

Wordt eerstelijnsdiagnostiek het ki

Eerstelijnsdiagnostiek is een belangrijk onderdeel van de eerstelijnszorg en sinds enige jaren een van de speerpunten van de zorgverzekeraars. Maar het gaat niet goed doordat het inkoopbeleid in de praktijk niet of onvoldoende wordt toegepast. De Eerstelijns analyseert.

De landelijke zorgvraag stijgt met enkele procenten per jaar als gevolg van de vergrijzing (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014) en overheidsbeleid dat gericht is op persoonsgerichte preventie bij chronische aandoeningen als diabetes en cardiovasculaire problematiek. De druk op de eerste lijn neemt verder toe door substitutie van zorg uit de tweede lijn en de GGZ. Tegelijk met de zorgvraag stijgt de behoefte aan diagnostiek. Er is een harde, leeftijdsgebonden correlatie die resulteert in meer bloedonderzoek, functie- en beeldvormend onderzoek. De huisarts vraagt dit aan om tot de juiste diagnose te komen, ernstige aandoeningen uit te sluiten of de effecten van een behandeling binnen een zorgprogramma te evalueren, bijvoorbeeld bij diabetespatiënten. Ook vindt steeds meer diagnostiek plaats voor het bewaken van de instelling van antistollingsmedicatie bij trombosepatiënten. De aanvrager bepaalt en de diagnostiekaanbieder voert uit. Tot slot ontstaat extra volume doordat de eerstelijns diagnostische centra (EDC's) hun aanbod op verzoek van groepen huisartsen uitbreiden, ten koste van ziekenhuizen. Hun service en dienstverlening is immers specifiek gericht op huisartsen.

Een groeiende markt, dus koren op de molen van de EDC's zou je denken. Maar de praktijk is anders. Zorgverzekeraars leggen de EDC's volumeplafonds op en dwingen lagere prijzen af. Dat is marktwerking, zou je kunnen concluderen. Maar dat is te kort door de bocht. Want hoewel de productie bij de EDC's stijgt en bij de ziekenhuizen daalt, wor-

den hier geen budgettaire consequenties aan verbonden. Zorgverzekeraars geven aan dat ze alleen in het belang van hun verzekerden handelen en daarom met de goedkoopste leverancier in zee gaan, want de diagnostiek komt ten laste van het eigen risico. Maar dan is het ook van belang om niet alleen te kijken naar de laagste tarieven, maar juist ook naar het aantal onderzoeken per bloedafname en de mogelijke vervolggkosten. Want dat telt ook mee in het eigen risico. Dan is er een eerlijke vergelijking. In de praktijk lijkt daar niet of nauwelijks rekening mee gehouden te worden. Dat is opmerkelijk, want twaalf onderzoeken die per stuk iets goedkoper zijn is zowel voor de verze-

medische richtlijnen bij nieuwe- en bestaande patiënten bepalen het volume van de vraag naar diagnostiek. Het volumeplafond leidt tot financiële problemen bij de EDC's omdat er geen dekking is voor de extra kosten die hierdoor worden gemaakt. Doorleverplicht wordt door zorgverzekeraars gebruikt om eerstelijns diagnostische centra te forceren om deze overproductie te realiseren. Doen ze dat niet en wordt de noodzakelijke zorg niet verleend, dat kan dat leiden tot gezondheidsproblemen bij patiënten. De met krimpende productie kampende ziekenhuizen bieden aan om binnen een lumpsum afspraak met de zorgverzekeraars tegen marginale meerkosten de eerstelijnsdiagnostiek 'erbij te

Zorgverzekeraars moeten het tarief, maar ook het aantal onderzoeken per bloedafname en de mogelijke vervolggkosten in ogenschouw nemen

kerde als de verzekeraar duurder dan zes tot zeven onderzoeken, zelfs als die iets duurder zijn. Daarnaast prediken alle zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid over het belang van het doelmatig aanvragen van diagnostiek. In de praktijk blijft daar weinig van over.

Volumeplafond

Door het instellen van een macrokader voor de zorg is een kunstmatig plafond aangebracht, met een groei van maximaal één tot anderhalf procent¹. Maar

doen'. Immers wie de diagnostiek heeft, heeft de patiënt. Door de diagnostiek naar zich toe te halen, hebben de ziekenhuizen invloed op de toestroom van patiënten. Een slimme vorm van marketing dus. Een vorm van *supplier induced demand* ofwel aanbodgerichte zorg, waarvan het de vraag is in hoeverre dat wenselijk is. De onafhankelijke eerstelijnsdiagnostiek onderscheidt zich hierin van de ziekenhuizen, want zij behandelen niet zelf. Bij eerstelijnsdiagnostiek is er immers een knip tussen

nd van de rekening?



Door het clusteren van de diagnostiek bij ziekenhuizen, blijft er uiteindelijk niets te kiezen over voor de patiënt.

diagnostiek en behandeling. Na het uitvoeren van de diagnostiek is de patiënt vrij om een eventuele vervolgbehandeling in te zetten waar en bij wie hij dat wil. Zorgverzekeraars zouden dit moeten toejuichen omdat daarmee vermenigving van belangen wordt voorkomen en de behandeling efficiënter ingekocht kan worden. Want als diagnostiek en behandeling door dezelfde organisatie wordt uitgevoerd, is de kans groot dat dit in één hand blijft en de behandeling per saldo niet efficiënt ingekocht kan worden. Door de afhankelijkheid van de zorgverzekeraars ten opzichte van de ziekenhuizen en de constatering dat het toegekende omzetplafond van het ziekenhuis toch wel wordt opge maakt, wordt de eerstelijnsdiagnostiek vaak gegund aan ziekenhuizen, ook als dit per saldo duurder is dan de EDC's. Hoewel patiënten tevreden kunnen zijn door per onderzoek ogenschijnlijk lagere diagnostiekprijzen van de ziekenhuizen, worden alle verzekerden wel

geconfronteerd met een onnodig hoge premie en – hetgeen veelvuldig gebeurt – ook individueel hogere kosten doordat ziekenhuizen meer onderzoeken verrichten dan EDC's.

De consequentie is ook dat bestaande, niet noodzakelijke voorzieningen (een lab in ieder ziekenhuis) in stand worden gehouden. Het machtsbolwerk van de ziekenhuizen wordt op deze wijze in stand gehouden. De oneerlijke concurrentie die ontstaat indien lagere kostprijzen worden gehanteerd, zoals het niet doorbelasten van vaste kosten in de diagnostiek tarieven, omdat dit gecompenseerd wordt door extra marge op de behandeling, geeft een onzuiver beeld en is een uitvloeisel van falende of juist te goed functionerende marktwerking. Dit kan zover gaan dat de verkoopprijs in het ziekenhuis onder de kostprijs van het onderzoek ligt. Onafhankelijke diagnostiek is een randvoorwaarde en katalysator voor meer substitutie naar

de veelal veel goedkopere en patiëntvriendelijkere eerste lijn. Dat wordt gefrustreerd door enerzijds het bevorderen van de inkoop van diagnostiek bij partijen die ook behandelen en anderzijds het instellen van een plafond voor iets waar de EDC's zelfs geen invloed op kunnen uitoefenen, namelijk het volume van de vraag. Door het clusteren van de diagnostiek bij ziekenhuizen, blijft er uiteindelijk niets te kiezen over voor de patiënt.

Dit complexe krachtenveld is voor een ervaren zorginkoper al nauwelijks te overzien. De ervaring leert echter dat inkopers vrijwel jaarlijks wisselen. Er is daardoor onder inkopers geen duurzame kennis van zaken omtrent eerstelijnsdiagnostiek en de algemene lijn lijkt te zijn dat er vooral niets gewijzigd moet worden. Zorg wordt ingekocht bij partijen waar voorheen ook werd ingekocht, ruimte voor aanpassing, verschuiving van budget of verbetering is er veelal niet. Onderhandelingsruimte ontbreekt omdat het zorginkoopproces met de EDC's pas start als de onderhandelingen van de ziekenhuizen met de zorgverzekeraars achter de rug zijn en duidelijk is wat er aan budget 'over' is om het EDC te contracteren. Soms is er zelfs sprake van meerjarenafspraken met ziekenhuizen en zit daardoor de diagnostiekmarkt in de regio van dat ziekenhuis 'op slot'. Ook als huisartsen en verloskundigen aangeven liever met het EDC samen te willen werken.

De eerstelijns diagnostische centra staan financieel al langer onder druk. In de periode 2008-2012 is een kostenonderzoek uitgevoerd op basis waarvan de tarieven aanzienlijk zijn gedaald. De problemen ontstonden doordat de zorgverzekeraars daarna extra kortingen hebben opgelegd, respectievelijk afgedwongen. Op zich bestond er een zekere ruimte

Onafhankelijke diagnostiek is een randvoorwaarde en katalysator voor meer substitutie naar de eerste lijn

om de tarieven voor (veelvoorkomend) bloedonderzoek te verlagen, maar die extra inkomsten werden door de EDC's gebruikt om de te lage tarieven voor bepaalde (minder voorkomende) functie- en beeldvormende onderzoeken te compenseren. Ook het door zorgverzekeraars verplichte Diagnostisch Toets Overleg (DTO) moet ergens uit betaald worden. En tevens werden ze gebruikt voor technische innovaties, zoals de ontwikkeling van patiëntvriendelijke point of care testing, en het doortesten van monsters uit kwaliteitsoverweging of voor collectieve ziektepreventie. Tegenover dit soort activiteiten staat namelijk geen tarief. Door de toenemende druk op de financiën hebben de EDC's deze inmiddels (grotendeels) moeten beëindigen. Tot slot is de 'overhead' uit de tarieven voor veelvoorkomend onderzoek geïnvesteerd in innovatieprojecten met huisartsen en verloskundigen. Daar komt bij dat zorgverzekeraars door het

opleggen van volumeplafonds een verhoging van de efficiency die noodzakelijk is om deze lage tarieven waar te maken in de weg staan. Een efficiënyslag vraagt namelijk bijna altijd eerst om een investering en een effect van *economy of scale*.

Wat brengt de toekomst?

Voor 2017 wordt geen wijziging verwacht in deze omstandigheden. Recent is immers uitgelekt dat het verplicht eigen risico zal worden bevroren op €385 per volwassene per jaar. En ook de prognose van de stijging van de zorgpremie van €3,50 per maand biedt weinig kans op meer financiële ruimte voor eerstelijnsdiagnostiek.

De vraag die dan ontstaat is of verzekeraars met de beperkte volumes en plafonds voldaan hebben aan hun zorgplicht. Gekoppeld aan een doorleverplicht kan dit het geval zijn. Maar een ieder beseft dat je niet van een partij kan verlangen om zorg te blijven leveren voor niets.

Als gevolg van de wijziging van de Nadere regel – Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007) geldt dat verzekeraars een verzekering alleen restitutieverzekering mogen noemen als het een zuivere restitutieverzekering is. Dit betekent dat er naar verwachting meer zuivere restitutieverzekeringen komen waarbij de verzekerde aanspraak heeft op integrale vergoeding, ongeacht of de zorgaanbieder gecontracteerd is of niet. Dit is niet goed verenigbaar met een omzetplafond, omdat de verzekerde dan per saldo een kat in de zak krijgt.

Het volumeplafond leidt tot financiële problemen bij de EDC's omdat er geen dekking is voor de extra kosten die hierdoor worden gemaakt.



Eigen risico ter discussie

Immers, als de zorgaanbieder zijn plafond bereikt heeft, dan zal hij niet genegen zijn de verzekerde nog te behandelen terwijl deze daar wel recht op heeft. Ook dit pleit voor het niet hanteren van een omzetplafond voor EDC's. Want alleen op deze wijze kan de verzekerde met aanspraak op restitutie ook daadwerkelijk gebruikmaken van de vrije keuze.

Wat zou er moeten gebeuren?

- 1 Reële tijdige onderhandelingen, waarbij niet alleen wordt gekeken naar de prijs van het product, maar ook de (gemiddelde) integrale kosten meegewogen worden.
- 2 Tussentijdse evaluaties om te beoordelen of de afspraken realistisch zijn. Voor onafhankelijke EDC's zouden geen plafonds moeten gelden, omdat het slechts gaat om de diagnostiek en niet om behandelingen. De onafhankelijke diagnostiek moet niet beperkt kunnen worden door volumennormen.
- 3 Indien er toch volumennormen worden afgesproken en er overschrijdingen zijn, dan moeten er objectieve argumenten zijn op grond waarvan de verzekeraar verplicht is het volume aan te passen. Het mag niet aankomen op de vraag of een verzekeraar bereid is tot het verlenen van coulance bij overschrijding van plafonds, met alle risico's van willekeur van dien, maar er moet een harde aanspraak zijn op verhoging.
- 4 Voor zover het voorgaande niet is toegepast of tot een oplossing heeft geleid, moeten rechtsmaatregelen volgen, zoals een klacht bij de geschillencommissie of een procedure bij de rechtbank.
- 5 Patiënten moeten tijdig geïnformeerd worden over de problematiek die ontstaat en het belang van onafhankelijke en onpartijdige diagnostiek, zodat patiënten en patiëntenorganisaties in actie kunnen komen tegen de gedwongen winkelnering die ontstaat als gevolg van het in stand laten van de ongelijke behandeling van EDC's ten opzichte van ziekenhuizen.
- 6 Zorgverzekeraars moeten hun regierol oppakken bij de inkoop van eerstelijnsdiagnostiek en alleen al uit kostenoverwegingen stoppen met het onderbrengen van eerstelijnsdiagnostiek in de tweede lijn. <<

Tekst:

Karik van Berloo, Eldermans-Geerts Advocaten

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto's: Erik Kottier (pag. 38) en Thinkstock



Huisartsenzorg en verloskundige zorg zijn (nog) uitgezonderd van het eigen risico. Maar veel andere eerstelijnszorg wordt wel doorbelast naar de patiënt, zoals dat van apothekers en psychologen. Toch heeft het eigen risico ook een aanzienlijke invloed op de zorg van huisartsen en verloskundigen, bijvoorbeeld bij het maken van de keuze om te verwijzen of niet. Immers, een gang naar het ziekenhuis of een GGZ-instelling kost al snel het gehele eigen risico.

Ratio

Wat is de argumentatie achter het eigen risico? Ten eerste moet het een rem zetten op de toegang tot zorg. Ten tweede bijdragen aan de kosten: omgerekend zo'n 5 miljard, wat neerkomt op ongeveer zes procent van de zorgkosten. In internationaal perspectief een laag bedrag, maar we hebben ook nog eigen zorgkosten bij het gebruik van medicatie en zelfzorgmiddelen. Het beperken van het eigen risico betekent dat dit geld opgebracht moet worden uit premiegelden of een beperking van het pakket. Dat lijkt beide niet wenselijk.

Slimme prikkel

Het eigen risico wijzigen in een eigen bijdrage lijkt wel een slimme zet. De weerstand daartegen komt voort uit de tijd dat de administratieve lasten hoger waren dan de opbrengst, bijvoorbeeld bij de medicijnknaak. Maar met de huidige digitale verwerking van declaraties is dat geen probleem meer. En het geeft telkens een slimme prikkel om een patiënt na te laten denken over een zorguitgave en niet een eenmalige. Stel het gaat om een bijdrage van tien procent met een maximum van € 385 en fiscale compensatie voor mensen met een laag inkomen. Dan dragen nog steeds de sterkste schouders de zwaarste lasten, betaalt iedereen naar rato mee en wordt toch de eigen verantwoordelijkheid geprikkeld. Dat lijkt me veel duurzamer dan een discussie over het afschaffen van het eigen risico, want dat neemt alle prikkels om verstandig met de eigen zorg om te gaan weg.

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl