

Consultatiedocument

Eerstelijnsdiagnostiek

Goede beeldvorming beter in beeld

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	5
1.3 Opbouw rapport	6
2. De huidige situatie	7
2.1 Definitie eerstelijnsdiagnostiek	7
2.2 Huidige aanbieders	8
2.3 De huidige bekostigingssystematiek	9
2.3.1 De systematiek per aanbieder	9
2.4 Knelpunten in de huidige situatie	13
2.4.1 Door afwijkende bekostiging	13
2.4.2 Door achterhaalde prestaties en tarieven	14
2.4.3 Door verwevenheid met tweedelijnsbehandelingen	14
2.4.4 Overige knelpunten	15
2.5 Conclusie	15
3. Gewenste situatie	17
3.1 De publieke belangen	17
3.1.1 Kwaliteit	18
3.1.2 Toegankelijkheid	18
3.1.3 Betaalbaarheid	18
3.1.4 Conclusie vanuit de publieke belangen	19
3.2 Bekostigingsmodel	19
3.3 De prestaties	20
3.3.1 Het aantal prestaties	22
3.4 Het tariefregime: Vrije prijzen	23
3.5 Een gelijk speelveld	24
3.6 Concept advies	24
4. Raakvlakken met andere dossiers	27
4.1 Overzicht raakvlakken	27
4.2 Afwegingen per dossier	28
4.2.1 DOT	28
4.2.2 Transitieplan ziekenhuizen en categorale instellingen	29
4.2.3 Overgangsregeling kapitaallasten	29
4.2.4 Beheersmodel medisch specialisten en honorariumtarieven	29
4.3 Samenvatting	30
5. Transitieplan	31
5.1 Prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek	31
5.2 Functiegericht Prestatiemodel eerstelijnsdiagnostiek	32
5.3 Vrije prijzen	33
5.4 Overige acties	33
5.5 Disclaimer	34
Bijlage 1. Uitgaven eerstelijnsdiagnostiek	35
Bijlage 2. Procesbeschrijving	37
Bijlage 3. Vrije prijsvorming	39

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 sterk 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.

Voorliggende versie van de uitvoeringstoets betreft een conceptversie, bedoeld voor externe consultatie. Veel elementen in de voorliggende conceptversie zijn door de NZa met een externe klankbordgroep besproken². De NZa zal de consultatiebevindingen meewegen in haar uiteindelijke advies aan VWS.

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:

- 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 diagnosestelling bij klachten.

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

² Aan de klankbordgroep hebben deelgenomen: ZN, SAN, LVG, ZKN, NVZ, NFU, LHV, NVKC, NVMM, Richard Janssen (Universiteit van Tilburg). In een later stadium zijn nog betrokken: PABLO en Orde Medisch Specialisten (wel betrokken, nog geen reactie van kunnen meenemen)

- 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; vanuit een generalistisch perspectief, geen dubbeldiagnostiek.
 - Zo effectief mogelijk; volgens het first time right principe.
 - Zo doelmatig mogelijk; geen onnodige eerstelijnsdiagnostiek.
 - 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. 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 Zorgverzekeringswet³. Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek⁴ 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 uitvoering van laboratoriumonderzoek kunnen overigens twee

³ De diagnostiek aangevraagd door tandartsen en diagnostiek binnen de eerstelijns GGZ valt buiten de hier gebruikte definitie van eerstelijnsdiagnostiek.

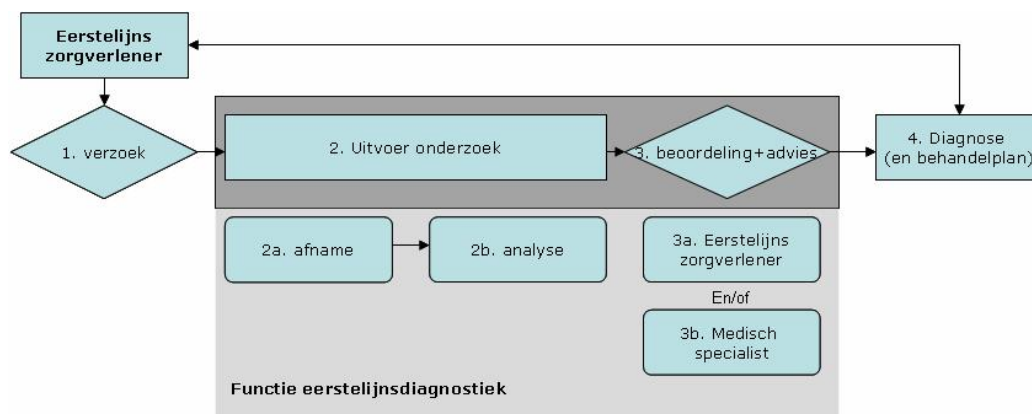
⁴ Trombosediensten vallen buiten de scope van dit advies.

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 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 óf 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. Huidige aanbieders



2.2 Huidige aanbieders

Een eerstelijnszorgverlener die voor zijn patiënt diagnostiek wil laten verrichten, kan in de huidige situatie bij verschillende aanbieders⁵ terecht:

- Huisartsenpraktijken; naast aanvrager kunnen deze ook zelfuitvoerder van diagnostisch onderzoek uit zijn, of nemen patiëntenmateriaal afnemen voor analyse.
- Verloskundepraktijken; naast aanvragen wordt door gespecialiseerde verloskundigen zelf echoscopisch onderzoek verricht en eventueel patiëntenmateriaal afgenomen voor analyse.
- Huisartsenlaboratoria, ook wel eerstelijns diagnostische 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 (van echo tot MRI) en functieonderzoek (ECG, longfunctie); een groot deel van die ziekenhuizen levert, naast tweedelijnsdiagnostiek (dat is

⁵ Audiologische centra worden buiten beschouwing gelaten; de zorg die zij leveren wordt als tweedelijns somatische zorg beschouwd.

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.

Exacte cijfers over de omvang van de functie eerstelijnsdiagnostiek ontbreken tot op heden. In het Position paper van de SAN⁶ worden de uitgaven voor eerstelijnsdiagnostiek in 2010 geraamd op 707 miljoen⁷ euro (zie bijlage 1). 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 2 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 en ten laste van welk budgettair (deel)kader elke aanbieder gerekend wordt.

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
'Huisartsenzorg' (CU-7004) en 'Huisartsenzorg – verrichtingenlijst M&I' (CU-7005)

De eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door de huisarts wordt grotendeels gedeclareerd op basis van de module Modernisering en Innovatie (M&I).

⁶ SAN, 2010. SAN Medisch diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerstelijns, nu en in de toekomst.

⁷ Dit is exclusief trombosediensten. SAN, 2010. Position paper, SAN Medische diagnostische centra zijn cruciaal voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn.

In het kader van de module M&I is het mogelijk om enkele prestaties in rekening te brengen, waaronder ook diagnostiek zoals 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 gedekt te worden uit het abonnementstarief per patiënt en/of de in rekening te brengen consult.

– Verloskundigen
'Verloskunde' (CU-7020)

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
'Aanpassing eerste lijn (laboratorium-) onderzoeken voor huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden' (CU-2014)

EDC's leveren vrijwel uitsluitend diagnostiek en zijn begrotingsgefinancierd. 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 *orderkosten* bestaan uit kosten die toegeschreven kunnen worden aan de kosten van het afnemen, de beschikbaarheidskosten en de registratie- en factureringkosten (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. Voor EDC's telt de deconcentratietoeslag (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).

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. 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.

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.

– Productiesamenwerkingsverbanden

'Aanpassing eerste lijn (laboratorium-) onderzoeken voor huisartsenlaboratoria en productiesamenwerkingsverbanden' (CU-2014)

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.

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. Het overige deel van de omzet wordt behaald met zorgprestaties geleverd aan de eerstelijns. 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

'Functiegerichte budgettering' (CU-2034)⁸

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 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

⁸ 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.

het transitie­model valt, waaronder de eerstelijnsdiagnostiek, bepaald door de omzet volgens het model van prestatiebekostiging te vergelijken met de omzet volgens de bestaande budgetteringssystematiek (in het transitie­model 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
'Tarieven medisch specialistische zorg' (CU-2012)⁹

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

– Zorggroepen
'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' (CU-7037)

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

⁹ Deze beleidsregel wordt per 1 januari 2012 vervangen door de beleidsregel BR/CU-2035, 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'

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

Begrotingsgefinancierde instellingen (EDC's) leveren bijna allemaal een fors deel van de omzet in omdat zij met de werkelijke kosten onder de aanvaardbare kosten blijven. 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 niet alle aanbieders hun 'winsten' mogen behouden en RAK hebben kunnen opbouwen. Dit ongelijke speelveld zal in 2012 met het vervallen van het budget ten gunste van prestatiebekostiging niet veranderen.

Mogelijkheid dumprijzen ziekenhuizen door kruissubsidiëring

Een ander punt dat het gelijke speelveld eventueel verstoort, is de mogelijkheid voor ziekenhuizen om kruissubsidie toe te passen. Dit betekent dat ziekenhuizen in theorie eerstelijnsdiagnostiek kunnen aanbieden onder de kostprijs en het tekort financieren vanuit het integrale ziekenhuisbudget. De reden voor ziekenhuizen om dit te doen is het vergroten van hun potentiële 'klantenkring', onder het adagium 'wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt'. De introductie van prestatiebekostiging bij de ziekenhuizen zou dit knelpunt al moeten wegnemen.

Geen efficiencyprikkel EDC's

EDC's ervaren nauwelijks een efficiencyprikkel binnen de huidige beleidsregelwaarden omdat zij eventuele 'winsten' afgeroomd zien worden. Het is mogelijk dat het verschil in tariefvorm dat in 2012 wordt geïntroduceerd (maximumtarieven bij ziekenhuizen, productiesamenwerkingsverbanden en ZBC's versus vaste tarieven bij EDC's) ertoe leidt dat patiëntenstromen verschuiven naar die aanbieder waar de zorgverzekeraar het laagste tarief kan afspreken. De verzekeraar heeft echter de mogelijkheid hierin te sturen.

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 formulering 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.

Tarieven lang niet herijkt

Uit onderzoek¹⁰ 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

Een risico is de mogelijkheid van het uitvoeren van dubbele diagnostiek. 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.

Aanbodgestuurde vraag en upcoding

Wanneer de patiënt eerstelijnsdiagnostiek 'ontvangt' vanuit de tweedelijns, is het risico groter dat extra, niet medisch noodzakelijke, zorg aan wordt geboden (risico 'supplier induced demand') of complexere duurdere zorg wordt voorgeschreven dan nodig (risico 'upcoding'). Hoewel in beide gevallen eerstelijnsdiagnostiek plaatsvindt, is de patiënt feitelijk al bij de tweedelijns zorgaanbieder over de vloer en is de stap naar medisch specialistische zorg kleiner.

¹⁰ Conquaestor – Significant, mei 2011: Kostenonderzoek eerstelijnsdiagnostiek.

2.4.4 Overige knelpunten

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 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. Het is de vraag of hiermee in voldoende mate is gegarandeerd dat overmatige diagnostiek voorkomen wordt.

Zorgverzekeraars zouden in principe de huisarts kunnen sturen in een doelmatige aanvraag. Het is de NZa echter vanuit het veld aangegeven dat de zorgverzekeraar hier 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 brengt niet de effecten met zich mee die in het licht van de publieke belangen door de NZa wenselijk gevonden worden. 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 2.3. Knelpunten huidige situatie versus de publieke waarden

Knelpunt	Kwalitatief goede ELD	Toegankelijke ELD	Betaalbare ELD
Knelpunten door bekostiging			
Ongelijk speelveld mbt eigen vermogen	x	x	
Kruissubsidiering in ziekenhuizen	x	x	x
Geen efficiencyprikkel EDC's	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			
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. 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 een primaire taak voor de zorgverzekeraar.

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 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.
- Zo doelmatig mogelijk; geen onnodige eerstelijnsdiagnostiek.
- 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 éénzelfde standaard van meetbare, hoge kwaliteit wordt gehanteerd. Om eenzelfde hoge kwaliteit te waarborgen zijn transparante kwaliteitssystemen met heldere kwaliteitseisen onmisbaar. 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 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 indirect 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 bij de beoordeling van eerstelijnsdiagnostiek. Bij de uitwerking van het bekostigingssysteem moet daarom aandacht besteed worden aan de bekostigingscomponent van medisch specialisten. 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 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.

Of zorg onder het eigen risico valt, is afhankelijk van de aanspraak. Relevant voor de toegankelijkheid is dat het eigen risico een vertekend beeld van de prijs-kwaliteit verhouding kan geven bij verschil in eigen risico tussen aanbieders, terwijl zij hetzelfde zorgproduct leveren. In dit geval kan het eigen risico belemmerd zijn voor de (financiële) toegankelijkheid.

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 diagnostiek.

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) behandeling wordt uitgevoerd. Kwalitatief goede diagnostiek kan bovendien een kostenverlagend effect op de vervolgbehandeling hebben.

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 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.

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. Stel dat voor alle aanbieders een eigen risico geldt. Dit heeft dan twee effecten op de betaalbaarheid: 1) direct; door ER reduceren de macro kosten; 2) indirect; ER werkt drempelverhogend, als ontmoediging van minder noodzakelijke zorgconsumptie; daardoor volumedaling en reductie macro kosten.

3.1.4 Conclusie vanuit de publieke belangen

Hoofdstuk 2 is geëindigd met een figuur 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

¹¹ Conquaestor – Significant, mei 2011: Kostenonderzoek eerstelijnsdiagnostiek.

eerstelijnsdiagnostiek (zie hoofdstuk 2), is de diversiteit van de bekostiging van de functie eerstelijnsdiagnostiek bij de verschillende typen zorgaanbieders (prestatiebekostiging, budgetsystematiek, 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, bijvoorbeeld door prestatiebekostiging of budgettering. In andere dossiers, zoals die van de medisch specialistische zorg, is reeds een keuze gemaakt voor prestatiebekostiging.

Binnen de medisch specialistische zorg is de keuze gemaakt om prestatiebekostiging in te voeren¹². De 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 en 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 3).

Om eenzelfde bekostigingssystematiek in te voeren, ongeacht de aanbieder, is het van belang dat ook voor de eerstelijnsdiagnostiek voor prestatiebekostiging wordt gekozen. 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 3 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.

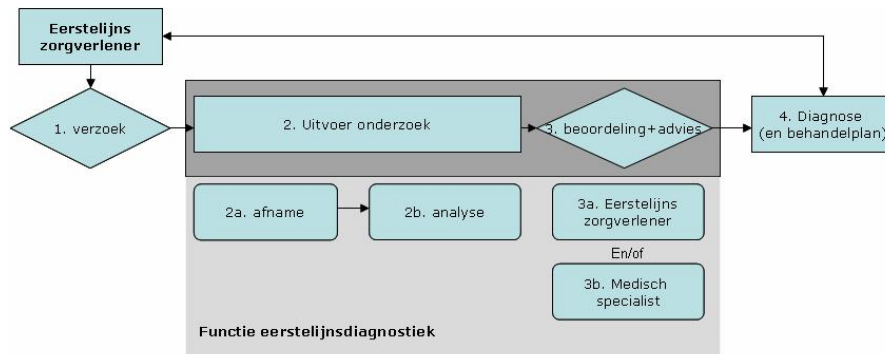
3.3 De prestaties

In de huidige situatie zijn nog veel van de prestaties omschreven per aanbieder. Zo zijn voor huisartsen prestaties gedefinieerd in de M&I module en zijn er specifieke verloskundige prestaties. In de gewenste situatie met prestatiebekostiging gelden voor alle aanbieders dezelfde prestaties. In deze paragraaf gaan we in op welke prestaties dit dan moeten zijn.

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

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.

Figuur 3.1. Proces van eerstelijnsdiagnostiek

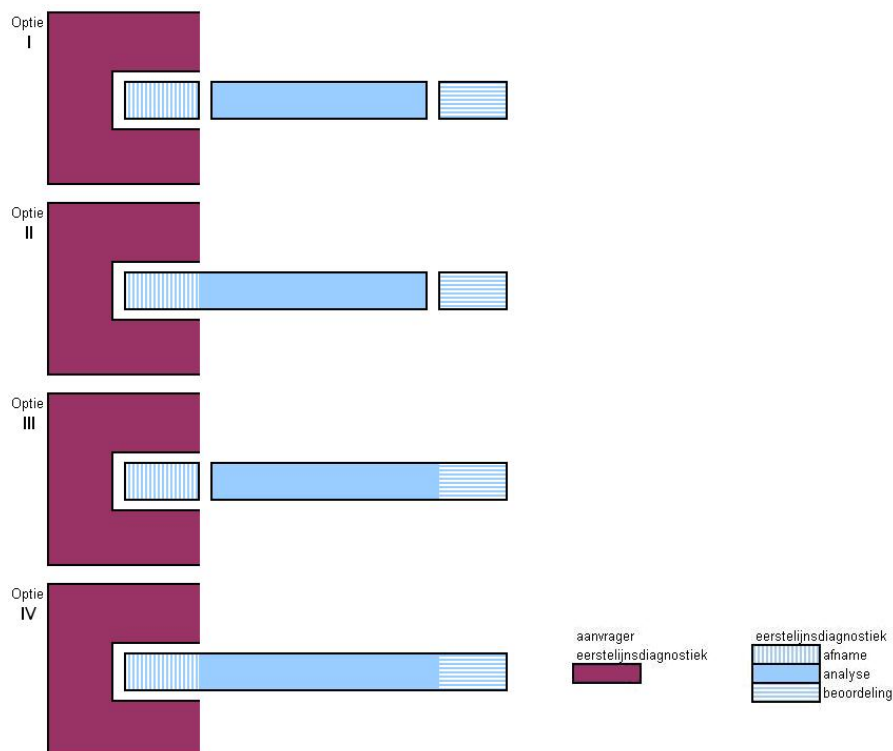


De verschillende processtappen kunnen worden uitgevoerd door eenzelfde aanbieder of door verschillende aanbieders. Ook hier geldt dat de vraag wie de processtappen uitvoert, van ondergeschikt belang is. Voor het ontwerp van het prestatie model is met name van belang welke processtappen als een prestatie 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:

- Optie 1: Losse prestaties voor iedere (deel)processtap (afname, analyse en beoordeling);
- Optie 2: Eén prestatie voor afname en analyse samen en een losse prestatie voor de beoordeling;
- Optie 3: Een losse prestatie voor afname en één prestatie voor de analyse en beoordeling samen;
- Optie 4: Eén integrale prestatie voor alle processtappen (afname, analyse en beoordeling).

Figuur 3.2. Mogelijke opties prestatie­model eerstelijns­zorg



Wanneer de verantwoordelijkheid voor het product eerstelijnsdiagnostiek opgeknipt wordt naar meerdere aanbieders, zoals in opties 1 t/m 3, 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 4), komt de product­verantwoordelijkheid te liggen bij de aanbieders. De verzekeraar kan vervolgens een totaal­pakket inkopen waarbij het de verantwoordelijkheid van beide partijen is om transparantie over prijs en kwaliteit te bewerk­stelligen.

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 leiden tot hetzelfde resultaat. Daarnaast bestaat de mogelijkheid een 'vrije prestatie' toe te staan, zoals ook bijvoorbeeld in de farmacie gehanteerd wordt.

De NZa adviseert om het vernieuwen van de lijst eerstelijnsdiagnostische prestaties, begin 2012 nader uit te werken. 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 hun is toegedicht te spelen, kan overheidsregulering verstorend werken. Het past binnen de rol 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 centraal¹³:

- Transparantie;
- Markttoegang;
- Marktgedrag;
- Externe effecten;
- Transactie- / veranderingskosten.

In bijlage 3 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 invoering van vrije tarieven voor de functie eerstelijnsdiagnostiek zal naar verwachting positieve effecten hebben voor zowel de patiënt als de aanbieder als de zorgverzekeraar. 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.

In bijlage 3 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:

¹³ Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg; NZa, 2006

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

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 uitgangspositie hebben binnen deze markt. Met name de mogelijkheid voor sommige aanbieders om vermogen op te bouwen, kan in het geval van prestatiebekostiging, en zeker in combinatie met vrije prijzen, leiden tot een ongelijke uitgangspositie.

Om alle aanbieders in staat te stellen om op basis van prijs-kwaliteit te concurreren, dient de NZa te overwegen een overgangperiode in te stellen welke de totstandkoming van een gelijk speelveld mogelijk maakt. In het volgende hoofdstuk komt deze overweging terug in de vorm van een transitie-model.

Overigens merkt de NZa op dat de situatie met verschillende de elkaders 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 de elkaders. 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 de eerstelijnsdiagnostiek 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 BKZ. 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 en de medisch specialisten daarvoor geschoond moeten worden. Datzelfde geldt voor het BKZ huisartsen en voor het BKZ overig curatief (o.a. eerstelijns diagnostische 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 de elkader. Bij een versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek hoort de verwachting dat elders besparingen gehaald kunnen worden. Eventuele stijgingen in het BKZ eerstelijnsdiagnostiek kunnen mogelijk gecompenseerd worden door/gepaard gaan 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 Concept 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. Deze lijst moet opgesteld worden op basis van alle huidige prestaties. De

NZa wil samen met het veld komen tot een geherdefinieerde lijst met een beperkt (in hoeverre dit beperkt kan worden moet nog gezien worden) 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.

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 - Schrappen uit O(V)P lijst en laten declareren op basis van generieke lijst prestaties <p>2. Dezelfde prestaties voor eerstelijnsdiagnostiek zijn onderdeel van de profielen van DBC's. Twee opties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanpassen van profielen (grote impact op structuur DOT) - Hybriditeit accepteren
Transitiemodel ziekenhuizen en categorale instellingen	Ziekenhuizen hebben door de transitieperiode richting prestatiebekostiging nog tijdelijk de mogelijkheid van kruissubsidiëring, waardoor het gelijke speelveld verstoord kan worden/blijft
Overgangsregeling kapitaallasten	Is afhankelijk van vormgeving berekening suppletiebedrag
Beheersmodel medisch specialisten	<p>1. Bij eigen BKZ voor eerstelijnsdiagnostiek moet beheersmodel worden geschoond</p> <p>2. Bij volledig vrije tarieven (inclusief honorarium) voor eerstelijnsdiagnostiek moet beheersmodel worden geschoond</p>

Honorariumtarieven medisch specialisten	De honoraria voor medisch specialisten, inclusief voor eerstelijnsdiagnostiek, zijn genormeerd. Dit bijt met vrije tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek. Twee opties: - Vrijgeven honoraria eerstelijnsdiagnostiek. Vereist schoning van beheersmodel en mogelijk aanpassing van berekening honorariumbedragen DOT per 2013. - Handhaven deelregulering honorariumcomponent voor eerstelijnsdiagnostiek.
---	--

4.2 Afwegingen per dossier

We zullen hier per dossier zo kort en duidelijk mogelijk 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 (tweedelijjn) zal er vanaf 2012 sprake zijn van een nieuwe prestatie- en tariefstructuur genaamd DOT. Met DOT wordt zowel het verbeterde DBC-systeem bedoeld als ook het proces van invoering van dat verbeterde systeem. 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'.

Overige zorgproducten zijn weer onder te verdelen in add-ons, overige producten (OVP's), ondersteunende producten (OP's), overige trajecten en overige verrichtingen. De eerstelijnsdiagnostiek prestaties vallen onder de subcategorie 'ondersteunende producten'. 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. Bovendien stelt de NZa voor de prestaties te herdefiniëren en de O(V)P lijst in te dikken.

De eerstelijnsdiagnostiek prestaties zijn binnen de tweedelijjn dus herkenbaar in de tabellen met overige zorgproducten en er zou voor de tweede lijn mogelijk volstaan kunnen worden met een verwijzing naar de (vernieuwde) prestatielijsten voor de eerstelijnsdiagnostiek. Daarmee is men in de tweedelijjn 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.

Wat betreft het gebruik van de huidige O(V)P lijst voor de profielen van de DBC's, adviseert de NZa de hybriditeit tussen de generieke prestatielijst en de input voor de profielen te accepteren. Aanpassing van

de profielen naar de onderdelen van de nieuwe prestatielijst, heeft nu een te grote impact op de structuur van DOT.

4.2.2 Transitiemodel ziekenhuizen en categorale instellingen

Er komt een tijdelijk vangnet voor de ziekenhuizen en categorale instellingen (het zogenaamde transitiebedrag model, vooralsnog voor de jaren 2012 en 2013). Dit heeft voorlopig nog een effect op het beoogde gelijke speelveld in de eerstelijnsdiagnostiek (afwijkend ten opzichte van andere aanbieders). Immers, er zal in die jaren een (gedeeltelijke) verrekening van omzetverschillen plaatsvinden, wat gevolgen kan hebben voor de financiële positie en het gedrag van ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Om verschillende aanbieders de gelegenheid te geven op basis van prijs-kwaliteit verhouding met elkaar te concurreren, kan het van belang zijn om maatregelen te nemen om het gelijke speelveld te tot stand te laten komen. In dit geval zijn er twee mogelijkheden: het transitiemodel voor de ziekenhuizen wordt zo aangepast dat de eerstelijns diagnostiek daar niet meer onder valt, of er wordt een transitiemodel voor de EDC's opgesteld zodat deze in staat worden gesteld op een gelijk speelveld de concurrentie aan te gaan. Dit zogenaamde transitiemodel voorziet dan ook in de ongelijkheid door verschil in mogelijkheid tot opbouwen RAK.

De NZa adviseert om in het transitieplan rekening te houden met het gelijke speelveld en zorg te dragen dat de EDC's onder eenzelfde soort transitiemodel vallen als de ziekenhuislabs.

4.2.3 Overgangsregeling kapitaallasten

Voor de kapitaallasten van de ziekenhuizen (en ook de categorale instellingen) zal een overgangsmoedel komen, dat loopt tot en met 2016. De berekeningswijze van het suppletiebedrag (het verschil tussen de kapitaallastenoportbrengst uit declaratie van zorgprestaties, en de gegarandeerde kapitaallastenvergoeding) moet nog worden vastgesteld¹⁴. Opgemerkt wordt dat in de tarieven van de diagnostische producten tot op heden geen kapitaallasten vergoeding is opgenomen.

4.2.4 Beheersmodel medisch specialisten en honorariumtarieven

Zowel bij een apart BKZ eerstelijnsdiagnostiek als bij het vrijgeven van de tarieven honoraria medisch specialisten, dient het beheersmodel en het bestuurlijke hoofdlijnenakkoord (akkoord tussen specialisten, NVZ en VWS waarin is opgenomen dat tot en met 2014 honorariumtarieven gereguleerd worden) voor medisch specialisten aangepast te worden. 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 zijn van een honorariumcomponent voorzien.

In de gewenste situatie voor de eerstelijns diagnostiek, wordt de zorg geleverd tegen vrije voor functioneel omschreven prestaties. De tarieven van de eerstelijns diagnostische prestaties worden dan niet langer via bovengenoemde berekeningswijze bepaald. Bij vrije tarieven is het moeilijk om nog een onderscheid te maken tussen een kostencomponent en een honorariumcomponent als onderdeel van de prijs. Dit onderscheid vervalt namelijk met de overgang van tariefregulering op vrije prijzen.

¹⁴ zie beleidsregel CU-2001, punt 5 'vaststelling aanvullende vergoeding

Zolang het hoofdlijnenakkoord van toepassing is, adviseert de NZa om 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. Door deze uitsluiting kan het honorariumdeel medisch specialisten tevens gemakkelijk buiten het BKZ eerstelijnsdiagnostiek vallen. Hiermee hoeft geen aanpassing op het beheersmodel plaats te vinden.

4.3 Samenvatting

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

Beslispunt	Keuze
DOT	Schrappen uit O(V)P lijst en laten declareren op basis van generieke lijst prestaties
DOT	Hybriditeit van prestaties accepteren
Transitiemodel ziekenhuizen en categorale instellingen	In transitieplan rekening houden met transitieplan EDC's
Overgangsregeling kapitaallasten	Is afhankelijk van vormgeving berekening suppletiebedrag
Beheersmodel medisch specialisten	eerstelijnsdiagnostiek wel onder beheersmodel MS
Honorariumtarieven medisch specialisten	Honorariumtarieven tijdelijk gereguleerd laten

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 uiteindelijk 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 en categorale instellingen, DOT en het beheersmodel medisch specialisten. 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 staat. Bij de acties wordt aangegeven wat de voorgestelde timing voor de acties is en wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de actie.

5.1 Prestatiebekostiging eerstelijnsdiagnostiek

De keuze voor prestatiebekostiging heeft voor de verschillende aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek verschillende consequenties. We behandelen per aanbieder 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 erbuiten. Voor deze aanbieders geldt dat de diagnostiek die zij uitvoeren al grotendeels op basis van prestatiebekostiging plaatsvindt.

Huisartsenlaboratoria (EDC's)

De keuze voor prestatiebekostiging betekent dat EDC's niet meer begrotingsgefinancierd kunnen zijn. De NZa adviseert om voor de overgang van begrotingsfinanciering naar prestatiebekostiging een transitieperiode in te stellen. Ten tijde van deze transitieperiode kan toegewerkt worden naar een situatie waarin er op basis van prijs-kwaliteit geconcurrereerd kan worden. De precieze invulling van het transitieplan dient nog uitgewerkt te worden. Elementen die hierin meegenomen moeten worden zijn: opbouw eigen vermogen en gelijkheid in transitieplan van de ziekenhuizen en overige instellingen voor medisch specialistische zorg.

Ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden

Ziekenhuizen en productiesamenwerkingsverbanden gaan per 2012 al over op prestatiebekostiging. An sich heeft het advies eerstelijnsdiagnostiek verder weinig invloed op deze aanbieders.

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 zal in een later stadium ingaan op de vraag of eerstelijnsdiagnostiek in alle gevallen tot de integrale prestatie dient te behoren.

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. Als dit in stand blijft ontstaat er een vertekend beeld van de prijs-kwaliteit verhouding. Idealiter is het eigen risico dat de verzekerde betaalt in de eindsituatie afhankelijk van de prestatie die wordt uitgevoerd.

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 eerstelijns diagnostiek.

Acties ten behoeve van prestatiebekostiging samengevat

Actie	Wie	Wanneer
Transitiemodel EDC's opzetten (opbouw eigen vermogen)	NZa	2012
Aanpassen eigen risico (prestatie afhankelijk)	VWS	2012

5.2 Functiegericht Prestatiemodel eerstelijnsdiagnostiek

Voor de realisatie van het functiegerichte prestatiemodel adviseert de NZa een integraal tarief voor het gehele diagnostische proces (optie 4 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.

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, 'vrije prestatie' verkennen. Deze 'vrije prestaties' wordt nu bijvoorbeeld 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.

Acties ten behoeve van prestatie­model samengevat

Actie	Wie	Wanneer
Opstellen generieke lijst eerstelijns diagnostische prestaties	NZa, veldpartijen	2012
Verkennen mogelijkheid vrije prestatie	NZa, veldpartijen	2012
Schonen OVP/OP lijst medisch specialistische zorg	NZa	2012
Schonen verloskundige prestatielijst	NZa	2012
Schonen M&I module	NZa	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 gesignaleerd en daar zijn al acties op voorgesteld. Ten aanzien van de transparantie over de kwaliteit en prijs ligt de bal bij vooral de aanbieders en zorgverzekeraars. Om transparantie van kwaliteit te bewerkstelligen wordt als voorwaarde gesteld dat aanbieders standaarden opstellen voor alle prestaties. Voor veel prestaties bestaan deze al, voor een aantal prestaties moeten die nog ontwikkeld worden. Bij onvoldoende transparantie kan de NZa in het uiterste geval haar regulering inzetten om de transparantie af te dwingen.

Acties ten behoeve van vrije prijzen samengevat

Actie	Wie	Wanneer
Ontwikkelen standaarden voor prestaties eerstelijns diagnostiek	aanbieders	2012
Monitoren eerstelijns diagnostiek markt	NZa	2012-1214

5.4 Overige acties

De NZa is voorstander van een apart BKZ voor eerstelijnsdiagnostiek. Keuzes ten aanzien van de honoraria medisch specialisten maken dat we adviseren deze component voorlopig nog buiten 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 eerstelijns diagnostiek 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.

5.5 Disclaimer

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 kan ook een andere uitwerking betekenen voor het dossier eerstelijnsdiagnostiek.

Bijlage 1. Uitgaven eerstelijnsdiagnostiek

Bijlage A: Markt voor eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010

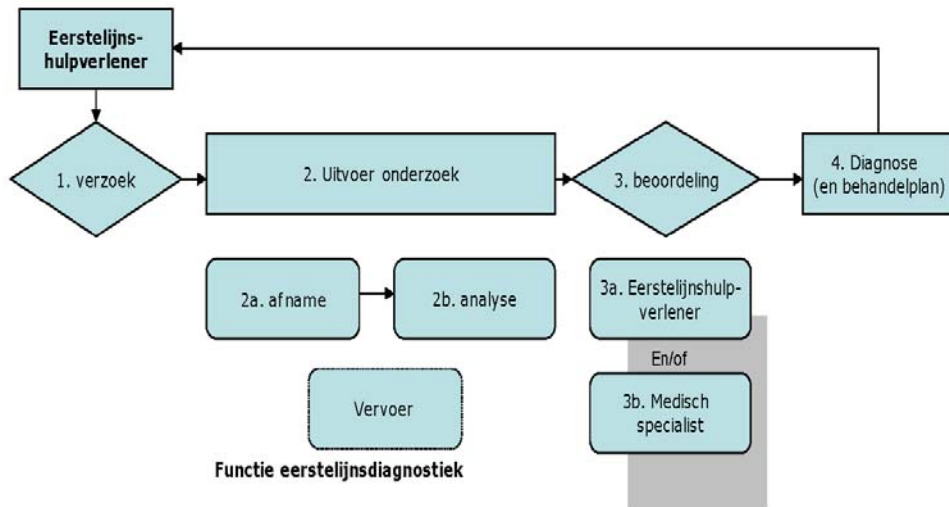
Door de SAN geraamde uitgaven voor eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010

	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 2. Procesbeschrijving



Eerstelijns-hulpverlener	Uitvoerder onderzoek		Beoordelaar		
Huisarts(enpraktijk)	2a. afname	M&I vrijtarief	2b. analyse	M&I vrijtarief	Huisarts(enpraktijk)
Verloskundige(npraktijk)	Huisarts	??	Verloskundige	??	Verloskundige(npraktijk)
Bedrijfsarts	Verloskundige	??	Huisartsen-laboratoria	Ordertarief	Bedrijfsarts
Jeugdarts	Huisartsen-laboratoria	Ordertarief	Huisartsen-laboratoria	Analysetarief	Bedrijfsarts
Consulttarief	Ziekenhuis	DBC/OVP	Ziekenhuis	DBC/OVP	Jeugdarts
Abonnementstarief	Productie-samenwerkingsverbanden	??	Productie-samenwerkingsverbanden	??	Medisch specialist
Inschrijfgeld	ZBC	DBC/OVP	ZBC	DBC/OVP	Consulttarief
	Zorggroepen	DBC/OVP	Zorggroepen	Analysetarief	
Vergoeding	Zorggroepen	DBC/OVP	Buitenlandse laboratoria	Analysetarief	

Bijlage 3. 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:

- heldere product & prestatiebeschrijvingen
- de kwaliteit van de geleverde zorg is transparant
- 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 worden¹⁵.

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

¹⁵ Op basis van artikel 36, lid 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg

– 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 vier weken¹⁶) of een MRI (gem. wachttijd drie 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.

¹⁶ 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 eerstelijns diagnostiek 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)