizen, ZBC's, huisartsen en verloskundigen is dit al het geval per 2012; voor de EDC's dient deze stap nog gezet te worden. Indien de marktpartijen nalaten de transparantie te verbeteren, is er een rol voor de NZa weggelegd om de transparantie actief te bevorderen en dit initiële marktfalen op te lossen. In bijlage III wordt nader ingegaan op de condities voor een effectieve marktwerking en de rol van de verschillende partijen hierbij.

De keuze voor prestatiebekostiging impliceert dat het binnen de eerstelijnsdiagnostiek niet meer mogelijk is om begrotings- of budgetfinanciering in te zetten. De bekostiging geschiedt op basis van vaste tarieven, maximum tarieven of vrije prijzen per prestatie. Welke prestatie dit dan is daar gaan we in de volgende paragraaf op in.

Navolgend zal worden toegelicht waarom de andere opties niet de voorkeur verdienen en waarom het model van prestatiebekostiging voldoende waarborgen geeft voor budgettaire beheersing.

Optie 1

Voor optie 1 zijn forse wetswijzigingen nodig (Zvw en Wmg)¹³. Los daarvan bestaat grote aarzeling vanwege de waarschijnlijkheid van spanning met Europese richtlijnen, hoewel de beperking van zorgverzekeraars plaatsvindt op de inkoopmarkt en niet op de zorgverzekeringmarkt.

Optie 2

De invoering van aanbiederbudgetten is niet in lijn met de invoering van prestatiebekostiging bij de medisch specialistische zorg. Nu er door de Minister bewust voor prestatiebekostiging wordt gekozen, is het onlogisch om voor de functie eerstelijnsdiagnostiek hiervan af te wijken. Praktisch speelt nog mee dat deze optie een aanpassing van het model van prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen vergt en dat voor het vaststellen van budgetten actuele kosteninformatie nodig is.

Overigens is het binnen het voorkeursmodel 3 uitstekend mogelijk dat zorgverzekeraars zelf afspraken maken met aanbieders over een budget voor het leveren van eerstelijnsdiagnostiek. Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken over zowel de prijs als de hoeveelheid en de combinatie, en als resultante daarvan een budget. Hierin kunnen ook afspraken meegenomen worden over (de vergoeding van) extra volume. Op deze manier kunnen zorgverzekeraars binnen een model van prestatiebekostiging sturen op kostenbeheersing.

¹³ Zie voor meer informatie: Advies Implementatieplan prestatiebekostiging cGGZ, www.nza.nl

Ziekenhuizen, ZBC's en zorgverzekeraars hebben binnen bestaande wet- en regelgeving veel mogelijkheden om met innovatieve contractvormen deze doelstellingen te realiseren. Deze conclusie trekken ZorgmarktAdvies en Pels Rijcken & Droogleevers Fortuijn in een recent onderzoek dat zij in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit uitvoerden. In dit onderzoek is gekeken naar de praktische en juridische mogelijkheden en eventuele belemmeringen voor het maken van innovatieve contractafspraken, alsmede naar de mate waarin dergelijke afspraken reeds in de praktijk voorkomen. Met name plafondafspraken komen over contractjaar 2011 al veelvuldig voor. Daarnaast zijn in de praktijk ook voorbeelden bekend van staffelkortingen, lump sum afspraken, prijsdifferentiatie op grond van zorginhoud en volumedifferentiatie op grond van zorginhoud. Naar verwachting zullen voor 2012 voor een belangrijk deel van de ziekenhuismarkt afspraken over de begrenzing van de omzet van ziekenhuizen worden gemaakt (plafondafspraken of lump sum afspraken). Daarbij is het eerste voorlopige beeld dat bij de totstandkoming van innovatieve contractafspraken de zorgverzekeraars in het algemeen het voortouw nemen. Ziekenhuizen lijken zich daarentegen wat afwachtender op te stellen, hetgeen niet wil zeggen dat zij geen mogelijkheden zien tot het toepassen van innovatieve contractvormen.

Optie 4

Het grote voordeel is dat de zorgverzekeraar hiermee direct de hoeveelheid kan sturen. De huisarts is namelijk aanvrager en bepaalt hiermee de omvang. De NZa stelt vraagtekens bij de prikkels die dit met zich meebrengt. Idealiter dient een huisarts zorginhoudelijk gedreven te zijn om goede keuzes te maken. Door de huisarts financieel aansprakelijk te maken kan het prikkelen om minder diagnostiek dan nodig aan te vragen, de huisarts houdt hier immers geld aan over.

Deze optie brengt volgens de NZa ook een grote administratieve last met zich mee voor de huisarts. De huisarts zal met de zorgverzekeraar over alle eerstelijnsdiagnostiek afspraken moeten maken en vervolgens deze diagnostiek bij andere aanbieders in moeten kopen. Daar komt praktisch bij dat deze optie een aanpassing van het model van huisartsbekostiging vergt en dat voor het vaststellen van budgetten actuele kosteninformatie nodig is. De NZa wijst erop dat ook in voorkeursoptie 3 de zorgverzekeraar een huisarts kan belonen voor doelmatig aanvragen. Dit past namelijk gewoon in de bekostigingssystematiek van de huisartsen.

In Groot-Britannië loopt al enige tijd een experiment met budgetten per patiënt (personal health budget). Deze budgetten omvatten meer dan alleen de diagnostiek en de inpassing ervan past binnen het grotere geheel van de hervorming van het Britse National Health Service. Het experiment zal in 2012 geëvalueerd worden¹⁴.

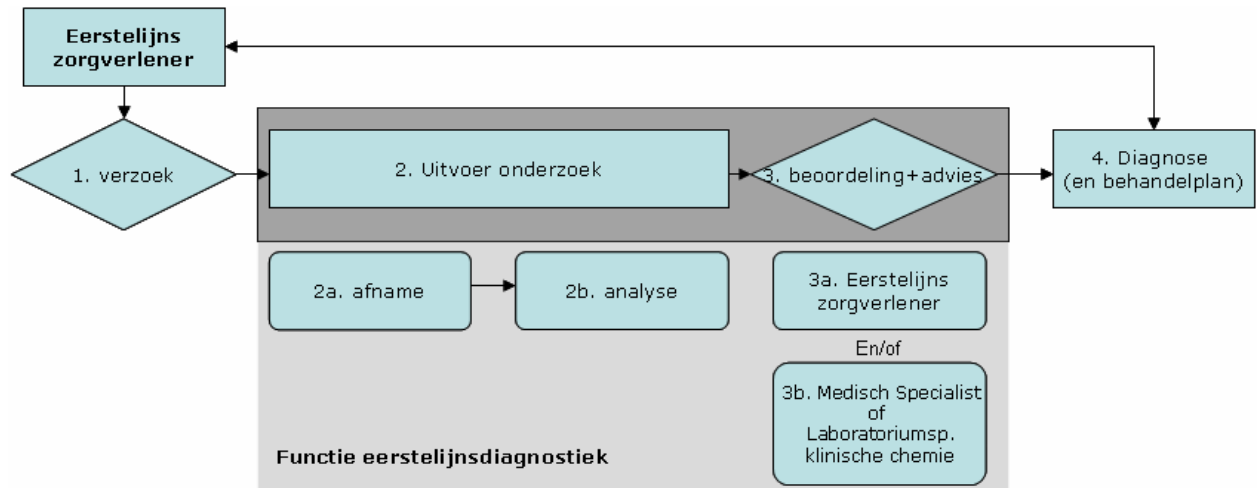
3.3 De prestaties

In de huidige situatie zijn nog veel van de prestaties omschreven per aanbieder. Zo zijn voor huisartsen prestaties gedefinieerd in de M&I module, zijn er specifieke verloskundige prestaties, maken EDC's gebruik van de Tarieflijst instellingen en ziekenhuizen en ZBC's van de O(V)P-lijst. In de gewenste situatie met prestatiebekostiging gelden voor alle aanbieders dezelfde prestaties, op basis van een generieke prestatielijst. In deze paragraaf gaan we in op welke prestaties dit dan moeten zijn.

In paragraaf 2.1 zijn de verschillende processtappen voor de functie eerstelijnsdiagnostiek beschreven. Hieronder voor de volledigheid nogmaals de figuur die in paragraaf 2.1 is gebruikt.

¹⁴ Equity and excellence: Liberating the NHS; Department of Health, juli 2010

Figuur 3.1: Proces van eerstelijnsdiagnostiek

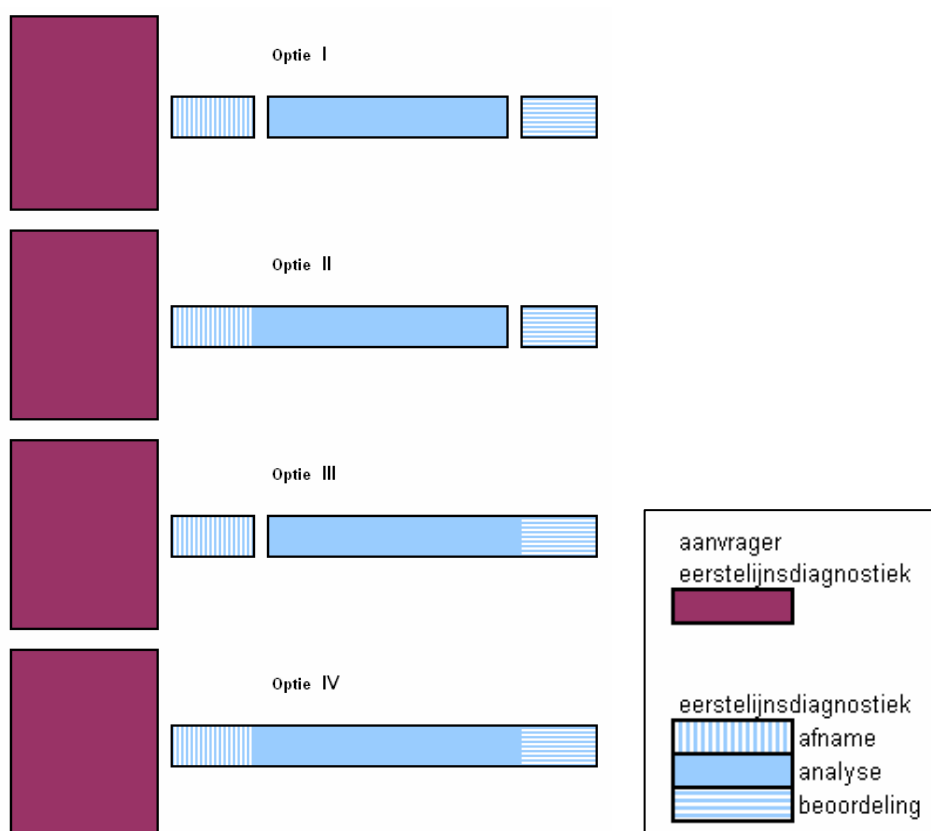


De verschillende processtappen kunnen worden uitgevoerd door eenzelfde aanbieder of door verschillende aanbieders. Ook hier geldt dat de vraag wie de processtappen uitvoert, van ondergeschikt belang is. Voor het ontwerp van het prestatie model is met name van belang welke processtappen als een prestatie gedefinieerd moeten worden (zie figuur 3.2). Welk tarief daar vervolgens bij hoort komt ter sprake in de volgende paragraaf.

Voor het definiëren van de prestatie ziet de NZa vier opties:

- I. Losse prestaties voor iedere (deel)processtap (afname, analyse en beoordeling);
- II. Eén prestatie voor afname en analyse samen en een losse prestatie voor de beoordeling;
- III. Een losse prestatie voor afname en één prestatie voor de analyse en beoordeling samen;
- IV. Eén integrale prestatie voor alle processtappen (afname, analyse en beoordeling).

Figuur 3.2: Mogelijke opties prestatie model eerstelijnsdiagnostiek



Wanneer de verantwoordelijkheid voor het product eerstelijnsdiagnostiek opgeknipt wordt naar meerdere aanbieders, zoals in opties I t/m III, komt de verantwoordelijkheid voor het totale proces te liggen bij de verzekeraar. De dagelijkse praktijk is hier niet bij gebaat. De functie eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit meerdere stappen die bij de uitvoering eigenlijk niet los van elkaar gezien kunnen worden. De kwaliteit bij een enkele processtap is van belang voor alle andere processtappen. Ook de extra keuzevrijheid voor aanvragers en patiënten, die het gevolg lijkt te zijn van een opgeknipt product, zal door die partijen niet als een voordeel worden ervaren. Er is namelijk samenwerking in de keten vereist. Voor de aanvrager is vooral van belang dat er een duidelijk aanspreekpunt bestaat zodat er zo snel mogelijk tot een eventuele behandeling overgegaan kan worden.

Bij een integraal tarief voor het gehele proces (optie IV), komt de productverantwoordelijkheid te liggen bij de aanbieders. De aanbieder kan de prestatie vervolgens zelf leveren of delen ervan uitbesteden. De verzekeraar kan vervolgens een totaalpakket inkopen waarbij het de verantwoordelijkheid van beide partijen is om transparantie over prijs en kwaliteit te bewerkstelligen. De NZa kiest in haar advies dus voor optie IV.

Voorbeeld

In de praktijk betekent de keuze voor optie IV dat de verzekeraar tegen een integraal tarief diagnostiek inkoopt bij de aanbieder (bijvoorbeeld een EDC). De aanbieder met wie de verzekeraar afspraken maakt is de hoofdcontractant, in dit geval is het EDC de hoofdcontractant. De hoofdcontractant is verantwoordelijk voor de levering van de gehele diagnostiek. In het geval van bloedonderzoek: van afname van bloed tot de beoordeling en het advies aan de huisarts. Dit hoeft niet in alle gevallen te betekenen dat de hoofdcontractant ook daadwerkelijk alle processtappen zelf uitvoert.

Het is mogelijk dat –wederom in het geval van bloedonderzoek- de huisarts als onderaannemer van de hoofdcontractant het bloed afneemt, waarna het EDC de analyse uitvoert. In dat geval kan de huisarts de kosten van het afnemen van het bloed declareren bij het EDC. De hoofdcontractant heeft de mogelijkheid om met verschillende aanbieders afspraken te maken over de levering van deelopdrachten zoals afname, analyse, beoordeling of advies.

De verzekeraar vergoedt alleen het integrale tarief voor de gehele prestatie aan de hoofdcontractant. Het is aan de zorgverzekeraar om te controleren of de onderaannemers niet, naast de hoofdcontractant, dezelfde prestatie bij de zorgverzekeraar hebben gedeclareerd (in plaats van bij de hoofdcontractant).

In paragraaf 3.1.4. noemden we de voor de eerstelijnsdiagnostiek te bereiken doelen, ontleend aan de publieke belangen. Bij de keuze voor een integraal tarief kunnen die doelen alleen bereikt worden wanneer de markt voldoende zijn werk doet. De NZa zal daartoe monitoren.

3.3.1 Het aantal prestaties

Afgezien van de keuze voor een prestatiemodel, kan de verzameling diagnostische prestaties tegen het licht gehouden worden. Noch de transparantie over het diagnostisch product en de kwaliteit daarvan noch de onderhandelingen tussen partijen noch de innovaties binnen de diagnostiek zijn gebaat bij een lijst van honderden verschillende en gedetailleerd beschreven diagnostische prestaties. Deze lijst indikken kan zowel door prestaties te schrappen die zelden of nooit aangevraagd worden als door het samennemen van prestaties, bijvoorbeeld vormen van diagnostiek die gebruik maken van verschillende technieken maar dezelfde resultaten hebben. Daarnaast bestaat de mogelijkheid een facultatieve prestatie toe te voegen, zoals ook bijvoorbeeld in de farmacie en breder in de eerstelijns gehanteerd wordt.

De NZa adviseert om het vernieuwen van de lijst eerstelijnsdiagnostische prestaties, begin 2012 nader uit te werken. Inclusief het eventueel toevoegen van een facultatieve prestatie. Partijen geven aan hier voldoende mogelijkheden voor te zien. Hierbij is het van belang om zowel zorgverzekeraars als de aanbieders zorgvuldig te betrekken.

3.4 Het tariefregime: Vrije prijzen

De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering wellicht niet nodig en soms zelfs niet wenselijk is. Als marktspelers in staat zijn om de rol die hen is toegedicht te spelen, kan overheidsregulering verstoringen veroorzaken. Het past binnen de taken van de NZa om de juiste voorwaarden te scheppen om een markt goed te laten functioneren. Liberaliseren is daarbij een instrument. Het belang van de consument staat bij een eventuele liberalisering van een zorgmarkt voorop. De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zouden daarbij voordeel moeten hebben en in ieder geval niet in gevaar mogen komen. Indien marktpartijen in staat zijn om zelf de markt adequaat te vormen, is regulering niet meer nodig. In het recente verleden zijn ervaringen opgedaan met vrije prijsvorming, onder meer in de fysiotherapie. Dat

geeft aanleiding om te veronderstellen dat dit ook in andere sectoren mogelijk is.

Vrije prijsvorming is geen doel op zich. Het is de vraag of de markt beter gaat werken als gereguleerde (maximum)tarieven worden losgelaten en de overstap wordt gemaakt naar vrije prijzen. Bekeken moet worden of de markt voor eerstelijnsdiagnostiek klaar is voor de invoering van vrije prijzen zodat de beoogde voordelen daadwerkelijk behaald kunnen worden. Om dit te beoordelen staan de volgende vijf categorieën centraal¹⁵:

1. Transparantie;
2. Markttoegang;
3. Marktgedrag;
4. Externe effecten;
5. Transactie- / veranderingskosten.

In bijlage III worden de voorwaarden voor vrije prijsvorming per categorie nader toegelicht en toegepast op de eerstelijnsdiagnostiek. In dezelfde bijlage staat ook weergegeven hoe ten algemene regulering zich verhoudt tot vrije prijsvorming.

Conclusie

De keuze voor vrije prijzen is een afweging tussen marktfalen en reguleringsfalen. Gelet op de gebrekkige informatie over de kosten en het nieuwe prestatie­model (zie 3.3), is de kans op reguleringsfalen groot. De voorwaarden voor vrije prijsvorming zijn volgens de NZa voldoende aanwezig binnen de eerstelijnsdiagnostiek. De balans tussen de voordelen en risico's van vrije prijsvorming slaat positief uit voor het doorvoeren van vrije prijzen. Verzekeraars zijn daarnaast in staat om op basis van offertes in te kopen, informatie over de kostprijs is voor hen daarom van minder belang. Een tussen­stap zou kunnen zijn om voor de overstap naar vrije prijzen eerst de vigerende tarieven te herijken. Gelet op de reeds genoemde argumentatie (reguleringsfalen en gebrekkige informatie) acht de NZa dit geen uitvoerbare en logische keuze.

Kortom, de invoering van vrije tarieven voor de functie eerstelijnsdiagnostiek zal naar verwachting positieve effecten hebben voor zowel de patiënt als de aanbieder als de zorgverzekeraar.

In bijlage III noemen we de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om de risico's van invoering van vrije prijzen in de eerstelijnsdiagnostiek te beheersen. De volgende voorwaarden zijn nu nog onvoldoende aanwezig, we verwachten wel dat deze tijdig tot stand komen:

- Voor alle aanbieders dezelfde prestaties.
- Prestatiemodel op een voldoende hoog aggregatieniveau (herijking).
- Transparantie over de kwaliteit.
- Transparantie over de prijs.

¹⁵ Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg; NZa, 2006

3.5 Een gelijk speelveld

In hoofdstuk 2 is beschreven dat er verschillende aanbieders actief zijn op de markt voor eerstelijnsdiagnostiek. Als knelpunt is naar voren gekomen dat niet alle aanbieders dezelfde mogelijkheden hebben binnen deze markt. Om alle aanbieders in staat te stellen om op basis van prijs-kwaliteit te concurreren, is een gelijk bekostigingsregime van belang. De vraag is of alle aanbieders direct in staat zijn van het huidige bekostigingsregime over te stappen op het nieuwe bekostigingsregime van prestatiebekostiging. Derhalve dient de NZa te overwegen om specifiek voor EDC's een overgangperiode in te stellen om de bedrijfsvoering aan te passen. Later in het advies komt deze overweging terug in de vorm van een transitie-model.

Overigens merkt de NZa op dat de situatie met verschillende dekkaders waar eerstelijnsdiagnostiek onder valt, niet bijdraagt aan een gelijk speelveld. In de huidige situatie zijn de budgettaire kaders (BKZ) voor de curatieve zorg opgesplitst over een aantal dekkaders. Voor de gewenste situatie in de eerstelijnsdiagnostiek zou een ongesplitst BKZ regime de meest passende vorm zijn. In zo een situatie is er geen budgettaire ongelijkheid binnen het speelveld meer. Zolang dit niet het geval is en de eerstelijnsdiagnostiek dus nog onder verschillende BKZ-en valt, lopen aanbieders binnen hun BKZ het gevaar dat volumetoename ten gevolge van concurrerend aanbod wordt beantwoord met een korting op het eigen BKZ. Met andere woorden: Als de verzekeraar om efficiency-/doelmatigheidsredenen meer inkoopt bij een bepaalde aanbieder, stijgt dit BKZ. Het is niet wenselijk deze betere concurrentiepositie te 'bestrafen' met een kortingsmaatregel die alleen op dit BKZ neerslaat. Daarom is het, in de huidige situatie met opgesplitste kaders, voor de eerstelijnsdiagnostiek het meest zuiver wanneer die zorg onder een eigen (deel) BKZ komt te vallen. Een besluit hierover is echter aan de Minister.

Wanneer, in de gewenste situatie, de eerstelijnsdiagnostiek onder een apart BKZ deel valt, zullen de BKZ delen van de ziekenhuizen (waaronder 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 (o.a. eerstelijnsdiagnostische centra (EDC's en productiesamenwerkingsverbanden). Het nieuw te vormen BKZ voor de eerstelijnsdiagnostiek wordt dan dus gevuld uit die vier bedragen. Overigens vraagt de NZa aandacht voor de hoogte van de vulling van dit dekkader, mede in het licht van de geconstateerde overschrijdingen in de diverse kaders in de afgelopen periode. Een idee achter een versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek is dat het mogelijk is om elders een besparing, of een minder hoge stijging, te behalen. Eventuele stijgingen in het BKZ eerstelijnsdiagnostiek moeten dus mogelijk gezien worden in combinatie met een daling elders. Met dit in het achterhoofd dient de vulling van het kader weloverwogen plaats te vinden. Het is niet wenselijk om eventuele overschrijdingen door een sterker functionerende eerstelijnsdiagnostiek, te beantwoorden met een korting die neerslaat bij de aanbieders in ditzelfde kader.

3.6 Advies

De NZa adviseert voor de functie eerstelijnsdiagnostiek over te stappen op prestatiebekostiging. De prestaties zijn voor alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek gelijk, er is één generieke lijst met prestaties. Uitgangspunt voor de lijst zijn alle huidige prestaties. De NZa wil samen met het veld komen tot een geherdefinieerde lijst met een beperkter aantal prestaties. De NZa adviseert verder om de tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek vrij te geven. Ten aanzien van het BKZ adviseert de NZa om een apart dekkader eerstelijnsdiagnostiek in te stellen.

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat trombosediensten buiten de scope van dit advies vallen. De NZa kan zich echter voorstellen dat eenzelfde advies als voor de eerstelijnsdiagnostiek van toepassing is op de trombosediensten. Als wenselijk kan dit in 2012 bezien worden.

De NZa wenst te benadrukken dat de werking van het voorgestelde eindmodel erg afhankelijk is van keuzes op andere dossiers. Er is nu gekozen voor een consistent model van prestatiebekostiging en vrije prijzen. Een wijziging van koers op andere dossiers, zoals de medisch specialistische zorg of de huisartsenzorg, kan ook een andere uitwerking betekenen voor het dossier eerstelijnsdiagnostiek.

4. Raakvlakken met andere dossiers

In de vorige hoofdstukken lag de focus op de transitie van de eerstelijnsdiagnostiek zelf. Bij het opstellen van het transitieplan ontkomen we er niet aan om weer breder te kijken dan alleen de functie eerstelijnsdiagnostiek. Wat betekent onze geadviseerde gewenste situatie voor andere onderwerpen en wat is het effect van de andere onderwerpen op ons advies? De NZa moet in samenhang met al deze onderwerpen keuzes maken. Pas hierna kunnen we een concreet transitieplan opstellen inclusief acties, een planning en verdeling van verantwoordelijkheden.

In dit hoofdstuk gaan we in op de interactie tussen het advies over de eerstelijnsdiagnostiek en andere dossiers. We brengen de raakvlakken in beeld en beschrijven de aanpassingen in de andere dossiers, of de aanpassing binnen ons advies, die noodzakelijk zijn om het gewenste model op de eerstelijnsdiagnostiek te laten werken.

4.1 Overzicht raakvlakken

In tabel 4.1 geven we een overzicht van de dossiers waar momenteel aan gewerkt wordt en die samenhangen met het advies eerstelijnsdiagnostiek. In de rechter kolom staat beschreven hoe de samenhang precies uitwerkt. In de volgende paragrafen volgt een verdere uitwerking per dossier.

Tabel 4.1: Overzicht raakvlakken eerstelijnsdiagnostiek en andere dossiers

Gerelateerd dossier	Beschrijving samenhang
DOT	<p>1. Prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek zijn opgenomen als (los declarabele) O(V)P's in DOT. Twee opties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vervangen oude prestaties door nieuwe prestaties - Prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek laten declareren op basis van generieke lijst prestaties, en dus buiten de DOT-tabellen <p>2. Dezelfde prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek zijn als zorgactiviteiten onderdeel van de profielen van DBC-zorgproducten. Twee opties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanpassen van zorgactiviteiten in de profielen (grote impact op structuur DOT) - Hybriditeit accepteren
Transitiemodel ziekenhuizen	De eerstelijnsdiagnostiek maakt onderdeel uit van het transitieplan voor de ziekenhuizen.
Garantieregeling kapitaallasten	De kapitaallasten in de tariefopbrengst eerstelijnsdiagnostiek bij ziekenhuizen loopt mee in de Garantieregeling, voor zover het zorgprestaties betreft die in 2011 tot het A-segment bij de ziekenhuizen werd gerekend.

<p>Deelregulering medisch specialisten: Beheersmodel en geregleerde honorariumtarieven</p>	<p>1. De honoraria voor medisch specialisten, inclusief voor eerstelijnsdiagnostiek, zijn tot en met 2014 gereguleerd. Dit bijt met vrije integrale tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek. Twee opties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vrijgeven honoraria eerstelijnsdiagnostiek. Vereist schoning van beheersmodel en BKZ vrijgevestigd medisch specialisten, en mogelijk aanpassing van berekening honorariumbedragen DOT per 2013. - Tijdelijk handhaven deelregulering honorariumcomponent voor eerstelijnsdiagnostiek. <p>2. Wijzigingen in het prestatie­model (in de prestaties die gedeclareerd kunnen worden) nopen tot aanpassing van honorariumcomponenten (conversie) en kunnen leiden tot omzetverschuivingen.</p> <p>Twee opties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitstel implementatie (volledig) nieuw prestatie­model tot het moment dat de deelregulering medisch specialisten vervalt (2015). - Herberekenen honoraria; heeft gevolgen voor alle specialismen.
--	--

4.2 Afwegingen per dossier

We zullen hier per dossier weergeven wat de impact van het eindplaatje is voor de andere dossiers en wat het effect van de andere dossier is op het advies eerstelijnsdiagnostiek. Daarbij merken we op dat de genoemde dossiers met elkaar samenhangen, zodat het nadelige effect van het kiezen voor een minder goed passend alternatief op een dossier, vaak niet beperkt blijft tot dat dossier.

4.2.1 DOT

Binnen de medische specialistische zorg (tweedelij­n) zal er vanaf 2012 sprake zijn van een nieuwe prestatie- en tariefstructuur genaamd DOT. In DOT worden de huidige DBC's vervangen door DBC-zorgproducten en alle andere prestaties binnen de medisch specialistisch zorg worden 'overige zorgproducten' genoemd. Alle eerstelijnsdiagnostiek welke ook in de ziekenhuizen uitgevoerd kan worden, vallen onder de categorie 'overige zorgproducten', specifiek de subcategorie 'ondersteunende producten' (OP's). Zie hiervoor ook de DOT-beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en de bijbehorende DOT-tabellen.

In het eindmodel is er sprake van volledige prestatiebekostiging op het gebied van de eerstelijnsdiagnostiek op basis van vrije prijzen. In deze situatie hoeven er geen prijzen meer te worden vastgesteld. Er moeten nog wel prestaties worden beschreven, waarvan de NZa voorstelt deze te herdefiniëren (in te dikken), wat dus ook gevolgen heeft voor de huidige inhoud van de O(V)P lijst.

De eerstelijnsdiagnostiek prestaties zijn binnen de tweedelij­n dus herkenbaar in de tabellen met overige zorgproducten en er zou voor de tweedelij­n mogelijk volstaan kunnen worden met een verwijzing naar de (vernieuwde) generieke prestatielijst voor de eerstelijnsdiagnostiek. Daarmee is men in de tweedelij­n niet meer afhankelijk van nieuwe DOT-

releases ingeval er nieuwe prestaties eerstelijnsdiagnostiek zouden worden toegevoegd of prestaties zouden worden verwijderd. Alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek declareren dan op basis van een generieke prestatielijst voor eerstelijnsdiagnostiek. Voor ziekenhuizen heeft dit echter wel ICT-consequenties, aangezien het integrale inlezen van de DOT-tabellen niet meer volstaat voor het uitdoen van declaraties. Alternatief is dan ook om de relevante eerstelijnsprestaties conform de huidige situatie te 'kopiëren' naar de O(V)P-lijst. Dit is vanuit onderhoudsoverwegingen vooral logisch als er sprake blijft van deelregulering van medisch specialisten (zie verder). De NZa zal tijdens de implementatie in 2012 bezien welke uitwerking wenselijk is.

Wat betreft het gebruik van de huidige verrichtingen voor de profielen van de DBC-zorgproducten, adviseert de NZa de hybriditeit tussen de generieke prestatielijst voor eerstelijnsdiagnostiek en de zorgactiviteiten voor de profielen van de DBC-zorgproducten te accepteren. Aanpassing van de zorgactiviteiten heeft nu een te grote impact op de structuur van DOT. Deze lijn wordt door partijen ondersteund. Hybriditeit heeft voor partijen en de werking van de markt geen grote negatieve effecten, zeker niet vanaf 2014 wanneer de zorgactiviteiten geen rol meer spelen voor kostprijsberekening van DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment, maar slechts nog een rol spelen in de afleiding van DBC-zorgproducten.

4.2.2 Transitie model ziekenhuizen

In 2012 en 2013 geldt voor de ziekenhuizen een transitie model voor de overgang naar prestatiebekostiging. De eerstelijnsdiagnostiek maakt onderdeel uit van dit transitie model, omdat dit model gebaseerd is op het integrale ziekenhuisbudget (A-segment). In hoofdstuk 2 (paragraaf 2.3.1) is toegelicht dat het transitie model geen effect heeft op de vergoeding voor specifiek de eerstelijnsdiagnostiek.

In 2013 vervalt het schaduwbudget (zie paragraaf 2.3.1) en gaan de ziekenhuizen volledig over op prestatiebekostiging. In dat jaar bestaat het transitie model nog slechts uit de (eenmalige) verrekening (vergoeding dan wel afdracht) van transitiebedragen die gebaseerd zijn op het jaar 2012. Wijzigingen in de bekostigingssystematiek van de eerstelijnsdiagnostiek vanaf 2013 kunnen daarom geheel los gezien worden van het transitie model voor de ziekenhuizen.

Afhankelijk van de keuze die gemaakt wordt ten aanzien van het hanteren van een transitie model voor EDC's (zie verder), zal er in 2013 al dan niet sprake zijn van een beperkte verstoring van het level playing field, omdat het eindmodel van volledige prestatiebekostiging nog niet (voor alle aanbieders) van toepassing is.

4.2.3 Garantierегeling kapitaallasten

Voor ziekenhuizen is de Garantierегeling kapitaallasten van toepassing tot en met 2016. In de berekening van het suppletiebedrag (het verschil tussen de kapitaallastenopbrengst uit declaratie van zorgprestaties, en de gegarandeerde kapitaallastenvergoeding) wordt alle zorg die tot en met 2011 tot het ziekenhuisbudget (A-segment) werd gerekend betrokken. De eerstelijnsdiagnostiek is hier een onderdeel van.

Voor de uitvoering van de Garantierегeling is het van belang dat in de nieuw gedefinieerde set van prestaties voor de eerstelijnsdiagnostiek een duidelijk onderscheid te maken is welke prestaties in 2011 wel en niet tot het A-segment behoorden. Naar verwachting zal dit geen probleem opleveren.

4.2.4 Deelregulering medisch specialisten

Deelregulering medisch specialisten

Ten aanzien van het vrijgeven van de tarieven honoraria medisch specialisten, dienen de afspraken voortkomend uit het Convenant Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014 tussen de Orde, de NVZ en VWS (31 mei 2011), en het vastgestelde beleid met betrekking tot de honorariumberekeningen en het beheersmodel medisch specialisten in acht genomen te worden. Voor de jaren 2012-2014 zal nog een aparte deelregulering van de medisch specialisten gelden: aparte declaratie van een honorariumcomponent (gereguleerd tarief) naast de kostencomponent, en een beheersmodel voor de vrijgevestigd medisch specialisten.

De honoraria voor medisch specialisten zijn recent via een berekeningsmodel vastgesteld. De tariefhoogte wordt afgeleid van het budgettair kader medisch specialisten en het aantal zorgprestaties uit een historische dataset. Zowel de DBC-zorgproducten als de OVP/OP's (waaronder prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek) zijn van een honorariumcomponent voorzien.

In de gewenste situatie zoals geschetst in hoofdstuk 3 voor de eerstelijnsdiagnostiek, wordt de zorg geleverd tegen vrije prijzen voor functioneel omschreven prestaties. Er zal daarbij sprake zijn van integrale tarieven. De honorariumtarieven van de eerstelijnsdiagnostische prestaties worden dan niet langer via bovengenoemde berekeningswijze bepaald. Bij integrale tarieven vervalt immers het onderscheid tussen een kostencomponent en een honorariumcomponent als onderdeel van de prijs.

Gegeven bovenstaande adviseert de NZa om zolang het convenant van toepassing is, de tarieven honoraria medisch specialisten van de vrije prijsvorming uit te zonderen. In feite ontstaat dan dezelfde constructie als bij de DBC's die vallen in het vrije prijssegment. Ook daar vallen de honoraria medisch specialisten buiten de vrije prijsvorming.

Gevolgen prestatie-model

In hoofdstuk 3 is geadviseerd om nieuwe prestaties voor de eerstelijnsdiagnostiek te definiëren. Zolang de honoraria van de medisch specialisten apart gereguleerd blijven, blijft het nodig om voor de nieuwe prestaties honorariumtarieven vast te stellen.

De berekening van de honorariumtarieven van de prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek op de OVP/OP-lijst is op dit moment onderdeel van de honorariumberekening van het totale pakket medisch specialistische zorg. Voor alle prestaties (DBC-zorgproducten én overige producten) worden de honoraria berekend op basis van een verdeelmodel, waarbij de totale beschikbare middelen (BKZ vrijgevestigd medisch specialisten, opgeschaald met een 'reken' BKZ voor medisch specialisten in loondienst) worden verdeeld over de specialismen, gerelateerd aan de productie en capaciteiten. Als er verschuivingen gaan plaatsvinden in de productstructuur van de eerstelijnsdiagnostiek, heeft dat tariefseffecten tot gevolg, niet alleen voor de bij de diagnostiek betrokken specialismen,

maar voor alle specialismen. Immers er is sprake van een specialisme overstijgende productstructuur.

Om dergelijke verschuivingen te voorkomen, adviseert de NZa om het prestatie­model voor de eerstelijnsdiagnostiek voor de medisch specialisten voor de duur van de tariefregulering van medisch specialisten, ongewijzigd te laten daar waar het verschuivingen veroorzaakt, dat wil zeggen tot en met 2014. Dit impliceert dat de situatie met een volledig ingedikte prestatie­lijst pas in 2015 zal worden bereikt; in 2013 kan er naar verwachting echter wel een substantiële stap worden gezet, waardoor invoering van vrije prijsvorming reeds mogelijk is.

Honorariumcomponent in BKZ eerstelijnsdiagnostiek?

Door de honorariumcomponent van de medisch specialisten vooralsnog buiten de vrije prijsvorming te houden kunnen de specialistenhonoraria ook tijdelijk geormerkt binnen het BKZ eerstelijnsdiagnostiek vallen. Hiermee hoeft dan ook geen aanpassing op het beheersmodel plaats te vinden. Het honorariumdeel van de medisch specialisten in loondienst kan wel ongeormerkt in het BKZ eerstelijnsdiagnostiek worden ondergebracht.

De voorkeursoptie om gedurende de looptijd van het Convenant geen aanpassingen te doen aan de deelregulering van medisch specialisten voor de eerstelijnsdiagnostiek wordt grotendeels ondersteund door de veldpartijen. Partijen wijzen wel op het ongelijke speelveld als gevolg van deze keuze. De NZa is echter van mening dat het ongelijke speelveld als gevolg van de invoering van het beheersmodel een gegeven is, niet alleen voor de eerstelijnsdiagnostiek, maar voor alle zorg die zowel door specialisten in loondienst als in vrije vestiging wordt geleverd. Het ligt dan ook niet voor de hand om specifiek de eerstelijnsdiagnostiek uit te zonderen van het beheersmodel.

4.3 Samenvatting

Bovenstaande beschrijving van de effecten en afwegingen kunnen we als volgt samenvatten:

Tabel 4.2: Samenvatting

Beslispunt	Keuze
DOT	<ul style="list-style-type: none"> – In 2012 tijdens de uitwerking bezien of ziekenhuizen en ZBC's moeten declareren op basis van de generieke lijst met prestaties of dat opname in O(V)P-lijst wenselijk blijft; – Hybriditeit tussen prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek en zorgactiviteiten in de DBC's accepteren.
Transitiemodel ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> – Behoeft geen aanpassing voor de wijzigingen in de eerstelijnsdiagnostiek vanaf 2013. Mogelijk wel beperkte verstoring level playing field.
Garantieregeling Kapitaallasten	<ul style="list-style-type: none"> – Garantieregeling kan in stand blijven.

Beslispunt	Keuze
Deelregulering medisch specialisten (t/m 2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="667 194 1209 255">– Honorariumtarieven tijdelijk gereguleerd laten (t/m 2014); <li data-bbox="667 262 1209 383">– Prestaties eerstelijnsdiagnostiek tijdelijk (waar nodig) ongewijzigd laten: voorkomt verschuivingen in de specialistenhonoraria; <li data-bbox="667 389 1209 636">– Honorarium vrijgevestigd medisch specialisten gedurende de looptijd van het Convenant geormerkt onderbrengen in BKZ eerstelijnsdiagnostiek: beheersmodel blijft ongewijzigd, eerstelijnsdiagnostiek blijft onder beheersmodel vallen.

5. Transitieplan

In hoofdstuk 3 is de gewenste situatie geschetst voor de functie eerstelijnsdiagnostiek. De gewenste situatie bestaat uit drie onderdelen namelijk prestatiebekostiging, keuze voor bepaalde functionele prestaties en vrije prijzen. In het voorgaande hoofdstuk zijn keuzes gemaakt door het eindmodel voor eerstelijnsdiagnostiek in samenhang te bekijken met keuzes in andere dossiers zoals het transitieplan ziekenhuizen, DOT en het beheersmodel medisch specialisten. Dit leidt tot de volgende situatie:

Tabel 5.1: Adviezen en tijdplanning

2013/2014	2015
Prestatiebekostiging (met op onderdelen flankerend beleid in de vorm van transitieplan)	Prestatiebekostiging
Vrije prijzen, honoraria gereguleerd	Vrije integrale prijzen
Generieke waar mogelijk ingedikte prestatieplan	Generieke ingedikte prestatieplan

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe tot de geschetste gewenste situatie voor eerstelijnsdiagnostiek gekomen kan worden, uitgaande van de keuzes die gemaakt zijn in relatie tot andere dossiers.

Het transitieplan behandelt per onderdeel (prestatiebekostiging, functionele prestaties en vrije prijzen) de nodige acties. De laatste paragraaf bevat de acties die los van de genoemde onderdelen staan. Bij de acties wordt aangegeven wat de voorgestelde timing voor de acties is en wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de actie. De NZa merkt op dat de acties niet los van elkaar te zien zijn. Het achterwege laten van acties brengt het behalen van de gestelde doelen in gevaar.

5.1 Prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek

De keuze voor prestatiebekostiging heeft voor de verschillende aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek verschillende consequenties. We behandelen per aanbieders de consequenties zodat de nodige acties inzichtelijk worden.

Huisartsen- en verloskundigenpraktijken

Huisartsen en verloskundigen zijn naast uitvoerder van eerstelijnsdiagnostiek ook aanvrager ervan. Dit advies beperkt zich tot de functie eerstelijnsdiagnostiek, het aanvragen valt eruit. Voor deze aanbieders geldt dat de diagnostiek die zij uitvoeren al grotendeels op basis van prestatiebekostiging plaatsvindt.

Huisartsenlaboratoria (EDC's)

Invoering van prestatiebekostiging betekent dat EDC's niet langer begrotingsgefinancierd worden. Deze instellingen worden in een omgeving geplaatst waarin er op basis van prijs-kwaliteit geconcurrereerd kan worden. Het is hierbij niet langer een zekerheid dat de kosten gedekt worden. Het is de vraag of EDC's in staat zijn om direct succesvol van het huidige bekostigingssysteem over te stappen op het nieuwe regime van prestatiebekostiging.

Om te voorkomen dat de bestaande, begroting gefinancierde instellingen in acute problemen komen als gevolg van een wijziging in het

overheidsbeleid, wordt geadviseerd om een transitie­model te hanteren voor de EDC's (huisartsenlaboratoria). Op deze manier krijgt men de ruimte om de bedrijfsvoering aan te passen. De NZa adviseert daarom om voor deze groep van instellingen een overgangperiode in te stellen om een soepele overgang van regulering naar prestatiebekostiging mogelijk te maken. In de transitieperiode worden partijen geacht zich aan te passen aan de gewijzigde omstandigheden.

De precieze invulling van het transitie­model dient nog uitgewerkt te worden. Overwegingen die bij de uitwerking een rol spelen zijn in ieder geval:

- het tijd­pad voor invoering vrije prijzen;
- analogie tussen dit transitie­model en het transitie­model van de ziekenhuizen en overige instellingen voor medisch specialistische zorg;
- de mate waarin het de macro uitgaven beheerst en bijdraagt aan de belangen van de patiënt;
- de mate waarin het model aansluit bij het eindmodel van prestatiebekostiging;
- de mate waarin het model reguleringszekerheid biedt voor veldpartijen;
- de mogelijkheden voor opbouw van eigen vermogen;
- de juridische houdbaarheid en voorzienbaarheid van het model;
- de uitvoeringslasten van zowel veldpartijen als de overheid.

In eerste aanleg lijkt een transitie­model gebaseerd op het transitie­model voor ziekenhuizen in de rede te liggen. Om in 2014 net als de ziekenhuizen over te gaan naar volledige prestatiebekostiging ligt een transitieperiode van één jaar in de rede.

Ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden

Ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden gaan per 2012 al over op prestatiebekostiging. Voor de productiesamenwerkingsverbanden zal hierbij geen transitie­model van toepassing zijn. An sich heeft het advies eerstelijnsdiagnostiek verder weinig invloed op deze aanbieders: De wijzigingen in de eerstelijnsdiagnostiek ná 2012 zullen slechts inhouden dat nieuwe prestaties worden gedefinieerd en dat de prijzen worden vrijgegeven. Zie voor zowel de prijzen als de prestaties de uitzondering voor de vrijgevestigd medisch specialisten. Die overgang kan zonder transitie­model plaatsvinden.

ZBC's

De invoering van prestatiebekostiging zal beperkte consequenties hebben voor ZBC's omdat deze al volledige prestatiebekostiging kennen.

Zorggroepen

Geen effect omdat binnen de integrale bekostiging, daar waar eerstelijnsdiagnostiek wel binnen de prestatie valt, geen aparte prestatielijst eerstelijnsdiagnostiek bestaat. Bovendien is er reeds sprake van prestatiebekostiging.

De NZa kan, als de Minister dit wenst, in een later stadium opnieuw bekijken of opname van diagnostiek in de integrale ketenprestatie wenselijk is.

Algemeen

Er zijn nog twee elementen die mee moeten worden genomen in het kader van het gelijke speelveld. Allereerst het eigen risico. Het eigen risico is afhankelijk van de aanspraak en nu verschillend per aanbieder. Idealiter wordt er gekozen voor een functionele inrichting van de

aanspraak. Dit betekent dat een functie al dan niet onder het eigen risico valt, ongeacht wie deze zorg levert. Huisartsen vallen binnen de huidige wet- en regelgeving buiten het eigen risico. Belangrijk argument is dat toegang tot de huisarts laagdrempelig moet zijn. In dat licht kan er gekozen worden voor het plaatsen van eerstelijnsdiagnostiek buiten het eigen risico. Een andere oplossing kan zijn om op prestatie niveau het eigen risico te bepalen, dan valt een prestatie al dan niet onder het eigen risico, ongeacht wie de prestatie levert. De NZa adviseert VWS om te komen tot een eenduidige keuze inzake het eigen risico.

Een ander punt is het opheffen van de ex-post risicoverevening voor verzekeraars. Deze stap wordt al in 2012 gezet en maakt om die reden geen onderdeel uit van het transitieplan voor eerstelijnsdiagnostiek.

Acties tbv prestatiebekostiging samengevat

Actie	Wie	Deadline
Transitiemodel EDC's opzetten	NZa	Oktober 2012 (per 1-1-2013 actief)
Aanpassen eigen risico (prestatie afhankelijk)	VWS	Per 1-1-2013

5.2 Functiegericht Prestatiemodel eerstelijnsdiagnostiek

Voor de realisatie van het functiegerichte prestatiemodel adviseert de NZa een integraal tarief voor het gehele diagnostische proces (optie IV uit paragraaf 3.3). Vervolgens moet uitwerking gegeven worden aan de doelstelling uit paragraaf 3.3.1, een ingedikte lijst van prestaties. De grote diversiteit van diagnostische prestaties, en de verdeling daarvan over meerdere stelsels van regelgeving, is een belemmering voor marktwerking. Noch de transparantie over het diagnostisch product en de kwaliteit daarvan noch de onderhandelingen tussen partijen noch de innovaties binnen de diagnostiek zijn gebaat bij een lijst van honderden verschillende en gedetailleerd beschreven diagnostische prestaties. De NZa wil daarom een generieke lijst met prestaties opstellen voor de eerstelijnsdiagnostiek. Alle eerstelijnsdiagnostiek dient op basis van deze lijst gedeclareerd te worden. Deze lijst wordt voor een groot deel samengesteld uit de huidige prestaties van de OVP/OP lijst (en de tarieflijst instellingen), aangevuld met aanbieders specifieke prestaties zoals de M&I's.

De NZa wil daarnaast de mogelijkheid onderzoeken om deze lijst 'in te dikken'. Dit kan zowel door prestaties te schrappen die zelden of nooit aangevraagd worden als door het categoriseren van prestaties, bijvoorbeeld vormen van diagnostiek waar gebruik wordt gemaakt van verschillende technieken maar die kostenhomogeen zijn.

De NZa wil samen met veldpartijen komen tot een nieuwe generieke prestatielijst. Daarbij wil de NZa de mogelijkheid van een extra, facultatieve prestatie verkennen. Deze facultatieve prestatie wordt nu bijvoorbeeld al in de farmacie gehanteerd. Het initiatief om te komen tot een prestatielijst zal vanuit de NZa komen, de inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt logischerwijs bij het veld.

Voor de aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek betekent de keuze voor een generieke lijst voor eerstelijnsdiagnostiek dat de huidige prestatie en tarievenlijsten moeten worden geschoond van diagnostische verrichtingen die op aanvraag van de eerstelijns plaats vinden. Overigens gebruiken huisartsen wellicht het abonnementstarief en consulttarief ook

ter dekking van diagnostische activiteit, schoning van deze bekostiging valt buiten de scope van dit advies. In hoofdstuk 4 is besproken dat de deelregulering medisch specialisten de mogelijkheden voor een ingedikte generieke lijst ten behoeve van de declaratie van eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door medisch specialisten, op korte termijn waarschijnlijk beperkt. De kans is daarmee aanwezig dat de huidige prestaties op de OVP/OP-lijst tot en met 2014 voor een deel ongewijzigd blijven. Daar waar aanpassingen wel mogelijk zijn, omdat het geen effect heeft op het verdeelmodel (bijvoorbeeld omdat een honorariumcomponent ontbreekt of een eenvoudige oplossing te bedenken is), kan reeds ingedikt worden.

Acties tbv prestatiemodel samengevat

Actie	Wie	Deadline
Opstellen generieke lijst eerstelijnsdiagnostische prestaties (samenvoegen OVP/OP-lijst met prestaties zoals M&I), indicatie waar mogelijk	NZa, veldpartijen	Oktober 2012 (per 2013 actief)
Verkennen mogelijkheid facultatieve prestatie	NZa, veldpartijen	Oktober 2012
Definitieve indicatie nieuwe generieke prestatie lijst	NZa, veldpartijen	Oktober 2014 (per 2015 actief)
Schonen verloskundige prestatie lijst	NZa, veldpartijen	Oktober 2012
Schonen M&I module	NZa, veldpartijen	Oktober 2012

5.3 Vrije prijzen

In hoofdstuk 3 zijn de volgende voorwaarden als onvoldoende aanwezig bestempeld:

- Voor alle aanbieders dezelfde prestaties.
- Prestatiemodel op een voldoende hoog aggregatieniveau (herijking).
- Transparantie over de kwaliteit.
- Transparantie over de prijs.

De eerste twee punten zijn reeds eerder signaleerd en daar zijn al acties op voorgesteld. Ten aanzien van de transparantie over de kwaliteit en prijs ligt de bal vooral bij de aanbieders en zorgverzekeraars. Om kwaliteit vergelijkbaar te kunnen maken, is het relevant dat partijen dezelfde standaarden voor kwaliteit hanteren. Voor veel prestaties bestaan deze standaarden al, voor een aantal prestaties moeten die nog ontwikkeld worden. De NZa vindt vergelijkbaarheid een belangrijk element alvorens de consument ook echt gebaat is bij transparantie. Bij onvoldoende transparantie kan de NZa in het uiterste geval haar regulering inzetten om de transparantie af te dwingen.

De NZa acht de voordelen van de markt groter dan de voordelen van regulering, zie hiervoor ook bijlage III. Voor een goede werking van het eindmodel is de rol van de verzekeraar onmisbaar. Om die reden wordt van hen verwacht dat zij een gedegen inkoopplan ontwikkelen voor de eerstelijnsdiagnostiek op basis van prijs en kwaliteit.

Acties tbv vrije prijzen samengevat

Actie	Wie	Deadline
Ontwikkelen standaarden voor kwaliteit	Aanbieders	1-1-2013
Invoeren vrije prijzen	NZa	Vanaf 2013 moeten de vrije prijzen gelden
Monitoren eerstelijnsdiagnostiek markt	NZa	Continue

5.4 Overige acties

De NZa is voorstander van een apart BKZ voor eerstelijnsdiagnostiek. Keuzes ten aanzien van het beheersmodel medisch specialisten maken dat we adviseren deze component voorlopig nog geormerkt binnen het voorgestelde kader te plaatsen. Om de eerstelijnsdiagnostiek onder een apart BKZ te plaatsen, zullen de kaders waar de eerstelijnsdiagnostiek nu onder valt, daarvoor geschoond moeten worden. Het te vormen BKZ deel voor de eerstelijnsdiagnostiek wordt dan dus gevuld uit vier bedragen, afkomstig uit de volgende kaders:

- BKZ huisartsen
- BKZ overig curatief
- BKZ ziekenhuizen
- BKZ medisch specialisten

Besluiten ten aanzien van het BKZ vallen geheel onder de verantwoordelijkheid van de Minister.

Bijlage I Uitgaven eerstelijnsdiagnostiek

Bijlage A: Markt voor eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010

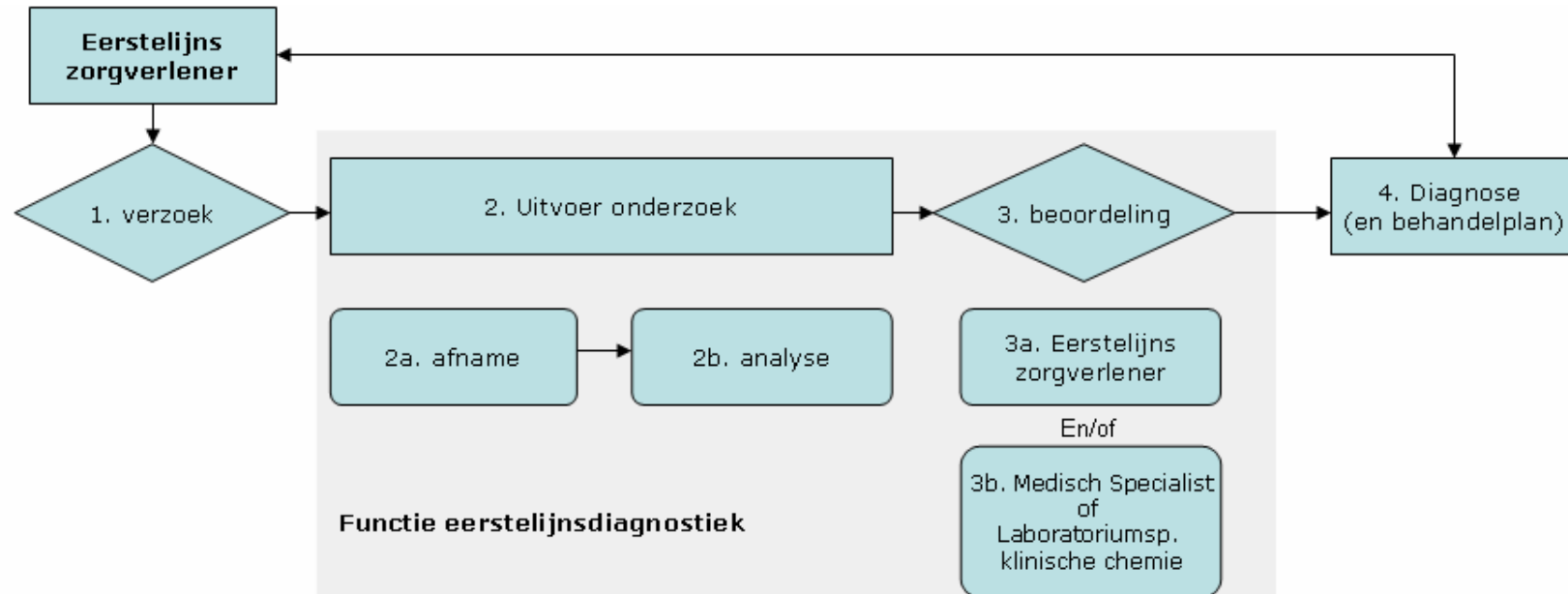
Door de SAN geraamde uitgaven voor eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010

	Totaal	Per fte huisarts
1. Klinische chemie en medische microbiologie	€ 330.000.000	€ 46.479
2. Pathologie	€ 10.000.000	€ 1.408
3. Röntgendiagnostiek	€ 89.460.000	€ 12.600
4. Diagnostiek Zwangerenecho's	€ 47.520.000	€ 6.693
5. Echo's huisartsen	€ 46.150.000	€ 6.500
6. Long Functie	€ 45.440.000	€ 6.400
7. Fundus foto's	€ 19.880.000	€ 2.800
8. ECG	€ 17.750.000	€ 2.500
9. Holter, Event holter, 24 u bloeddrukmeting	€ 14.200.000	€ 2.000
10. Inspannings ECG	€ 2.641.200	€ 372
11. Audiometrisch onderzoek	€ 5.680.000	€ 800
12. DEXA (osteoporose)	€ 7.810.000	€ 1.100
13. MRI	€ 9.230.000	€ 1.300
14. Trombosedienst	€ 53.250.000	€ 7.500
15. Zelfmeting trombosedienst	€ 28.350.000	€ 3.993
16. Gastroscopiën	€ 21.300.000	€ 3.000
17. Divers/overig	€ 12.000.000	€ 1.690
	€ 760.661.200	€ 107.135

Bron Nivel: aantal fte huisartsen 1 jan. 2009 = 7.056 fte
aantal fte huisartsen 2010 = 7.100 fte (SAN raming)
aantal inwoners, aug. 2010, bron CBS = 16.600.000

€ 20 Klinische chemie en medische microbiologie
€ 26 andere onderzoeken

Bijlage II Procesbeschrijving



Eerstelijns zorgverlener

Huisarts(enpraktijk)
 Verloskundige(npraktijk)
 Bedrijfsarts
 Jeugdarts

Consulttarief
 Abonnementstarief
 Inschrijfgeld

Uitvoerder onderzoek

2a. afname

Huisarts
 Verloskundige
 Huisartsen-laboratoria
 Ziekenhuis
 Productie-samenwerkings-verbanden
 ZBC
 Zorggroepen

Consult / M&I vrijtarief
 Abonnementtarief
 Ordertarief + verrekenttarief
 Ordertarief
 Ordertarief
 Ordertarief
 Keten DBC (experiment)

2b. analyse

Huisarts
 Verloskundige
 Huisartsen-laboratoria
 Ziekenhuis
 Productie-samenwerkings-verbanden
 ZBC
 Zorggroepen
 Buitenlandse Laboratoria

Consult / M&I vrijtarief
 Abonnementtarief
 Analysetarief (+ honorarium)
 Analysetarief (+ honorarium)
 Analysetarief (+ honorarium)
 Analysetarief (+ honorarium)
 Keten DBC (experiment)
 Onderlinge dienstverlening

Beoordelaar

Huisarts(enpraktijk)
 Verloskundige(npraktijk)
 Bedrijfsarts
 Jeugdarts
 Medisch specialist
 Laboratoriumspecialist klinische chemie

Bijlage III Vrije prijsvorming

Algemeen

Zowel vrije prijsvorming als regulering kennen hun eigen voor- en nadelen. In onderstaand figuur zijn deze voor- en nadelen, in algemene zin, overzichtelijk weergegeven.

Regulering	Vrije prijsvorming
Voordelen	
<ul style="list-style-type: none"> - lage transactiekosten - (beperkte) inkomenszekerheid - basis voor bereikbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> - mogelijkheden voor maatwerk - betere mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop - meer ruimte voor toegevoegde waarde individuele aanbieder - meer ruimte voor toegevoegde waarde individuele verzekeraar - efficiëntiebevorderend - meer inzicht in prijs/kwaliteit verhouding - sturingsmogelijkheden consument: 'stemmen met de voeten' - prikkels voor innovatie - ruimte voor flexibele, kostendekkende tarieven
Nadelen	
<ul style="list-style-type: none"> - beperkt onderscheid zorgaanbieders - beperkte innovatieprikkel - geen prikkel voor efficiëntie - beperkte sturingsmogelijkheden consument - geen of beperkte ruimte voor flexibele tarieven - geen maatwerk mogelijk - de kwaliteit van de gegevens is niet optimaal 	<ul style="list-style-type: none"> - risico focus op prijs bij verzekeraars - risico prijsstijgingen als gevolg van marktmacht - risico verminderde bereikbaarheid - risico aanbod gestuurde vraag

Voorwaarden vrije prijsvorming

Om te beoordelen of de markt voor eerstelijnsdiagnostiek klaar is voor vrije prijzen, en dus de publieke belangen voordeel ervaren, worden alle genoemde categorieën uit paragraaf 3.4 langsgelopen.

Transparantie

Een transparante markt is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. Voordat liberalisering van een markt plaatsvindt, is het daarom nodig te beoordelen wat het gewenste transparantieniveau is om een markt goed te laten functioneren en op welke manier deze transparantie kan worden verwezenlijkt.

Op de zorginkoopmarkt gaat het hierbij om de volgende factoren:

- 1) heldere product & prestatiebeschrijvingen
- 2) de kwaliteit van de geleverde zorg is transparant
- 3) de prijs van de geleverde zorg is transparant

Bij de beoordeling of een markt transparant is, dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de beginsituatie en de verbetering in transparantie die kan optreden als gevolg van het vrijgeven van de markt. Het is dus niet zo dat als een markt vooraf niet transparant is, dit automatisch een reden vormt om te adviseren deze markt niet vrij te geven. De marktpartijen kunnen immers zelf de transparantie verbeteren en dit initiële marktfalen oplossen. Als partijen dit echter nalaten, is er een rol voor de NZa weggelegd om de transparantie actief te bevorderen.

Voor de eerstelijnsdiagnostiek kan over de transparantie het volgende gezegd worden:

Op dit moment zijn de zorgprestaties in de eerstelijnsdiagnostiek nog onvoldoende functiegericht geformuleerd; verschillende zorgaanbieders declareren verschillende producten voor dezelfde zorg. Daarnaast zijn de prestaties op dit moment nog onvoldoende transparant. Om het gewenste transparantieniveau te bereiken is het aggregatieniveau van de prestatie relevant (zie ook paragraaf 3.3.1). Voor de flexibiliteit van vrije prijsvorming is het van belang dat de prestatiebeschrijvingen zoveel mogelijk op hoofdlijnen plaatsvindt. Detaillering en uitsplitsing van prestaties werkt immers maar tot een bepaald niveau transparantieverhogend. De bestaande prestatiebeschrijvingen zullen herijkt moeten worden in samenspraak met het veld.

Transparantie van kwaliteit en prijs zal voornamelijk bij de aanvragende eerstelijnszorgverleners tot stand moeten komen. Zij zijn goed in staat hun patiënten te adviseren bij het maken van een keuze tussen aanbieders van diagnostiek. Signalen over bijvoorbeeld het serviceniveau komen vaak direct bij hen terecht. Op hun beurt kunnen verzekeraars vooraf afspraken maken met aanvragers over voorkeursaanbieders. Daarbij kunnen ze bijvoorbeeld aangeven dat hun verzekerden een eigen bijdrage betalen wanneer zij naar een andere dan de voorkeursaanbieder gaan.

Verzekeraars kunnen in de onderhandelingen met aanbieders als voorwaarde opnemen dat de aanbieders de transparantie richting de aanvrager tot stand brengen. Wanneer onvoldoende transparantie met betrekking tot de kwaliteit aanwezig is, bestaat de kans dat verzekeraars alleen op basis van prijs kunnen inkopen, wat ten koste gaat van de kwaliteit.

Op dit moment is de transparantie van kwaliteit per type diagnostiek verschillend. Bij de klinisch chemische diagnostiek is accreditatie een basis voor de noodzakelijke transparantie van kwaliteit. Voor andere typen onderzoek zoals functieonderzoek is de kwaliteit nog in mindere mate transparant gebleken. Het niveau van transparantie is vooral een zaak waar partijen onderling uit moeten komen. Mocht uit monitoring door de NZa blijken dat dit onvoldoende tot stand komt, dan kunnen daarvoor regels opgesteld worden¹⁶.

Het valt echter wel te verwachten dat de condities voor een effectieve marktwerking gaandeweg nog beter ingevuld worden als uitkomst van marktprikkels die partijen ervaren. Zo valt te verwachten dat zorgaanbieders na invoering van prestatiebekostiging (en vrije prijzen) optimaal gestimuleerd worden om de kwaliteit van de door hun geleverde producten transparant te maken om zich zodoende te onderscheiden van de concurrentie. Zorgverzekeraars, aanvragers en

¹⁶ Op basis van artikel 36, lid 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg

consumenten zullen deze transparantie ook verwachten en deze informatie betrekken in hun keuzeproces.

Markttoegang

Voldoende aanbieders

Bij markttoegang kijken we eerst naar *het aantal aanbieders*. In de huidige situatie is het aantal aanbieders in algemene zin voldoende. Uitzondering daarop vormt de beeldvormende diagnostiek, met name voor een scapie (gem. wachttijd 4 weken¹⁷) of een MRI (gem. wachttijd 3 weken) bestaat schaarste in het aanbod. Door schaarste hebben verzekeraar en verzekerde een beperkte keuze en een zwakkere inkooppositie. Vrije prijsvorming kan daarentegen door prijsstijging wel leiden tot een toestroom van nieuwe aanbieders, zodat de keuzemogelijkheden toenemen. Dat kunnen ook aanbieders uit het buitenland zijn.

Toetredingsdrempels

De aanwezigheid van marktversturende toetredingsdrempels kan een adequate afstemming tussen vraag en aanbod in de weg staan. Voor een goed functionerende markt is het van belang dat er geen toetredingsdrempels zijn die marktversturend werken. Alleen dan zal de markt ervoor zorgen dat er voldoende aanbieders zijn. Daarnaast zal er alleen in een situatie zonder toetredingsdrempels een reële dreiging van nieuwe toetreders zijn die de al aanwezige zorgaanbieders aanzet tot efficiënt en klantgericht opereren.

Binnen de eerstelijnsdiagnostiek zijn de toetredingsdrempels niet voor alle categorieën even hoog. De meeste apparatuur voor klinisch chemische en microbiologische laboratoria kan sneller terugverdiend worden dan bijvoorbeeld een MRI apparaat. Naast de apparatuur is ook de bemensing een drempelverhogende factor. Momenteel is het aanbod aan adequaat opgeleid personeel beperkt. Een derde factor die toetreding bemoeilijkt, is de opzet van distributiesystemen en prikposten. Deze factor geldt vooral voor de EDC's. Accreditatie, tenslotte, zorgt ook voor hogere drempels. Daar staat tegenover dat er geen specifieke eisen gesteld worden aan nieuwe aanbieders van diagnostiek.

Voorals bestaande organisaties, zowel EDC's als ziekenhuizen, ZBC's en productiesamenwerkingsverbanden, eventueel in het buitenland, moeten in staat worden geacht nieuw aanbod te creëren in gebieden waar vraag is. Geheel nieuwe toetreders moeten opboksen tegen de kwaliteit, efficiëntie en capaciteit van bestaande aanbieders. Wanneer de prijzen, door concurrentie, dichtbij het kostenniveau liggen, is dat extra lastig.

Voldoende uitwijkmogelijkheden voor patiënten

Als consumenten kritisch kiezen en geen belemmeringen ondervinden om van zorgaanbieder te veranderen, worden aanbieders geprikkeld om goede kwalitatieve zorg tegen een efficiënte prijs te verlenen. De kritisch kiezende consument zal zich echter vooral laten leiden door de aanvragende eerstelijnszorgaanbieder. Ook de verzekeraar kan daarin op hoofdlijnen keuzes maken. Aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek worden dus wel geprikkeld richting een goede prijs-kwaliteit verhouding, maar niet direct door de consument. Om als consument voldoende uitwijkmogelijkheden te hebben is het van belang dat de markt transparant is en er voldoende aanbod is (zie boven). In het algemeen is er bij de eerstelijnsdiagnostiek wel voldoende aanbod en zijn er voldoende keuzemogelijkheden.

¹⁷ RIVM, 2011. Nationale atlas volksgezondheid, juli 2011.

Marktgedrag

Om ervoor te zorgen dat de betaalbaarheid van de zorg geborgd blijft, is het van belang dat ofwel de consument zelf prikkels ervaart om goed in te kopen ofwel dat de zorgverzekeraar in het belang van hun verzekerden optreden. Bij de beoordeling of de consument een prikkel heeft om de zorg goed in te kopen, is van belang of de zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket (verzekerde zorg). Indien dit niet het geval is, zal de consument zowel de prijs als de kwaliteit bij de inkoop betrekken. Indien de zorg onder het basispakket valt, ervaart de consument geen financiële prikkel en zal de focus van de consument op de kwaliteit liggen. Op dit moment maakt de eerstelijnsdiagnostiek deel uit van het basispakket.

Bij de beoordeling of de zorgverzekeraar een prikkel heeft om goed in te kopen voor de verzekerden is het van belang in hoeverre de consument de zorgverzekeraar beoordeelt op de inkoop van het betreffende product en is van belang hoe de betreffende zorg is opgenomen in de risico- en vereveningssystematiek. De prikkel op goede inkoop kan toenemen door de introductie van vrije prijsvorming in combinatie met de afbouw van ex post risicoverevening. De aanbieders hebben daarbij de uitdaging om hun kwaliteit uit te onderhandelen. Zij zijn weliswaar ten opzichte van de verzekeraars geen grote spelers, maar daar staat het belang tegenover dat de verzekeraars hebben bij kwalitatief goede eerstelijnsdiagnostiek.

Als gevolg van schaarste heeft de verzekeraar voor bepaalde typen diagnostiek (beeldvormend) maar een beperkte inkoopmacht ten opzichte van de aanbieders. Het risico bestaat dat voor deze diagnostiek de prijzen fors kunnen stijgen. Mogelijk misbruik van marktmacht kan de NZa in beeld brengen door monitoring en waar nodig beheersen met het AMM instrument.

Externe effecten

Ook bestaat er een volumerisico door *supplier induced demand*. Op het volume van de eerstelijnsdiagnostiek zelf is dit risico beperkt. Door substitutie uit de tweede lijn en toename van de kwaliteit kan enige (gewenste) toename van het volume ontstaan. Deze wordt echter naar verwachting gecompenseerd door de afname van diagnostiek elders (minder spill-over).

In een situatie waar beroepsbeoefenaren zowel diagnostiek aanvragen als leveren, kan een ongewenste prikkel bestaan om meer aan te vragen dan strikt noodzakelijk is. Vrije prijsvorming is potentieel een effectief middel om dit tegen te gaan. Om te beginnen doordat verzekeraars een scherpe prijs kunnen uitonderhandelen, waardoor de diagnostiek niet nodeloos lucratief wordt. Bovendien staat het partijen vrij om de tariefafspraken te koppelen aan het volume, zodat bij toenemende productie het tarief afneemt.

Door het verschil in eigen risico van de patiënt weg te nemen (ten behoeve van een gelijk speelveld), verdwijnt de mogelijkheid van verzekeraars om verzekerden te sturen richting aanbod dat onder het eigen risico valt.

Transactie- / veranderingskosten

Administratieve lasten veroorzaakt door de overheid nemen af bij liberalisering. Daar staat een toename tegenover van de kosten die partijen maken om te onderhandelen. Voor aanbieders uit de eerstelijns zelf (huisartsen en verloskundigen) zijn die kosten naar verwachting hoog, omdat zij er relatief (ten opzichte van hun bedrijfsvoering) veel tijd aan kwijt zullen zijn. Voor verzekeraars is het grote aantal eerstelijns

zorgaanbieders een kostenverhogende factor. Tussen andere aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek en zorgverzekeraars zijn de transactiekosten lager doordat het om een beperkt aantal partijen gaat.

De enige mogelijkheid voor het beperken van de transactiekosten ligt in de beperking van het aantal verschillende prestaties (herijking van het prestatiemodel)

Bijlage IV: Reactie NZa op voorwaarden en vragen uit verzoek VWS

Voorwaarden

- a. Eerstelijnsdiagnostische activiteiten dicht bij huis dienen te worden gestimuleerd waarbij de nadruk ligt op een generalistisch uitgangspunt om onnodige verwijzingen naar de specialistische tweedelijnszorg te voorkomen. Consultatie van medisch specialistische zorg is daarbij een voorwaarde. Het one-stop concept, dicht bij huis, waarbij service, bereikbaarheid en toegankelijkheid een belangrijke rol hebben zal verder moeten worden gestimuleerd.

De kaders waar de bekostigingssystematiek aan moet bijdragen worden beschreven in paragraaf 3.1. De NZa is van mening dat de beschreven elementen in hoofdstuk 3 voldoende aan bod komen. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat het als de primaire taak van de zorgverzekeraar wordt gezien om in het belang van de patiënt met aanbieders afspraken te maken over de organisatie van de zorg.

- b. Patiënten kunnen waar mogelijk en waar nodig pas ná diagnosestelling voor een behandeling bij een medisch specialist kiezen, niet zonder diagnose. Eerstelijnsdiagnostiek heeft hierin een belangrijke functie om dit te bevorderen.

Hoofdstuk 2 beschrijft het proces van eerstelijnsdiagnostiek waar duidelijk in terugkomt dat de verzoeker de diagnose officieel stelt, of uitsluit, en pas daarna een behandelplan wordt opgesteld/gestart. In de paragraaf 3.1 van het advies gaat de NZa in op het generalistisch perspectief in de eerstelijnsdiagnostiek.

- c. Eerstelijnsdiagnostiek kan functioneel worden vormgegeven. Dit betekent dat zowel ziekenhuizen als de huidige eerstelijnsdiagnostische centra de functie kunnen aanbieden. De voorwaarde is wel dat dit vanuit generalistisch (de patiënt is gezond tenzij het tegendeel bewezen is) uitgangspunt gebeurt, niet vanuit een specialistisch uitgangspunt (de patiënt is ziek, tenzij het tegendeel bewezen is). De functionele insteek bevordert de toelating tot de markt en de keuzevrijheid van de patiënt.

De keuze voor het bekostigingsmodel beschrijven wij in paragraaf 3.2 van het advies.

- d. Transparantie over de effecten van de functie eerstelijnsdiagnostiek is een essentiële voorwaarde voor toekomstig beleid. De prijskwaliteit verhouding moet in evenwicht zijn. Een samenhang van bekostiging aan kwaliteit is een voorwaarde voor de onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders in de toekomst.

In hoofdstuk 3 en bijlage III worden op verschillende plekken het belang van transparantie beschreven. De verzekeraar dient in te kopen op basis van prijs en kwaliteit, de geadviseerde bekostigingssystematiek dient dit te stimuleren.

- e. Verzekeraars dienen voldoende gestimuleerd te worden deze functie adequaat in te kopen en voort te zetten.

In hoofdstuk 3 (en bijlage III) van het advies stellen wij dat de prikkel op goede inkoop kan toenemen door de introductie van vrije prijsvorming. Afbouw van ex post risicoverevening is daarbij een conditio sine qua non.

- f. De huisarts en verloskundige als belangrijkste verwijzers zullen adequaat moeten verwijzen, maar niet onnodig.

Voor zover eerstelijns zorgverleners verwijzen voor een behandeling (in de eerste dan wel tweede lijn), valt adequate verwijzing buiten de scope van ons advies. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij deze zorgverleners, waar mogelijk gestuurd door zorgverzekeraars. Eerstelijnsdiagnostiek van goede kwaliteit is daarbij een basisvoorwaarde, die in ons advies terug te vinden is in paragraaf 3.1.

- g. Aanbieders van de functie eerstelijnsdiagnostiek zullen aan professionele standaarden en governance-eisen moeten gaan voldoen.

Het voldoen aan standaarden is onderdeel van de in paragraaf 3.1.1 geschetste kwaliteit van de eerstelijnsdiagnostiek. In paragraaf 5.3 geven wij op hoofdlijnen weer welke stappen op dit gebied verwacht worden van aanbieders. Het daadwerkelijk voldoen aan governance-eisen valt buiten de scope van ons advies.

- h. De hervormingen dienen macroneutraal (binnen het kader curatieve zorg) worden ingevoerd. Speciale aandacht hierbij gaat uit naar de relatie tussen de eerstelijnsdiagnostiek en een mogelijk macrobeheersingsinstrument (MBI) voor de ziekenhuizen.

Het effect van het nieuwe bekostigingsmodel voor de eerstelijnsdiagnostiek op de macro uitgaven, zowel in de transitiefase als daarna, is op voorhand niet te voorspellen. Wel is het zo dat de prikkels voor sturing door zorgverzekeraars worden geoptimaliseerd. Ervan uitgaande dat het nieuwe bekostigingsmodel binnen de markt van de eerstelijnsdiagnostiek de prijzen op het goede niveau brengt, vormen de prijzen niet het grootste risico voor de uitgavenbeheersing. De volumes daarentegen zijn moeilijker te beheersen. Selectieve inkoop door zorgverzekeraars vormt hierin de belangrijkste factor. In hoeverre het model een besparing buiten de markt van de eerstelijnsdiagnostiek, dus in de tweedelijns, realiseert is eveneens moeilijk in te schatten.

Met de inwerkingtreding van de AIBWMG per 1 januari 2012 beschikt de minister van VWS over een wettelijk instrument om overschrijdingen van het budgettair kader te redresseren. Het MBI is een instrument dat in principe toegepast kan worden op alle zorg. Het instrument is dus niet specifiek voor de ziekenhuiszorg. Overschrijdingen worden middels dit instrument verrekend met de zorgaanbieders, die een deel van hun omzet moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Dit instrument kan in het uiterste geval ingezet worden, ook voor het kader eerstelijnsdiagnostiek. Wel kleven er zeer veel uitvoeringsaspecten aan de inzet van dit instrument voor de eerstelijnsdiagnostiek, omdat het aantal aanbieders binnen dit kader zeer groot is (mogelijk alle huisartsen), en de omzetgegevens van elke individuele aanbieder mogelijk moeilijk te achterhalen zijn.

Vragen

1. Deelt u de beleidslijn die ik wil inzetten ten aanzien van dit onderwerp?

De door u geschetste beleidslijn is vervat in hoofdstuk 3 van ons advies.

2. Deelt u de belemmeringen in de bekostigingssystematiek die ik schets? Ziet u nog andere knelpunten in de systematiek?

Voor de belemmeringen in de huidige bekostigingssystematiek verwijzen wij naar hoofdstuk 2.

3. Op welke wijze denkt u bovenstaande voorwaarden/ pijlers te kunnen stimuleren

De manier waarop de nieuwe systematiek van bekostiging bijdraagt aan de genoemde pijlers en voorwaarden is eveneens te vinden in hoofdstuk 3 van ons advies. Waar het in dit stadium al mogelijk is beschrijven wij in hoofdstuk 5 de eraan gekoppelde benodigde stappen.

4. Welke maatregelen en toezicht acht de NZa nodig om het gelijke speelveld te garanderen en handhaven?

De benodigde maatregelen en het in te zetten toezicht staan in het stappenplan, hoofdstuk 5.

5. Vindt u dat functionele tarieven voor de gehele sector zullen helpen om level playing field te creëren in de markt? Vindt u ook dat het ordertarief kan verdwijnen, nadat er kostendekkende functionele tarieven worden geïntroduceerd?

Het level playing field komt deels tot stand door de functionele bekostiging. Zie daarvoor ook hoofdstuk 3 van ons advies. Maar ook de instelling van een apart budgettair kader en het in te stellen transitie-model dragen daaraan bij.

Het ordertarief verdwijnt in de nieuwe situatie. De NZa adviseert bovendien geen apart tarief voor afname in te stellen maar juist te kiezen voor een integraal tarief.

6. Welke voordelen ziet u van een apart kader voor eerstelijnsdiagnostiek in de begroting met functionele tarieven?

Een apart budgettair kader draagt bij aan het level playing field (zie paragraaf 3.5). Bovendien zorgt het voor meer inzicht in de macro kostenontwikkelingen voor deze zorg.

7. Aansluitend op vraag 6: hoe is dit (opbouw en omvang van het kader) meetbaar te maken?

In paragraaf 3.5 gaat de NZa in op opbouw en omvang BKZ eerstelijnsdiagnostiek.

8. En hoe gaat de NZa monitoren wat de kostenontwikkeling is in de eerstelijnsdiagnostiek? Wat is er ten aanzien van de informatievoorziening nodig om de totale kosten voor eerstelijnsdiagnostiek in beeld te kunnen krijgen?

Om de kostenontwikkeling te kunnen monitoren is het voor de NZa van belang dat hetgeen gemonitord moet worden terug te halen is uit de declaraties. VWS en de NZa moeten van tevoren goed afspreken welke kosten in beeld gebracht moeten worden.

Door een generieke lijst met prestaties vast te stellen, is het in ieder geval duidelijk welke prestaties toegerekend worden aan de kostenontwikkeling voor eerstelijnsdiagnostiek.

9. Vindt u het zinvol dat tarieven die ziekenhuizen declareren voor eerstelijnsdiagnostiek geen onderdeel meer mogen zijn van het ziekenhuisbudget om kruissubsidiëring te voorkomen?

Kruissubsidiëring is niet geheel te voorkomen. Binnen de bekostiging van de ziekenhuizen wordt een bepaalde mate van kruissubsidiëring als gegeven beschouwd. Door het creëren van een level playing field en meer vrijheid voor marktwerking met scherpere prijzen, zal kruissubsidie in betekenis afnemen.

10. Denkt u dat een apart kader voor eerstelijnsdiagnostiek in de begroting met functionele tarieven het level playing field tussen eerstelijnsdiagnostische centra en het aanbieden van de functie eerstelijnsdiagnostiek door ziekenhuizen vergroot, doordat de effecten van kruissubsidiëring worden verminderd?

Zie ons antwoord op vraag 9. Wij verwachten dat vooral door de combinatie van marktwerking en vrije tarieven de effecten van kruissubsidiëring zullen verminderen.

11. Kunt u adviseren per wanneer de tarieven met code 13 van de module M&I kunnen worden afgeschaft, indien u vraag 5 bevestigend beantwoordt?

In paragraaf 5.2 van ons advies geven wij aan dat de generieke prestatielijst, inclusief M&I onderdelen, per 2013 beschikbaar moet zijn. Vanaf dan zouden de code 13 van de module M&I wat betreft eerstelijnsdiagnostiek afgeschaft kunnen worden.

12. Kunt u aangeven hoe eerstelijnsdiagnostiek zich verhoudt tot de diagnostiek die in ziekenhuizen wordt aangeboden en gedeclareerd via DBC's? Kan daarbij sprake zijn van dubbele declaraties?

Eerstelijnsdiagnostiek staat los van de diagnostiek die wordt gedeclareerd via DBC's. Als ziekenhuizen eerstelijnsdiagnostiek leveren, dienen ze dit niet via een DBC te declareren. Het risico op dubbele bekostiging, dat wij beperkt achten, bespreken wij in paragraaf 2.4.3. In paragraaf 3.1.3 geven wij aan dat goede uitwisseling van gegevens (d.m.v. ICT) en actieve sturing door zorgverzekeraars, bijdraagt aan het voorkomen van onnodige dubbele diagnostiek.

13. Hoe makkelijk is het voor ziekenhuizen om de generalistische functie eerstelijnsdiagnostiek aan te gaan bieden volgens het concept van de Isala klinieken en hoe verhoudt dit zich in relatie met het doen van investeringen hiervoor?

Ons advies is algemeen van opzet. Daarom gaat het niet in op het specifieke voorbeeld van de Isala klinieken.

14. Welke substitutie-effecten verwacht u na invoering MBI in relatie tot eerstelijnsdiagnostiek? Op welke wijze kan deze ontwikkeling macroneutraal worden vormgegeven, mede in relatie tot het macro beheersingsinstrument ziekenhuizen (MBI) en de door u verwachte substitutie-effecten (uw antwoord op vraag 12)?

2012

De minister heeft de NZa een aanwijzing gegeven om een beleidsregel te maken voor het macrobeheersmodel voor de medisch specialistische zorg. De minister heeft de budgettaire grens voor de zorg voor het jaar 2012 in de aanwijzing vastgelegd. Dit macrobedrag is inclusief de eerstelijnsdiagnostiek die wordt geleverd door ziekenhuizen en ZBC's (niet geormerkt). Zolang er niet anders is besloten, zal het MBI generiek worden toegepast. De dreiging van de inzet van het MBI voor de ziekenhuizen leidt tot een productieprikkel voor de aanbieders. Wanneer een aanbieder harder groeit dan landelijk gemiddeld, heeft de aanbieder bij de toepassing van het MBI immers een relatief voordeel ten opzichte van aanbieders die minder hard groeien. Zo ook dus voor de eerstelijnsdiagnostiek.

2013

Om deze perverse prikkel te voorkomen, zal de minister de NZa naar verwachting in 2012 vragen om de mogelijkheden voor gedifferentieerde toepassing van het MBI, met het oog op invoering per 2013, verder te verkennen. Bij deze verkenning kan ook de besluitvorming van VWS met betrekking tot de eerstelijnsdiagnostiek worden betrokken, met name waar het gaat om de vorming van een apart dekkader voor de eerstelijnsdiagnostiek. De NZa adviseert dan ook om een gedifferentieerde toepassing van het MBI en de beleidswijzigingen voor de eerstelijnsdiagnostiek per 2013 in samenhang te bezien.

15. Denkt u dat deze ontwikkeling besparingen oplevert op de langere termijn?

In paragraaf 3.1.3 Betaalbaarheid van ons advies geven wij aan op welke wijze de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek kostenbesparingen kan opleveren. Deze zijn voor een deel indirect (in een ander segment). De kostenbesparingen moeten gezien worden in het algemene beeld van stijgende macro kosten en kunnen dus tot uitdrukking komen in minder hoge stijgingen.

16. Kunnen de tarieven in deze markt per 2013 gelijk worden vrijgegeven? Welke ontwikkelingen ziet u dan voor zich indien dit gebeurt? En past dit ook in het kader van de huidige ontwikkelingen die er zijn omtrent de prestatiebekostiging ziekenhuizen?

Zie hiervoor het advies hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5.

17. Kan per 2013 ook de diagnostiek binnen de keten-DBC's worden gedeclareerd? En verhoudt dit zich dan met uw antwoord op vraag 5?

In de uitvoeringstoets 'Uitbreiding integrale bekostiging ketenzorg' van januari 2010, concludeert de NZa dat opname van de diagnostiek in de keten-DBC diverse voordelen met zich meebrengt. Veldpartijen lijken voorstander en de publieke belangen zijn er ook bij gebaat. Er worden twee kanttekeningen geplaatst. Ten eerste kunnen de richtlijnen voor diagnostiek, die ten grondslag liggen aan de diagnostiek in de zorgstandaarden, worden toegespitst op het aandeel in de gehele keten. Ten tweede zorgt het ongelijke speelveld tussen ziekenhuislabs en EDC's voor verminderd draagvlak voor opname in de keten.

Het aanpassen van de richtlijnen voor diagnostiek zodat opname in de zorgstandaard meer is toegepast op de hele keten, is een verantwoordelijkheid van het veld. De NZa verwacht dat veldpartijen deze verantwoordelijkheid ook zullen oppakken. Diagnostiek is natuurlijk altijd al een onderdeel van de keten, ook al is het niet opgenomen in de keten bekostiging. Ten aanzien van het tweede punt geeft het

voorzittende advies meer duidelijkheid. De NZa benoemt het ongelijke speelveld en neemt dit mee in haar voorstellen die gelden vanaf 2013. Dit impliceert dat het ongelijke speelveld bij overname van dit advies eerstelijnsdiagnostiek, geen hindernis meer is. De kanttekening van opname in de keten lijkt daarmee te vervallen.

De NZa kan, als de Minister dit wenst, in een later stadium opnieuw bekijken of opname van diagnostiek in de integrale ketenprestatie nog steeds een positief effect heeft op de publieke belangen.

18. Op welke wijze kunnen de huisarts of andere aanvragende partijen worden gestimuleerd om doelmatig diagnostiek aan te vragen? Indien u bevestigend antwoordt op vraag 17 en daarmee diagnostiek binnen de keten DBCs kan worden bekostigd: vindt u dat in de toekomst de aanvragende partij zoals de huisarts middels een diagnostisch budget diagnostiek onder de verantwoordelijkheid van de huisarts moet vallen om adequaat aanvraagdgedrag te stimuleren? Welke voor- en nadelen ziet u aan deze constructie?

De mogelijkheid van het toekennen van budgetten voor diagnostiek aan huisartsen bespreken wij in paragraaf 3.2. Ten behoeve van de versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek adviseert de NZa momenteel niet voor die mogelijkheid.

19. Vindt u dat er tarieven moeten komen voor huisbezoek, bloedafname, consultatie medisch specialist en MRI en röntgen, maar ook de mogelijkheid om telediagnostiek of andere e-health toepassingen toe te passen?

De NZa adviseert integrale tarieven (paragraaf 3.3). Voor huisbezoek en bloedafname adviseert de NZa dus geen apart tarief, dit valt binnen de prestatie af te spreken en kan meegenomen worden in het integrale tarief. Ook de inbreng van medisch specialisten zal (vooralsnog vast) onderdeel van de integrale vrije tarieven zijn.

20. Welke stappen adviseert u mij te nemen aan de hand van bovenstaande voorwaarden en met welk tijdspad om de ontwikkeling naar een stevige eerstelijnsdiagnostische functie te stimuleren?

De te nemen stappen en het tijdspad zijn beschreven in hoofdstuk 5 van ons advies.