



common eye

*samenwerken in allianties,  
netwerken en partnerships*

# Organisatie van integrale diagnostiek

- Rapportage door Common Eye in opdracht van het ministerie van VWS
- Definitieve versie, 31 mei 2017



## Inhoud van dit rapport

1. Definitie van integrale diagnostiek
2. Relevante trends en ontwikkelingen in de diagnostiek
3. Ontwikkelde scenario's voor integrale diagnostiek
4. Toetsingscriteria
5. Voorkeursscenario: landelijk en regionaal organiseren
6. Nadere uitwerking van het voorkeurscenario

### Bijlage:

- Toelichting op de ontwikkeling van de scenario's
- Nadere uitwerking van de scenario
- Deelnemerslijst werkbijeenkomsten

## Inleiding

- De basis van dit rapport is tot stand gekomen tijdens twee workshops van een dagdeel in april en mei 2017 en verder aangescherpt tijdens een afsluitend bijeenkomst op 24 mei 2017.
- Dit rapport is daarmee een gestructureerd verslag van de twee workshops.
- Uitgenodigd bij de workshops waren relevante stakeholders op het gebied van integrale diagnostiek. In de bijlage staat een overzicht van de deelnemers.
- We werken in dit rapport met het begrip *scenario's*, waarmee we doelen op de mogelijke manieren waarop integrale diagnostiek in de nabije toekomst georganiseerd kan worden.
- We bedoelen dus in dit geval niet scenario's die door ontwikkelingen en trends ontstaan en die bedoeld zijn om de toekomstige mogelijkheden begrijpelijk te maken, zoals bijvoorbeeld beschreven in *Wijzer in Toekomst – Scenario's* door Jan Nekkers (2011).



common eye

# 1. Definitie van integrale diagnostiek

Integrale diagnostiek kan vanuit verschillende perspectieven worden geduid. We onderscheiden daarbij vier niveaus.

1. Het niveau van de **samenwerkende professionals**. Het is integraal omdat professionals vanuit verschillende diagnostische disciplines samenwerken. Dat betekent o.a.
  - Eenheid van taal en standaarden in de diagnostiek
  - Integraal kwaliteitsbeleid
  - Afstemmen van diagnostische ontwikkelingen over de zorglijnen heen
2. Het niveau van de **diagnostische gegevens**
  - Samenhangende interpretatie van alle diagnostiek per patiënt door de hoofdbehandelaar
  - Eén dossier voor iedere patiënt
3. Het niveau van de **geïntegreerde zorg (integrated care)**
  - Zorgproces volgt individuele patiënt en diagnostiek
  - Regionale aanpak van zorg en diagnostiek, zo veel als mogelijk dichtbij de patiënt, verder weg wanneer nodig

## 4. Niveau van het **publieke domein**

- Nationale trendanalyses op het gebied van aandoeningen, infectieziekten etc.

Integrale diagnostiek laat zich ook begrijpen door een omschrijving van wat het niet is.

- **Integrale diagnostiek is niet**
  - Onnodige dubbele diagnostiek binnen specialismen
  - Niet afgestemde diagnostiek
  - Niet uitgewisselde of niet vastgelegde informatie
  - Geen kwaliteitsbeleid over disciplines heen



common eye

## 2. Relevante trends en ontwikkelingen in de diagnostiek

- Op technologisch en wetenschappelijk gebied vinden veel ontwikkelingen plaats die de zorg en diagnostiek veranderen: bijvoorbeeld genetica, connected self, big data, meta data, labchip, PoCT, real time testing.
- Deze technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen geven mede aanleiding tot de volgende ontwikkeling:
  - De plaatsbepaling van diagnostiek verandert: het wordt screenend, bewijzend, prognostisch of specialistisch. De professionals die betrokken worden, zijn gediversifieerd: apotheker, huisarts, diagnostisch professional en medisch specialist.
  - Er wordt meer patiënten data gegenereerd die, indien uitgewisseld, kan zorgen voor integralere beoordeling van, en zorg voor, de patiënt en analyses op metaniveau.
  - De patiënt / consument krijgt meer regie in handen middels een persoonlijk dossier, thuisdiagnostiek en zelf-monitoring.
  - De rol van de professional verandert: van uitvoeren naar duiding van diagnostiek en monitoren tijdens en na behandeling, waardoor meer samengewerkt moet worden met andere diagnostici, zorgprofessionals en patiënt.
- Er ontstaat noodzaak voor netwerkzorg en regionalisering met geïntegreerde diagnostiek en behandeling over zorgschotten heen. Parallel is er ruimte voor substitutie en specialisering.
- Politiek, economisch en sociaal zien we daarnaast de volgende bewegingen:
  - Een roep om kostenbeheersing bij toenemende vraag naar zorg en diagnostiek: zinnig en zuinig.
  - Triple aim en value based health care: betere gezondheid, betere zorg en lagere kosten.
  - Consument / patiënt wordt kritischer en veeleisender door beschikbaarheid van data en kennis.
    - Parallel ontstaat een maatschappelijke discussie: is méér diagnostiek ook altijd beter?
  - Een patiëntoverstijgend belang tot het delen van gegevens.
  - De noodzaak tot delen en gebruik maken van gegevens op public health niveau brengt een aantal vraagstukken met zich mee:
    - Eigenaarschap van data.
    - Waarborgen van privacy met behoud van patiëntveiligheid.



common eye

### 3. De ontwikkelde inrichtingsscenario's voor integrale diagnostiek

- Voor de wijze waarop integrale diagnostiek kan worden bewerkstelligd zijn meerdere inrichtingsscenario's ontwikkeld. Deze zijn gebaseerd op de schaal waarop integrale diagnostiek kan worden georganiseerd.
- Wij onderscheiden twee schaalniveaus:
  - Landelijk: vanuit een landelijk perspectief richting geven aan de veranderingen die in de diagnostiek moeten plaatsvinden.
  - Regionaal/lokaal: op het niveau van regio's richting geven. We doelen hiermee overigens niet op een bestaande regio-indeling. Het gaat om geografisch gebonden netwerken, vaak georganiseerd rondom een patiëntenpopulatie of professie.
- Vervolgens kunnen we per schaalniveau twee uitersten onderscheiden:
  - Loslaten: er is geen sprake van collectieve richting of organisatie. Iedere partij acteert vanuit eigen visie en naar eigen inzicht. Loslaten betekent niet dat er niets gebeurt: het is afhankelijk van de beslissingen van individuele partijen of en hoe integrale diagnostiek wordt bewerkstelligd.
  - Organiseren: partijen ontwerpen en beschrijven samen hoe integrale diagnostiek ingevuld moet worden.
- Dit leidt tot twee assen en vier mogelijke scenario's, te weten:
  1. Regionaal en landelijk loslaten
  2. Regionaal organiseren, landelijk loslaten
  3. Landelijk organiseren, regionaal loslaten
  4. Landelijk en regionaal organiseren





Om te komen tot een selectie van de scenario's zijn een aantal toetsingscriteria gedefinieerd. Daarbij dient vermeld dat de criteria niet in alle detail zijn uitgewerkt.

De criteria zijn:

- **Kwaliteit.** Een scenario moet bijdragen aan meer kwaliteit. Het begrip 'kwaliteit' kent meerdere dimensies. Onderdelen van kwaliteit zijn:
  - Goede patiëntbeleving
  - Behalen van vakinhoudelijke normen
  - Kwaliteit die is afgestemd vanuit verschillende disciplines
  - Effectief
- **Eenvoudig en begrijpelijk:** een scenario is bij voorkeur eenvoudig en begrijpelijk.
- **Betaalbaar:** een scenario moet bijdragen aan betaalbaarheid van zorg.
- **Toegankelijk:** een scenario moet bijdragen aan diagnostiek die toegankelijk is voor een grote doelgroep.
- Zo min mogelijk **risico's:** een scenario is beter als het weinig risico's met zich meebrengt.
- **Haalbaar:** de implementatie van een scenario moet haalbaar zijn, gegeven bestaande stakeholders, systemen, etc.
- **Toekomstbestendig:** het scenario is bij voorkeur flexibel en biedt antwoord op de trends en ontwikkelingen.
- **Professioneel draagvlak:** het scenario moet draagvlak hebben bij de relevante professionals.



common eye

## 5. Het voorkeurscenario: landelijke en regionaal organiseren

Het voorkeursscenario is **landelijk en regionaal organiseren**. De voorkeur is gebaseerd op toetsingscriteria kwaliteit, eenvoudig en begrijpelijk, betaalbaar, toegankelijk, risico's, haalbaarheid, toekomstbestendigheid en professioneel draagvlak. Op de volgende pagina wordt hier een toelichting op gegeven.

Het scenario bestaat uit:

- **Landelijke samenwerking** om te komen tot één landelijk kwaliteitskader voor integrale diagnostiek.
  - **Geïntegreerde netwerksamenwerking** op regionale schaal, geoptimaliseerd per diagnostisch specialisme. Het kan betekenen dat voor sommige specialismen regionaal niet het optimale niveau is.
  - De regionale schaal wordt gebaseerd op de **patiëntenpopulatie, patiëntbewegingen** en **bestaande structuren**, afhankelijk van het type diagnostiek en bijbehorende specialisme. De patiënt is in de lead.
  - In de regio's wordt zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van de **bestaande capaciteit** voor diagnostiek, mits partijen voldoen aan de landelijke kwaliteitsnormen.
- **Vorm volgt inhoud**. Dat betekent dat een landelijk geldend kwaliteitskader met kwaliteitsnormen leidend is voor de inrichting van iedere regio. Het kwaliteitskader bevat in ieder geval de volgende onderdelen:
    - Gedragen definitie van goede diagnostiek
    - Integraal werken
    - Verplichte gegevens uitwisseling
    - Diagnostisch stewardship en consult functie richting aanvrager
    - Toegankelijkheid en nabijheid
    - Voortdurende evaluatie en innovatie
  - Elke regio en de daarin opererende spelers moeten **voortdurend en aantoonbaar voldoen** aan die normen. Verzekeraars kopen in op basis van dit kader.
  - Het scenario kent vervolgens **drie varianten**:
    1. Geïntegreerd netwerk met clustering van diagnostiek op basis een landelijk kwaliteitskader dat door professionals wordt opgesteld.
    2. Diagnostiek regio's op basis van regionale kenmerken met een landelijk kwaliteitskader opgesteld door verschillende stakeholders.
    3. Integrale netwerken van laboratoria en diagnostiek onder regie van ziekenhuizen met een landelijk kwaliteitskader opgesteld door verschillende stakeholders.



## 6. Nadere uitwerking voorkeursscenario *Onderbouwing van het voorkeursscenario*

criterium	Onderbouwing
Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Door het ontwikkelen van landelijke kwaliteitskaders wordt actief gestuurd op de kwaliteit, waaronder de afstemming over disciplines heen. Het idee is dat de disciplines eerst zelf en vervolgens met elkaar de criteria ontwikkelen. Dat leidt ook tot het behalen van vakinhoudelijke normen.</li><li>• Of dit scenario ook leidt tot een betere patiëntbeleving en of het effectief is, daar valt weinig over te zeggen.</li></ul>
Eenvoudig en begrijpelijk	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het scenario is eenvoudig: het sluit aan bij de trend van regionalisering. Daarnaast is goed te begrijpen dat er op landelijk niveau kwaliteitskaders worden ontwikkeld.</li></ul>
Betaalbaar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het criterium van betaalbaarheid kan in het landelijke kader worden opgenomen en vervolgens door zorgverzekeraars in de regionale contractering worden gehandhaafd.</li></ul>
Toegankelijk	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hetzelfde geldt voor toegang.</li></ul>
Zo min mogelijk risico's	<ul style="list-style-type: none"><li>• Door aan te sluiten bij de regionalisering zijn de risico's bij implementatie beperkt.</li><li>• Aandachtspunt is de ontwikkeling en handhaving van de kwaliteitskaders: lukt het om in samenwerking en over disciplines heen een kader te ontwikkelen dat vervolgens ook in de regio's wordt geaccepteerd en sturend is?</li></ul>
Haalbaar	<ul style="list-style-type: none"><li>• De haalbaarheid van de kwaliteitskaders is een aandachtspunt.</li><li>• Verder lijkt het scenario zeer haalbaar.</li></ul>
Toekomstbestendig	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het past bij huidige trends in de gezondheidszorg, zoals medisch specialist 2025 en netwerkzorg.</li><li>• Het sluit aan bij de groeiende behoefte dat er beter wordt samengewerkt tussen professionals en met de patiënt. De hefboom is het landelijk kader. Het kader, zo is de verwachting, zal ook leiden tot een vorm van concentratie en tot benutting van overcapaciteit op het gebied van diagnostiek die er momenteel is.</li></ul>
Professioneel draagvlak	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tijdens de bijeenkomsten met vertegenwoordigers vanuit meerdere disciplines was er veel draagvlak voor dit scenario. Het scenario past bij de urgentie die in het veld wordt gevoeld: er moet iets gebeuren.</li><li>• Tegelijkertijd zijn er nog voldoende vragen die opgelost moeten worden en die mede het draagvlak in gevaar kunnen brengen.</li></ul>





common eye

- Er zijn een tweetal inrichtingsvragen die ten grondslag liggen aan de drie varianten van het voorkeursscenario.
- Ten eerste het landelijke kwaliteitskader. Dat kan op meerdere manieren worden ontwikkeld. De mogelijkheden zijn:
  - Door professionals,
  - Door professionals in afstemming met patiënten, verzekeraars en aanvragers (huisartsen).
- Ten tweede de inrichting van de regio's. Er zijn twee mogelijkheden als het gaat om regie:
  - Er is a priori geen leidende rol voor één partij. Iedere partij moet bewijzen dat hij/zij voldoet aan de kwaliteitscriteria.
  - Er is een leidende rol bij een per regio nader te bepalen partij; dat kan per regio verschillen.
- Onafhankelijk van de regierol in de regio's heeft de zorgverzekeraar vanuit het huidige stelsel een belangrijke rol in de regio's om op het kwaliteitskader te sturen.

## 6. Nadere uitwerking van het voorkeursscenario *Keuzes & randvoorwaarden*

Het scenario kent een aantal randvoorwaarden die essentieel zijn. Om het scenario daadwerkelijk succesvol te kunnen implementeren is het nodig hier aan te werken. De randvoorwaarden zijn:

- Een landelijk kwaliteitskader met meetbare indicatoren die draagvlak hebben bij professionals, aanbieders en verzekeraars.
- Een bekostigingssystematiek dat past bij integrale diagnostiek op basis van kwaliteitsnormen. Dat betekent dat er ruimte nodig is voor:
  - Dienstverlening en consultatie door diagnostici,
  - Integrale inkoop en verkoop,
  - Financiering op basis van uitkomsten i.p.v. verrichtingen.
- Goede samenwerking tussen aanvrager en aanbieder.
- Regionale en landelijke governancestructuur met als uitgangspunt menselijke maat en korte lijnen.
- Professionals die actief zijn in het hele netwerk, zo dicht mogelijk bij de patiënt over de lijnen heen kunnen werken.
- Een goede ICT infrastructuur voor gegevensuitwisseling.

## 6. Nadere uitwerking van het voorkeurscenario *Vervolgstep(pen)*

Het vervolg bestaat op hoofdlijnen uit twee stappen

- De eerstvolgende stap is het bepalen van de onderdelen die thuishoren in het landelijk kwaliteitskader en deze in een zorgvuldig proces met betrokkenen opstellen. Hierbij is draagvlak bij professionals, aanbieders en verzekeraars essentieel.
- De tweede stap is het invulling geven aan de randvoorwaarden zoals benoemd op de vorige sheet.



common eye

*samenwerken in allianties,  
netwerken en partnerships*

# Bijlages

- Toelichting op de vier scenario's
- Kwalitatieve weging van de vier scenario's
- Beknopte uitwerking van de vier scenario's
- Deelnemers aan de werkbijeenkomsten

Scenario	Korte omschrijving	Toelichting
1. Regionaal en landelijk loslaten	Zowel landelijk als regionaal vindt geen organisatie plaats.	Hier zijn twee varianten benoemd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het huidige systeem blijft in tact, waarbij de huidige trend van centralisatie en tariefdalingen doorzet, met weinig sturing op integrale diagnostiek</li> <li>2. Patiënt heeft een persoonlijk gezondheidsomgeving waarmee hij/zij zelf toegang zoekt tot diagnostiek.</li> </ol>
2. Regionaal organiseren, landelijk loslaten	In netwerken rond de patiënt worden regionale samenwerkingen georganiseerd.	Er is één variant genoemd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elke regio organiseert zichzelf op basis van marktwerking en inkoop van verzekeraars. Er is geen centrale sturing.</li> </ol>
3. Landelijk organiseren, regionaal loslaten	Een landelijk georganiseerde diagnostiek markt.	Er zijn twee varianten benoemd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle diagnostiek op één plek in een ziekenhuis in Nederland of daarbuiten</li> <li>2. Digitaal gezondheidsnetwerk met patiënten/burger platform voor diagnostiek.</li> </ol>
4. Landelijk en regionaal organiseren	Er wordt zowel op landelijk als regionaal niveau georganiseerd.	Er zijn drie varianten benoemd: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geïntegreerd netwerk met clustering van diagnostiek op basis van aantoonbare landelijke kwaliteitsindicatoren die door professionals worden opgesteld</li> <li>2. Diagnostiek regio's op basis van regionale kenmerken met een landelijk kwaliteitskader opgesteld door verschillende stakeholders</li> <li>3. Integrale netwerken van laboratoria en diagnostiek onder regie van ziekenhuizen met een landelijk kwaliteitskader opgesteld door verschillende stakeholders.</li> </ol>



Scenario	Weging	Onderbouwing
1. Regionaal en landelijk loslaten	Geen voorkeur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Er wordt niet actief gestuurd op de urgente issues die nu spelen</li><li>• De kwaliteit van diagnostiek zal in dit scenario niet toenemen</li><li>• Het scenario is niet toekomstbestendig omdat er niet actief gestuurd wordt op het vinden van passende antwoorden op de trends en ontwikkelingen</li><li>• Het scenario kent weinig draagvlak.</li></ul>
2. Regionaal organiseren, landelijk loslaten	Geen voorkeur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het grote nadeel hiervan is dat er geen landelijke sturing plaatsvindt, daarmee kunnen grote regionale verschillen ontstaan</li><li>• Daarmee kan er weinig gezegd worden over de scores op de toetsingscriteria: dit zal per regio immers verschillen. Er is beperkte sturing op criteria als kwaliteit en toegankelijkheid.</li></ul>
3. Landelijk organiseren, regionaal loslaten	Geen reële optie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Integrale diagnostiek is in toenemende mate complex zoals beschreven bij de trends en ontwikkelingen. Het is onmogelijk om de complexe diagnostiek op landelijk niveau te organiseren. Daarmee scoort dit scenario onvoldoende op haalbaarheid en draagvlak</li><li>• Omdat het moeilijk te bevatten is hoe dit scenario in de praktijk eruit komt te zien, is een score op de andere criteria weinig zinvol.</li></ul>
4. Landelijk en regionaal organiseren	Voorkeursoptie	<p>Er zijn meerdere redenen benoemd waarom dit scenario de voorkeur heeft:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De deelnemers aan de workshops waren bijna unaniem dat dit het beste scenario is en heeft daarmee draagvlak bij een deel van de professionals, verzekeraars en aanbieders</li><li>• Het sluit goed aan bij stappen die al genomen worden, zoals de regionalisering die in de hele zorg plaatsvindt. Het scenario is daarmee haalbaar en kent relatief weinig risico's</li><li>• Het ontwikkelen van een landelijke kader, zorgt ervoor dat er in dit scenario ook actief gestuurd kan worden op criteria als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.</li></ul>



common eye

## Beknopte uitwerking van de vier scenario's *Landelijk en regionaal loslaten*

- Geen verandering
  - Huidige systeem blijft in tact
  - Een daling van het aantal laboratoria naar ongeveer 150
  - Tariefdaling gaat door
  - Fusies en overnames voor schaalvergroting
  - Knelpunten bij dit scenario zijn:
    - Omgang met gegevensuitwisseling
    - Geen oplossing voor integralere diagnostiek: Disciplines blijven gescheiden, en daarmee ook dubbeldiagnostiek
    - Afstand tussen aanvrager en diagnostische professional blijft in tact
    - Weinig mogelijkheden om te sturen op meerwaarde
- Patiënt in de lead
  - Patiënt heeft een persoonlijk gezondheidsomgeving waarmee hij/zij zelf toegang zoekt tot diagnostiek
  - Huisarts wordt consulent, patiënt gaat zelf op zoek naar dienstverlener met zijn of haar persoonlijk dossier
  - Aanbiedersmarkt is vrij
  - Knelpunten zijn:
    - Wie contracteert en wie betaalt?
    - Grip op doelmatigheid en kwaliteit
    - Zijn patiënten in staat hier mee om te gaan?



common eye

## Beknopte uitwerking van de vier scenario's *Landelijk organiseren, regionaal loslaten en regionaal organiseren, landelijke loslaten*

- Een landelijk georganiseerde diagnostiek markt
  - Past bij een bedrijfseconomische optimalisatie met aanbodgerichte focus
  - Mogelijke vormen:
    - Alle diagnostiek op één plek in een ziekenhuis in Nederland of daarbuiten
    - Digitaal gezondheidsnetwerk met patiënten/burger platform voor diagnostiek
  - Knelpunten zijn:
    - Regionale diversiteit is lastig te managen
    - Weinig draagvlak, veel gedoe bij invoering
    - Beperkte mogelijkheden voor sturing op meerwaarde voor de diagnostiek door landelijke focus en afstand tot markt
- Een regionale diagnostiek markt
  - Elke regio organiseert zichzelf op basis van marktwerking
  - Verzekeraars kopen in
  - Geen centrale sturing of kwaliteitskaders



common eye

## Beknopte uitwerking van de vier scenario's *Landelijk organiseren, regionaal organiseren*

- Geïntegreerd netwerk
  - Clustering van onderzoeken op basis van aantoonbare kwaliteitsindicatoren die landelijk zijn bepaald
  - Per diagnostisch specialisme geoptimaliseerd
  - Professionals werken actief in het gehele netwerk, zo dicht mogelijk bij de patiënt over de lijnen heen
  - Knelpunten:
    - Nodig goede ICT infrastructuur
    - Governance en financiering
    - Ontwikkelen aantoonbare kwaliteitsindicatoren
- Laboratoria consolideren en lateraliseren per regio onder regie van de ziekenhuizen
  - Gebruik maken van aanwezige capaciteit
  - Goede logistieke keten en EDC over de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn heen, daardoor veel samenwerking en korte lijnen
  - Knelpunten:
    - Concurrentie tussen ziekenhuizen
    - Governance en financiering
    - Nodig goede ICT infrastructuur
- Landelijke kaders en regionaal organiseren
  - Diagnostiek regio's op basis van patiëntbewegingen en patiëntpopulatie en daarbij passende zorgaanbieders
  - Integraal aanbod per regio
  - Landelijke kaders op het gebied van
    - ICT infrastructuur
    - Landelijke kwaliteitskaders (inhoud en uitkomsten)
    - Bouwstenen regionale organisatie en profiel
    - Integrale verkoop en inkoop





common eye

## Deelnemers aan beide werkbijeenkomsten

### Deelnemers werkbijeenkomst 1

- Tessa Bosch, Ziekenhuisapotheker Maastad Ziekenhuis
- Jacob Dijkstra, Izore
- Wendelien Dorigo, NVMM
- Arthur Eijck, Ineen
- Mark Elissen, MC groep
- Jules Keyzer, diagnostiek voor nu
- Leo Kliphuis, SAN Centra voor medische diagnostiek
- Belinda van de Lagemaat, Federatie Medisch Specialisten
- Mirrin Middelhuis, VWS
- Christel Robben, Menzis
- Thijs Tersmette, Microbioloog, Antonius Ziekenhuis
- Lilianne van der Velde, NVZ
- Andy Stuurman, NFU

### Deelnemers werkbijeenkomst 2

- Edwin Boel, NFU
- Tessa Bosch, Ziekenhuisapotheker Maasstad Ziekenhuis
- Martien Bouwmans, Zorgverzekeraars Nederland
- Jacob Dijkstra, Izore
- Wendelien Dorigo, NVMM
- Arthur Eijck, Ineen
- Mark Elissen, MC Groep
- Jules Keyer, diagnostiek voor nu
- Leo Kliphuis, SAN Centra voor medische diagnostiek
- Astrid van der Put, SHL Groep
- Christel Robben, Menzis
- Thijs Tersmette, Microbioloog, Antonius Ziekenhuis
- Lilianne van der Velde, NVZ



Alle intellectuele eigendomsrechten met betrekking tot deze presentatie berusten bij het ministerie van VWS.