

# Samenvatting Rapportage Business Case Eerstelijns diagnostiek

Plexus heeft recent in opdracht van VWS een model gemaakt waarmee de bezuinigingen berekend kunnen worden als de eerste lijnsdiagnostiek wordt versterkt. Afhankelijk van de gekozen aannamen blijken 600 miljoen tot 1,2 miljard euro aan besparingen mogelijk. Erik-Jan Vlieger heeft op verzoek van de MemoRad-redactie een samenvatting gemaakt van het rapport.

P. Algra, namens redactie MemoRad



ERIK-JAN VIEGER

Hieronder een beknopte samenvatting van een rapport dat Plexus heeft geschreven voor het ministerie van VWS, 'Rapportage Business Case Eerstelijns diagnostiek', van december 2010. Dit rapport schetst een mogelijk ander landschap voor de diagnostiek in Nederland, met een uitgebreidere rol van onder andere radiologen in de toegang tot medisch-specialistische zorg in de tweede lijn. Het rapport kan worden gedownload van de website van Plexus ([www.plexus.nl](http://www.plexus.nl)).

## SAMENVATTING VAN HET RAPPORT

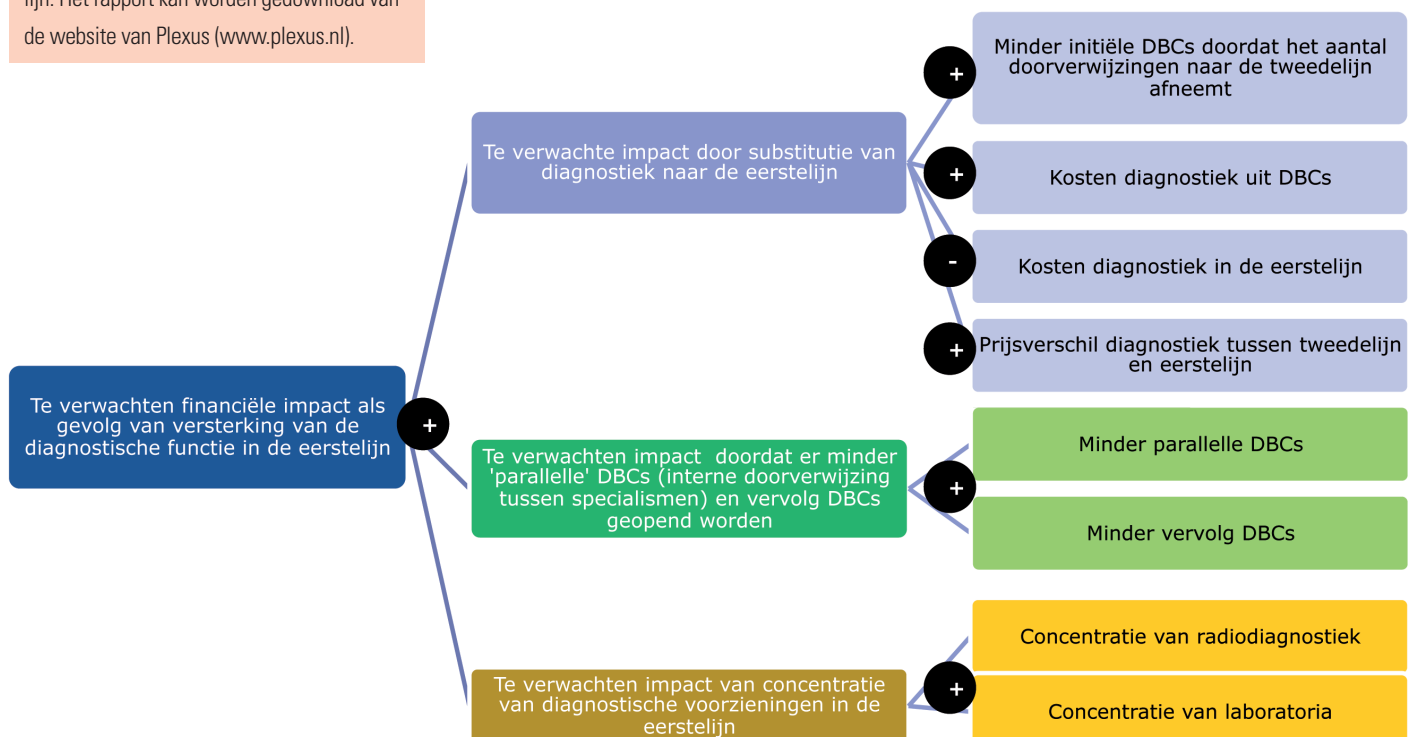
De diagnostische sector in Nederland kenmerkt zich door een versnipperd aanbod. Aanbieders zijn verdeeld over eerste en tweede lijn, met ieder eigen regelgeving en bekostigingsmethodieken. Ziekenhuizen beschikken over eigen laboratoria, voorzieningen voor beeldvorming (van echo tot MRI) en functieonderzoek (ECG, longfunctie); een groot deel van die ziekenhuizen levert ook diagnostiek voor de eerste lijn (met name op aanvraag van de huisarts). Daarnaast is er een twintigtal eerstelijnslaboratoria die labonderzoek en functieonderzoek leveren, en zijn er verschillende centra voor beeldvormende diagnostiek.

Plexus heeft voor het ministerie van VWS onderzocht in hoeverre een optimalisering van de inrichting en bekostiging van de eerstelijnsdiagnostiek kan leiden

tot besparingen, met behoud van kwaliteit. De huidige bekostiging mist goede prikkels om schaalvoordelen te behalen of de kwaliteit/prijs-verhouding te optimaliseren. Buitenstaanders spreken van een 'archaïsche structuur', waarbij de bedrijfsvoering sterk is achter geraakt bij de internationale ontwikkelingen. Omdat er in de diagnostiek in de eerste lijn en de ziekenhuizen tezamen 3 miljard euro omgaat, is het belangrijk om dit onderwerp de aandacht te geven die het verdient.

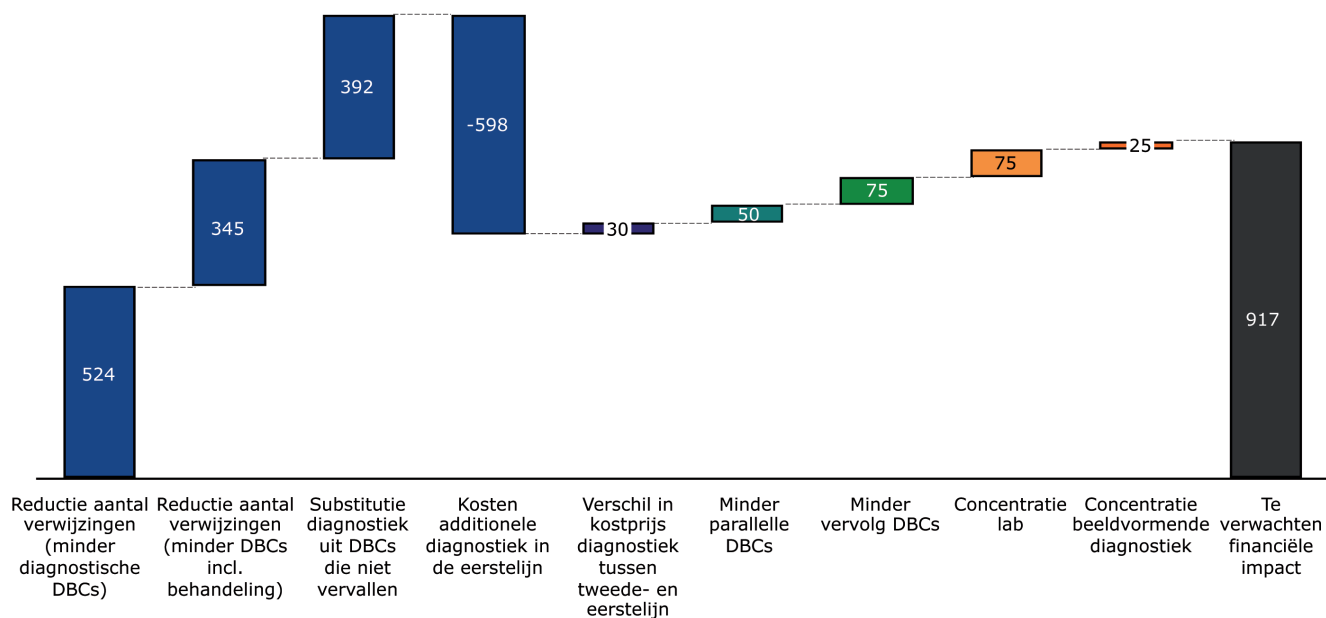
In het onderzoek blijkt dat er ruimte is voor significante besparingen. Die besparingen bestaan uit de volgende onderdelen (zie *Figuur 1* en *2*):

- Versterking van de diagnostische functie in de eerste lijn maakt een forse reductie mogelijk van het aantal verwijzingen voor primair diagnostische vragen. Dit levert een kostenreductie op van 380 tot 665 miljoen euro aan primair



**Figuur 1.** Deze figuur toont alle mogelijke besparingen die in de tekst verder worden toegelicht.

Progressief	665	421	357	-600	30	64	101	75	25	1141
Conser- vatief	382	268	428	-596	30	36	48	75	25	692
Component	1	2	3	4	5	6	7	8	9	



**Figuur 2.** Deze figuur toont de omvang van de besparingen uit figuur 1.

diagnostische DBC's die niet meer geopend zullen worden (component 1 in *Figuur 2*). Er zijn veel voorbeelden van mogelijke taken die een huisarts zelf kan afhandelen als hij beschikt over meer diagnostische voorzieningen, zoals echodiagnostiek, hartritmediagnostiek, enzovoort. De aanname is hier echter niet dat alle eerstelijnsdiagnostiek door de huisarts kan of dient te worden geïnterpreteerd, maar dat specialistische expertise in de eerstelijnscontext beschikbaar is. Dit kan verschillende vormen aannemen: het kan gaan om een consultatieve rol, waarbij de specialist beschikbaar is om zorginhoudelijke vragen van een huisarts te beantwoorden, of om het daadwerkelijk interpreteren van de diagnostische resultaten door de specialist in het geval van bijv. complex functieonderzoek.

- Naast de genoemde 380 tot 665 miljoen euro betekent een versterking van de diagnostische functie in de eerste lijn ook dat een aanvullende 360-430 miljoen euro aan diagnostiek uit de medisch-specialistische zorg (de DBC's) naar de eerstelijnscontext wordt gesubstitueerd (component 3).
- De reductie van het aantal verwijzingen voor diagnostische vragen heeft drie effecten:
  1. Het aantal mensen dat volgend op de diagnostiek in het ziekenhuis een behandeling ondergaat zal afnemen. Nu is het zo dat de indicatiestelling van een interventie en de baten van die interventie bij de medisch-specialistische zorg liggen. Dit leidt tot

het fenomeen van 'praktijkvariatie', waar Plexus eerder (ook in opdracht van VWS) onderzoek naar heeft gedaan ([www.plexus.nl/praktijkvariatie\\_in\\_de\\_nederlandse\\_ziekenhuis\\_sector-0024000104110005.aspx](http://www.plexus.nl/praktijkvariatie_in_de_nederlandse_ziekenhuis_sector-0024000104110005.aspx)). Een verbetering van de poortwachtersfunctie geeft, door reductie van praktijkvariatie, een kostenreductie van 270 tot 420 miljoen euro (component 2).

2. Er is dan ook sprake van afname van parallel geopende DBC's. Bij veel patiënten wordt meer dan één DBC geopend; indien patiënten niet worden verwezen worden deze DBC's veelal ook niet geopend, ter waarde van 35 tot 65 miljoen euro (component 6).
  3. Er worden dan natuurlijk ook minder vervolgd-BBC's geopend; dit is ongeveer 50 tot 100 miljoen euro (component 7).
- Als er diagnostiek naar de eerste lijn wordt gesubstitueerd, dan kost dat in de eerste lijn ongeveer 600 miljoen euro extra (component 4). Daarbij is rekening gehouden met extra inzet van medisch specialisten.
  - De diagnostische voorzieningen kunnen in de 'backoffice' (de laboratoria, de routinematige uitvoering en interpretatie van beeldvormende technieken) veel sterker geconcentreerd worden dan op dit moment het geval is. Dit levert een kostenreductie op van 100 miljoen euro (waarvan 75 miljoen euro voor de laboratoria en 25 miljoen euro voor de radiodiagnostiek; component 8 en 9).

## NOODZAKELIJKE BELEIDSTAPPEN

Om de voordelen te realiseren die hierboven genoemd worden, beschrijft Plexus in het rapport drie beleidsstappen:

1. Samenvoegen van de drie eerstelijns diagnostische budgetten tot één diagnostisch budget, volledig risicodragend voor zorgverzekeraar. Dat betekent dus ook het uit het A-segment halen van het eerstelijns diagnostieksegment. Ziekenhuizen die deze diagnostiek voor de eerste lijn willen blijven leveren dienen deze activiteiten qua financiering en organisatievorm duidelijk gescheiden van de eigen ziekenhuisdiagnostiek aan te bieden.
2. Introduceren vrije prijsvorming. Ontbreken van reserves bij EDC's hoeft geen beletsel te zijn, omdat goede businesscases op financiering van banken kunnen rekenen. NZa/NMa moeten toezien op ongeoorloofde kruissubsidiëring.
3. Parallel hieraan: verminderen ex-post risicoverevening zorgverzekeraars i.v.m. curatieve zorg, en introductie prestatiebekostiging ziekenhuizen. Beide zijn essentieel om de juiste transparantie en prikkels te introduceren voor zorgverzekeraars om ook op praktijkvariatie te kunnen sturen.

**Erik-Jan Vlieger**

Managing partner Plexus