Bijlage 6

KPMG

cutting through complexity

PLEXUS

Nieuwe bekostiging eerstelijnsdiagnostiek

25 juni 2014

Inhoud

Contactpersonen:

David Ikkersheim
Plexus
Associate director

Tel: +31 (0) 6 41 83 96 26
ikkersheim.david@kpmg.nl

Femke van der Voort
Plexus
Manager

Tel: + 31 (0) 6 52 07 89 31
vandervoort.femke@kpmg.nl

Josine Janus
Plexus
Adviseur

Tel: + 31 (0) 6 10 21 72 85
janus.josine@kpmg.nl

	Pagina
Management samenvatting	2
Opdracht	3
■ Aanleiding	4
■ Vraag, scope en toetsingskader	5
Aanpak	6
■ De drie delen van het onderzoek	7
Verdieping: waarde van zorg	8
■ Eerstelijnsdiagnostiek en toegevoegde waarde	9
■ Versterking functie door sturen op toegevoegde waarde	11
Analyse huidige situatie	12
■ Huidige bekostiging	13
■ Waarde van eerstelijnsdiagnostiek in de huidige vorm op basis van kwantitatieve analyses	14
■ Resultaten kwantitatieve analyse	15

	Pagina
Bekostiging	17
■ Opbouw advies	18
■ Opbouw bekostigingsvorm	19
■ Uitwerking grondvormen	20
■ Selectie geschikte grondvormen	26
■ Uitwerking grondvormen tot bekostigingsvormen	31
■ Advies	34
Implementatie	37
■ Roadmap	38
Bijlagen	41

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Managementsamenvatting

Vraag

De laatste jaren zijn de kosten voor de eerstelijnsdiagnostiek (ELD) fors toegenomen, waarbij het niet helder is of deze extra kosten tot toegevoegde waarde voor de patiënt leiden. Een van de belangrijkste oorzaken van deze situatie is de huidige bekostiging, waarbij per verrichting betaald wordt en sturing op uitkomsten van zorg erg moeilijk is. Gegeven deze situatie heeft het Ministerie van VWS KPMG Plexus gevraagd om te adviseren welke nieuwe ELD bekostiging de toegevoegde waarde van deze zorg maximaliseert.

Aanpak

Om te komen tot ons advies hebben we de volgende aanpak gevolgd:

- We zijn gestart met een analyse van de huidige situatie via gesprekken met veldpartijen en zorgverzekeraars.
- Tevens is er op basis van Vektis declaratiegegevens uit 2011 in kaart gebracht wat de praktijkvariatie van ELD zorg in Nederland is en of er een verband bestaat tussen het gebruik van ELD zorg en het voorkomen van onnodige tweedelijns kosten verband houdend met diagnostiek.
- Op basis van de bevindingen vanuit bovenstaande stappen en overleg met de zorgverzekeraars en aanbieders hebben we de verschillende mogelijke bekostigingsvormen afgezet tegen het toetsingskader dat VWS heeft opgesteld in haar voorhangbrief ELD uit 2013.

Analyse huidige situatie

Bovenstaande analyses leiden tot een aantal conclusies die relevant zijn voor de bekostiging:

- Er is variatie in het aantal geleverde prestaties ELD; adequate sturing op toegevoegde waarde van ELD in het systeem lijkt te ontbreken. Een nieuwe bekostigingsvorm en aangrijpingspunten voor de zorgverzekeraar moeten deze sturing zoveel mogelijk faciliteren.
- We zien geen verband tussen het type aanbieder en structureel lagere of hogere zorgkosten en/of lagere of hogere aantallen declaraties.
- Functionele bekostiging is daarom een logisch uitgangspunt.
- De zorgverzekeraar kan de geconstateerde variatie (in zorgkosten en aantallen) gebruiken om te sturen op waarde van zorg. In de huidige situatie lijkt dat echter nog niet te gebeuren. Een nieuwe bekostigingsvorm moet dit zoveel mogelijk faciliteren.
- De huidige (laboratorium)tarieven lijken aan de hoge kant, zorgverzekeraars kunnen dus nog prijsdruk uitoefenen.

Samenvattend adviseren we VWS het volgende:

- Start per 2016 met functionele bekostiging op basis van producten aan de hand van vrije prijzen;
- Cluster de labverrichtingen conform het LESA formulier tot producten. Dit betekent een forse vermindering van het aantal producten. Handhaaf de bestaande beeld- en functie-producten;
- Creëer een apart BKZ voor ELD, of indien dit praktisch niet mogelijk is i.v.m. lopende akkoorden, start in ieder geval met monitoring van de kosten jaar op jaar;
- Breng alle ELD onder in dit kader en hiervoor geldt het eigen risico;
- Schaf M&I's diagnostiek af, huisartsen kunnen declareren via de nieuwe producten zodat een level playing field ontstaat;
- Laat zorgverzekeraars minimumnormen definiëren (zoals nu soms gebeurt), bijvoorbeeld deelname aan diagnostisch toetsoverleg (DTO);
- Laat zorgverzekeraars sturen op uitkomsten:
  - Via segment 3 van de nieuwe huisartsbekostiging kunnen zorgverzekeraars huisartsen belonen voor een goede verhouding ELD versus substitueerbare DOT's;
  - Via de vrije prijzen kunnen ze ELD aanbieders belonen die veel tijd steken in het voorkomen van ondoelmatige diagnostiek en doelmatig aanvraaggedrag;
  - Maak het mogelijk dat zorgverzekeraars dubbele diagnostiek niet meer hoeven te vergoeden aan de partij die de diagnostiek voor de tweede maal uitvoert. Hierdoor wordt er een prikkel in het systeem gebracht om betere afstemming te zoeken tussen ELD aanbieders.
    - Om dit vorm te geven dienen tijden (dagen, weken, maanden) gedefinieerd te worden waarbinnen dubbele diagnostiek als 'dubbel' telt.
    - Treedt hierover in gesprek met de beroepsgroepen en definieer deze tijd per product, zodat zorgverzekeraars houvast hebben bij het uitvoeren hiervan.
- Tot slot, streef op termijn (bijvoorbeeld 2019) naar het onderbrengen van de ELD bekostiging bij de huisarts, zodat hij integrale verantwoordelijkheid heeft voor het leveren van de eerstelijns zorg en waar mogelijk tweedelijns zorg kan voorkomen.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Opdracht

Aanleiding

ELD is diagnostiek aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener. In de praktijk zijn het meestal huisartsen en verloskundigen die diagnostiek aanvragen, waarbij de uitslagen bij die betreffende hulpverleners terugkomen. ELD kent een onderscheid in laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECGs). Het grootste deel van de diagnostiek gebeurt op dit moment in eerstelijnsdiagnostische centra (EDC) of in ziekenhuizen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft tot doel gesteld om de functie ELD te versterken. De patiënt heeft baat bij een eerstelijnsdiagnostische functie die kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar is. Een onafhankelijke diagnose vanuit een generalistisch perspectief voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en / of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg.

In maart 2013 is een voorhangbrief naar de Tweede Kamer gestuurd over dit dossier. In deze brief wordt voor de lange termijn een perspectief geschetst om (1) de effecten van ELD te onderzoeken, en (2) toe te werken naar een nieuwe bekostiging om de wenselijke ontwikkelingen te kunnen ondersteunen. Dit langetermijnperspectief is de aanleiding voor de opdracht vanuit de directie Curatieve Zorg van het Ministerie van VWS aan KPMG Plexus.

Knelpunten

De huidige functie ELD in Nederland kenmerkt zich door een sterk versnipperd aanbod verdeeld over de eerste- en tweedelijn, met ieder eigen regelgeving en bekostigingsmethodieken. Op dit moment zit een aantal prikkels in het systeem, waardoor zorgverzekeraars een beperkt actief inkoopbeleid t.a.v. diagnostiek voeren. In de voorhangbrief van de Minister (Voorhangbrief functie ELD, 11 maart 2013) wordt verwezen naar de knelpunten zoals in het advies van de NZa genoemd (NZa : Advies Eerstelijnsdiagnostiek, december 2011). De NZa noemt in haar advies een viertal type knelpunten:

- Knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging: De prestaties die gedeclareerd worden binnen de verschillende bekostigingssystemen, zijn niet functioneel opgesteld. Dit betekent dat het afhankelijk is van het type aanbieder welke prestatie tegen welk tarief gedeclareerd kan worden.
- Knelpunten voortkomend uit achterhaalde prestaties/ tarieven: De tarieven zijn al geruime tijd niet herijkt waardoor de tarieven niet kostprijsconform zijn. Uit een kostenonderzoek (Conquaestor – Significant, mei 2011: kostenonderzoek eerstelijnsdiagnostiek) blijkt dat voor 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 de tarieven.
- Knelpunten door verwevenheid ELD met tweedelijns behandelingen. De mogelijkheid dat diagnostiek dubbel wordt uitgevoerd is een risico. In de praktijk blijkt het voor te komen dat diagnostiek die uitgevoerd is in de eerstelijn, na verwijzing nogmaals wordt uitgevoerd in de tweedelijn. Een tweede knelpunt dat de NZa schetst, is het risico op onnodige extra zorg. Dit kan voorkomen als de patiënt ELD ontvangt vanuit het ziekenhuis en daarbij onder behandeling van een medisch specialist wordt genomen. Dit heet het risico op aanbod geïnduceerde zorg.
- Overige knelpunten:
  - Zorgverzekeraars hebben gescheiden inkoopbeleid tussen ziekenhuizen en eerstelijns diagnostische centra (EDC's);
  - Er is verschil in het gebruik van het eigen risico voor de patiënt tussen de zorgaanbieders (bij huisarts geen eigen risico, bij EDC en ziekenhuis wel);
  - Een huisarts wordt onvoldoende geprikkeld om doelmatig diagnostiek aan te vragen.

In dit advies gaan we in op de bekostiging die bijdraagt aan een hogere toegevoegde waarde van de functie ELD.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Opdracht
Vraag, scope en toetsingskader

Vraag

Het Ministerie van VWS heeft KPMG Plexus gevraagd om:

1. De effecten van ELD te onderzoeken
2. Toe te werken naar een nieuwe bekostiging om de wenselijke ontwikkelingen te kunnen ondersteunen.

Dit rapport beschrijft het advies over een bekostigingsstructuur die bij kan dragen aan lagere zorgkosten door een hogere toegevoegde waarde van de functie van ELD.

Scope

Deze opdracht kent de volgende scope:

- ELD die wordt geleverd op aanvraag van de huisarts of verloskundige. Het gaat om functieonderzoek, beeldvormende diagnostiek en laboratoriumonderzoek.
- Diagnostiek aangevraagd door tandartsen en diagnostiek binnen de eerstelijns GGZ valt buiten de scope.
- Trombosediensten vallen buiten de scope.

Daarnaast dient het advies te voldoen aan de door de Minister gestelde voorwaarden, zie hiervoor het kader rechts.

Toetsingskader

In de voorhangbrief van maart 2013 heeft de Minister elementen genoemd die volgens haar essentieel zijn voor de toekomstige bekostiging,

Deze elementen zijn voor ons advies gebruikt als toetsingskader en staan hiernaast weegegeven.

Toetsingskader

- Creëren van een goede uitgangspositie van de diverse aanbieders van diagnostiek om zelfstandig te functioneren
- Stimuleren van substitutie van zorg naar de meest doelmatige zorg
- Volumeopdrijving waar mogelijk voorkomen
- Stimuleren van doelmatig aanvragen door (met name) de huisarts
- Zorgen voor de juiste voorwaarden voor efficiënte zorginkoop door zorgverzekeraar
- Stimuleren van innovaties
- Stimuleren van doelmatigheid van het diagnostisch zorgproces per patiënt en voorkomen van dubbele diagnostiek
- Vergelijkbaarheid tussen producten creëren op het niveau van ‘patiëntcategorieën’ (wat kost een gemiddelde patiënt)
- Verminderen van de transactiekosten van aanbieders: niet iedere verzekeraar over andere ‘samenstelling van’ producten (lumpsum, staffel, afzonderlijk producten) laten onderhandelen
- Uitkomsten van zorg op patiëntniveau in relatie tot prijs moet uitgangpunt zijn
- Aansluiting van de systematiek op aanpalende sectoren (diagnostiek in de tweedelijn, huisartsenbekostiging, bekostiging verloskundigen)

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Aanpak

De drie delen van het onderzoek

Onderzoek in drie delen

Het advies is in drie delen: opgebouwd

- Waarde van eerstelijnsdiagnostiek
- Huidige situatie
- Bekostigingsadvies

Waarde van eerstelijnsdiagnostiek

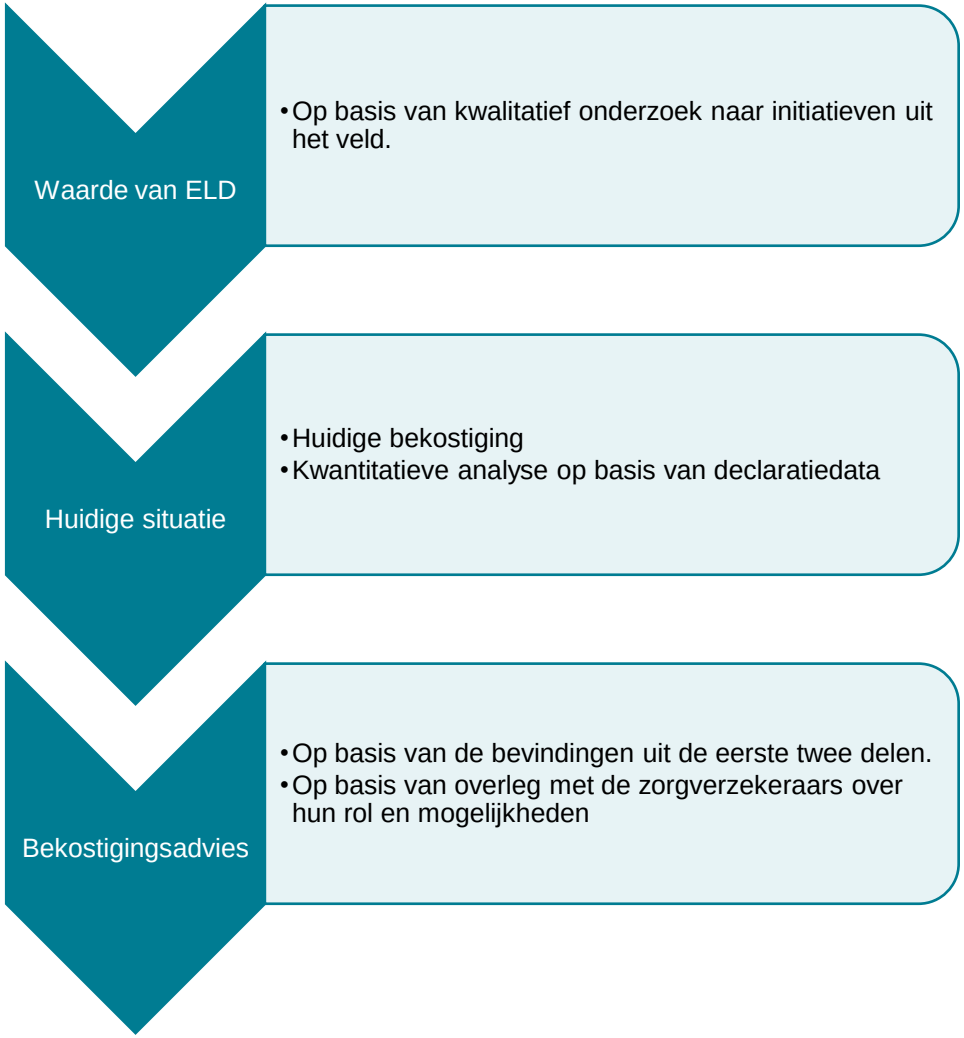
In het deel over waarde van eerstelijnsdiagnostiek gaan we in op de functie van eerstelijnsdiagnostiek aan de hand van een aantal initiatieven uit het veld. Hierin schetsen wij waaraan een sterke functie eerstelijnsdiagnostiek voldoet en op welke manier deze functie waarde toevoegt.

Huidige situatie

In dit deel schetsen wij de huidige situatie. We gaan in op de huidige bekostiging en toetsen een aantal hypotheses rondom ELD. Hiervoor is gebruik gemaakt van kwantitatieve analyses op basis van declaratiedata van zorgverzekeraars.

Bekostigingsadvies

In het laatste deel stelt KPMG Plexus op basis van de bevindingen uit de eerste twee delen, een bijeenkomst met een aantal zorgverzekeraars en overleg met aanbieders, een advies op voor een adequate bekostiging. Dit advies vindt u terug in de hoofdstukken ‘Bekostiging’ en ‘Implementatie’.



© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Verdieping: waarde van zorg

Eerstelijnsdiagnostiek en toegevoegde waarde

Waarde van zorg

Waarde voor de patiënt bestaat uit zorg waarbij een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg wordt geleverd tegen zo laag mogelijke kosten. Een belangrijk onderdeel hierbij is passendheid van zorg.

$$\textbf{Waarde} = \text{Passendheid} * \frac{\text{Kwaliteit}}{\text{Kosten}}$$

Waarde van zorg wordt gerealiseerd door een optimale kwaliteit te leveren per euro. Het is van belang om hierbij niet alleen te letten op de kosten en kwaliteit van de geleverde zorg (“het zorgproduct”), maar ook of deze zorg überhaupt passend is (gepast gebruik) (RVZ advies Gepaste zorg, 2004; Porter, Teisberg, Redefining Health Care, Creating Value-based Competition on Results 2006; Virginia Mason Value Based Purchasing, 2013). Dit betekent dat wanneer geleverde zorg niet passend is (bijvoorbeeld bij onnodige of dubbele diagnostiek), er geen of slechts beperkt waarde wordt toegevoegd. Dit terwijl tegelijkertijd wel kosten zijn gemaakt.

Een goed georganiseerde ELD (ELD waarbij passende zorg, met hoge kwaliteit wordt geleverd) zou moeten voorkomen dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en/of onnodig wordt doorverwezen naar tweedelijnszorg. Dit draagt bij aan het beheersen van de zorgkosten. De waarde van zorg voor ELD is hierbij op twee manieren te interpreteren: binnen de ELD maar (vooral) ook in samenhang met de aanvraag en behandeling die volgt.

De waarde van eerstelijnsdiagnostiek

De aanvrager van de diagnostiek heeft informatie nodig ten behoeve van het stellen van een diagnose of de uitsluiting van een aandoening. Het is daarbij belangrijk dat, waar mogelijk, de aanvrager gestimuleerd wordt om doelmatig aan te vragen: niet onnodig maar wel voldoende.

Daarnaast draagt het beantwoorden van de vraag van de aanvrager binnen de generalistische eerstelijn bij aan de poortwachtersfunctie die we in ons Nederlandse zorgstelsel kennen; het voorkomt in gevallen dat de patiënt onnodig in de tweedelijn terecht komt. Te weinig doorverwijzen is echter ook onwenselijk.

Praktijkvoorbeeld
Doelmatig aanvragen (MCC Omnes)
Het aanpassen van het probleemgestuurd aanvraagformulier door getrapte uitvoering van diagnostiek leverde aantoonbare verbetering in doelmatig aanvragen op. De voortdurende optimalisatie van het probleemgestuurd en getrapt aanvragen wordt breed geaccepteerd door de huisartsen omdat de aanpassingen in nauw onderling overleg tussen huisartsen, medisch specialisten en laboratoriumartsen plaatsvinden.

Praktijkvoorbeeld
Cardiale echo binnen de eerstelijnsdiagnostiek (Diagnostiek voor U)
Een cardiale echo is geïndiceerd als de huisarts klepafwijkingen, hartspierafwijkingen en /of hartzwakte wil diagnosticeren ten behoeve van zijn beleid bij Atriumfibrilleren en de Hartfalen, conform de NHG-standaarden. Andere indicaties zijn (moeilijk behandelbare) hypertensie en diagnostiek van cardiale souffles en ritmestoornissen.
Zonder eerstelijns echo-onderzoek moeten deze patiënten verwezen worden naar het reguliere spreekuur van de cardioloog waarna een diagnostisch pakket volgt met minstens opstart van behandeling door de cardioloog, of naar de CAP (Cardiale AdviesPoli), die eigenlijk bedoeld is voor subacute problematiek.
Na onderzoek bij Diagnostiek voor U was er maar voor 15% een indicatie voor verwijzing. De cardiale echografie is beschikbaar voor de cardioloog en hoeft niet te worden herhaald.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Verdieping: waarde van zorg
Eerstelijnsdiagnostiek en toegevoegde waarde

Het voorkomen van dubbele diagnostiek voegt ook waarde toe aan de zorg. Uitslagen van diagnostiek die voor zowel de eerste- als tweedelijn beschikbaar zijn voorkomt kosten en versnelt de behandeling. De uitgevoerde diagnostiek is immers *het* uitgangspunt van de behandeling.

Praktijkvoorbeeld
Spertijden (MCC Omnes)
Huisartsen die labaanvragen doen waarvan een nog geldende uitslag voorhanden is (spertijden) krijgen de melding dat opnieuw prikken/uitvoeren van de betreffende aanvraag niet nodig is. Doordat ziekenhuis en huisartsen gebruik maken van dezelfde gegevens worden onnodige aanvragen voorkomen. Specialisten gaan deze werkwijze medio 2014 volgen met voor hen relevante spertijden.

Binnen de ELD brengt innovatie nieuwe waarde van zorg. Telediagnostiek en teleconsultatie faciliteren dat beeld- en functiediagnostiek in de eerstelijn tijd en plaats onafhankelijk kunnen worden uitgevoerd. De kwaliteit van zorg en ook de beantwoording van de zorgvraag binnen de eerstelijn nemen toe

Praktijkvoorbeeld
Telediagnostiek (ksyos)
TeleDiagnostiek. Patiënten worden door de huisarts of POH verwezen naar een locatie waar een fundusfoto gemaakt wordt (MDC, opticien, ziekenhuis, huisartsenpraktijk). De foto's worden beoordeeld door de optometrist die de foto's heeft genomen of door een centraal team van optometristen (alles binnen 2 uur). De huisarts krijgt direct feedback in het HIS. De regionale oogarts beoordeelt at random en anoniem de kwaliteit van de biometrie (meting) en de beoordeling.
TeleConsultatie**.** Afwijkende fundusfoto's kan de huisarts middels een TeleOogheelkunde Consult voorleggen aan de oogarts.
TeleOogheelkunde leidt, vergeleken met de situatie waarin alle patiënten voor controle naar de oogarts gingen, tot 93% reductie van fysieke verwijzingen naar de tweedelijn, geen wachtlijst, beoordeling binnen 2 uur, terugkoppeling naar de huisarts met groot leereffect en forse kostenreductie.

Kosten van ELD in NL vs. buitenland

Zorgverzekeraar VGZ heeft de tarieven per analyse, niet de kosten per analyse, tussen Nederland en Duitsland vergeleken op basis van een beperkt aantal Duitse aanbieders en aantal Canadese aanbieders. Hiermee is inzichtelijk gemaakt dat er een verschil in tarieven bestaat, waarbij Nederlandse tarieven (fors) hoger lijken te liggen. Echter, op deze analyse is kritiek uit het veld aangezien het gaat om slechts enkele Duitse aanbieders en dat er ook duurdere aanbieders in Duitsland zijn die niet in de analyse zouden zijn meegenomen.

De EDMA publiceert elk jaar Europese omzetcijfersvan In-vitro diagnostica (IVD's). (Zie: http://www.edma-ivd.be/uploads/Market%20Intelligence/2012_EU_IVD_Market_Statistics_Report.pdf) Nederland scoort in deze publicatie relatief goed, we staan onderaan de uitgaven per capita. Noot hierbij is dat dit voor zover ons bekend de uitgaven van aanbieders aan IVD's is. Dit zegt dus niets over de hoogte van de vergoedingen die zorgverzekeraars uitgeven. Al met al zijn er enige aanwijzingen dat de kosten van ELD diagnostiek hoog liggen in Nederland, maar sluitend bewijs hiervoor ontbreekt. Een goede benchmark ELD tussen verschillende landen zou interessant zijn. Voor zover ons bekend is deze er nu nog niet.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Versterking functie door sturen op toegevoegde waarde

Toegevoegde waarde stimuleren

In onderstaand figuur staat schematisch weergegeven welke prikkels de bekostiging met zich mee moet brengen om de toegevoegde waarde – zowel binnen de ELD als in de samenhang met de aanvraag en behandeling - te stimuleren.

* We spreken in dit onderzoek van de huisarts als aanvrager. In de praktijk kan ook de verloskundige of een andere eerstelijnszorgverlener diagnostiek aanvragen).

De zorgverzekeraar kan de sturing vanuit de bekostiging versterken door in de afspraken die hij maakt extra aandacht te besteden aan het stimuleren van de waarde van zorg. Dit kan door afspraken te maken over de zorg aan de hand van indicatoren. De volgende indicatoren sluiten aan bij de gewenste uitkomsten en effecten ten behoeve van het creëren van toegevoegde waarde in de keten:

- Het aantal aanvragen ELD en de kosten daarvoor per patiënt in relatie tot het totaal aantal en kosten van substitueerbare DOT's
  - We kiezen voor substitueerbare DOT's omdat we ons bewust zijn van de beperkte invloed van ELD op de totale tweedelijns kosten. Met de focus op substitueerbare DOT's richten we ons op zorg die mogelijk ook in de eerstelijn afgehandeld kan worden.
  - Met deze indicator wordt inzichtelijk dat een gedegen ELD onnodige kosten in de tweedelijn kan voorkomen.
- Het percentage dubbele diagnostiek. De eerstelijn kan hierover afspraken maken met de tweedelijn.

Om bovenstaande uitkomsten en effecten te bereiken, kunnen de volgende minimumnormen worden afgesproken: betrokkenheid bij het diagnostisch toetsoverleg (DTO) zodat afstemming wordt bereikt en het gebruik van LESA formulieren (dit zijn aanvraagformulieren waarbij doelmatig aanvraaggedrag gestimuleerd wordt)

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Analyse huidige situatie

Aanbieders en omvang

Patiënten kunnen op drie plekken terecht voor hun eerstelijns diagnostisch onderzoek:

- Bij een EDC
- Bij een ziekenhuis of een ZBC
- In sommige gevallen bij een huisarts zelf

De kosten van de ELD bedragen op jaarbasis ongeveer € 760 miljoen (op basis van Vektis declaratie data uit het jaar 2011) en zijn de afgelopen jaren steevast gestegen. Ziekenhuizen hebben een marktaandeel (gebaseerd op kosten) van ongeveer 63 procent en EDC's hebben een marktaandeel van ongeveer 28 procent. Er zijn ongeveer 90 ziekenhuislaboratoria die ELD leveren en er zijn 34 EDC's. Macro gaat er € 480 miljoen om in de ziekenhuislaboratoria (op aanvraag van huisarts of verloskundige) en € 212 miljoen in de EDC's. Huisartsen die zelf diagnostiek doen, ontvangen daarvoor macro € 32 miljoen. Daarnaast ontvangen ZBC's nog eens € 36 miljoen.

Huidige bekostiging

Tot voor kort kenden de verschillende aanbieders van ELD ieder hun eigen bekostigingssystematiek. Na het NZa advies van 2011 over het versterken van de functie ELD, is een generieke beleidsregel opgesteld om een belangrijke stap te zetten richting de versterking.

De beleidsregel bevat alle mogelijke prestaties ELD en deze prestaties zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat iedere BIG-geregistreerde zorgaanbieder die deze zorg kan leveren, onder de reikwijdte van de beleidsregel valt. De beleidsregel is hiermee een eerste stap voor een gelijk speelveld tussen de aanbieders van ELD. Zorgverzekeraars kunnen namelijk met aanbieders van ELD in onderhandeling gaan onder dezelfde voorwaarden.

Belangrijke noot is dat de beleidsregel als dynamisch document is gepresenteerd: partijen kunnen op basis van ervaring wijzigingen aanbrengen op de bestaande prestaties van de lijst. Dit betekent dat waar nodig prestaties aan de lijst kunnen worden toegevoegd of prestaties kunnen worden geschrapt.

Voor de totstandkoming van de tarieven en de tariefsoorten, wordt nog wel verwezen naar verschillende beleidsregels van de NZa. Voor alle prestaties gelden maximumtarieven, met uitzondering van de M&I verrichtingen waar vrije tarieven gelden. Een tarief is opgebouwd uit één of twee componenten: het kostenbedrag en/of één of meerdere honorariumbedrag(en).

De door de NZa genoemde knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging, zijn hiermee in theorie verholpen. In de praktijk zien we tot nu toe nog niet dat zorgverzekeraars in de inkoop de aanbieders met elkaar vergelijken en inzichtelijk maken wat het verschil in geleverde waarde van zorg is. Vanuit de zorgverzekeraars bestaat nog steeds gescheiden zorginkoop tussen eerstelijn (EDC's) en tweedelijn (ziekenhuislabs). Adequate sturing ontbreekt hierdoor.

Prikkel huidige bekostiging

De huidige bekostiging werkt volume opdrijvend omdat elke handeling die wordt uitgevoerd apart gedeclareerd en betaald wordt. De opbrengst van de aanbieder is afhankelijk van het geproduceerde volume. Samen met het ontbreken van sturing door de zorgverzekeraars betekent dit dat er een prikkel in het systeem zit dit volume opdrijvend werkt. Er is geen sprake van een adequate bekostiging die de waarde van ELD stimuleert.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Waarde van eerstelijnsdiagnostiek in de huidige vorm op basis van kwantitatieve analyses

Inleiding

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van data en hebben we op basis van een kwantitatieve analyse de waarde van diagnostiek onderzocht. Deze kwantitatieve analyse is geen doel op zich. Deze is bedoeld om de huidige situatie in kaart te brengen en bestaande beelden over eerstelijnsdiagnostiek te toetsen. De toetsing vindt plaats aan de hand van drie hypotheses, namelijk:

- Er is variatie in de mate waarin ELD wordt geleverd per regio.
- Er is een verband tussen de hoeveelheid ELD en de hoogte van de kosten voor somatische curatieve zorg in een regio.
- Er is een verband tussen het type ELD aanbieder en de totale kosten voor somatische curatieve zorg in een regio.

Op de volgende pagina's gaan we in op een aantal relevante resultaten.

Aandachtspunten voor interpretatie en beperkingen van kwantitatief onderzoek

Een aantal punten zijn van belang bij het juist interpreteren van de getoonde grafieken:

- Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens uit de Vektisdatabase (2011). In deze database worden de declaratiegegevens van alle Nederlandse zorgverzekeraars verzameld.
- In dit onderzoek is gekeken naar declaraties van EDC's, ziekenhuislabs en ZBC's. M&I declaraties zijn buiten beschouwing gelaten. Ook diagnostiek in keten-DBC's blijft buiten beschouwing, hetgeen – indien dit in verschillende regio's in verschillende mate zou voorkomen - dan vertekent dit de resultaten.
- Voor dit onderzoek is Nederland verdeeld in 48 regio's. Dit is gedaan om verschillen tussen regio's inzichtelijk te kunnen maken, Hierbij wordt enerzijds gekeken naar verschillen in declaratie van ELD en anderzijds naar kosten voor de tweedelijnszorg. Een beschrijving van de gevolgde procedure is te vinden in bijlage 1.1.
- Omdat de tarieven per type aanbieder anders kunnen zijn, is waar mogelijk gekeken naar het *aantal* declaraties in plaats van de bijbehorende kosten. Dit vormt een beperking in het onderzoek omdat de mix van producten per regio kan wisselen.
- Alle genoemde kosten zijn gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en sociaal economische status. De genoemde aantallen zijn niet gecorrigeerd.
- We leggen in de kwantitatieve analyse op verschillende niveaus verbanden tussen ELD en kosten van zorg (totale 2e lijns kosten, substitueerbare 2e lijns zorg en op diagnose niveau) . Zoals ook staat aangegeven bij de resultaten spelen andere factoren (naast ELD) bij de kosten van zorg uiteraard een rol, waarbij dit met name het geval is bij het totaal aan 2e lijns kosten, die van een veelvoud factoren afhankelijk is, maar dit speelt ook bij de andere twee niveaus waar een causaal verband niet 1-op-1 te leggen is.
- In deze analyses is gekeken naar de kosten van zorg en de relatie met substitueerbare DBC's. Dit geeft op zichzelf al een beeld van de verschillen tussen regio's op waarde van de ELD. In deze analyse is echter niet gekeken naar alle theoretische relevante zorguitkomsten, zoals bijvoorbeeld de levensverwachting. Verbanden tussen deze uitkomsten en de functie ELD zijn erg moeilijk te leggen, aangezien een veelheid van factoren deze uitkomsten beïnvloedt.

Op de volgende pagina's worden de hypotheses besproken en getoetst aan de hand van enkele kwantitatieve bevindingen. Daarna geven we aan wat de relevantie van deze inzichten is voor de bekostiging. Een verdieping van de analyses is verder te vinden in de bijlage.

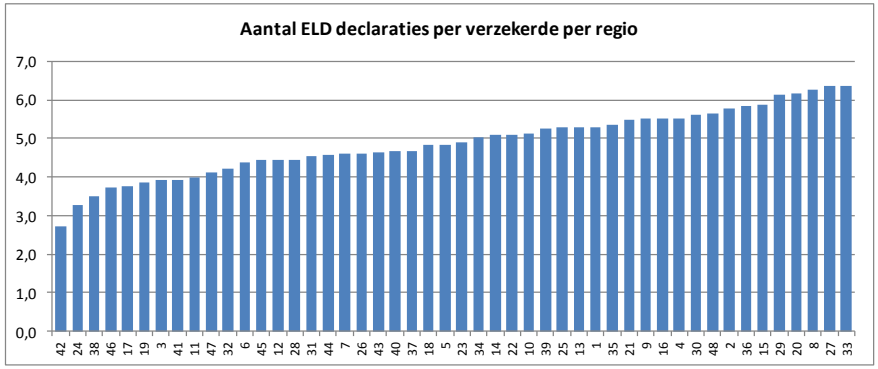
© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Resultaten kwantitatieve analyse

Er is variatie in de mate waarin ELD wordt geleverd per regio

Uit de cijfers van Vektis blijkt dat het aantal declaraties ELD per verzekerde sterk verschilt tussen de verschillende regio's (ongeveer een factor twee). Dit patroon is ook zichtbaar als we specificeren voor laboratoriumbepalingen of beeldvormende diagnostiek. Zie voor de figuren per type diagnostiek en voor de gemiddelde ELD kosten per regio bijlage 1.2.

Deze cijfers ondersteunen de hypothese dat de hoeveelheid geleverde ELD per regio varieert. Deze bevinding is in lijn met eerder onderzoek naar praktijkvariatie op tal van andere zorgterreinen.

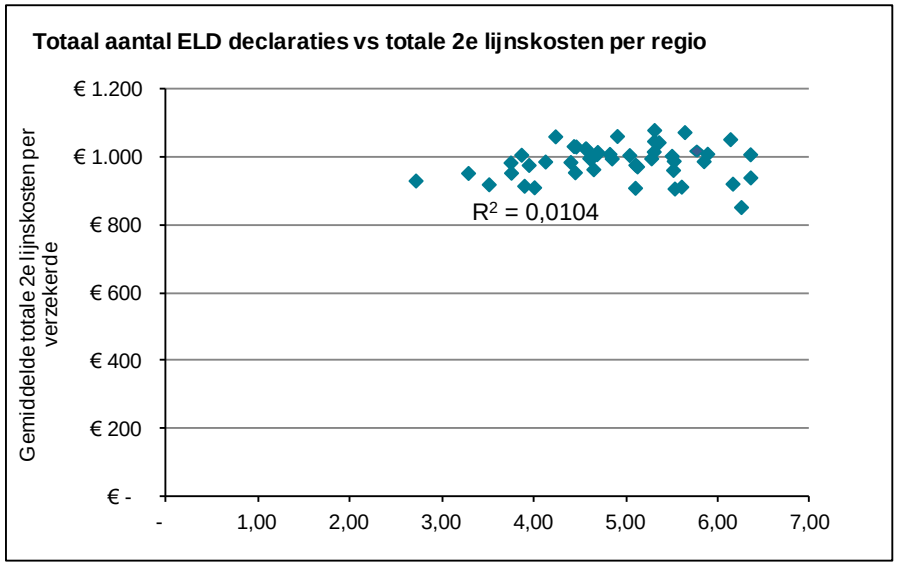


Er is geen verband te vinden tussen de hoeveelheid ELD en de hoogte van de kosten voor somatische curatieve zorg in een regio.

In de grafiek aan de rechterkant is **geen** correlatie zichtbaar tussen de hoeveelheid ELD en de curatieve somatische tweedelijnskosten.

De verwachting vanuit het veld was dat er **juist wel** een verband zou zijn tussen de hoeveelheid geleverde ELD en de tweedelijnskosten. Een zwaardere inzet van diagnostiek zou dan leiden tot lagere tweedelijnskosten.

In de gegevens vinden wij dit verband echter niet terug. Voor het omgekeerde, dat meer diagnostiek leidt tot meer kosten is ook geen bewijs te vinden. Dit duidt erop dat in het huidige systeem niet voldoende sturing is op deze uitkomsten. Een nieuw bekostigingssysteem moet hierin de gewenste sturing aanbrengen.



Uiteraard is er veel zorg die sowieso in de tweedelijn moet plaatsvinden en waarbij het uitvoeren van ELD geen invloed heeft op de behandeling. Omdat deze zorg mogelijk een vertekend beeld geeft, hebben wij deze analyse nogmaals uitgevoerd met alleen substitueerbare DBC's. Dit zijn DBC's waarvan de zorg die is geleverd voor een groot deel ook in de eerstelijn had kunnen plaatsvinden. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om het hechten van een eenvoudige wond of het behandelen van een gekneusde enkel.

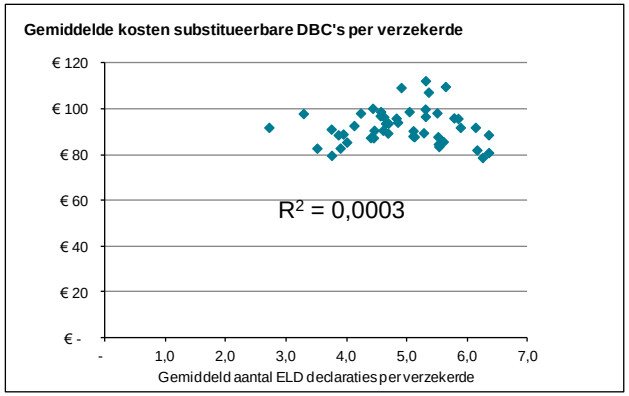
Op de volgende pagina vindt u deze resultaten.

Een verdere uitsplitsing van de kosten is te vinden in bijlage 1.3.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Resultaten kwantitatieve analyse

Substitueerbare DBC's zijn DBC's waarvan de behandeling vaak ook in de eerstelijn had kunnen plaatsvinden. Bij deze DBC's is het belang van ELD extra groot, omdat dit een overstap naar de tweedelijn kan voorkomen.

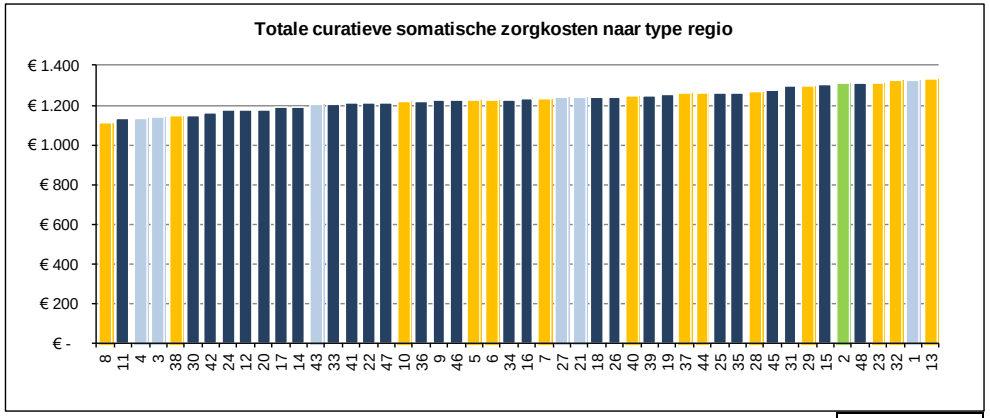


Gelet op de verwachting van het veld zou de relatie tussen de hoeveelheid ELD en de tweedelijnskosten voor substitueerbare DBC's zeker moeten gelden. Echter, op basis van de beschikbare gegevens is dit verband niet aan te tonen. Dit ondersteunt de voorgaande resultaten dat er weinig sturing op deze uitkomsten is en dat aanpassing van de bekostiging en steviger sturing door de zorgverzekeraars vereist is.

Er is geen verband zichtbaar tussen het type ELD aanbieder en de totale kosten voor somatische curatieve zorg in een regio

De derde hypothese betreft het verband tussen het leveren van ELD door een bepaald type aanbieder en de hoogte van de kosten voor tweedelijnszorg. De aanname hierbij is dat wanneer ELD in het ziekenhuis wordt uitgevoerd, de drempel om de patiënt door te verwijzen lager is. Dit zou dan leiden tot gemiddeld hogere tweedelijnskosten.

In de grafiek aan de rechterkant is geen verband zichtbaar tussen het type aanbieder en de hoogte van de curatieve somatische zorgkosten. In sommige regio's zijn de kosten hoger dan in andere, maar dit lijkt niet samen te hangen met het type aanbieder. In bijlage 1.4 is bovenstaande analyse ook te vinden voor substitueerbare DBC's. Daarnaast bevat bijlage 1.5 analyses voor vijf specifieke aandoeningen.



Relevantie voor bekostiging

Bovenstaande analyses leiden tot een aantal conclusies die relevant zijn voor de bekostiging:

- Er is variatie in het aantal geleverde prestaties ELD; adequate sturing op toegevoegde waarde van ELD in het systeem lijkt te ontbreken.
- We zien geen verband tussen het type aanbieder en structureel lagere of hogere zorgkosten en/of lagere of hogere aantallen declaraties.
- Functionele bekostiging lijkt daarom een logisch uitgangspunt te zijn.
  - Bij functionele bekostiging gaat het erom wat er geleverd wordt en niet wie het levert.
- De zorgverzekeraar kan de geconstateerde variatie (in zorgkosten en aantallen) gebruiken om te sturen op waarde van zorg. In de huidige situatie lijkt dat echter nog niet te gebeuren. Een nieuwe bekostigingsvorm en aangrijpingspunten voor de zorgverzekeraar moeten dit zoveel mogelijk faciliteren.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bekostiging

Opbouw advies

Onderdelen advies

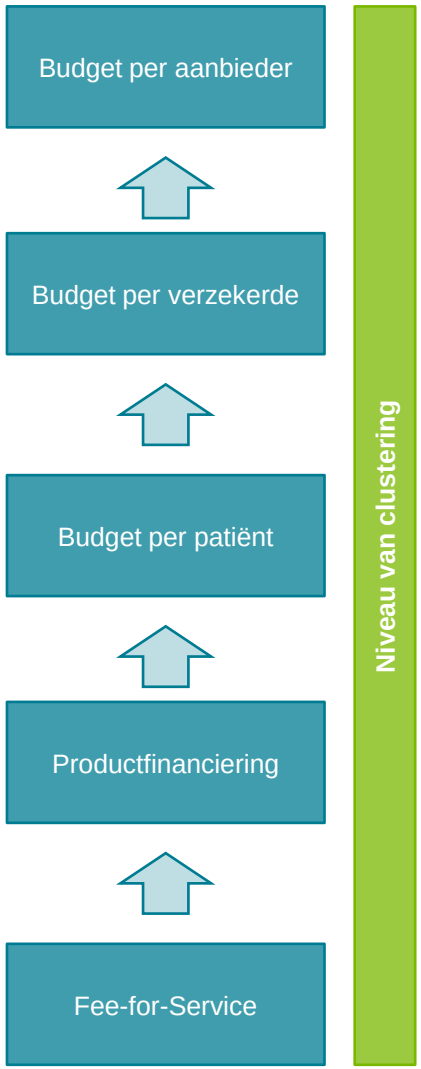
Om tot een advies voor de bekostiging van ELD te komen, doorlopen we verschillende stappen. Allereerst lichten we toe hoe een bekostiging is opgebouwd. Elke bekostigingsvorm bestaat uit verschillende onderdelen, zoals de prestatie en het tarief. De basis van elke bekostiging is de grondvorm, hiermee bedoelen we of de bekostiging gebaseerd is op producten of bijvoorbeeld een budget. We werken daarom de mogelijke grondvormen voor eerstelijnsdiagnotiek uit.

Vervolgens toetsen we deze grondvormen tegen het toetsingskader en selecteren we de grondvormen die bijdragen aan de versterking van de ELD. In de toetsing nemen we mee in hoeverre de zorgverzekeraars binnen de grondvorm de mogelijkheid hebben om te sturen. De mate waarin de zorgverzekeraar kan sturen op wenselijk uitkomsten is bepalend voor het eventueel mitigeren van ‘negatieve’ prikkels in de bekostiging.

De geselecteerde grondvormen werken we vervolgens uit tot volwaardige bekostigingsvormen. In de uitwerking besteden we ook aandacht aan de plek in het budgettair kader zorg en de gevolgen voor het eigen risico. Op basis van de uitgewerkte bekostigingsvormen komen we tot een advies waarin de haalbaarheid en toepasbaarheid van de verschillende mogelijkheden worden meegenomen.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Opbouw bekostigingsvorm



Bekostigingsvorm

Een bekostigingsvorm is opgebouwd uit verschillende onderdelen. De basis is de grondvorm. Vervolgens moet de bekostigde prestatie gekozen worden. Als de prestatie en de grondvorm helder zijn, blijft het tarief nog over: gelden er bijvoorbeeld vaste tarieven of kunnen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierover onderhandelen. In onderstaande tekst lichten we de verschillende onderdelen kort toe. Daarna werken we eerst de verschillende mogelijke grondvormen uit.

Grondvorm

Er zijn vijf mogelijke grondvormen:

- Fee-for-Service (FFS)
- Productfinanciering
- Budget per patiënt
- Budget per verzekerde
- Budget per aanbieder

De verschillende grondvormen verschillen in de mate waarop de ‘handelingen’ geclusterd zijn. Dit varieert van het bekostigen van elke losse handeling (FFS) tot het bekostigen van de totale aanbieder, los van welke losse handeling wordt uitgevoerd (budget per aanbieder).

Bekostigde prestatie

Om te kunnen declareren is het nodig om af te spreken welke prestatie gedeclareerd wordt. Uitgangspunt hierbij is dat de prestaties voor iedere aanbieder gelijk zijn; zogenaamde functionele bekostiging. Het gaat om de geleverde prestatie en niet om wie de prestatie levert.

Door uit te gaan van een functionele bekostiging, wordt een gelijk speelveld gecreëerd en is het mogelijk om de prestaties van de verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken.

Tariefvorm

De tariefvorm geeft aan wat de mogelijkheden zijn voor zorgverzekeraar en zorgaanbieder om afspraken te maken over het tarief. De volgende tariefvormen zijn mogelijk:

- Vrije tarieven(/budgetten)
- Maximumtarieven(/budgetten)
- Vaste tarieven(/budgetten)

Bij vaste tarieven staat vast welke tarief geldt voor welke prestatie. Bij de overige tariefvormen is er ruimte om bijvoorbeeld kwaliteit extra te belonen en ook is er ruimte om doelmatigheidswinsten sneller te realiseren. Ook bij de grondvormen gebaseerd op een budget, kan de hoogte van het budget afhankelijk gemaakt worden van de geleverde zorg(kwaliteit).

Leeswijzer

Op de volgende pagina’s lichten we per mogelijke grondvorm het effect van de verschillende grondvormen voor de huisarts en de eerstelijnszorgaanbieders toe. We geven bij elke grondvorm ook aan welke sturingsmogelijkheden de zorgverzekeraar heeft om eventuele negatieve effecten tegen te gaan en wat het verwacht effect op het budgettair kader zorg (BKZ) is.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bekostiging
Grondvorm: Fee-for-Service (FFS)

Beschrijving

FFS is de grondvorm zoals de bekostiging van ELD nu is. In deze vorm wordt elke handeling die wordt uitgevoerd apart gedeclareerd en betaald. De opbrengst van de aanbieder is afhankelijk van het geproduceerde volume. Het is mogelijk dat de zorgverzekeraar specifieke afspraken maakt over een bepaald type declaratie. In de praktijk blijkt echter dat het niveau waarop gedeclareerd wordt, dusdanig laag is, dat er hooguit afspraken op hoofdlijnen worden gemaakt.

Effect voor de huisarts

- De bekostiging is gericht op de aanbieder van ELD en niet op de huisarts. Hierdoor ervaart de huisarts op basis van de bekostiging geen stimulans om doelmatig aanvraaggedrag te laten zien.

Effect voor de aanbieder van ELD

- Deze bekostigingsvorm stimuleert de aanbieder van ELD tot een zo hoog mogelijke productie. De aanbieder wordt immers beloond per geleverde handeling. De kans op overproductie (productie die geen waarde toevoegt) is hierbij aanwezig.
- In principe stimuleert deze bekostiging het doelmatig werken per handeling. Omdat de aanbieder per handeling betaald wordt, stijgt zijn marge bij een doelmatigere uitvoering. Hij heeft echter geen belang bij het optimaliseren van het totale zorgproces (het aantal prestaties per patiënt optimaliseren), omdat dit omzet kost.
- De mate waarin de tweedelijn bepaalde diagnostische verrichtingen overdoet die vanuit de eerstelijn reeds beschikbaar en bruikbaar zijn, is vanuit de bekostiging gezien irrelevant voor de ELD aanbieder.

Mogelijkheden tot sturing vanuit zorgverzekeraar

- Om de huisarts te stimuleren tot doelmatig aanvraaggedrag, kunnen indicatoren rondom zuinig aanvragen afgesproken worden met de huisarts. In de nieuwe huisartsenbekostiging is een segment opgenomen (segment drie) waarin ruimte is voor afspraken over uitkomsten van zorg. De huisarts kan via dit segment beloond worden voor het leveren van bepaalde kwaliteit van zorg.
- Overproductie bij de aanbieder kan de zorgverzekeraar eventueel tegengaan door te sturen op waarde van zorg. Dit kan door inzichtelijk te maken in hoeverre (meer) diagnostiek bijdraagt aan betere uitkomsten of lagere kosten in de behandeling die volgt: het aantal aanvragen ELD en de kosten daarvoor per patiënt in relatie tot het totaal aantal en kosten van substitueerbare DOT's (zie ook pagina 9). Binnen deze grondvorm is het niveau van de bekostigde prestaties echter zo laag, dat de koppeling aan vervolgzorg lastig is.
- De zorgverzekeraar beschikt door informatie vanuit de declaraties over voldoende informatie om te kunnen sturen op dubbele diagnostiek.

Effect op het BKZ

Deze grondvorm brengt een groot risico op overschrijding van het BKZ met zich mee omdat er een prikkel is tot overproductie. De afgelopen jaren is de omvang van ELD dan ook aanzienlijk gegroeid.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Grondvorm: Productfinanciering

Beschrijving

Bij productfinanciering wordt, gelijk aan FFS, betaald voor losse producten. De producten zijn echter geclusterd op een hoger niveau dan bij FFS. De opbrengst van de aanbieder is afhankelijk van het aantal gedeclareerde prestaties.

Er zijn verschillende manieren van clustering mogelijk. Hierbij kan (theoretisch) gedacht worden aan de volgende vormen:

- Clustering op basis van kostenhomogeniteit
- Clustering op basis van diagnose
- Clustering op basis van categorieën van klachten

Voor een effectieve sturing is het nodig om een link te leggen tussen diagnostiek en vervolgzorg. Dit kan niet bij clustering op kostenhomogeniteit. Omdat diagnostiek voorafgaat aan het stellen van een diagnose, is het ook niet mogelijk om hier vooraf op te clusteren. De derde optie, namelijk het clusteren op categorieën van klachten (zoals ‘lab cardiaal’) ligt het meest voor de hand. Het bestaande LESA formulier zou hiervoor de basis kunnen vormen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het LESA formulier nu is ontworpen aan de hand van 33 veel voorkomende klinische vraagstellingen, die mogelijk nog niet uitputtend zijn.

De clustering op basis van categorieën dient met name plaats te vinden voor laboratoriumonderzoek. De huidige prestaties voor beeld- en functieonderzoek zouden kunnen blijven bestaan.

Effect voor de huisarts

- De bekostiging is gericht op de aanbieder van ELD en niet op de huisarts. Hierdoor ervaart de huisarts op basis van de bekostiging geen stimulans om doelmatig aanvraaggedrag te laten zien.

Effect voor de aanbieder van ELD

- Deze bekostigingsvorm stimuleert de aanbieder van ELD tot een zo hoog mogelijke productie op productniveau. De aanbieder wordt immers beloond per geleverd product. De kans op overproductie (productie die geen waarde meer toevoegt) is hierbij aanwezig.
- Deze bekostiging stimuleert wel het doelmatig werken binnen een product. Omdat de aanbieder per product betaald wordt, stijgt zijn marge bij een doelmatiger uitvoering.
- De bekostiging geeft geen stimulans tot het voorkomen van dubbele diagnostiek.

Mogelijkheden tot sturing vanuit zorgverzekeraar

- De zorgverzekeraar heeft bij deze grondvorm dezelfde mogelijkheden om te sturen op doelmatig aanvraaggedrag van de huisarts als bij FFS, alleen is het aantal producten geringer en daarmee wellicht overzichtelijker.
- Ten aanzien van het voorkomen van overproductie geldt ook hier dat de zorgverzekeraar kan sturen op waarde van zorg. De benodigde koppeling van ELD met de vervolgbehandeling is bij productfinanciering echter makkelijker te maken dan bij FFS aangezien het niveau van de prestatie hier meer handvaten voor geeft.
- De zorgverzekeraar beschikt door informatie vanuit de declaraties over voldoende informatie om te kunnen sturen op dubbele diagnostiek.

Effect op het BKZ

Deze grondvorm brengt een risico op overschrijding van het BKZ met zich om dat er een prikkel is tot overproductie.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Grondvorm: Budget per patiënt

Beschrijving

In de grondvorm budget per patiënt wordt voor elke patiënt (een verzekerde die minimaal één keer ELD nodig heeft per jaar) eenzelfde budget uitgekeerd. Het ‘product’ op basis waarvan wordt gefinancierd is de patiënt. De hoogte van het budget per patiënt is gebaseerd op de gemiddelde kosten per patiënt van de budgethouder. Deze grondvorm brengt relatief grote budgetonzekerheid voor de aanbieder van ELD, afhankelijk van daadwerkelijke toestroom van patiënten kunnen de inkomsten jaarlijks wisselen.

De budgethouder kan zowel de zorgaanbieder zijn als de aanvrager van diagnostiek, de huisarts. In theorie kan ook de patiënt zelf de budgethouder zijn, deze mogelijkheid laten we hier buiten scope. Als de huisarts budgethouder is, onderhandelt de huisarts met de aanbieder over de vergoeding van de geleverde zorg. De effecten van deze grondvorm zijn afhankelijk van wie de budgethouder is. Daarom beschrijven we de effecten twee keer, één keer met de aanbieder als budgethouder en één keer met de huisarts als budgethouder.

Budget bij ELD aanbieder

Effect voor de huisarts

- De bekostiging is gericht op de aanbieder van ELD en niet op de huisarts. Hierdoor ervaart de huisarts op basis van de bekostiging geen stimulans om doelmatig aanvraaggedrag te laten zien.

Effect voor de aanbieder van ELD

- De aanbieder heeft een financieel belang bij zoveel mogelijk ‘patiënten’, hetgeen een sterke volume prikkel is.
- Als de patiënt eenmaal een keer ELD heeft ontvangen, heeft de aanbieder een prikkel tot onderproductie per patiënt / afschuiven van zorg omdat levering van zorg ten koste gaat van de opbrengst per patiënt. De huisarts vraagt de zorg aan dus de aanbieder heeft maar beperkte mogelijkheden om hier op te sturen maar waar het kan, zal de aanbieder de grenzen van de kwaliteit en hoeveelheid op zoeken.
- De aanbieder heeft wel baat bij doelmatiger werken per patiënt, een doelmatig proces per patiënt verhoogt zijn marge.
- De aanbieder wordt niet gestimuleerd om dubbele diagnostiek te voorkomen.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Grondvorm: Budget per patiënt

Budget bij huisarts

Effect voor de huisarts

- De huisarts ontvangt en beheert het budget en heeft hiermee direct de prikkel tot zoveel mogelijk 'ELD patiënten'. Als het budget eenmaal binnen is, voelt de huisarts wel de prikkel om voor die patient doelmatig aan te vragen, dit verhoogt immers zijn marge.

Effect voor de aanbieder van ELD

- Wanneer de huisarts budgethouder is, hangt de productieprikkel en de prikkel tot doelmatig werken voor de aanbieder af van de afspraken die hij met de huisarts maakt.
- Of diagnostiek in de tweedelijn opnieuw wordt uitgevoerd is irrelevant voor de aanbieder. Hij of zij wordt niet beloond of gestraft voor deze vorm van dubbele diagnostiek.
- Administratieve last stijgt vanwege het grotere aantal onderhandelingspartners (huisartsen) maar daalt door onderhandelen over minder producten.

Mogelijkheden tot sturing vanuit zorgverzekeraar

- Om het aanvraaggedrag van de huisarts te kunnen sturen als de aanbieder het budget beheert, kunnen indicatoren rondom zuinig aanvragen opgenomen worden in segment drie van de huisartsenbekostiging.
- Om onderproductie te voorkomen, is het nodig om te sturen op uitkomsten van het gehele zorgproces en de rol van diagnostiek daarin. Om de koppeling met tweedelijnszorg te kunnen maken is echter wel meer gedetailleerde informatie over de prestatie nodig dan alleen het feit dat er een patiënt is geholpen. Er moeten dus afspraken gemaakt worden over welke informatie er met de declaratie meegestuurd wordt zodat de verzekeraar inzicht heeft in hetgeen aan onderzoek gedaan is.
- Om te sturen op het voorkomen van dubbele diagnostiek is ook additionele informatie nodig over welke diagnostiek is uitgevoerd.

Effect op het BKZ

Deze grondvorm brengt een groot risico op overschrijding van het BKZ met zich mee. De uitgaven zijn namelijk afhankelijk van het aantal patiënten 'in zorg'. Zowel de huisarts als de aanbieder heeft geen prikkel om het aantal patiënten verminderen.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Grondvorm: Budget per verzekerde

Beschrijving

Voor elke ingeschreven verzekerde wordt eenzelfde budget uitgekeerd. Het product is daarmee de verzekerde. De hoogte van het budget is gebaseerd op de gemiddelde kosten per verzekerde, het totale budget is afhankelijk van het aantal ingeschreven verzekerden. Deze grondvorm brengt relatief grote budgetzekerheid doordat het om ingeschreven verzekerden gaat.

Ook hier kan zowel de huisarts als de aanbieder de budgethouder zijn.

Budget bij ELD aanbieder

Effect voor de huisarts

- De bekostiging is gericht op de aanbieder van ELD en niet op de huisarts. Hierdoor ervaart de huisarts op basis van de bekostiging geen stimulans om doelmatig aanvraaggedrag te laten zien.

Effect voor de aanbieder van ELD

- De aanbieder heeft een financieel belang bij zoveel mogelijk verzekerden, de aanbieder zal daarom zijn best doen om zich te profileren.
- De aanbieder heeft vervolgens een prikkel tot onderproductie per patiënt / afschuiven van zorg omdat levering van zorg ten koste gaat van de opbrengst per patiënt. De huisarts vraagt de zorg aan dus de aanbieder heeft maar beperkte mogelijkheden om hier op te sturen maar waar het kan, zal de aanbieder de grenzen van de kwaliteit en hoeveelheid op zoeken.
- De aanbieder heeft baat bij doelmatiger werken per patiënt, een doelmatig proces per patiënt verhoogt zijn marge.
- Gelijk aan de vorige vormen, wordt de aanbieder ook hier niet gestimuleerd om dubbele diagnostiek te voorkomen.

Budget bij huisarts

Effect voor de huisarts

- De huisarts krijgt zijn budget op basis van het aantal ingeschreven patiënten. De verzekerden zijn reeds bij hem ingeschreven, hierdoor wordt de huisarts gestimuleerd om voor zijn verzekerden populatie zo doelmatig mogelijk aan te vragen. De huisarts is bij deze grondvorm integraal verantwoordelijk (voor zijn gehele populatie) voor het voorkomen van tweedelijnszorg. Zijn poortwachtersfunctie wordt hiermee versterkt en hij kan hiermee de integrale basis geneeskundige zorg leveren. Conceptueel gezien lijkt deze grondvorm daarmee aantrekkelijk.

Effect voor de aanbieder van ELD

- Wanneer de huisarts budgethouder is, hangt de productieprikkel en de prikkel tot doelmatig werken voor de aanbieder af van de afspraken die hij met de huisarts maakt.
- Of diagnostiek in de tweedelijn opnieuw wordt uitgevoerd is irrelevant voor de aanbieder. Hij of zij wordt niet beloond of gestraft voor deze vorm van dubbele diagnostiek.
- Administratieve last stijgt vanwege het grotere aantal onderhandelingspartners (huisartsen) maar daalt door onderhandelen over minder producten.

Mogelijkheden tot sturing vanuit zorgverzekeraar

De sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar en de bijbehorende voorwaarden daarvoor (meesturen van gedetailleerde informatie over de handelingen die zijn verricht) zijn hetzelfde als bij de grondvorm budget per patient.

Effect op het BKZ

Deze grondvorm brengt geen risico op overschrijding van het BKZ met zich mee omdat het aantal verzekerden vooraf vast staat en daarmee ook de kosten die aan de populatie verbonden zijn.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Grondvorm: Budget per aanbieder

Beschrijving

Deze grondvorm is gelijk aan het oude budgetsysteem van de ziekenhuizen waarbij de grondslag voor de financiering geen output en/of uitkomsten maar input is. Niet de handelingen worden gefinancierd maar factoren die per zorgaanbieder variëren zijn bepalend voor de bekostiging. Voorbeelden zijn:het aantal vierkante meters, de gebruikte apparatuur of het aantal inwoners van het verzorgingsgebied. De opbrengst voor de aanbieder is vooraf gegarandeerd. Gevolg van deze bekostigingsvorm is dat er toetredingsdrempels aanwezig aan. Een extra aanbieder betekent namelijk extra kosten en een aanbiedergeoriënteerde bekostiging maakt het moeilijker om onderbouwd budget bij een aanbieder af te halen.

Effect voor de huisarts

- Deze vorm van bekostiging stimuleert de huisarts niet tot doelmatig aanvraaggedrag.

Effect voor de aanbieder van ELD

- De aanbieder heeft prikkel tot onderproductie per patiënt / afschuiven van zorg omdat het leveren van zorg ten koste gaat van de opbrengst per patiënt. De huisarts vraagt de zorg aan dus de aanbieder heeft maar beperkte mogelijkheden om hier op te sturen maar waar het kan, zal de aanbieder de grenzen van de kwaliteit en hoeveelheid op zoeken.
- De aanbieder heeft wel baat bij doelmatiger werken per patiënt, een doelmatig proces per patiënt verhoogt zijn marge.
- Er zit in deze grondvorm geen prikkel tot het voorkomen van dubbele diagnostiek.

Mogelijkheden tot sturing vanuit zorgverzekeraar

- Gelijk aan de andere budgetvormen heeft de zorgverzekeraar een mogelijk om te sturen op doelmatig aanvragen, voorkomen van onderproductie en het voorkomen van dubbele diagnostiek, mits er bonus/malus afspraken mogelijk zijn t.o.v. het budget. Doordat de clustering van producten hier op het hoogste niveau gebeurt (er is eigenlijk geen product meer, de aanbieder wordt betaald) is het echter nog belangrijker om extra informatie te generen over welke handelingen zijn uitgevoerd: er is tenslotte geen link meer op verzekerde of patiëntniveau.

Effect op het BKZ

Deze grondvorm brengt geen risico op overschrijding van het BKZ met zich mee omdat het budget van tevoren vast staat en niet wijzigt afhankelijk van het aantal verrichtingen of patiënten.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Selectie geschikte grondvormen

Toepassen toetsingskader

Aan de hand van het toetsingskader (zie pagina 6) toetsen wij in hoeverre de grondvormen de gewenste prikkels in zich hebben. Voor elk element in het toetsingskader lichten we kort toe in hoeverre elke grondvorm voldoet. Daarna geven we in één overzichtelijke tabel aan hoe de verschillende grondvormen scoren. Op basis daarvan maken we een selectie van grondvormen die potentieel bijdragen aan de versterking van de ELD.

Creëren van een goede uitgangspositie van de diverse aanbieders van diagnostiek om zelfstandig te functioneren

- FFS: De grondvorm, mits functioneel ingestoken, geeft iedere aanbieder dezelfde uitgangspositie omdat dezelfde bekostiging op iedereen van toepassing is en iedereen dezelfde prestaties kan leveren.
- Productfinanciering: idem als bij FFS.
- Budget per patiënt
  - Budgethouder huisarts: de huisarts bepaalt waar de diagnostiek wordt geleverd. Dit kan, als de zorgverzekeraar onvoldoende stuurinformatie heeft om dit te monitoren, leiden tot uitsluiting door de huisarts of bij marktmacht van de huisarts, tot het afspreken van te lage tarieven met de aanbieder van ELD.
  - Budgethouder ELDaanbieder: als de patiënt eenmaal een keer bij de aanbieder is geweest, kan een andere aanbieder niet of niet gemakkelijk een vergoeding ontvangen. De eerste aanbieder heeft het budget tenslotte al ontvangen.
- Budget per verzekerde
  - Budgethouder huisarts: zie redenering bij budget per patiënt.
  - Budgethouder ELDaanbieder: in principe is iedere aanbieder vrij om onder dezelfde voorwaarden de zorg te verlenen. Wel moet een aanbieder ingeschreven patiënten hebben om een budget te ontvangen.
  - Dit kan een drempel zijn voor nieuwe toetreders. Daarnaast zal een ELDaanbieder niet gemakkelijk diagnostiek uitbesteden aan bijvoorbeeld de huisarts.
- Budget per aanbieder: Dit budget is gebaseerd op kenmerken van de aanbieder. Dit werpt een toetredingsdrempel op voor nieuwe aanbieders, want om hen een budget toe te kennen moet óf het totale budget omhoog óf moet dit budget worden afgeroomd van de bestaande aanbieders.

Stimuleren van substitutie van zorg naar de meest doelmatige zorg

- Het stimuleren van substitutie van zorg is naar ons idee onafhankelijk van de grondvormen.
- Wel is het afhankelijk van de mogelijkheid om te sturen op uitkomsten van zorg.
- Productfinanciering is hiervoor het meest geschikt: herkenbare producten die het makkelijkst te koppelen zijn aan vervolgzorg.

Volumeopdrijving waar mogelijk voorkomen

- FFS: groot risico op volumeopdrijving en bovendien moeilijk te sturen door zorgverzekeraar.
- Productfinanciering: risico op volumeopdrijving, de zorgverzekeraar is wel iets beter in staat om hierin tegen te sturen.
- Budget per patiënt: groot risico op volumeopdrijving omdat een extra patiënt direct extra inkomsten voor de huisarts of aanbieder oplevert.
- De overige budgetvormen (budget per verzekerde of per aanbieder) remmen volume.

Stimuleren van doelmatig aanvragen door (met name) de huisarts

- Doelmatig aanvraaggedrag wordt alleen gestimuleerd als het budget bij de huisarts ligt.
- Daarnaast kan de zorgverzekeraar hierop ‘bijsturen’, dit is het best mogelijk bij productfinanciering.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Selectie geschikte grondvormen

Zorgen voor de juiste voorwaarden voor efficiënte zorginkoop door zorgverzekeraar

- De zorgverzekeraar kan efficiënt inkopen als hij kan sturen op de juiste prijs, het juiste aantal en de juiste kwaliteit.
- Productfinanciering is hiervoor het meest geschikt: herkenbare producten die het makkelijkst te koppelen zijn aan vervolgzorg.
- Bij FFS kan dit ook, hoewel het niveau van producten een extra slag vraagt van de zorgverzekeraar.
- Bij de bekostiging via budget per verzekerde of patiënt is efficiënte inkoop afhankelijk van de extra informatie die door de zorgverzekeraar ontvangen wordt. Er moeten afspraken gemaakt worden welke (stuur) informatie nodig is om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg en uitspraken te kunnen doen over efficiëntie.
- Bij een budget op aanbiederniveau is dit lastig c.q. onmogelijk.

Stimuleren van doelmatigheid van het diagnostisch zorgproces per patiënt en voorkomen van dubbele diagnostiek

- FFS geeft geen prikkel tot doelmatig werken binnen het zorgproces, hiervoor zijn de producten op een te laag niveau beschreven.
- De andere grondvormen geven hier wel een (geringe) prikkel toe, behalve het budget per aanbieder.
- De budgetvarianten hebben als risico onderproductie per patiënt, productfinanciering juist overproductie. De zorgverzekeraar kan bij productfinanciering relatief eenvoudig sturen aangezien het verband tussen ELD en vervolgzorg beter gelegd kan worden.
- Dubbele diagnostiek wordt in geen enkele grondvorm door prikkels voorkomen, tenzij hier actief via het meten hiervan op gestuurd wordt.
- Alleen het sturen op dubbele diagnostiek ELD is niet voldoende. In de DOT systematiek zit diagnostiek vaak (deels) in de DOT prijs. Zelfs als diagnostiek niet dubbel wordt uitgevoerd, wordt er toch voor betaald. Alleen een aanpassing in de DOT-structuur kan deze prikkel opheffen, waarbij ook aandacht moet zijn voor eventuele vereisten vanuit de DOT-grouper.

Vergelijkbaarheid tussen producten creëren op het niveau van ‘patiëntcategorieën’ (wat kost een gemiddelde patiënt)

- Alleen productfinanciering voldoet hier expliciet aan.
- Bij FFS zijn de producten op een te laag niveau gedefinieerd om op patiëntniveau te kunnen rapporteren.
- Bij de bekostiging via budget per verzekerde of patiënt dient ook extra informatie toegevoegd te worden aan de declaratie om op patiëntniveau producten te kunnen vergelijken.
- De kosten per verzekerde zijn wel gemakkelijk uit de budgetvarianten te destilleren.

Verminderen van de transactiekosten van aanbieders: niet iedere verzekeraar over andere ‘samenstelling van’ producten (lumpsum, staffel, afzonderlijk producten) laten onderhandelen

- Naarmate de prestaties gestandaardiseerd en meer geclusterd zijn, is er minder om op productniveau over te onderhandelen. Bij FFS zijn de transactiekosten daarom het hoogste.

Uitkomsten van zorg op patiëntniveau in relatie tot prijs moet uitgangpunt zijn

- De uitkomsten van zorg per patiënt zijn het best te meten als inzichtelijk is wat de ELD prestatie voor effect heeft op de vervolgbehandeling.
- Productfinanciering is hier het meest geschikt voor.
- Bij bekostiging via budget per verzekerde of patiënt moet er extra informatie naar de zorgverzekeraars om de uitkomsten op patiëntniveau te kunnen koppelen aan de prijs.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Selectie geschikte grondvormen

Aansluiting van de systematiek op aanpalende sectoren (diagnostiek in de tweedelijn, huisartsenbekostiging, bekostiging verloskundigen)

- Het aansluiten van ELD met aanpalende sectoren is maar ten dele mogelijk. De ELD heeft een brugfunctie tussen vermoeden en vervolgbehandeling. Productfinanciering sluit het best aan bij de bekostiging van diagnostiek en behandeling in de tweedelijn. Een budget per verzekerde komt het meest in de buurt van het abonnementssysteem van huisartsen en stimuleert het leveren van integrale basiszorg. Hiermee lijken productfinanciering en budget per verzekerde het beste aan te sluiten bij de systematiek van aanpalende sectoren.

Stimuleren van innovaties

- FFS laat kosten oplopen zonder prikkels tot innovatie.
- De clustering bij productfinanciering prikkelt de innovatie binnen het proces, zeker als er ruimte is voor het belonen van extra innovatie.
- Bij de bekostiging via budget per verzekerde of patiënt is innovatie afhankelijk van de onderliggende afspraken.
- De budgetvorm op het niveau van de aanbieder werkt innovatie het minst in de hand.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bekostiging
Overzicht toetsing grondvormen (anno 2014)

Voorwaarde	FFS	Product-financiering	Budget per patiënt	Budget per verzekerde	Budget per aanbieder
1.Creëren van een goede uitgangspositie van de diverse aanbieders van diagnostiek om zelfstandig te functioneren					
2. Stimuleren van innovaties					
3. Stimuleren van substitutie van zorg naar de meest doelmatige zorg					
4.Volumeopdrijving waar mogelijk voorkomen					
5.Stimuleren van doelmatig aanvragen door (met name) de huisarts			*	*	
6.Stimuleren van doelmatigheid van het diagnostisch zorgproces per patiënt en voorkomen van dubbele diagnostiek					
7.Uitkomsten van zorg op patiëntniveau in relatie tot prijs moet uitgangpunt zijn					
8.Vergelijkbaarheid tussen producten creëren op het niveau van ‘patiëntcategorieën’ (wat kost een gemiddelde patiënt)					
9.Zorgen voor de juiste voorwaarden voor efficiënte zorginkoop door zorgverzekeraar					
10.Verminderen van de transactiekosten van aanbieders: niet iedere verzekeraar over andere ‘samenstelling van’ producten (lumpsum, staffel, afzonderlijk producten) laten onderhandelen					
11.Aansluiting van de systematiek op aanpalende sectoren (diagnostiek in de tweedelijn, huisartsenbekostiging, bekostiging verloskundigen)					

* Indien budget bij de huisarts wordt belegd

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Afweging en keuze voor geschikte grondvormen

Afweging geschikte grondvormen

Het overzicht van de toetsing van de grondvormen (pagina 29) laat zien dat geen enkele grondvorm zonder aanvullende sturing aan alle voorwaarden voldoet.

De grondvorm die aan de meeste voorwaarden voldoet is productfinanciering. De grondvorm budget per verzekerde voldoet echter (als de huisarts budgethouder is) aan elementen waarop productfinanciering minder scoort. Omdat de insteek tussen productfinanciering en budget per verzekerde fundamenteel anders is, is gekozen om beide grondvormen verder uit te werken. De overige grondvormen (FFS, budget per patiënt en budget per aanbieder) vallen af als geschikte vorm.

Productfinanciering

Productfinanciering is erg geschikt voor het stimuleren van substitutie en het efficiënt inkopen door zorgverzekeraars, mits er gestuurd wordt op uitkomsten. Daarnaast is er ruimte voor innovatie; immers juist bij een forse sturing op toegevoegde waarde en doelmatigheid van ELD zorg worden aanbieders maximaal gestimuleerd tot innoveren (zoals point of care concepten) en sluit de bekostiging aan bij de tweedelijnszorg.

Risico's van deze bekostigingsvorm zijn volumeopdrijving en het ontbreken van de prikkel tot zuinig aanvraaggedrag.

Budget per verzekerde bij de huisarts

Een budget per verzekerde geeft prikkels die deels tegengesteld zijn aan productfinanciering. Deze bekostigingsvorm is geschikt om zuinig aanvraaggedrag en doelmatig werken te stimuleren.

Risico's zitten in het onderproductie en slechtere vergelijkbaarheid op het niveau van prestatie met vervolgzorg.

Keuze

De keuze voor één van deze bekostigingsvormen hangt af van de weging van de voor- en nadelen. In beide systemen kunnen negatieve prikkels (deels) omgebogen worden met aanvullende sturing, al dan niet met meer of minder moeite.

Om een goed beeld van de volledige bekostigingsvorm te krijgen werken we nu de grondvormen verder uit.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Uitwerking grondvormen tot bekostigingsvormen

Uitwerking grondvormen

In deze paragraaf worden de geselecteerde grondvormen verder uitgewerkt tot volledige bekostigingsvormen. Dit betekent dat we per geselecteerde grondvorm expliciet maken welke prestaties worden bekostigd en wat de tariefsoort is. Tot slot lichten we toe hoe de bekostigingsvormen zich verhouden tot het BKZ en het eigen risico.

Productfinanciering

Prestaties

- De prestaties bij productfinanciering zijn gebaseerd op een clustering van verschillende handelingen die in de huidige situatie (FFS) los bekostigd worden. Zoals gesteld in de beschrijving van productfinanciering, is de meest logische clustering gebaseerd op categorieën van klachten, oftewel: probleemgeoriënteerd clusteren. Het huidige LESA formulier is hierop gebaseerd. Zoals bij de beschrijving van productfinanciering genoemd, kunnen de presstaties voor beeld- en functieonderzoek blijven bestaan. Dit niveau van clustering begeleidt de huisarts bij het aanvragen van ELD en deelt de vele bestaande losse handelingen in logische categorieën in. Als gevolg hiervan neemt het aantal producten waarover afspraken gemaakt worden af, wat de overzichtelijkheid en efficiëntie bij het inkopen ten goede komt. Daarnaast geeft dit niveau voldoende informatie om een koppeling te kunnen maken naar uitkomsten van zorg.

Tariefsoort

- Het risico van productfinanciering is volume-opdrijving. Daarnaast ontbreekt een prikkel voor doelmatig aanvraaggedrag en het voorkomen van dubbele diagnostiek. Om deze risico's waar mogelijk te mitigeren, is sturing door de zorgverzekeraar belangrijk, waarbij een combinatie met een budgetplafond per aanbieder (net zoals nu in de ziekenhuizen gebeurt) voor de hand ligt.
- De bekostiging in het algemeen en het tarief in het bijzonder, zijn mogelijkheden om invulling aan de sturing te geven. De zorgverzekeraar heeft ruimte nodig om gewenste uitkomsten en effecten van zorg te belonen. Bij vrije tarieven of maximumtarieven heeft de zorgverzekeraar deze ruimte. Als gekozen wordt voor vrije prijzen is een snelle tariefaanpassing mogelijk. Bij gebruik maximumtarieven is er relatief minder risico op overschrijding van het BKZ, Het nadeel is dat hiervoor een kostenonderzoek door de NZa noodzakelijk is, dit brengt een langere doorlooptijd met zich mee en er is een groot risico op reguleringsfalen, omdat adequate prijzen moeilijk te berekenen zijn.

Budget per verzekerde bij huisarts

Prestaties

- Bij een budget per verzekerde bij de huisarts is er maar één prestatie: de eerstelijnsdiagnostische zorg voor een ingeschreven verzekerde. Omdat de huisartsenbekostiging al deels gebaseerd is op het aantal ingeschreven patiënten, levert dit geen extra administratie op.

Tariefsoort

- Het risico van het neerleggen van een budget bij de huisarts is, naast het ontbreken van een prikkel voor het voorkomen van dubbele diagnostiek, onderproductie door te weinig aanvragen en slechte vergelijkbaarheid van de prestatie met eventuele vervolgzorg. Een randvoorwaarde voor deze bekostiging is dat zorgaanbieders informatie aan de zorgverzekeraars sturen over de daadwerkelijke handelingen/prestaties die verricht zijn. Hierdoor zijn verzekeraars in staat om te monitoren wat er precies aan zorg geleverd wordt.
- De bekostiging kan de risico's mitigeren door op onderdelen te sturen. Op doelmatig (in dit geval 'voldoende') aanvraaggedrag kan de zorgverzekeraar sturen door de huisarts hiervoor te belonen. Belangrijke voorwaarde hiervoor is dat het 'tarief' (de hoogte van het budget) voldoende ruimte laat om de huisarts hiervoor te belonen. Naast het reguliere bedrag per verzekerde, is een opslag nodig die voldoende sturing met zich meebrengt. De opslag dient daarom substantieel te zijn.

Aandachtspunt

Een aandachtspunt bij deze bekostigingsvorm is de huidige praktijkvariatie: in de ene regio wordt veel meer diagnostiek aangevraagd dan in de andere. Door een budget per verzekerde af te spreken wordt er tussen regio's gestandaardiseerd, dit betekent dat de inkomsten van sommige aanbieders flink afnemen.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Uitwerking grondvormen tot bekostigingsvormen

BKZ

In de huidige situatie valt ELD onder meer dan één budgettair kader:

- De M&I's bij de huisarts vallen onder het BKZ huisartsen.
- De bekostiging van ziekenhuislabs valt onder het BKZ ziekenhuizen en het BKZ medisch specialisten.
- Tot slot valt de bekostiging van EDC's onder het BKZ overig curatief.

Deze versnippering draagt niet bij aan een gelijk speelveld, eventuele overschrijdingen van het budgettair kader worden immers anders benaderd. Om een doelmatige inzet van ELD te stimuleren, en daarbij een gelijke speelveld te creëren, is het aan te raden de ELD zorg onder één budgettair kader te laten vallen.

BKZ en productfinanciering

De verschillende aanbieders vallen nu onder verschillende budgettaire kaders. Het lijkt onlogisch om aanbieders bij een reeds bestaand kader onder te brengen, bijvoorbeeld alle ELD in het BKZ huisartsen, ook als het in een ziekenhuis is geleverd. Om de zorgverzekeraar een zo goed mogelijk actief inkoopbeleid te laten voeren, en ELD zo goed mogelijk vergelijkbaar te maken, is de beste optie om een nieuw BKZ voor ELD in te stellen. Uiteraard moeten de overige budgettaire kaders dan wel geschoond worden van deze bekostiging.

BKZ en het budget per verzekerde bij huisarts

In het geval van een budget per verzekerde bij de huisarts, wordt de huisarts integraal verantwoordelijk voor de eerstelijnszorg van zijn verzekerde populatie. De huisarts bepaalt wanneer en door wie er ELD wordt uitgevoerd. Een eigen BKZ is ook hier mogelijk maar heeft naar ons idee geen meerwaarde boven het onderbrengen van de kosten naar het BKZ huisartsen. Uiteraard is het ook hier van belang dat het BKZ huisartsen verhoogd wordt met hetgeen overgeheveld wordt, zodat de huisartsen niet onterecht verantwoordelijk worden voor een overschrijding van het budget.

Eigen risico

De afgelopen jaren is het eigen risico steeds meer ingezet als sturinginstrument om het zorggebruik terug te dringen. Ook voor ELD kan dit instrument ingezet worden.

Eigen risico en productfinanciering

Momenteel valt alle ELD onder het eigen risico, behalve als de huisarts zelf de diagnostiek uitvoert en declareert via de M&I's. Dit creëert een ongelijk speelveld. Bij productfinanciering adviseren wij om een gelijk speelveld te creëren en alle diagnostiek onder het eigen risico te laten vallen. Daarnaast draagt het eigen risico bij aan het doelmatig uitvoeren van ELD omdat het een remmend effect hierop heeft. De patiënt wordt door het eigen risico ook zelf kritischer is op de hoeveelheid zorg. Keerzijde is dat er een risico op onderbehandeling kan zijn. Het is daarom belangrijk dat de uitkomsten gemonitord worden om onderbehandeling te voorkomen.

Eigen risico en het budget per verzekerde bij huisarts

Ook hier streven we naar een gelijk speelveld. We adviseren bij deze vorm echter juist om de ELD in het geheel uit te sluiten van het eigen risico. Alle zorg geleverd door de huisarts valt in het huidige systeem buiten het eigen risico. Als de ELD in hetzelfde budgettair kader valt als de andere zorg geleverd door de huisarts, lijkt het voor de hand te liggen om ook de ELD buiten het eigen risico te laten. Het argument dat het eigen risico de productie remt is bij deze bekostiging minder relevant. De budgetvariant remt namelijk in zichzelf al de productie.

M&I's (modernisering en innovatie)

De wens om het speelveld voor aanbieders gelijk te trekken, gaat niet samen met een aparte bekostiging voor huisartsen die zelf diagnostiek uitvoeren (M&I's). Daarom is ons advies huisartsen die zelf diagnostiek willen uitvoeren te laten declareren via de nieuwe bekostigingsystematiek.
In een systeem met productfinanciering kunnen huisartsen dezelfde producten declareren als de overige aanbieders, mits zij daarvoor een contract met de zorgverzekeraar hebben. Wanneer de huisartsen de verantwoordelijkheid voor een budget per verzekerde hebben, kunnen zij besluiten een deel van het budget te besteden aan het zelf uitvoeren van diagnostiek.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Uitwerking grondvormen tot bekostigingsvormen

Op de vorige pagina staan de bekostigingsvormen uitgewerkt. Onderstaand geven we in tabelvorm nog een keer een samenvatting van de verschillende bekostigingsvormen die bijdragen aan een hogere toegevoegde waarde van de functie ELD.

Bekostigingsvorm	Prestaties	Tariefsoort	BKZ	Eigen risico
Productfinanciering	Clustering van handelingen conform het LESA formulier Daarnaast aandacht voor de geleverde waarde van zorg via tenminste de volgende KPI's: 1. Het aantal aanvragen ELD en de kosten daarvoor per patiënt in relatie tot het totaal aantal en kosten van substitueerbare DOT's 2. Het percentage dubbele diagnostiek	Vrije tarieven waardoor beloning van waarde mogelijk is	Valt onder nieuw BKZ ELD	Het eigen risico is van toepassing op de ELD
Budget per verzekerde beheerd door huisarts	De verzekerde is de 'prestatie' Daarnaast aandacht voor de geleverde waarde van zorg via tenminste de volgende KPI's: 1. Het aantal aanvragen ELD en de kosten daarvoor per patiënt in relatie tot het totaal aantal en kosten van substitueerbare DOT's 2. Het percentage dubbele diagnostiek	Budget – vaste basis met een vrij te onderhandelen ruimte (substantieel, bijvoorbeeld 25 procent) waardoor beloning van waarde mogelijk is	Valt onder bestaand BKZ huisartsen	Het eigen risico is niet van toepassing op de ELD

Naast de genoemde KPI's die de waarde van zorg inzichtelijk maken, kunnen de volgende minimumnormen worden afgesproken om de waarde te optimaliseren: betrokkenheid bij het diagnostisch toetsoverleg (DTO) zodat afstemming wordt bereikt en het gebruik van LESA formulieren. Andere voorbeelden van minimumnormen kunnen zijn het ISO 15189 certificaat , en tijdigheid van uitslagen (zie bijvoorbeeld de minimnormen die VGZ nu reeds stelt: https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/diagnostiek/beleid).

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Afweging tussen de verschillende bekostigingsvormen

"That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity."

George Bernard Shaw, The Doctor's Dilemma, 1909

Economen, beleidsmakers, dokters en schrijvers als George Bernard Shaw weten al ruim een eeuw dat elke bekostiging zijn eigen, specifieke gedrag oproept. In dit advies is de waarde van ELD weergegeven. De ELD is een instrument van de huisarts om de juiste diagnose te stellen (of een aandoening uit te sluiten) en een passende behandeling te starten, idealiter vanuit een generalistisch perspectief. Daarbij is zinnig en zuinig aanvraaggedrag van belang om de zorg zo doelmatig mogelijk in te richten. Hergebruik van uitslagen waar mogelijk is hierbij een waardevol element.

De geselecteerde bekostigingsvormen kennen ieder hun eigen voor- en nadelen. De belangrijkste tegenstelling is dat productfinanciering een risico tot overproductie met zich meebrengt terwijl de budgetvariant aandacht behoeft om onderproductie te voorkomen. Om beide nadelen te verkleinen , en volledi ger te laten passen binnen de voorwaarden van de Minister, is het noodzakelijk om de uitkomsten van zorg te monitoren.

Bij productbekostiging is het relatief goed mogelijk om verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken en de uitkomsten inzichtelijk te maken. De producten zijn vergelijkbaar en de geleverde zorg is goed te koppelen met eventuele vervolgzorg (de behandeling). De budgetvariant daarentegen behoeft een extra administratie van daadwerkelijke geleverde verrichtingen om de productie tussen aanbieders vergelijkbaar te maken (het product is immers de verzekerde en niet de daadwerkelijke verrichting). Aanbieders met elkaar vergelijken en de relatie leggen tussen ELD en vervolgbehandeling, vraagt dus een extra inspanning. Om tot een advies te komen wegen we de haalbaarheid van beide bekostigingsvormen tegen elkaar af.

De verantwoordelijkheid beleggen daar waar het hoort

De afweging tussen de bekostigingsvormen is mede bepaald op basis van een sessie met zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zien veel voordelen in het onderbrengen van de eerstelijnsdiagnostiek bij de huisarts.

De huisarts bepaalt of en in hoeverre er ELD wordt uitgevoerd. De uitslag komt ook weer terug bij de huisarts met als doel dat de huisarts de juiste diagnose kan stellen. Vanuit dit gegeven is het aantrekkelijk om de verantwoordelijkheid voor de ELD, en daarmee ook de sturingsmogelijkheden, bij de huisarts te beleggen. Als de huisarts het budget voor de ELD beheert, kan hij goed bepalen aan wie hij de vraag stelt en onder welke voorwaarden (kosten en kwaliteit) hij de uitslag terug wenst. Dit verhoogt doelmatigheid en voorkomt volume opdrijving.

Vanuit de analyse van de huidige situatie is naar voren gekomen dat er op dit moment veel variatie in aanvraaggedrag bestaat en dat de link naar uitkomsten van zorg nog niet gelegd wordt. Daarnaast zijn er op het gebied van laboratoriumonderzoek, nog besparingen te realiseren door het strakker inkopen van de ELD op basis van te onderhandelen tarieven, zo bevestigen zorgverzekeraars ook die geconsulteerd zijn in dit onderzoek. Dit pleit ervoor om te starten met productbekostiging op basis van vrije prijzen om de inkoopmacht zo hoog mogelijk in de keten te leggen om maximale prijsdruk te organiseren, naast het sturen op uitkomsten van zorg.

Daarnaast wordt de huisarts de komende jaren geconfronteerd met een verandering van de eigen bekostiging en een verandering van het zorglandschap (onder andere: van AWBZ naar Wmo, meer focus op zorg dichtbij/substitutie). De huisarts verantwoordelijk maken voor het budget van de ELD is naar onze mening, en ook naar de mening van de zorgverzekeraars, daarom nu niet haalbaar en wenselijk.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Advies: twee fasen model past het beste in toetsingskader

Ons advies, mede voortvloeiend uit de sessie met zorgverzekeraars, is:

- Om de markt voor ELD eerst onder volledige verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar een ontwikkeling door te laten maken. Dit kan op basis van productfinanciering met vrije prijzen. De verzekeraar is hierdoor in staat afspraken te maken over vergelijkbare producten, de link te leggen met uitkomsten van zorg en tegelijkertijd de kosten te verlagen. Voor deze vorm is het van belang dat zorgverzekeraars en aanbieders gezamenlijk afspraken maken over kwaliteitscriteria en inkoopcondities.
- Als er consolidatie van de markt is opgetreden, de bestaande producten beter vergelijkbaar zijn en de kosten waar mogelijk verlaagd, is de noodzaak voor productfinanciering kleiner geworden. In feite verandert de scoring op de toetsingscriteria op pagina 29 over tijd: we verwachten namelijk dat een groot deel van de doelmatigheidswinst, als ook de verder professionalisering van de ELD functie (o.a. uitkomsten meten en belonen) de komende jaren plaatsvindt onder de productbekostiging. Daarmee worden een aantal criteria (zoals nr. 6,7,8 op pagina 29) niet meer of veel minder relevant, zo is de verwachting.
- Vanaf dat moment is het mogelijk om de huisarts meer te laten sturen (budget per verzekerde bij de huisarts) zonder dat de huisarts hierbij overvraagd wordt. Deze bekostigingsvorm heeft een sterk remmende invloed op aanvraaggedrag bij huisartsen en draagt daarmee verder bij aan een doelmatigere inzet van eerstelijnsdiagnostiek.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Advies: samenvatting

Samenvatting van ons advies

Samenvattend adviseren we VWS het volgende:

- Start per 2016 met functionele bekostiging op basis van producten aan de hand van vrije prijzen;
- Cluster de labverrichtingen conform het LESA formulier tot producten. Dit betekent een forse vermindering van het aantal producten. Handhaaf de bestaande beeld en functie producten;
- Creëer een apart BKZ voor ELD*
- Breng alle ELD onder in dit kader en hiervoor geldt het eigen risico;
- Schaf M&I's diagnostiek af, huisartsen kunnen declareren via de nieuwe producten zodat een level playing field ontstaat;
- Laat zorgverzekeraars minimumnormen definiëren (zoals nu op sommige plekken reeds gebeurt – zie bijvoorbeeld de inkoopspecificaties VGZ 2015) , bijvoorbeeld deelname aan diagnostisch toetsoverleg (DTO);
- Laat zorgverzekeraars sturen op uitkomsten:
  - Via segment 3 van de nieuwe huisartsenbekostiging kunnen zorgverzekeraars huisartsen belonen voor een goede verhouding ELD versus substitueerbare DOT's op basis van de benchmark uit declaratiegegevens;
  - Via de vrije prijzen kunnen ze ELD aanbieders belonen die veel tijd steken in het voorkomen van ondoelmatige diagnostiek (bijvoorbeeld door het hanteren van spertijden – zie de casus MCC Omnes);
  - Maak het mogelijk dat zorgverzekeraars dubbele diagnostiek niet meer hoeven te vergoeden aan de partij die de diagnostiek voor de tweede maal uitvoert.** Hierdoor wordt er een prikkel in het systeem gebracht om betere afstemming te zoeken tussen ELD aanbieders.
    - Om dit vorm te geven dienen tijden (dagen, weken, maanden) gedefinieerd te worden waarbinnen dubbele diagnostiek als 'dubbel' telt.
    - Treedt hierover in gesprek met de beroepsgroepen en definieer deze tijd per product, zodat zorgverzekeraars houvast hebben bij het uitvoeren hiervan.
    - Idealiter zouden prikkels voor het voorkomen van dubbele diagnostiek ook de reguliere ziekenhuiszorg bevatten, echter dit is door de huidige DOT-bekostiging ons inziens niet goed mogelijk.
- Tot slot, streef op termijn (bijvoorbeeld 2019) naar het onderbrengen van de ELD bekostiging bij de huisarts, zodat hij integrale verantwoordelijkheid heeft voor het leveren van de 1e lijns zorg en waar mogelijk tweedelijns zorg kan voorkomen.

In bijlage 3 gaan we kort in op de positie van de medische microbiologie.

Op de volgende pagina werken we bovenstaande uit in een tijdslijn via een zogenaamde 'roadmap'.

** Indien dit niet of lastig mogelijk is in verband met lopende Hoofdlijnen akkoorden met afspraken veldpartijen op basis van bestaande kaders, maak dan in ieder geval de ELD omvang jaar op jaar zichtbaar in de VWS begroting.*

*** Hierbij is het van belang op te merken dat zorgverzekeraars ook nu reeds niet verplicht zijn onnodige zorg te vergoeden. Het gaat dus wellicht om het expliciteren dat dubbele diagnostiek (in een groot deel van de gevallen) hieronder valt.*

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG

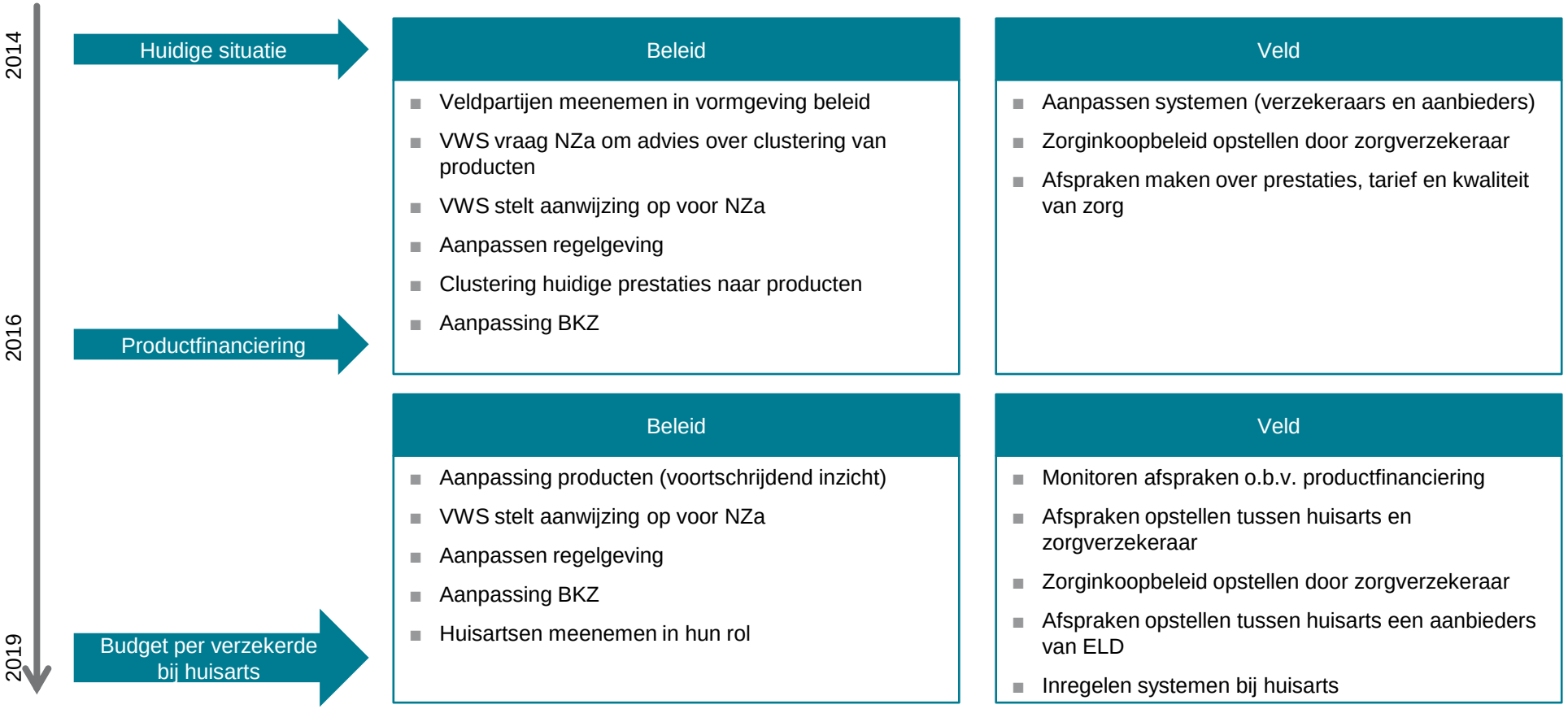
cutting through complexity

Implementatie

Roadmap - globaal

Roadmap

Het advies gaat uit van een twee fasen model. Eerst vanuit de huidige situatie overgaan op productfinanciering en daarna toe werken naar een budget per verzekerde dat wordt beheerd door de huisarts. Onderstaand de benodigde stappen voor implementatie. Op de volgende pagina worden de stappen toegelicht en is een gedetailleerde planning weergegeven.



© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Roadmap – in meer detail

Tweede helft 2014

Aan het einde van de eerste helft van 2014 ontvangt VWS het advies van KPMG Plexus. Hiermee gaat VWS in de tweede helft van dit jaar het gesprek met het veld aan en vervolgens volgt een aanwijzing voor de NZa. In de tweede helft van 2014 moet de ELD op de agenda van de NZa geplaatst worden zodat hier rekening mee gehouden wordt in het werkprogramma 2015.

Eerste helft 2015

De aanwijzing van VWS is gericht op het aanpassen van de relevante wet- en regelgeving door de NZa. Dit betreffen de beleidsregels en nadere regels welke betrekking hebben op de ELD. In de eerste helft van 2015 past de NZa deze regels aan conform het vastgestelde beleid van VWS.

Aangezien de afgelopen jaren de regelgeving al meer functioneel is geworden, zijn de belangrijkste stappen: aanpassen dat tarieven en tariefsoorten eenduidig zijn (niet meer verwijzen naar andere regelgeving, alle ELD valt onder één en dezelfde set van regels) en het clusteren van de huidige (laboratorium)prestaties.

Als laatste moeten alle deel BKZ-en geclusterd worden tot één BKZ ELD. Naast de vorming van één BKZ voor de ELD, geeft de hoogte van dit BKZ de zorgverzekeraar en de veldpartijen een stimulans om zorgvuldig om te gaan met de waarde van de functie.

Tweede helft 2015

In de tweede helft van 2015 is duidelijkheid over de regelgeving voor de ELD. Op basis hiervan kunnen veldpartijen hun declaratiesystemen waar nodig aanpassen. In het advies is aangegeven dat zorgverzekeraars moeten sturen op prijs en kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars kunnen via het zorginkoopbeleid en via de zorginkoopspecificaties direct sturen op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Ze moeten hiervoor passende kwaliteitsmaten en beloningsstructuur opstellen. Het beleid dat de verzekeraar in het zorginkoopbeleid heeft opgesteld is de basis voor de afspraken met zorgaanbieders.

2016

In 2016 moet blijken of en in hoeverre zorgverzekeraars in staat zijn te sturen op de waarde van de ELD. Op basis van de afspraken die gemaakt zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, werken de partijen toe naar een stijging in waarde. Niet alleen door het prijsniveau te drukken maar vooral ook door te sturen op kwaliteit van zorg in de keten.

Deze jaren worden gebruikt om de voorwaarden voor ELD voor alle partijen te optimaliseren.

2017

In 2017 starten we met het toewerken naar de tweede fase: het budget naar de huisarts. Dit betekent dat VWS weer een aanwijzing moet opstellen voor de NZa waarin het beleid voor de komende jaren staat weergegeven. Bij het opstellen van de aanwijzing is het ook nu weer van belang om in gesprek te blijven met het veld zodat er een haalbare en goede lijn wordt doorgezet.

Eerste helft 2018

In de eerste helft van 2018 past de NZa op basis van de aanwijzing van VWS de regels aan zodat de stap naar een budget bij de huisarts gemaakt kan worden. Dit betekent dat de regels gericht op de verschillende producten en declaratie daarvan, omgeschreven worden naar regels gericht op ELD met als product ‘verzekerden’.

In de nadere regels is het noodzakelijk om voorschriften op te nemen over additionele informatie over de geleverde zorg, conform de dan geldende ELD producten, aangezien anders geen adequate sturing meer mogelijk is. Door vast te leggen op welke manier deze informatie van de aanbieder van ELD richting de zorgverzekeraar gestuurd moet worden, is er zekerheid dat er eenduidige informatie overdracht tot stand komt en kunnen zorgverzekeraars de kwaliteit van zorg blijven monitoren, ook in een situatie met een budget ELD per verzekerde beheert door de huisarts. Verder dient VWS het BKZ ELD onder te brengen bij het bestaande BKZ voor de huisartsen. Er dient een besluit te worden genomen of het budget ELD per verzekerde vast of onderhandelbaar is.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Roadmap – in meer detail

Tweede helft 2018

In de tweede helft van 2018 is het voor alle partijen vervolgens weer duidelijk onder welke omstandigheden en met welke regelgeving de ELD te maken krijgt. De partijen kunnen op basis hiervan afspraken opstellen.

De huisartsen en zorgverzekeraar maken afspraken over hoe om te gaan met kosten en kwaliteit van zorg en welk budget de huisartsen nodig hebben om ELD in te kopen. Ook hier kan de zorgverzekeraar via het zorginkoopbeleid sturen op kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. De zorgverzekeraar stuurt alleen niet meer op de zorgaanbieders zelf maar doet dit via de huisarts.

De huisarts moet vervolgens afspraken opstellen met de ELDaanbieder over de te leveren prestaties en de tarieven. Als laatste kunnen de partijen hun systemen dan aanpassen zodat de declaraties conform de nieuwe situatie kan plaatsvinden.

2019

In 2019 is de huisarts integraal verantwoordelijk (voor zijn gehele populatie) voor het voorkomen van tweedelijnszorg. Hierbij is het van belang dat de zorgverzekeraar middels de aangeleverde informatie de waarde van zorg blijft monitoren en hier met de huisarts afspraken over blijft maken.

Bovenstaande is alleen haalbaar wanneer tegen 2019 consolidatie van de markt heeft plaatsgevonden.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

KPMG
cutting through complexity

Bijlages

Kwantitatieve analyse regiobepaling

Aanpak

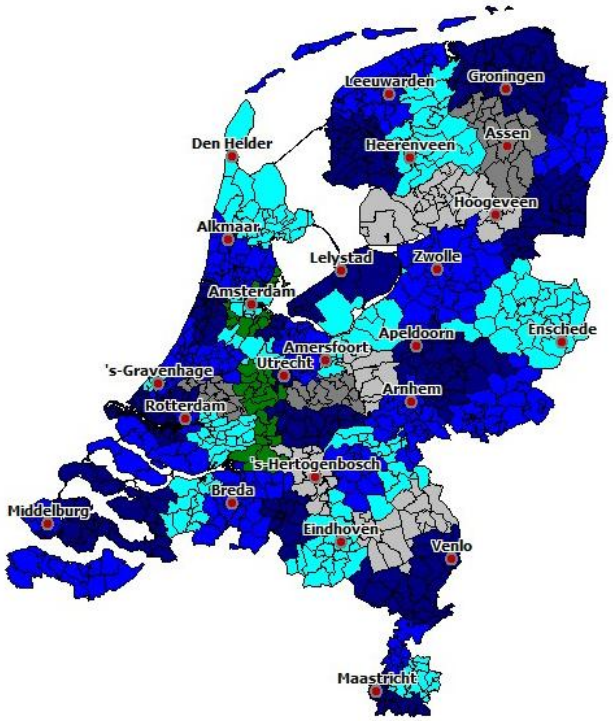
Onze aanpak van de kwantitatieve analyse is te vinden op pagina 13, in het hoofdstuk “inleiding kwantitatieve analyse”.

Regiobepaling

In de analyses rondom declaratie van ELD en tweedelijnszorggebruik wordt gekeken naar variatie tussen regio’s en variatie tussen verschillende type aanbieders van ELD. Deze diagnostiek kan worden aangeboden door EDC’s, ZBC’s en ziekenhuislaboratoria.

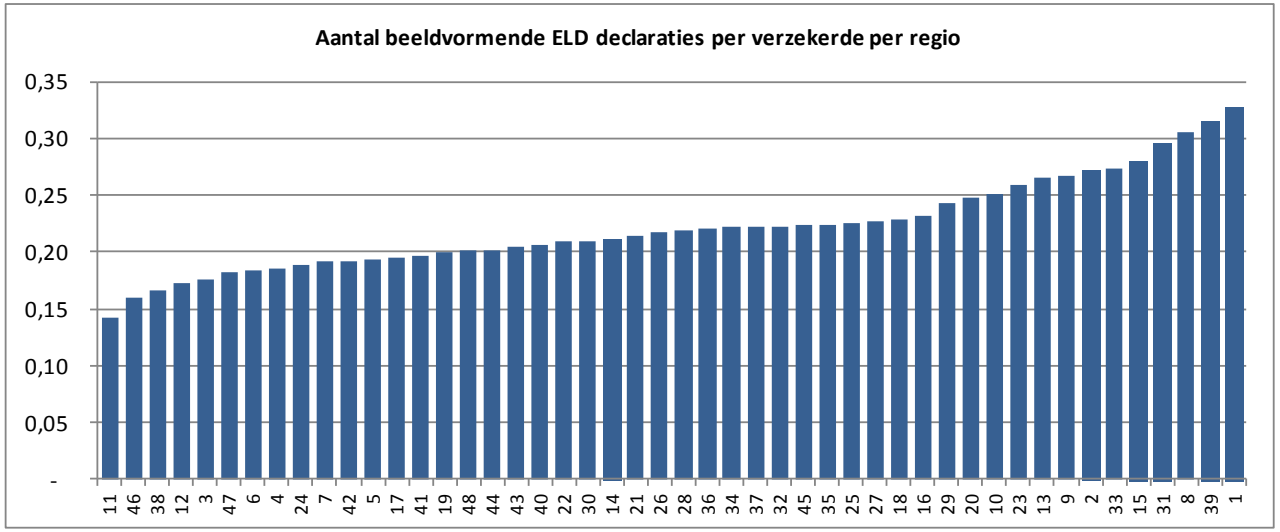
Om de verschillen te kunnen identificeren hebben we Nederland opgedeeld in 48 regio’s. Hiervoor is de volgende methode gehanteerd:

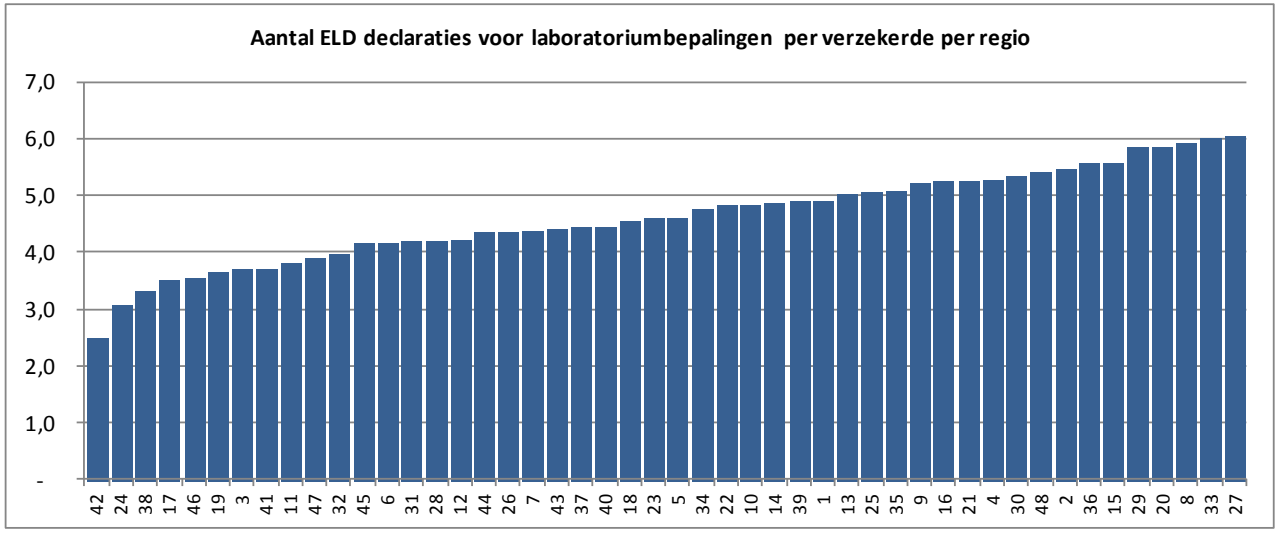
1. Elke postcode in Nederland bestaat uit 4 cijfers en twee letters. Zo’n postcode beslaat een (deel van een) straat. Wanneer we gebieden samenstellen op basis van de eerste drie cijfers ontstaan gebieden ter grootte van een grote wijk of een klein dorp. Van deze gebieden is het gebruik van ELD bekend.
2. Van elk van deze postcode-3 regio’s is vastgesteld welk percentage van de ELD declaraties naar welk type aanbieder gaat. Deze percentages zijn berekend aan de hand van het totaal aantal declaraties, maar ook apart voor de verschillende soorten diagnostiek (beeldvormend, laboratorium, functiegericht en overig).
3. Vervolgens zijn regio’s samengesteld uit postcode-3 gebieden bij elkaar in de buurt, waarbij de levering van ELD per soort diagnostiek vaak naar hetzelfde type aanbieder gaat.
4. Dit leidt tot 48 regio’s. In de analyses krijgen de regio’s soms een toewijzing naar een bepaald type aanbieder. Die toewijzing wordt alleen gegeven wanneer 80% of meer van de ELD declaraties naar dit type aanbieder gaat. Wanneer er geen dominant aanbiederstype is, wordt de regio als “gemengd” aangemerkt.
5. Het komt geregeld voor dat in een regio 90% van de laboratoriumbepalingen door een EDC wordt uitgevoerd, terwijl 85% van de beeldvormende diagnostiek in een ziekenhuislab plaatsvindt. De toewijzing van een regio kan daarom verschillen per analyse.
6. Het inwoneraantal per regio ligt tussen de 125.000 en 700.000.
7. In onderstaande plaat zijn de regio’s weergegeven. De kleuren hebben geen andere betekenis dan dat ze bedoeld zijn om de regio’s te onderscheiden.



© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bijlage 1.2
Kwantitatieve analyse gebruik eerstelijnsdiagnostiek

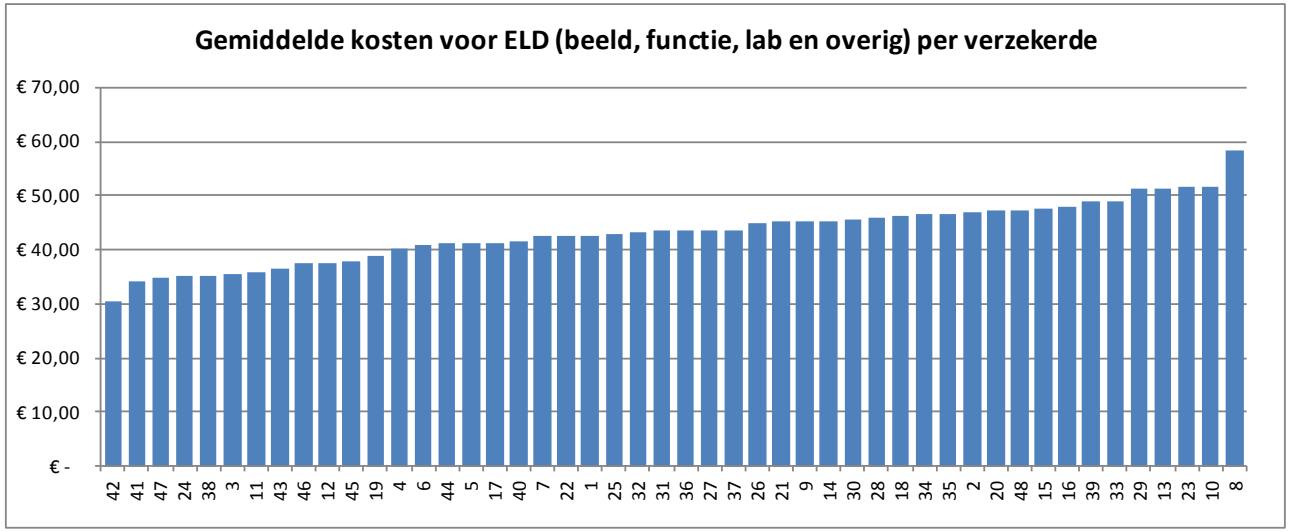




- Het verschil tussen het hoogste en laagste aantal declaraties per inwoner is voor zowel beeldvormende diagnostiek als voor laboratoriumbepalingen ongeveer een factor 2.
- Wel zien we dat regio's waar relatief veel beeldvormende diagnostiek wordt uitgevoerd, niet per definitie de regio's zijn waar ook veel laboratoriumbepalingen worden uitgevoerd.
- Functiegerichte onderzoeken vormen maar een klein deel van het totaal (0,28%), dat deze niet in een aparte grafiek worden getoond.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Kwantitatieve analyse gebruik eerstelijnsdiagnostiek

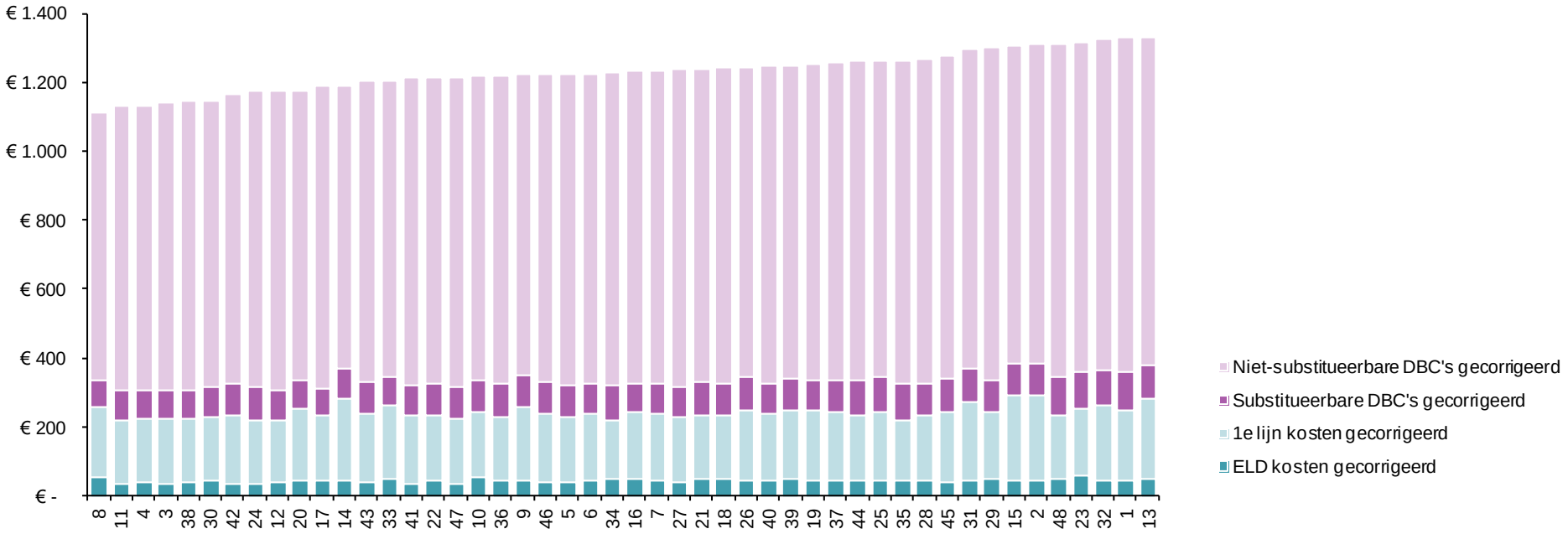


- Ook in de kosten per verzekerden zien we een spreiding terugkomen. De spreiding in kosten is echter wel iets kleiner dan de spreiding in aantallen. De volgorde van de regio's komt niet 1-op-1 met de grafiek van de aantallen declaraties. Dit heeft een aantal oorzaken:
  - De tarieven voor eenzelfde prestatie zijn niet gelijk per type aanbieder.
  - Het gaat om een mix van declaraties, van labbepaling tot MRI-scan en deze kan per regio verschillen.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Kwantitatieve analyse zorggebruik

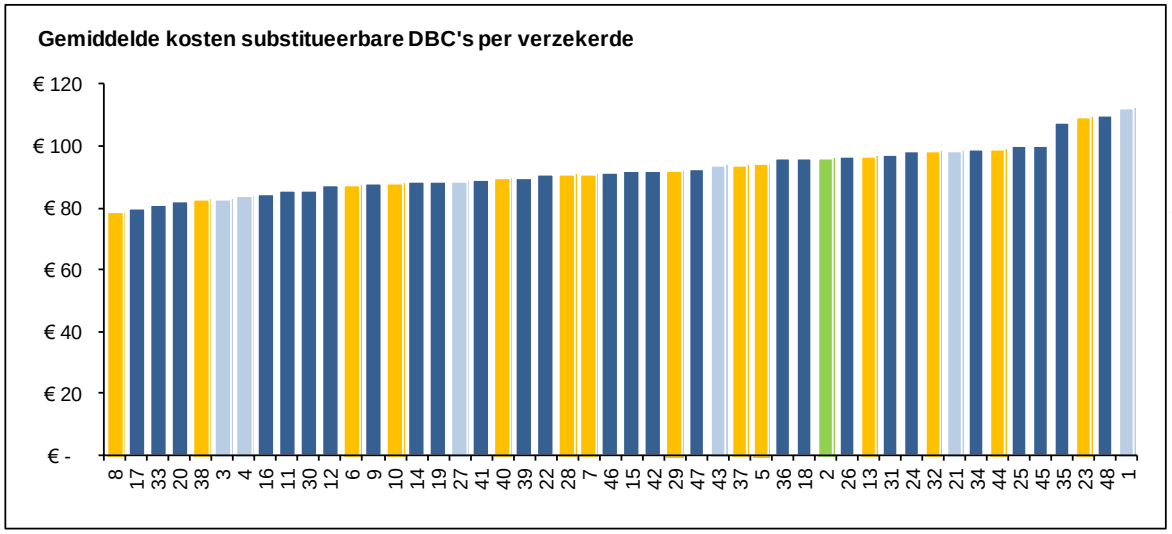
Gemiddelde zorgkosten per patiënt



- In bovenstaande grafiek is het verschil in gemiddelde kosten per verzekerde per regio zichtbaar. Het verschil tussen de regio met de hoogste en de laagste kosten bedraagt € 195,- per verzekerde. Er lijkt geen verband te zijn tussen hoogte van de kosten voor ELD en de hoogte van de totale kosten. De verwachting vanuit het veld was dat investeren in ELD zou leiden tot lagere totale kosten. In dat geval zouden de donkerblauwe delen naar rechts moeten aflopen. Dit patroon is niet zichtbaar. Omgekeerd zien we ook geen bewijs dat meer diagnostiek leidt tot hogere totale kosten.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Kwantitatieve analyse verband tussen eerstelijnsdiagnostiek en kosten substitueerbare DBC's



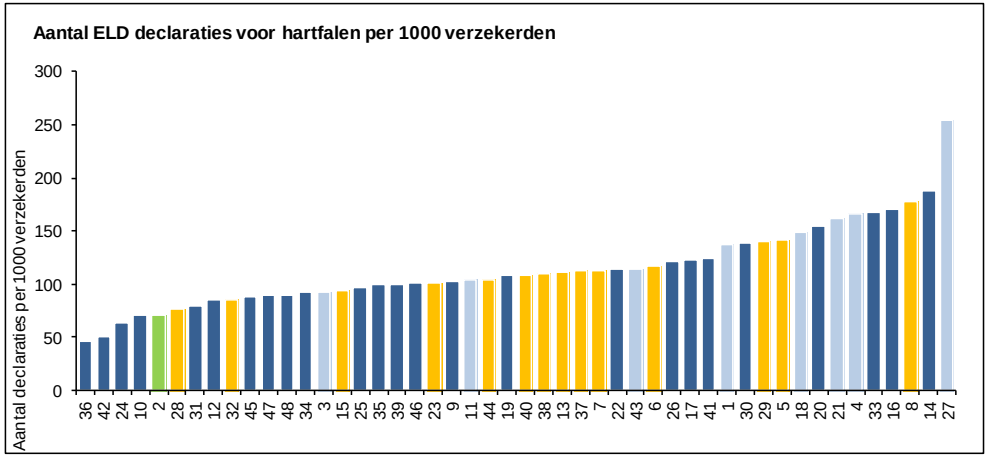
- Net als voor de totale kosten (zie pagina 15) lijkt er ook voor de hoogte van de substitueerbare kosten geen verband te zijn met het type aanbieder. Vanuit het veld was dit wel de verwachting, onder de aanname dat bij diagnostiek die in het ziekenhuis wordt uitgevoerd de drempel lager is om een patiënt ook in de tweedelijn te zien. Hierdoor zouden de tweedelijnskosten hoger oplopen dan bij diagnostiek die buiten het ziekenhuishuis wordt uitgevoerd.

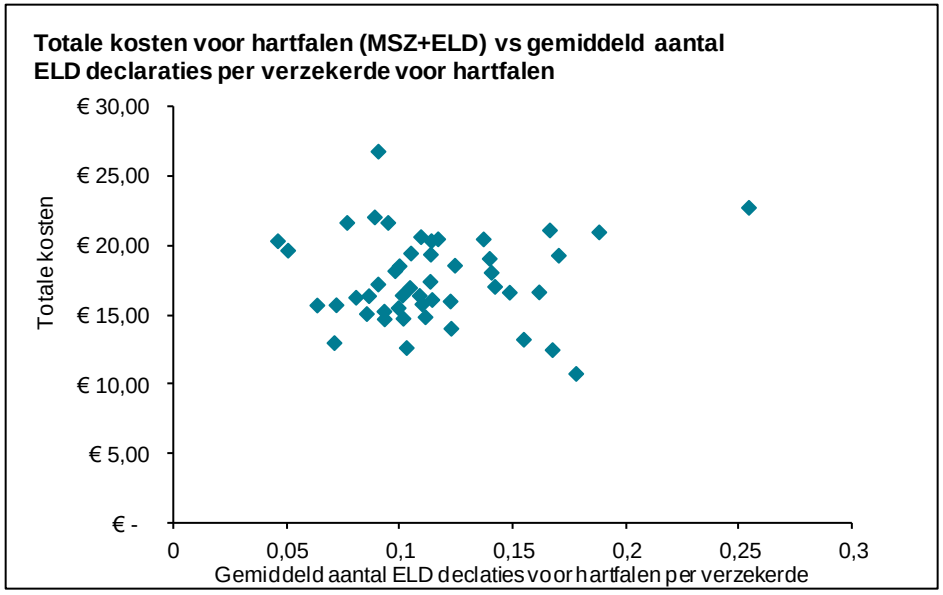
© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

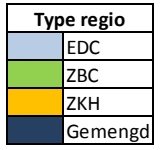
Aandoeningsspecifieke kwantitatieve analyse: Hartfalen

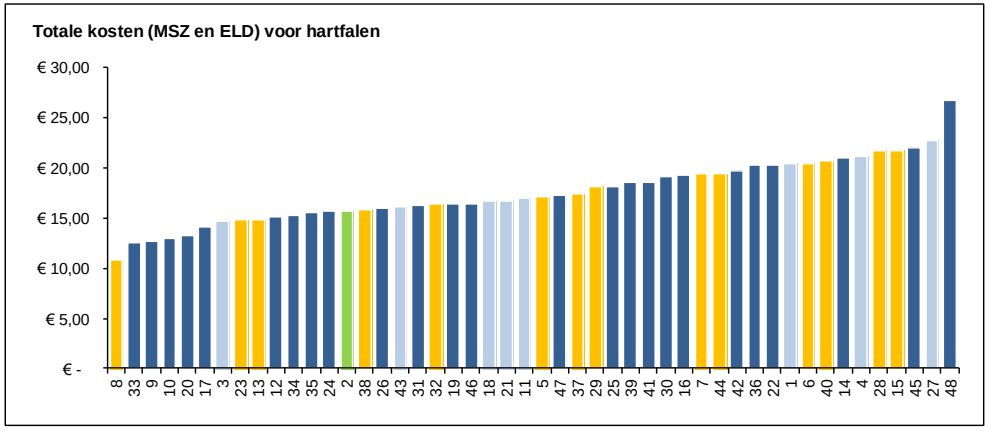
Analyse hartfalen

- Voor hartfalen is gekeken naar patiënten met een BNP/NT-pro-BNP. Voor deze patiënten zijn ook de laboratoriumbepalingen uit de hartfalenstandaard meegenomen. Deze afbakening is afgeleid van de NHG richtlijn voor hartfalen. Daarnaast is gekeken naar hartfalen DBC's.
- De spreiding in aantallen eerstelijnsdiagnostische declaraties is een factor vijf. Hierbij lijkt er geen verband te zijn tussen het type aanbieder in een regio en het aantal declaraties.
- Verder kan er geen relatie aangetoond worden tussen de hoeveelheid ELD en de totale kosten voor hartfalen en ook is geen verband zichtbaar tussen de totale kosten en het type aanbieder.







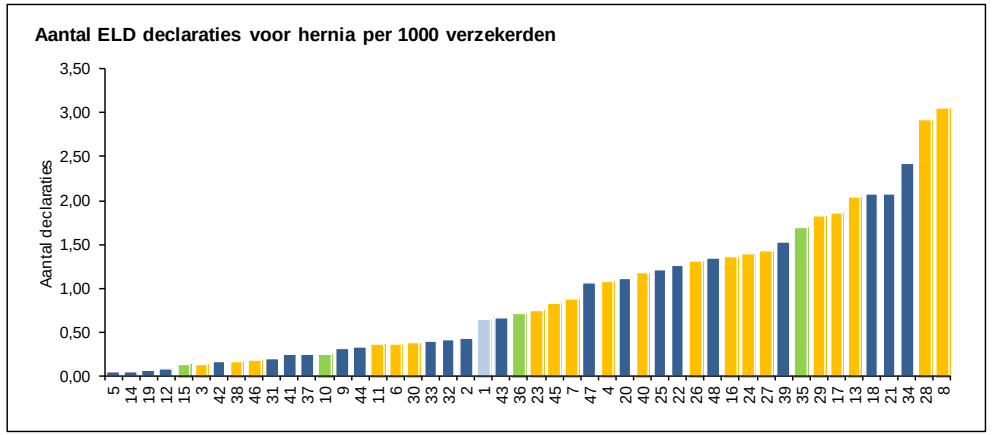


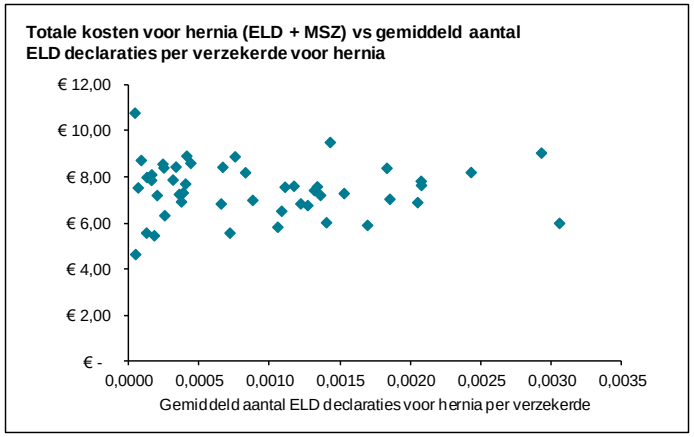
© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

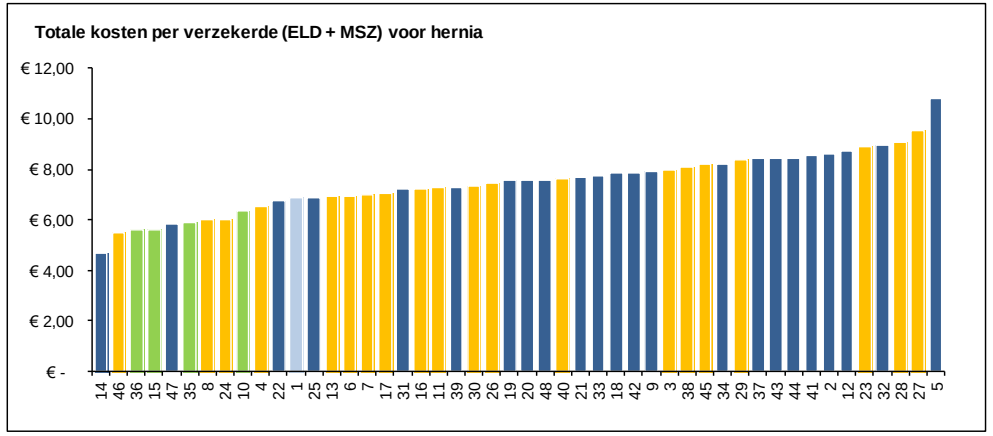
Aandoeningsspecifieke kwantitatieve analyse: Hernia

Analyse hernia

- Voor hernia is gekeken naar de MRI lumbosacrale wervelkolom en het aantal hernia DBC's.
- De spreiding in aantallen eerstelijnsdiagnostische declaraties is opvallend. In een aantal regio's worden 2 tot 3 MRI's per 1000 verzekerden gedeclareerd, terwijl dat elders minder dan 0,1 MRI per 1000 verzekerden is.
- De totale kosten voor hernia verschillen ook per regio, maar hier is de spreiding minder groot.
- Verder kan er geen relatie aangetoond worden tussen de hoeveelheid ELD en de totale kosten voor hernia.
- Opvallend is dat de regio's waarin de diagnostiek veelal bij ZBC's wordt uitgevoerd relatief lage totale kosten laten zien. Deze ZBC's voeren zelf ook herniaoperaties uit. De goede score kan daarom samenhangen met een goede diagnostiek, maar ook met een concurrerende prijs voor de ingreep.





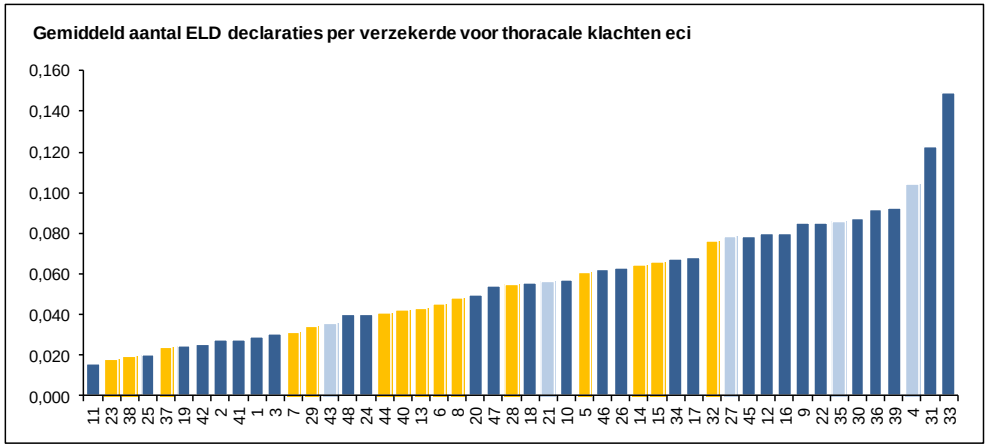


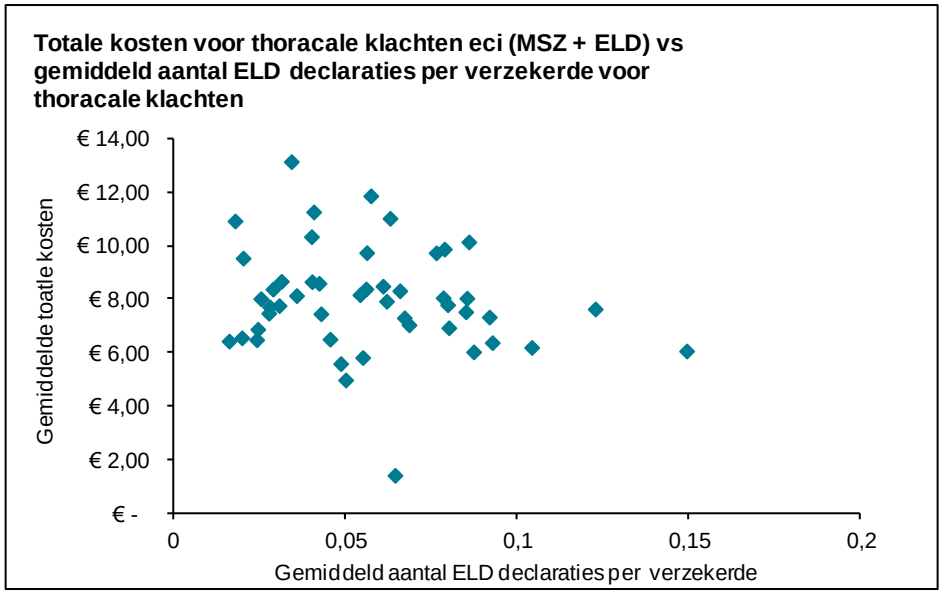
© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

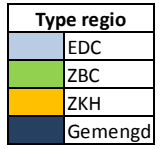
Klachtspecifieke kwantitatieve analyse: Thoracale klachten e.c.i.

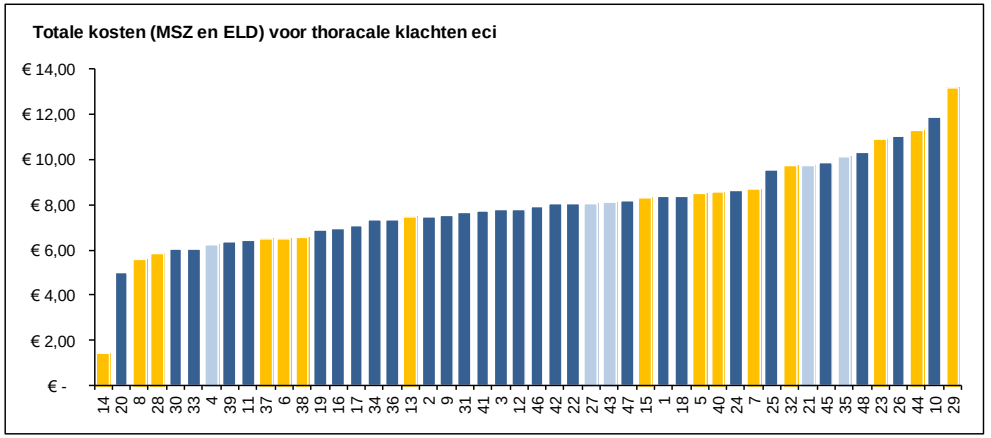
Analyse thoracale klachten e.c.i.

- Voor thoracale klachten is gekeken naar patiënten met een ECG. Voor deze patiënten zijn ook de laboratoriumbepalingen uit de standaard rondom thoracale klachten meegenomen. Daarnaast is gekeken naar DBC's rondom thoracale klachten.
- De spreiding in aantallen eerstelijnsdiagnostische declaraties is een factor zeven. Hierbij lijkt er geen verband te zijn tussen het type aanbieder en het aantal declaraties.
- Verder kan er geen relatie aangetoond worden tussen de hoeveelheid ELD en de totale kosten voor thoracale klachten e.c.i. en ook is geen verband zichtbaar tussen de totale kosten en het type aanbieder.







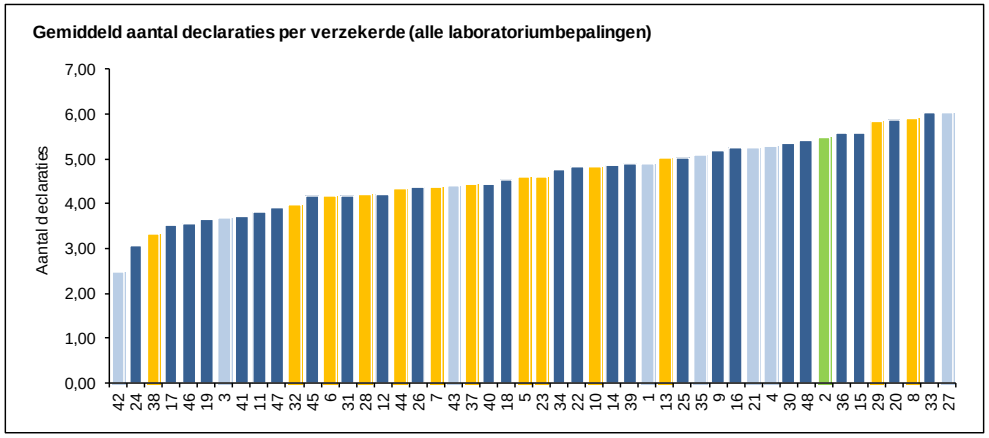


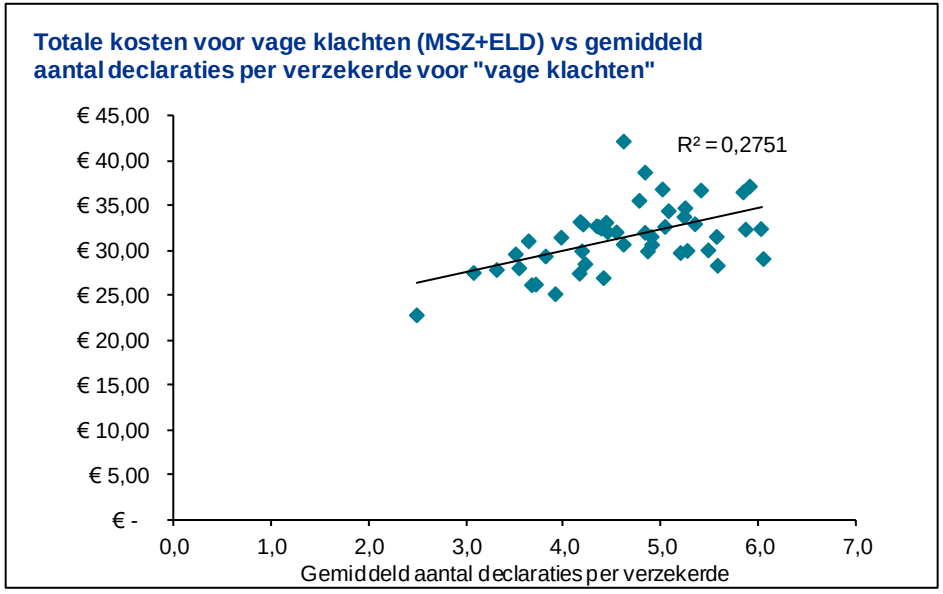
© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

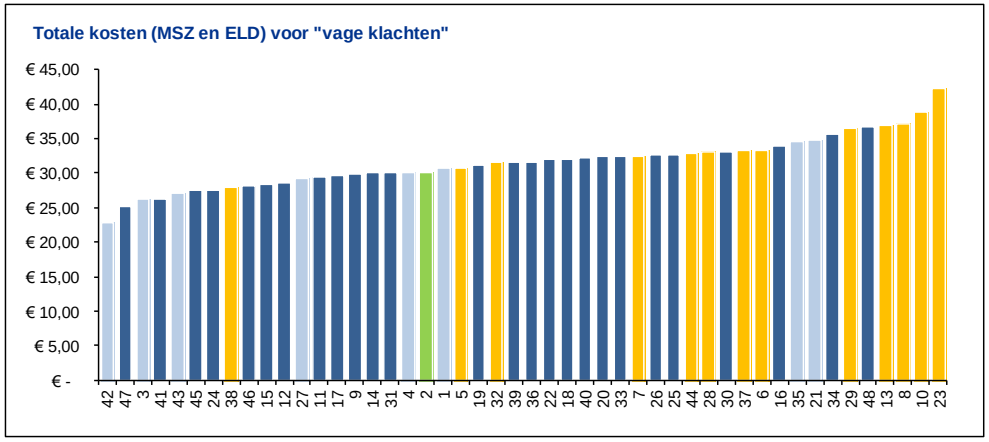
Klachtspecifieke kwantitatieve analyse: “Vage klachten”

Analyse “vage klachten”

- Voor “vage klachten”is gekeken naar alle laboratoriumbepalingen Daarnaast is gekeken naar DBC’s rondom algemene klachten.
- De spreiding in aantallen eerstelijnsdiagnostische declaraties is een factor twee. Hierbij lijkt er geen verband te zijn tussen het type aanbieder en het aantal declaraties.
- Onderstaande grafiek suggereert een positief verband tussen de hoeveelheid ELD en de totale kosten voor “vage klachten”. Voor deze aandoening is het kostenaandeel van de diagnostiek echter erg groot. Hierdoor geeft deze grafiek feitelijk een verband weer tussen de hoeveelheid diagnostiek en de kosten voor diagnostiek.







© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bijlage 2.0
Gehanteerde codes voor hartfalen

ELD

Selecteer alle patiënten met onderstaande code. Kijk voor deze patiënten ook naar de codes in de tweede tabel.

Code	Omschrijving
070820	BNP/NT-proBNP

Code	Omschrijving
039494	Echografie van het hart.
039755	Analyse van een 24-uurs electrocardiografie registratie.
039757	Beoordeling ECG, Holter, inspanningsonderzoek e.d.
070489	ASAT, SGOT, transaminase
074891	ALAT, SGPT, Transaminase
070442	Natrium
070443	Kalium
070404	Kreatinine klaring (of andere klaring)
070419	Kreatinine
070702	Hemoglobine [is inclusief (eventueel) hematocriet en celindices (MCV, MCH en MCHC en erytrocyt)]. Erytrocyten, enkelvoudige bepaling. Gemiddeld erytrocytenvolume MCV. Hematocriet, enkelvoudige bepalin
070728	Hemoglobine scheiding kwantitatief
070820	BNP/NT-proBNP
070425	Cholesterol, totaal
070460	Triglyceriden
074251	Cholesterol, HDL

Tweedelijnskosten

Specialisme	Diagnose	Behandeling	Diagnoseomschrijving
0320	0301	alle	acuut hartfalen
0320	0302	alle	chronisch hartfalen
0313	0107	110X (waarbij X elk getal mag zijn)	decompensatio cordis

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bijlage 2.0
Gehanteerde codes voor hernia

ELD

Code	Omschrijving
083390	MRI lumbosacrale wervelkolom.

Tweedelijnskosten

Specialisme	Diagnose	Behandeling	Diagnoseomschrijving
0330	1203	alle	radiculair syndroom / HNP lumbaal-thoracaal
0330	1204	alle	pseudoradiculair syndroom lumbo-sacraal
0308	2505	alle	HNP,chemonucleolysis en percutane nucleotomie of minimal invasive
0308	2550	alle	lumbosacrale discotomie enkelvoudig
0308	2555	alle	lumbosacrale discotomie meervoudig of bijzondere technieken
0308	2560	alle	operaties wegens recidief HNP lumbaal
0305	1360	alles, behalve 223/226	H.N.P.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bijlage 2.0
Gehanteerde codes voor thoracale klachten

ELD

Selecteer alle patiënten met onderstaande code. Kijk voor deze patiënten ook naar de codes in de tweede tabel.

Code	Omschrijving
039757	Beoordeling ECG, Holter, inspanningsonderzoek e.d.

Code	Omschrijving
039755	Analyse van een 24-uurs electrocardiografie registratie.
039494	Echografie van het hart.
070489	ASAT, SGOT, transaminase
074891	ALAT, SGPT, Transaminase
070442	Natrium
070443	Kalium
070404	Kreatinine klaring (of andere klaring)
070419	Kreatinine
070702	Hemoglobine [is inclusief (eventueel) hematocriet en celindices (MCV, MCH en MCHC en erytrocyt)]. Erytrocyten, enkelvoudige bepaling. Gemiddeld erytrocytenvolume MCV. Hematocriet, enkelvoudige bepalin
070728	Hemoglobine scheiding kwantitatief
070820	BNP/NT-proBNP
070425	Cholesterol, totaal
070460	Triglyceriden
074251	Cholesterol, HDL

Tweedelijnskosten

Specialisme	Diagnose	Behandeling	Diagnoseomschrijving
0320	0201	alle	thoracale klachten eci
0313	0018	alle	analyse pijn op de thorax zd

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Bijlage 2.0
Gehanteerde codes voor “vage” klachten

ELD

Omschrijving
Alle testen die onder "LAB" vallen.

Tweedelijnskosten

Specialisme	Diagnose	Behandeling	Diagnoseomschrijving
0313	0003	Alle	anal alg malaise/moeheid zd
0313	0021	Alle	anal klacht nno zd
0313	0020	Alle	anal systeemaandoening zd

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative (‘KPMG International’), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en ‘cutting through complexity’ zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Positie medische microbiologie

Positie van de medische microbiologie

Vanuit de gesprekken met het veld is naar voren gekomen dat de taken van de medische microbiologie niet in alle gevallen passen binnen de nu geldende prestaties. Dit komt voort uit de taken gericht op de openbare gezondheid: In het kader van de volksgezondheid heeft de arts-microbioloog taken gericht op aangifteplichtige ziekten, aangetoond in het laboratorium. Dit voorkomt overdracht tussen mensen en verspreiding van infecties. De medisch microbioloog heeft in datzelfde kader een gids- en adviesfunctie richting huisarts, ziekenhuis maar ook GGD's. Ons advies is om te onderzoeken in hoeverre deze taken binnen de bekostiging en het budgettair kader van de ELD passen of dat hiervoor een andere manier van bekostiging (bijvoorbeeld via de GGD) passender is.

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

cutting through complexity

© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland.

De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.