



centra voor
medische
diagnostiek

**SAN Medische diagnostische centra
zijn cruciaal voor nabije, zinnige
en zuinige zorg in de eerste lijn**

Nu en in de toekomst



pwc

SAN-leden zijn:

- Regionale organisaties met een pluriform diagnostisch en ondersteunend pakket
- Werkzaam in de eerstelijns- en transmurale gezondheidszorg
- Maatschappelijke ondernemingen
- Een sterk accent op kwaliteit en op de service aan huisartsen en patiënten
- Ook met ondersteunende ICT voor de huisartsenpraktijk



**centra voor
medische
diagnostiek**

Inhoud

Geachte lezer	3
Samenvatting	5
1 SAN MDC's bieden een onmisbare bijdrage in de eerstelijns zorg- en dienstverlening	11
2 SAN MDC's zijn cruciaal in de nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn: nu en in de toekomst	15
3 Invulling van de randvoorwaarden voor een gelijk speelveld stimuleert verschuiving van de tweede naar eerste lijn	21
Bijlagen	
A Markt voor eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010	28
B Factsheet: SAN Medisch diagnostische centra zijn essentieel voor Nabije, Zinnige en Zuinige zorg	30
Ledenlijst	32



Geachte lezer

SAN is de brancheorganisatie voor de medische diagnostiek. Leden zijn artsenlaboratoria en medische diagnostische centra. Zij bieden eerstelijnsdiagnostiek in alle aspecten. Van bloedafname in de prediagnostische fase tot een consult naar de aanvrager in de postdiagnostische fase. Daarnaast bieden veel centra ondersteuning bij ketenzorg. Een aanbod dat past bij de eisen van vandaag en inspeelt op de vraag van morgen.

Juist vanwege de toenemende zorgvraag is eerstelijnsdiagnostiek van groot belang. Verschuiving van de groei van de tweede- naar de eerstelijnsdiagnostiek leidt tot substantiële kostenbesparingen. Daarnaast is eerstelijnsdiagnostiek dicht bij de patiënt, laagdrempelig en van hoge kwaliteit. Met goede service naar de verwijzers, waaronder snelle uitslagen, waardoor gelijk kan worden gestart met een adequate behandeling.

SAN heeft aan PwC gevraagd een rapport op te stellen over de positie van de medisch diagnostische centra. PwC heeft zich uiterst bekwaam gekwetend van deze taak. Wij willen de bevindingen

graag met u delen. Daarom hebben we besloten de position paper integraal op te nemen in dit boekje. Zelf hebben we bijlage A en B daaraan toegevoegd. Dit heeft geleid tot een totaalbeeld van de positie en het belang van medisch diagnostische centra.

Veel leesplezier toegewenst.

Chiel Bos,
voorzitter SAN

BOROSILICATE GLASS 3.3
Produktionstechnik S.

WESTERN
GERMANY

DIN

A

In

20°C

2000

±0.60ml

Samenvatting

SAN Medisch Diagnostische Centra (MDC's) zijn essentieel voor nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn. Zij hebben een landelijk, laagdrempelig en fijnmazig netwerk en bieden een breed portfolio van medische diagnostiek: klinische chemie, medische microbiologisch en pathologisch onderzoek, al dan niet in combinatie met functieonderzoek. Veel MDC's verzorgen daarnaast ook een trombosedienst. In samenwerking met andere eerste lijnsaanbieders bieden de centra een 'one stop shop'. De centra zijn namelijk de toegangspoort voor alle medische diagnostiek in de eerste lijn: van de afname (prikken) ofwel de pre-diagnose tot en met een (medisch specialistisch) consult naar de aanvrager in de postdiagnose fase. Veel centra ondersteunen daarnaast hun aanvragers met facilitaire dienstverlening voor (grootschalige) ketenzorg, zoals geboden wordt voor diabetes, astma/COPD en hartfalen en bieden deskundigheidsbevordering in de vorm van nascholing en opleiding. Door deze 'totaaloplossing' bieden zij een grote meerwaarde aan de eerstelijnszorg- en dienstverlening en onderscheiden de SAN MDC's zich van buitenlandse en commerciële aanbieders. De belangrijkste aanvragers van de MDC's zijn eerstelijnsaanbieders als de huisarts, zorggroepen en verlos-

kundigen. MDC's dragen door hun fijnmazige structuur daadwerkelijk bij aan het overheidsbeleid om de zorg voor de patiënt in de eerste lijn zo dicht mogelijk bij de thuissituatie te organiseren.

SAN MDC's dragen bij aan innovatie en het stimuleren van ondernemerschap in de sector van medische diagnostiek. Zij bieden door nieuwe initiatieven en een proactieve houding in landelijke initiatieven als de opzet van keten-DBC's countervailing power aan de tweede lijn. Voortdurend worden nieuwe technieken ontwikkeld en gebruikt om het areaal van diagnostische mogelijkheden in de eerste lijn verder uit te breiden. Belangrijke recente verbeterlagen in de dienstverlening van MDC's zijn het verder optimaliseren van de huidige totaaloplossing, het bieden van een 'one-stop-shop' en het realiseren van efficiencylagen en logistieke oplossingen.

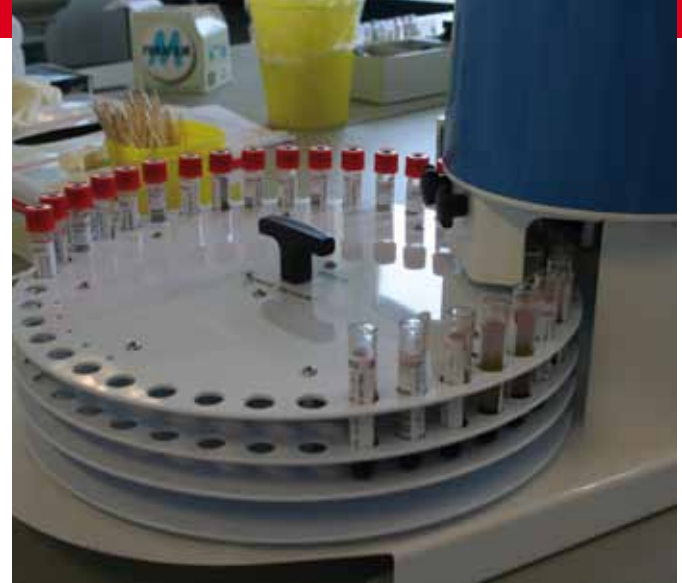
De SAN-leden zien een grotere rol binnen de sector van eerstelijnsdiagnostiek weggelegd dan hen nu is gegeven. De geraamde uitgaven in de markt van eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010, omvat naar schatting van de SAN-leden circa € 760 mil-



joen (zie bijlage A). Deze eerstelijnsdiagnostiek wordt momenteel zowel in de medisch diagnostische centra als in ziekenhuizen of bij huisartsen aangeboden. De vier grootste SAN-leden hebben een totale begrote opbrengst van circa € 100 miljoen (bron: jaarrekening 2009). De MDC's kunnen de groei in vraag naar eerstelijnsdiagnostiek op een efficiënte en kwalitatief hoogwaardig manier opvangen. Deze mogelijkheden liggen op korte termijn voornamelijk in de functieonderzoeken, zoals bijvoorbeeld de echo's en de fundusfoto's, die per jaar veelal buiten de MDC's worden uitgevoerd.

Een nodige besparing op de macrokosten is te realiseren door verschuiving van de groei in (eerstelijns) diagnostiek, uitgevoerd in de tweede lijn, naar de eerste lijn. MDC's hebben geen rol en belang in verwijzing van de patiënt naar een andere zorgverlener of de tweede lijn. Zij zijn gepositioneerd om het onderscheid diagnostische aanvraag en verwijzing te borgen. Kosten ontstaan ook door onnodige doorverwijzing naar de tweede lijn. De toenemende vraag naar diagnostiek kan door de scheiding tussen diagnostiek en verwijzing resulteren in groei in de eerste lijn in plaats van in de tweede lijn. Hierdoor wordt de groeiende vraag naar diagnostiek efficiënt en effectief opgevangen.

Allereerst kunnen de zelfstandige eerstelijns-MDC's de nu al relatief flexibele en efficiënte inrichting van de werkprocessen, logistiek en infrastructuur verder verbeteren, zoals zij de afgelopen jaren ook hebben laten zien. Een verdere opschaling van de aanwezige productiecapaciteit, met behoud van het fijnmazige decentrale netwerk, kan extra efficiencyvoordelen geven. De SAN-leden willen hun bedrijfsprocessen verder optimaliseren om meer productie tegen gelijkblijvende of lagere kosten te bieden



met behoud van kwaliteit. De eerstelijnslaboratoria bieden hoogwaardige producten, zijn allen CCKL gecertificeerd en werken volgens de normen en richtlijnen van de eerstelijnsberoepsgroepen (NHG en SAN). Zij werken daarmee te allen tijde geprotocolleerd.

Daarnaast heeft de als *zinnige en zuinige* aangeduide zorg in eerstelijns-MDC's een andere context dan die in ziekenhuizen: binnen eerstelijns-MDC's is namelijk geen sprake van DBC's en behandelcomponenten. De eerstelijns-MDC's zorgen voor een strikte scheiding tussen het aanvragen van eerstelijns medische

diagnostiek en het verwijzen van de patiënt voor nader onderzoek en behandeling in de tweede lijn. Deze knip tussen diagnostiek en behandeling stimuleert een verschuiving van tweede naar eerste lijn: de eerstelijns-MDC's zorgen dat de patiënt alleen indien nodig door de zorgverlener wordt doorverwezen naar de tweede lijn, wat vanzelfsprekend direct leidt tot besparing. Indien diagnostiek in het ziekenhuis plaatsvindt, kan dit direct leiden tot het openen van een DBC (zogenaamde 'hand-shake DBC') met als gevolg dat honorarium en kosten worden gedeclareerd en behandeltrajecten worden opgestart. Dit dient zoveel mogelijk te

worden voorkomen, zodat onnodige kosten worden beperkt. Een zorgverlener dient geen financieel belang te hebben bij diagnostiek aanvragen en verwijzen. Dit werkt de verkeerde prikkels met als gevolg een toename van 'onnodige zorg' in de hand.

De sector kent momenteel een grote diversiteit in de bekostiging van de verschillende aanbieders van medische diagnostiek, waardoor een gelijke en passende bekostiging ontbreekt. Eerstelijns-MDC's zijn begrotingsgefinancierd; voor ziekenhuizen geldt dat zij volgens een driecompartimentenmodel afrekenen, waarbij de eerstelijnsopbrengsten volledig vrije opbrengsten zijn voor de ziekenhuizen en specialisten. Ook gelden voor huisartsen andere tarieven voor dezelfde diagnostiek (via zogenaamde M&I-modules). De gezondheidszorg heeft baat bij een juiste afstemming tussen en tarieven om een evenwichtige marktontwikkeling tussen aanbieders, waaronder SAN-leden tot stand te brengen. De SAN-leden staan garant voor hoogwaardige kwaliteit tegen lage kosten.

De hybriditeit van de bekostiging en andere perverse prikkels maken dat er nu geen 'level playing field' is en niet alle kansen, zoals het realiseren van besparing op de laboratoriumdiagnostiek, waar die ook wordt uitgevoerd, en de groei hierin, worden benut.

Om ook in de toekomst een belangrijke bijdrage aan doelmatigheid en kwaliteit in de eerstelijnszorg- en dienstverlening te kunnen leveren, heeft de eerste lijn en de MDC's in het bijzonder het volgende nodig, zodat om een 'eerlijk' speelveld te creëren (level playing field):

- a De mogelijkheid tot opbouw van een vrij besteedbaar eigen vermogen voor alle MDC's en/of een tussenvorm in een overgangperiode waarbij een 'opbouwmogelijkheid' bestaat, waarbij de aanwending voor zorg buiten kijf is:
 - i reserve opbouwen om te investeren en risico's te lopen;
 - ii gelijke normen voor alle partijen: 'level playing field'.
- b Een uniform bekostigingssysteem gerelateerd aan prestatie en kwaliteit:
 - i Functiegerichte bekostiging: uniforme tarieven/bekostiging voor alle aanbieders van medisch diagnostiek;

- ii Keten DBC: een integraal tarief voor de gehele zorg- en dienstverlening.
- c Een bekostigingssysteem zonder ongefundeerde historische tarieven:
 - i Eenduidigheid over het hanteren van honorariumtarieven;
 - ii Een tariefsysteem dat gebaseerd is op feitelijke kosten (zowel voor de laboratoriumanalyses, als voor de functie-onderzoeken;
 - iii Een onderscheid tussen huisbezoek, afname-, order- en analysetarief:
 - Een reële vergoeding voor consult, 'handling' en registratie, die nu uit het zogenaamde ordertarief gedekt moeten worden.
- d Een risicovereeningssysteem dat de eerste en tweede lijn gelijkwaardig behandelt.
- e Inkoop volgens één kader voor de laboratoriumdiagnostiek: inkoop op basis van 'eerlijke' prijs-kwaliteit verhouding, dus zonder voor- of nadelen voor bepaalde partijen door de hybriditeit in het bekostigingssysteem.





1 SAN MDC's bieden een onmisbare bijdrage in de eerstelijnszorg- en dienstverlening

1.01 SAN MDC's bieden een onmisbare bijdrage in de eerstelijnszorg- en dienstverlening. Dankzij hun fijnmazige netwerk van laagdrempelige centra, een breed portfolio van medische diagnostiek met deskundigheidsbevordering en een efficiënte organisatie, bieden zij een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige 'state of the art' dienstverlening aan eerstelijnszorgaanbieders als huisartsen en verloskundigen.

SAN MDC's hebben een landelijke dekking

1.02 De SAN kent 23 leden verspreid over Nederland, waarbij een concentratie in de Randstad waarneembaar is. Deze leden dragen zorg voor een landelijke dekking van medische diagnostiek in de eerste lijn. De SAN-leden zijn zowel zelfstandige MDC's als centra gelieerd aan een ziekenhuis. Daarnaast bestaan enkele zelfstandige MDC's ten behoeve van de eerste lijn, die niet zijn aangesloten bij de SAN.

1.03 De SAN-leden zien een grotere rol binnen de sector van eerstelijnsdiagnostiek weggelegd dan hen nu is gegeven. De ge-

raamde uitgaven in de markt van eerstelijnsdiagnostiek en trombosezorg in 2010, omvat naar schatting van de SAN-leden circa € 760 miljoen (zie bijlage A). De vier grootste SAN-leden kenden in 2009 een totale begrote opbrengst van circa € 100 miljoen (bron: jaarrekening 2009). De SAN MDC's bieden op dit moment vooral laboratoriumdiagnostiek (klinische chemie). Hun diagnostisch portfolio wordt in samenspraak met de verschillende aanvragers in de eerste lijn proactief en in snel tempo verder uitgebreid en verbeterd vormgegeven. Vooral veel functieonderzoeken worden nu nog in de tweedelijns aangeboden, terwijl deze vorm van medische diagnostiek ook in de eerste lijn kan plaatsvinden.

SAN MDC's bieden een totaaloplossing

1.04 SAN MDC's bieden een totaaloplossing: een combinatie van een prediagnostische (prik-), diagnostische (analyse-) en postdiagnostische (consult)fase. Dit is onderscheidend voor de eerstelijnaanbieders ten opzichte van de meeste buitenlandse aanbieders van medische diagnostiek die vaak enkel de diagnostische fase uitvoeren. De bekostigingsstructuur in Nederland

zou hier ook bij aan moeten sluiten, dit is nog niet het geval: Een onderscheid tussen huisbezoek-, afname-, order- en analysetarief zou passend zijn, waarbij het ordertarief reële dekking dient te bieden voor de werkelijke resultaten (output) van de consult, 'handling' en registratiefunctie.

1.05 De prediagnostische fase omvat de verzameling van het te analyseren materiaal. Dit wordt gerealiseerd door middel van een decentraal netwerk met een landelijke dekking. Dit geldt ook voor de regio's waar dit minder rendabel is maar wel een grote maatschappelijke meerwaarde heeft. De SAN MDC's transporteren het te analyseren materiaal naar de laboratoria. Mede gezien de grote omvang van het netwerk en tijdsdruk, vergt het transport een efficiënte logistieke organisatie. Dit is door de MDC's goed en efficiënt georganiseerd, ook andere partijen zoals ziekenhuizen maken gebruik van het netwerk.

1.06 In de diagnostische fase wordt het materiaal door professionals verwerkt en geanalyseerd in een CCKL gecertificeerd centraal laboratorium met een efficiënt en zoveel mogelijk gerobotiseerde infrastructuur. In het laboratorium wordt te allen tijde

een gestandaardiseerde en geprotocolleerde werkwijze volgens de (NHG- en SAN-) richtlijnen gehanteerd. Dit is een norm die door alle SAN-leden wordt gehanteerd om de kwaliteit van alle producten te borgen.

1.07 Na analyse worden de resultaten gepresenteerd in de postdiagnostische fase. De SAN MDC's werken in deze fase nauw samen met klinisch chemici, die veelal in dienst zijn van het centrum, en medisch specialisten op afroep. In overleg met de aanvrager kan en wordt, indien gewenst, een medisch specialistische beoordeling gegeven.

1.08 Daarnaast vervullen de SAN MDC's een belangrijke rol in regionale netwerken. Veel centra werken nauw samen met en bieden facilitaire ondersteuning aan zorggroepen, individuele huisartsen, verloskundigen en andere eerstelijnszorgaanbieders, onder andere op het gebied van ketenzorg voor chronisch zieken. Daarnaast geven zij opleiding en nascholing aan huisartsen, verloskundigen en hun assistenten over medische diagnostiek. Ook reflecteren de centra op het aanvraaggedrag van huisartsen om een doelmatige eerste lijn te borgen. De toegevoegde waarde

van de MDC's ten aanzien van deskundigheidsbevordering en bevordering van doelmatig aanvraaggedrag in de eerste lijn is hierdoor groot.

1.09 MDC's hebben vrijwel allemaal samenwerkingsverbanden met laboratoria gericht op microbiologie, pathologie en worden specialistische bepalingen onderling uitgewisseld of aan andere laboratoria uitbesteed. Dit om als eerste aanspreekpunt op medische diagnostiek een 'compleet' aanbod aan de klant/aanvrager te kunnen bieden.





2 SAN MDC's zijn cruciaal in de nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerste lijn: nu en in de toekomst

2.01 Zoals genoemd in Hoofdstuk 1, bieden de SAN MDC's een combinatie van een prediagnostische- (prik-), diagnostische- (analyse-) en postdiagnostische (consult)fase. Deze totaaloplossing is cruciaal voor het bieden van *nabije*, *zinnige*, en *zuinige* zorg door eerstelijnszorgaanbieders. Omdat de MDC's *nabije*, *zinnige*, en *zuinige* zorg in hun eigen dienstverlening en in de samenwerking met aanvragers en aanpalende partijen in de keten proactief blijven bekrachtigen en versterken, spelen zij een essentiële rol in de zorg in de eerste lijn en de zorgsector in brede zin.

2.02 Ten aanzien van *nabije* zorg bieden de MDC's ook in de toekomst een belangrijke meerwaarde. SAN MDC's behouden hun fijnmazige netwerk en versterken deze door de al laagdrempelige dienstverlening nog meer af te stemmen op en met de individuele patiënt en de gegroepeerde eerstelijnszorgaanbieders. Daarbij stimuleren de MDC's 'patient self management' (PSM), door de patiënt zoveel mogelijk ook digitaal te ondersteunen bij zijn of haar keuzes. De informatievoorziening wordt zo goed mogelijk op de patiënt afgestemd, dit geldt ook voor de mogelijkheden en toegang tot het elektronisch patiëntendossier, met behoud van privacy uiteraard.

2.03 In samenwerking met andere zorgaanbieders wordt gewerkt aan de beste oplossingen. Denk hierbij aan het verzorgen van de logistieke dienstverlening door MDC's, het bieden van diagnostiek en het openen van een prikpost in het gebouw van een zorgaanbieder, maar ook door het bieden van deskundigheidsbevordering op maat. Mede gezien ontwikkelingen als het toenemend aantal chronisch zieken en vergrijzing, breiden MDC's, het diagnostisch portfolio steeds verder uit met functie-onderzoeken als fundusfoto's, ECG's en echo's om op deze manier ook andere vormen van diagnostiek laagdrempelig, effectief en doelmatig in de eerstelijns aan te bieden, met behoud van kwaliteit. Hierdoor is en blijft de medisch diagnostische dienstverlening voor zowel patiënt als aanvrager laagdrempelig. MDC's handelen vanuit cliëntperspectief en hechten veel waarde aan een kwalitatief goede patiëntgerichte dienstverlening. Momenteel wordt ongeveer 10% van de patiënten thuis geprikt. Naar verwachting zal het percentage patiënten dat thuis wordt geprikt toenemen, gezien de toenemende vergrijzing en de toenemende wens van de patiënt om de zorg en dienstverlening zelf te organiseren.



2.04 Vergrijzing en het toenemend aantal chronisch zieken leggen een steeds zwaarder beslag op de gezondheidszorguitgaven. Volgens het Centraal Planbureau (CPB) behelzen deze uitgaven in 2011 9,3 procent van het Bruto Binnenlands Product (BBP). In 2040 zal dit percentage stijgen naar 13,1 procent. De vergrijzing heeft ook grote consequenties voor de personeelsbezetting in de zorg. De personele behoefte in de zorg groeit sneller dan het totale arbeidsaanbod in Nederland, waardoor de zorgsector alle zeilen moet bijzetten om noodzakelijke zorg te kunnen blijven leveren. Meer zorg in de kwalitatief goede en efficiënt georganiseerde eerste lijn draagt hieraan bij.

2.05 Wat betreft *zinnige* zorg, vervullen MDC's al een belangrijke rol in regionale netwerken onder andere bij het opzetten en verder vormgeven van ketenzorg voor ouderen en chronisch zieken als diabetici, COPD- en hartpatiënten. Vroegsignalering en preventieprogramma's zijn hierbij van belang. De centra zijn goed gepositioneerd om de huisartsen en andere eerstelijnsaanbieders goed te ondersteunen. Zij werken hierbij nauw samen met de aanvragers en andere eerstelijnszorgaanbieders, maar

MDC's dragen bij aan kwaliteitsverbetering in de eerste lijn

ook met ziekenhuizen en andere aanbieders in de tweede lijn. Gezamenlijk wordt aan oplossingen gewerkt om de vergrijzing en het toenemend aantal chronisch zieken op een effectieve en doelmatige manier met minder personeel het hoofd te bieden. Deze samenwerking zal in de toekomst steeds sterker en belangrijker worden. De MDC's willen hier een proactieve en regisserende rol in vervullen. Door het bieden van deskundigheidsbevordering in de vorm van nascholing, opleiding en reflectie op aanvraaggedrag (DTO), dragen zij bij aan kwaliteitsverbetering in de eerste lijn. Verder fungeren zij als spin in het web dankzij hun ondernemersgeest en efficiënte logistieke netwerk.

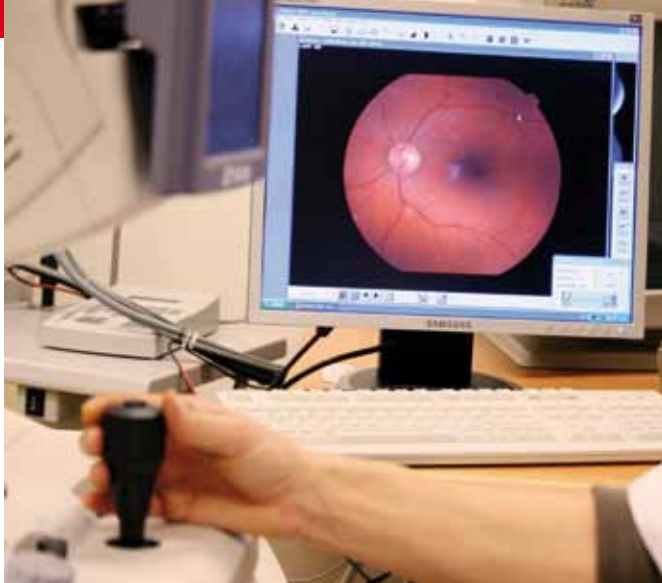
2.06 Alle leden van de SAN zijn, zoals al eerder vermeld, CCKL gecertificeerd en werken te allen tijde volgens de normen en richtlijnen van de eerstelijns beroepsgroepen (NHG en SAN). Zij borgen hierdoor een hoogwaardige kwaliteit en een gestandaardiseerde manier van werken.

2.07 Ten aanzien van *zuinige zorg* spelen vooral drie aspecten: een optimale en efficiënte bedrijfsvoering met lage overheadkos-

ten in zelfstandige MDC's, een scheiding tussen diagnostiek en verwijzing, waarbij de zorg en dienstverlening zo lang mogelijk in de eerste lijn blijft en sturing op aanvraaggedrag. Deze sturing geven de MDC's op twee manieren, via het probleem georiënteerd aanvraagformulier (feed forward)¹ en het diagnostische toets overleg (feed back)².

2.08 De toekomst van de medisch diagnostische ligt centra in het verder optimaliseren en effectueren van de dienstverlening. Door standaardisering en verbetering van de logistiek, bieden zij

- 1 Een aantal verenigingen, te weten NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), NVKC (de Nederlandse vereniging voor Klinische Chemie en Laboratorium Geneeskunde), NVMM (de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie) en de SAN hebben een probleemgeoriënteerde aanvraagformulier opgesteld waarin voor 25 vaak voorkomende problemen een aanbeveling wordt gedaan welke testen hierbij aan te vragen. Deze aanbevelingen zijn gedaan op basis van de huidige stand van de wetenschap; standaarden, richtlijnen, artikelen.
- 2 Het MDC verzamelt gegevens per aanvrager. In een overleg met de aanvragers maximaal 10 wordt per probleem besproken hoeveel testen er hoe vaak wordt aangevraagd, wat de uitkomsten zijn gerelateerd aan leeftijd en geslacht en wat de norm (NHG standaard) hierover zegt. Op deze bijeenkomsten worden afspraken gemaakt. Deze afspraken worden na een jaar weer op basis van cijfers geëvalueerd.



meer doelmatige en efficiënte organisatorische oplossingen, al dan niet in samenwerking met andere partijen. Momenteel leveren SAN MDC's eerstelijns medische diagnostiek in een efficiënte vorm: zij hebben voldoende capaciteit om medische diagnostiek ten behoeve van de eerste lijn in relatief grote volumes te leveren en hebben hun werkprocessen en infrastructuur efficiënt georganiseerd. De leden beschikken bijvoorbeeld ook over relatief goedkope gebouwen en streven naar een minimale staf (overhead). Bovendien houden zij de kosten laag door medisch specialistische beoordelingen alleen uit te voeren indien noodzakelijk.

2.09 De SAN MDC's maken aanvullende efficiëncyslagen en doen meer met minder mensen, door verdergaande standaardisering van processen en werkwijzen en robotisering dat leidt tot een daling van het benodigd aantal laboranten. MDC's zoeken onderlinge samenwerking om diagnostische bepalingen efficiënter uit te voeren, door deze te lateralisieren en te specialiseren. Daarnaast wordt de backoffice, waar de laboratoriumanalyse plaatsvindt, verder gecentraliseerd en geconcentreerd om schaalvoordelen te realiseren.

2.10 Het uitgebreide aanbod van medische diagnostiek in combinatie met andere laagdrempelige zorgvormen, in samenwerking met zorgpartners, stelt patiënten in staat om langer zorg- en dienstverlening te krijgen in de eerste lijn. Deze zogenaamde 'one-stop-shop' creëert een laagdrempelige, toegankelijke dienstverlening en een strikte scheiding tussen het aanvragen van eerstelijns medische diagnostiek en het verwijzen van de patiënt voor nader onderzoek en behandeling in de tweede lijn. De knip tussen diagnostiek en behandeling stimuleert een verschuiving van tweede naar eerste lijn. MDC's hebben name-

lijk geen rol en belang in verwijzing van de patiënt naar een andere zorgverlener of de tweede lijn. Zij zijn gepositioneerd om het onderscheid diagnostische aanvraag en verwijzing te borgen. Kosten ontstaan vooral door onnodige doorverwijzing naar de tweede lijn. Vooral bij het uitvoeren van functieonderzoek in de tweedelij is deze kans op 'onnodige' kosten aanwezig. Dit komt doordat DBC's (zogenaamde 'hand-shake' DBC) worden geopend terwijl dit niet gewenst of noodzakelijk is: kwalitatief vergelijkbare zorg kan goedkoper in de eerstelij worden geleverd. Door de knip van diagnostiek en behandeling wordt voorkomen dat 'onnodig' een DBC wordt geopend, met als gevolg dat honorarium en kosten worden gedeclareerd en behandeltrajecten worden opgestart. Daarbij kan groei in de eerste lijn in plaats van in de tweede lijn worden gerealiseerd, om de toenemende vraag naar diagnostiek efficiënt en effectief op te vangen. Een zorgverlener dient geen financieel belang te hebben bij diagnostiek aanvragen en verwijzen. Dit werkt de verkeerde prikkels met als gevolg een toename van 'onnodige' in de hand.



3 Invulling van de randvoorwaarden voor een gelijk speelveld stimuleert verschuiving van de tweede naar eerste lijn

3.01 Het is evident dat SAN MDC's een belangrijke speler in de eerste lijn zijn. Om deze rol optimaal te blijven vervullen, is het invullen van een aantal randvoorwaarden noodzakelijk. Enkele van deze randvoorwaarden hangen samen met de vormgeving van het bekostigingssysteem en liggen buiten het directe bereik van de SAN MDC's of andere spelers in het veld.

Een gelijk speelveld stimuleert bijdrage aan nabije, zinnige en zuinige zorg in de eerstelijns medische diagnostiek

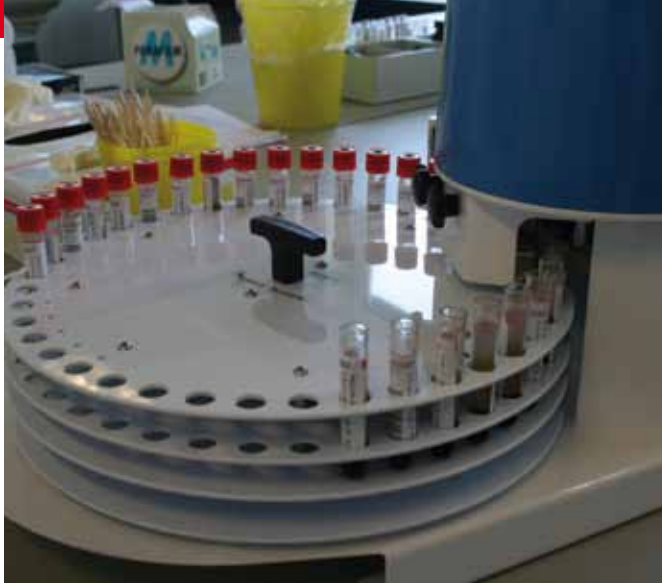
3.02 SAN MDC's achten een gelijk speelveld in de medische diagnostiek noodzakelijk. Dit betekent onder andere gelijke kansen ten aanzien van de financiële uitgangspositie en de toetreding op de markt voor alle aanbieders van eerstelijns medische diagnostiek.

3.03 De sector kent een grote diversiteit in de bekostiging van de verschillende aanbieders van medische diagnostiek, waardoor een gelijke en passende bekostiging ontbreekt. Eerstelijns-MDC's zijn begrotingsgefinancierd, met analyse- en ordertarieven (sluit-

tarief). Voor ziekenhuizen geldt dat zij volgens een driecompartimentenmodel afrekenen³. Voor de ziekenhuizen en specialisten zijn de eerstelijnsopbrengsten volledig vrije opbrengsten. Daarnaast kunnen Zorggroepen profittarieven aanbieden. Ook gelden voor huisartsen andere tarieven voor dezelfde diagnostiek (via zogenaamde M&I-modules). Deze vormen zijn niet vergelijkbaar en waardoor er geen op voorhand eerlijke concurrentie is met gelijkgerichte prikkels.

3.04 Het bekostigingssysteem voor de eerstelijns-MDC's is verouderd en ontoereikend. De MDC's (SAN-leden) werken allemaal (ruim of minder ruim) onder het toegestane maximale ordertarief. Daarbij vindt compensatie plaats binnen de productie, aangezien het analysetarief relatief hoog is en de tarieven

- 3
- In het zogenaamde A-segment met landelijk vaste DBC-prijzen, factureren ziekenhuizen DBC's die dienen ter dekking van het FB-budget.
 - In het zogenaamde B segment met vrije prijzen, factureren ziekenhuizen DBC's die direct als opbrengst in de resultatenrekening komen. De medisch specialist wordt zowel in het A- als het B-segment gehonoreerd op basis van DBC's
 - De eerstelijnsopbrengsten van ziekenhuizen zijn volledig vrije opbrengsten voor de ziekenhuizen en specialisten.



voor bijvoorbeeld biometrie juist ontoereikend om de productie kostendekkend te kunnen uitvoeren. Het zijn geen integrale tarieven. SAN MDC's zien zich daarom breed genoodzaakt om de bestaande marges op laboratoriumdiagnostiek te benutten voor het geleden verlies op biometrie. Indien de centra begroten en betaald krijgen naar de functies die zij leveren en de tarieven meer in lijn liggen met de werkelijke integrale kostprijzen, kunnen de tarieven voor laboratoriumdiagnostiek en biometrie nivelleren. Momenteel worden doelmatige MDC's 'gestraft'. Zij zijn ten slotte verplicht om de, als gevolg van doelmatigheid, behaalde marge

terug te betalen. Een tariefsysteem dat geldt en gelijk is voor alle partijen die diagnostiek uitvoeren is gewenst en zelfs noodzakelijk om de groei in diagnostiek effectief en efficiënt op te vangen (juiste prikkels). Deze zou logischerwijs een onderscheid maken tussen huisbezoek-, afname-, order- en analysetarief, waarbij het ordertarief is opgebouwd uit een vergoeding voor de werkelijke resultaten (output) van: consult, 'handling' en registratie.

3.05 Verder werkt de huidige manier van financieren kruisfinanciering in de hand, waardoor potentieel oneerlijke concurren-

Eenduidige wijze van bekostiging is noodzakelijk voor de toekomst van de eerstelijnszorg, eerlijke concurrentie en doelmatigheid

tie ontstaat en perverse prikkels richting ondoelmatig aanvraag- en verwijsgedrag. De kruisfinanciering bij de MDC's betreft de huidige tariefopbouw van order- en sluittarief. Bij de ziekenhuizen betekent dit het heralloceren van de eerstelijnsfinanciering, waardoor zij lagere tarieven kunnen aanbieden door deze te compenseren met andere inkomsten. Kruisfinanciering of prikkels daarvoor belemmeren het bieden van meer patiëntgerichte en doelmatige zorg.

3.06 Ook kent het huidige systeem ongefundeerde historisch verschillende tarieven. Dit zijn bijvoorbeeld afspraken die vanuit historie gemaakt zijn over honoraria. Deze honoraria verschillen per medisch diagnostisch centrum, zonder dat hier een onderbouwing of duidelijke reden aan ten grondslag ligt. Dit is een aspect van oneerlijke concurrentie. Hierover dient helderheid en eenduidigheid te komen.

3.07 Een andere perverse prikkel in het systeem is het huidige risicovereveningssysteem. Theoretisch lopen zorgverzekeraars substantieel meer risico in de eerste dan in de tweede lijn, wat

leidt tot een perverse prikkel in het inkoopgedrag van zorgverzekeraars. Dit pakt overigens in de praktijk per regio en/of zorgverzekeraar anders uit, zo is de ervaring van SAN-leden.

3.08 Ook kan de samenwerking of concurrentie met buitenlandse aanbieders voordelen bieden. Deze samenwerking kan bijdragen aan doelmatigheid in de eerste lijn. De buitenlandse partijen begeven zich op dit moment (voor zover bekend) alleen op het analysegedeelte van de diagnostiek. De pre- en postdiagnose vindt door Nederlandse partijen plaats. Momenteel is er voor buitenlandse aanbieders geen prikkel om in Nederland behaalde winst in Nederland uit te keren of anderszins in te zetten, de behaalde winsten blijven bij de buitenlandse aanbieder. De toegevoegde waarde van deze concurrenten zou voor de Nederlandse gezondheidszorg groter zijn als ze zich geheel op de Nederlandse markt zouden begeven. De concurrentie die met de komst van deze partijen wordt gerealiseerd, geeft deze prikkel. Voor planbare en gestandaardiseerde medische diagnostiek, die de buitenlandse en commerciële partijen veelal bieden, is samenwerking een manier om doelmatigheid te bevorderen.



3.09 Een juiste systematiek van bekostiging kan patiëntgerichte zorg stimuleren. Een mogelijkheid hiervoor is het invoeren van een integraal tarief voor alle zorg- en dienstverlening binnen één zorgketen, waarvan de medische diagnostiek een onderdeel is. Deze financieringsstructuur bestaat al in de vorm van *keten-DBC's*, maar kan verder worden uitgebreid om resultaat te behalen in kwalitatieve en doelmatige zin. Doelmatigheid en kwaliteit kan verder worden bevorderd door de huisarts financieel verantwoordelijk te maken voor deze vorm van (eerstelijns) diagnostiek en behandeling. Hierbij is het tevens van belang dat er een kop-

pling komt van kwaliteit aan de prestatie. De huisarts kan deze afweging als aanvrager/klant het beste beoordelen.

3.10 Naast invoering van integrale tarieven voor keten-DBC's biedt *functiegerichte bekostiging* een oplossing. Dit is een vorm van prestatiebekostiging die enkel focust op de uitgevoerde prestatie en niet op de zorgaanbieder die deze prestatie uitvoert. Dit zal een impuls geven aan de herallocatie van de tweede naar de eerste lijn, waar de zelfde functie laagdrempelig en efficiënt kan worden uitgevoerd.

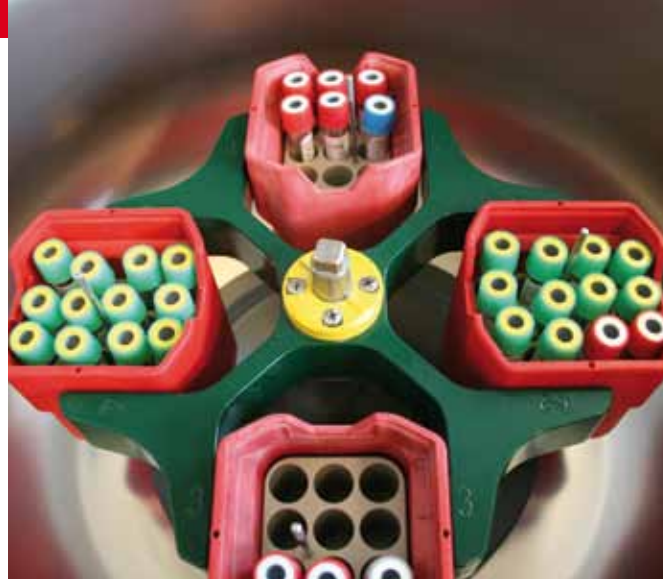
3.11 Om de ondernemersgeest te stimuleren en doelmatigheid te bewerkstelligen in de eerstelijns medische diagnostiek, dienen investeringen en innovatie financieerbaar te zijn en is het allereerst noodzakelijk om een *vrij besteedbaar eigen vermogen* op te bouwen, waarop principieel geen terugbetalingsverplichting rust aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben de keuze om een MDC te contracteren, dit is niet vanzelfsprekend. Om doelmatig en ondernemend te blijven moet geïnvesteerd kunnen worden door de MDC's. Daarnaast lopen MDC's in hun onderne-

merschap risico's, net als ziekenhuizen, hetgeen een vermogen vergt om deze te dekken/kunnen dragen.

Patiëntgerichte zorg is leidraad voor meer doelmatigheid in de eerste lijn

3.12 Naast de belemmeringen en hybriditeit in het bekostigingssysteem zijn er andere belemmeringen voor patiëntgerichte en doelmatige zorg in het huidige gezondheidszorgsysteem. Patiëntgerichte zorg betekent hier: geen belemmeringen in het diagnostisch- en behandeltraject van de patiënt.

3.13 Momenteel wordt ketenzorg bemoeilijkt door zogenaamde 'schotten' in de financiering en organisatie van zorg. Deze schotten belemmeren samenwerking tussen aanpalende partijen en leiden tot hogere kosten. Hogere kosten worden veroorzaakt doordat diagnostiek dubbel plaatsvindt en dubbel wordt bekostigd, bijvoorbeeld in het medisch diagnostisch centrum en later nogmaals in het ziekenhuis, terwijl deze diagnostiek in één keer zou kunnen worden uitgevoerd. Ook komt het vaker voor dat de



huisarts een consult in rekening brengt voor bloedafname, terwijl deze kosten zijn opgenomen in het ordertarief en daarmee dus dubbel gefactureerd worden.

3.14 Verder hebben aanpalende partijen nu geen prikkel om elkaar op te zoeken, omdat verantwoordelijkheden, informatie- en financieringsstromen parallel lopen. De patiënt ondervindt hier uiteindelijk de meeste hinder van doordat een suboptimale zorg- en dienstverlening wordt geboden. Zoals in de vorige hoofdstukken al aan de orde is gekomen, zetten de MDC's zich in voor een

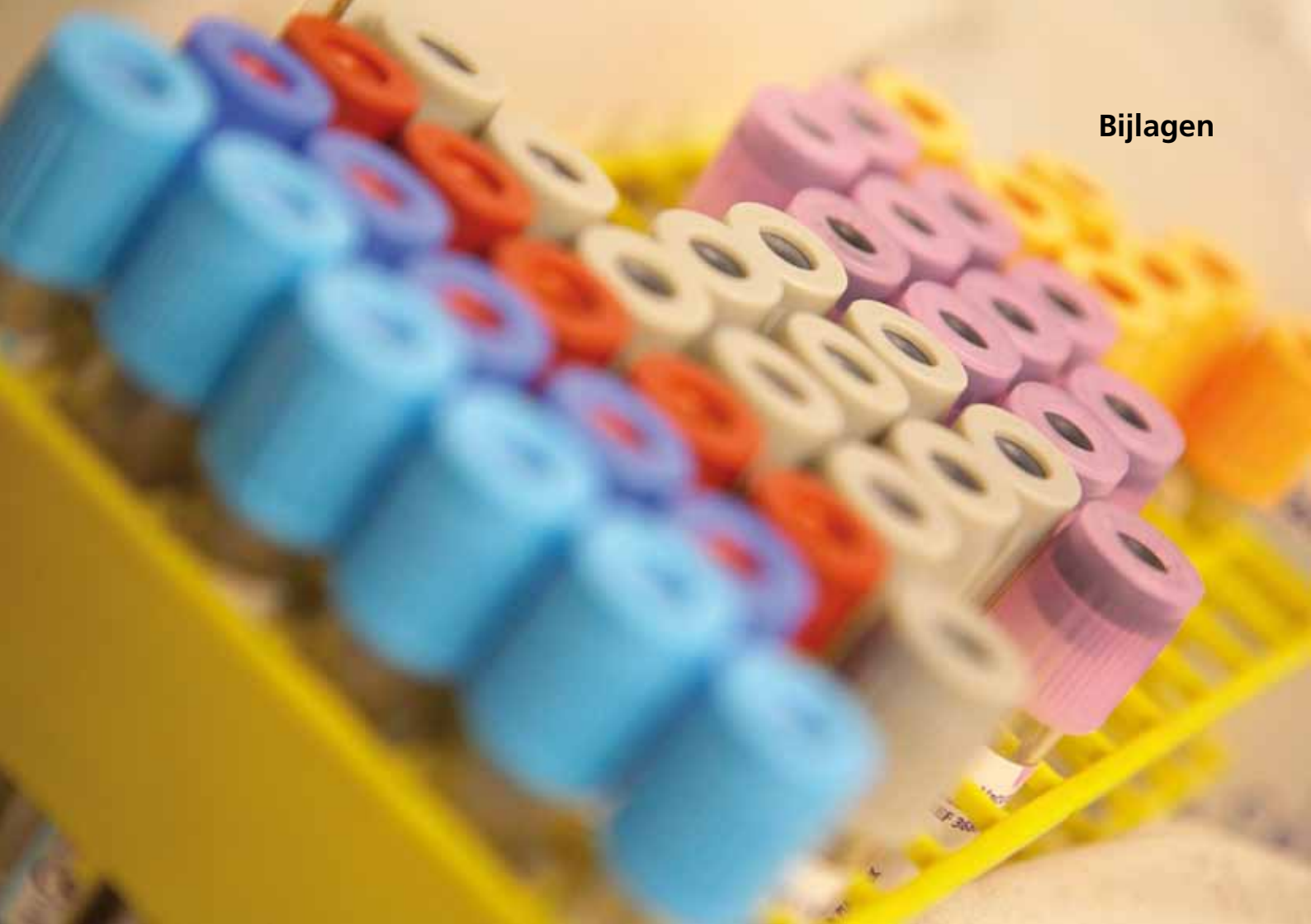


gegevens 'draagt' heeft hierbij de voorkeur. De aan het ziekenhuis gelieerde MDC's en bij een aantal samenwerkingsprojecten tussen MDC's en ziekenhuizen is al een digitale verbinding en informatie-uitwisseling mogelijk. Dit zou voor de toekomst een vereiste moeten zijn om de patiënt de regie te geven en dubbel diagnostiek en daarmee 'onnodige' kosten te voorkomen.

patiëntgerichte samenwerking in de eerste lijn en passen hun eigen dienstverlening aan om de patiënt optimaal te begeleiden in het diagnosetraject en vroegsignalering en preventie te bevorderen.

3.15 Een concreet voorbeeld voor verbetering is en verbeterde digitale verbinding (bijvoorbeeld via het EPD) tussen eerste en tweede lijn. De maatschappij heeft hier, vanuit patiënt en kostenperspectief (voorkomen dubbele diagnostiek waar mogelijk) baat bij. Het uitgangspunt waarbij de patiënt zijn of haar eigen

Bijlagen



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

Kostenraming (2010) per inwoner:
€ 20 Klinische chemie en medische microbiologie
€ 26 voor het overige onderzoek
Totaal € 46 per inwoner (gemiddeld) voor eerstelijnsdiagnostiek.

Toelichting:

1. Schatting, op basis van 7.100 HA fte, 1000 aanvragen per huisarts en gem. € 46,50 per aanvraag
2. Pathologie; algemene raming t.b.v. 1e lijn
3. Röntgendiagnostiek; 7.100 HA; 210 per HA per jaar; € 60 per röntgenonderzoek
4. Zwangerschapsdiagnostiek; 180.000 zwangeren per jaar; SEO is € 140 per zwangere (90%)
40% NT meting is € 70 per zwangere; 2 echo's is € 80 per zwangere en PEA is € 60 per zwangere
5. Echo's HA; 7.100 HA; 100 echo's per HA per jaar; € 65 per echo
6. Longfunctie; 7.100 HA; 100 longfunctie per HA per jaar; € 64 per longfunctie
7. Fundus; 7.100 HA; 100 diabeten per HA x 70% (in behandeling); € 40 per fundus incl. druppels
8. ECG; 7.100 HA; 100 ECG per HA per jaar; € 25 per ECG
9. Holter, Event en ABP(24 hrs. bloeddruk); 7.100 HA; 20 per HA per jaar; € 100 per test
10. Inspannings ECG; 7.100 HA; 4 per HA per jaar; € 93 per test
11. Audio's; 7.100 HA; 10 per HA per jaar; € 80 per audio
12. Dexa's; 7.100 HA; 10 per HA per jaar; € 110 per Dexa
13. MRI; 7.100 HA; 5 per HA per jaar; € 260 per MRI
14. Trombosedienst; 300.000 patiënten; € 200 per patiënt per jaar
15. Trombose zelfmeten; 30.000 patiënten; € 945 per patiënt per jaar
16. Gastroscopie; 7.100 HA; 15 per HA per jaar; € 200 per scopie
17. Divers/overig; waaronder teledermatologie



Bijlage B: Factsheet: SAN Medisch Diagnostische Centra zijn essentieel voor Nabije, Zinnige en Zuinige zorg

Nabij: De SAN is de brancheorganisatie van de Centra voor Medische Diagnostiek in Nederland. Er is een landelijke dekking met 23 leden, bestaande uit zowel zelfstandige eerstelijns diagnostische centra, als ziekenhuizen met een specifieke productie voor eerstelijnsdiagnostiek. Het gaat daarbij om laboratoriumonderzoek (klinische chemie, medische microbiologie, pathologische anatomie), functieonderzoek, beeldvormend onderzoek en bedrijfsmatige ondersteuning (bijvoorbeeld ICT en logistieke ondersteuning van Zorggroepen). De dienstverlening door SAN-leden wordt zo veel mogelijk decentraal aangeboden, d.w.z. bij de praktijk en “in de buurt”. Ongeveer 10% van alle patiënten wordt aan huis geprikt. Veel SAN-leden werken samen in en met regionale samenwerkingsverbanden van eerstelijnszorgverleners.

Zinnig: De diagnostische centra dragen eraan bij dat de eerstelijnszorg de diagnosestelling tot op hoog niveau kan uitvoeren. Veelal zelfstandig, zonder verwijzing naar de tweede lijn. Daarmee krijgen patiënten, dicht bij huis, optimale en doelmatige zorg en blijft de regie bij de huisarts/ verloskundige. Onnodige diagnostiek en behandeling in de tweede lijn wordt voorkomen.

Huisarts/verloskundige en patiënt kunnen zelf bepalen of - en zo ja waar - eventuele (vervolg)behandeling in de tweede lijn plaats vindt. SAN-leden zijn CCKL gecertificeerd, vanaf de bloedafname tot en met de rapportage aan de aanvrager. SAN-leden gebruiken de SAN-Praktijkrichtlijnen voor de uitvoering van functieonderzoeken.

Zuinig: Er is een scherp onderscheid, de knip, tussen aanvragen van medische diagnostiek en verwijzing en behandeling van de patiënt. Er worden geen onnodige DBC's geopend en substitutie van zorg van tweede lijn naar eerste lijn wordt ondersteund en gestimuleerd. Met de verwijzers wordt gewerkt aan reflectie op het aanvraaggedrag. Dit mede met behulp van de LESA en het probleemgeoriënteerd aanvraagformulier, ontwikkeld in samenwerking met de NHG.

Advies om optimale doelmatigheid te bereiken:

Niet bezuinigen “op” maar “door middel van” eerstelijnsdiagnostiek.

Wegnemen van “perverse” prikkels. Geen dubbele bekostiging voor bloedafname. Geen onnodige DBC-contacten met patiënten. Voorkomen van dubbele diagnostiek bij verwijzing naar medisch specialistische zorg door beschikbare uitslagen uit de eerste lijn te gebruiken. Functiegerichte integrale bekostiging voor laboratoriumdiagnostiek en functieonderzoek, zal herallocatie naar de eerste lijn bevorderen. Eén financieringssysteem voor eerstelijnsdiagnostiek. Systematiek van een afnametarief handhaven, noodzakelijk voor de continuering van het fijnmazig afnamenetwerk (bij de praktijk, thuis en in de buurt). Belangen voor zorgverzekeraars vergroten om de eerste lijn te versterken. Zorg dragen voor strikte scheiding tussen aanvragen diagnostiek en verwijzen. Gelijke honorariumtarieven voor medisch specialistische beoordeling en consultatieve ondersteuning voor ziekenhuizen en zelfstandige huisartsenlaboratoria. Ondersteuning met PSM (Patient Self Management).



Conclusie: anno 2010 is diagnostiek verantwoordelijk voor 1% van de totale zorguitgaven. Het beïnvloedt 60 - 70% van de medische besluitvorming.

SAN-leden leveren al vele jaren State of the Art nabije, zinnige en zuinige zorg op verzoek van 80% van de huisartsen en 60% van de verloskundigen. In of nabij de woonomgeving van de patiënt. SAN-leden stimuleren en ondersteunen substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Voortdurend worden nieuwe technieken ontwikkeld en gebruikt om het areaal van diagnostische faciliteiten voor de eerste lijn verder uit te breiden.

Ledenlijst

Alkmaar	Starlet Diagnostisch Centrum	www.dc-starlet.nl
Almelo/Hengelo	Klinisch laboratorium Ziekenhuisgroep Twente	www.zgt.nl
Amstelveen	Stichting Artsenlaboratorium voor Amstelland	www.alab.nl
Amsterdam	ATAL Medisch Diagnostisch Centrum	www.atal-mdc.nl
Den Helder	Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst voor de Kop van Noord Holland Texel	www.gemini-ziekenhuis.nl
Eindhoven/Den Bosch	Diagnostiek voor U	www.diagnostiekvoor.u.nl
Enschede	Medisch Spectrum Twente	www.mstwente.nl/laboratorium
Etten-Leur	SHL Stichting Huisartsen Laboratorium	www.shl-groep.nl
Gouda	HAG – Huisartsenlaboratorium Gouda	www.ghz.nl
Groningen	LabNoord Groningen	www.labnoord.nl
Hoofddorp	Medial medisch-diagnostische laboratoria	www.medial.nl
Hoorn	STAT Westfriesland	www.stat.nl
Leeuwarden	HAL - Huisartsen Laboratorium Friesland	www.hal-friesland.nl
Leiden	SCAL Medisch Diagnostisch Centrum	www.scallab.nl
Leiderdorp	Laboratorium Rijnland Ziekenhuis	www.rijnland.nl
Oss/Veghel	Diagnostisch Centrum Bernhoven	www.dcbornhoven.nl
Rotterdam	STAR-MDC, Stichting Trombosedienst en Artsenlaboratorium Rijnmond - MDC	www.star-mdc.nl
Rijswijk	HRL – Stichting Haags Rijswijks Artsenlaboratorium	www.hrl.nl
Utrecht	SALTRO – Artsenlaboratorium en Trombosedienst	www.saltro.nl
Velp	SHO Medisch Diagnostisch Centrum	www.sho.nl
Venlo	VieCuri, Medisch Centrum voor Noord-Limburg	www.viecuri.nl
Zaanstad	SALT – Stichting Artsenlaboratorium en Trombosedienst	www.salt.nl
Zwolle	Klinisch Chemisch Laboratorium Isala Klinieken	www.isala.nl

Afkortingenlijst

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCKL	Stichting voor bevordering kwaliteit laboratoriumonderzoek en voor accreditatie laboratoria in de gezondheidszorg
CPB	Centraal Planbureau
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DTO	Diagnostisch Toets Overleg
ECG	Elektrocardiogram
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FB	Functiegerichte budgettering
Fte	fulltime-equivalent
HA	huisarts
LESA	Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak
MDC	Medisch Diagnostisch Centrum
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NT-meting	Nekplooiemeting
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie

COLOFON

Opdrachtgever
Teksten
Vormgeving
Fotografie

SAN, Wilhelminapark 40, 3581 NK Utrecht, info@de-san.nl
PWC, dhr. drs. A. Hakbijl, RA en mw. drs. E. Harbers
Studio Iris, Leende, studioirisdtp@me.com
ATAL-mdc, SHL, Klinisch lab ziekgroep Twente,
Diagnostisch Centrum Bernhoven, SALTRO
Drukkerij Bakker Baarn b.v., Baarn, www.uitgeverijbakkerbaarn.nl

Januari 2011

www.de-san.nl