

VOOR EEN PRIKJE

De strijd om het aanbod aan eerstelijnsdiagnostiek

Zelfstandige eerstelijns diagnostische centra (EDC's), ziekenhuizen en commerciële partijen strijden om een aandeel op de markt van de eerstelijnsdiagnostiek. Kiezen voor een EDC kan voordelen bieden.

JAN ERIK DE WILDT
RICHARD JANSSEN

Huisartsenlaboratoria heten tegenwoordig eerstelijns diagnostische centra (EDC's). Een EDC opereert doorgaans zonder winst-oogmerk. Een overschot op de exploitatie leidt tot een lagere kostprijs of wordt verrekend in het 'ordertarief' van het jaar daarop. Er zijn tien EDC's - daarmee is de landelijke dekkingsgraad circa 50 procent.

Ziekenhuislaboratoria vormen het traditionele alternatief voor EDC's. Zij bieden als medisch coördinerend cen-

trum (MCC) ook diagnostische functies aan huisartsen aan. Er zijn ongeveer 40 MCC's. De eerstelijnsdiagnostiek - bloedonderzoek, functieonderzoek, beeldvormende diagnostiek en diensten op het gebied van chronische zorg - is er meestal een nevenproduct naast de diagnostiek in opdracht van ziekenhuisspecialisten. Er vindt een complexere mix van (specialistische) onderzoeken plaats met een full time beschikbaarheid. Dit leidt tot hogere kosten.

Tot slot zijn er commerciële partijen die bloedonderzoek of beeldvormende diagnostiek doen.

Met de introductie van marktwerking is een nieuw krachtenveld ontstaan.

Na een onderzoek in een eerstelijns diagnostisch centrum is de uitslag in de meeste gevallen binnen 24-uur bekend bij de huisarts of de verloskundige.



BEELD: SCAL, LEIDEN

Doelmatigheid en een goede prijs-kwaliteitverhouding worden steeds belangrijker. Ook serviceaspecten zoals toegankelijkheid, uitstraling en snelheid van terugkoppeling spelen een rol bij de afweging of een EDC of een MCC de diagnostiek zal verrichten.

ONE STOP SHOPPING

Voordelen van EDC's zijn dat de meeste uitslagen binnen 24 uur digitaal bekend zijn bij de huisarts of verloskundige. De patiënt kan in één sessie (*one stop shopping*) alle onderzoeken laten doen. Er kan ook thuis bloed worden afgenomen. De diagnostiek gebeurt onafhankelijk van de behandeling. Is een behandeling noodzakelijk, dan kan de patiënt vrij kiezen uit behandelaars. Is de diagnostiek in het ziekenhuis gedaan, dan zal de patiënt al naar dat ziekenhuis neigen. Voor de patiënt kan een EDC financieel aantrekkelijker zijn want daar zijn de diagnostische kosten lager.

De chronische zorg vindt voor 80 tot 90 procent plaats in de eerste lijn. Met het nieuwe financieringssysteem van de huisartsen en het verloskundig tarief voor prenatale screening zal nog meer zorg in de eerste lijn worden afgehandeld. Dat leidt tot lagere kosten van de zorg.

Over het algemeen werken EDC's samen met in de regio toonaangevende medisch specialisten. Dat versterkt de regionale afstemming en betrokkenheid.

De EDC's zijn ondersteunend. Ze bieden diagnostiek, disease management en desgevraagd facilitaire ondersteu-

ring en Innovatie ofwel nieuwe activiteiten die door de huisarts worden verricht in plaats van in het ziekenhuis) en passen hun aanbod daarop aan.

Eigenlijk functioneren de EDC's als een soort *shared service center* voor eerstelijnsdiagnostiek. Daarmee wordt schaalvoordeel en kwaliteit bereikt, maar ook betrokkenheid bij de verwijzers respectievelijk afnemers. Met dit aanbod kan de eerste lijn de zorg beter organiseren en het niveau van de hulpverlener/kleine zelfstandige ontstijgen.

EERSTE KENNISMAKING

Bijna alle ziekenhuizen bieden eerstelijnsdiagnostiek aan, rechtstreeks of als MCC. De kwaliteit hiervan is prima. De toegankelijkheid en de snelheid worden onder druk van toenemende concurrentie verbeterd. De medische as wordt versterkt door de samenwerking tussen de eerste lijn en de specialistische zorg.

Om een aantal redenen wil het ziekenhuis eerstelijnsdiagnostiek aanbieden. Op de eerste plaats is de eerstelijnsdiagnostiek vaak een eerste kennismaking van de patiënt met het ziekenhuis. Daarnaast is het een manier om verwijzers aan het ziekenhuis te binden (adherentiemotief).

Verder is het lucratief om de eerstelijnszorg erbij te doen. Bloedonderzoek wordt apart betaald (ca € 12,-), terwijl de vaste kosten al zijn gefinancierd. Deze extra inkomsten kunnen worden gebruikt voor de algemene exploitatie van het ziekenhuis. Als de patiënt in de tweede lijn terechtkomt, kunnen de resultaten van

heidscentrum exploiteren. Deze zorg is veelal duurder dan de huisartsenzorg, maar heeft gunstige financiële effecten elders in het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan dus de concurrentie met de eerste lijn aangaan (strategisch motief).

Ten vierde, de positie van de medisch specialisten. Bij de DBC-systeematiek is afgesproken dat bepaalde specialisten altijd bij de medische zorg worden betrokken; bijvoorbeeld radiologen bij beeldvormende diagnostiek. Het verrichten van eerstelijnsdiagnostiek in het ziekenhuis heeft dus rechtstreeks invloed op het honorarium van de medisch specialist. Bij een EDC is dat niet het geval. Daar doet een gespecialiseerde medewerker onder auspiciën van een specialist een voorbeoordeling. De kosten van gynaecologische echo's bedragen in een EDC rond € 70,- en in het ziekenhuis minimaal € 150,-. Het belang van de medisch specialist is in het EDC ondergeschikt, hij wordt niet ingeschakeld als het niet nodig is. Daardoor is het voor het ziekenhuis i.c. de medisch specialist aantrekkelijk om zich op de eerstelijnsdiagnostiek te richten (domeinmotief).

Juist door de toenemende concurrentie proberen ziekenhuisorganisaties actiever de eerstelijnszorg aan zich te binden. Omdat zij kosten kunnen afwentelen, hebben ze de mogelijkheid tot oneerlijke prijsconcurrentie. Zo zijn fundusfoto's gratis als de huisartsen in een diabeteszorggroep alle diagnostiek in het ziekenhuis laten verrichten.

De diagnostische capaciteit van het ziekenhuis kan beter vanuit een onafhankelijke positie worden aangeboden. Zo'n aanbieder kan een meer onafhankelijke prijspolitiek voeren en met de zorgverzekeraar afspraken maken over de besteding van besparingen. In feite is er dan een zelfstandig diagnostisch centrum dat als toeleverancier werkt voor zowel de eerste als de tweede lijn.

NIEUWE TOETREDERS

Door een tekort aan beeldvormende diagnostiek (MRI, echo) schieten commerciële initiatieven als paddestoelen uit de grond. Vaak zijn het commerciële initiatieven van ziekenhuizen of verbanden van specialisten. Zij richten zich meestal op de meest profijtelijke onderdelen van de eerstelijnsdiagnostiek. Relatief nieuw zijn de initiatieven van grote buitenlandse laboratoria op het gebied van bloedonderzoek. Deze hanteren een >>

Via eerstelijnsdiagnostiek wil het ziekenhuis de patiënt aan zich binden

ning modulair aan. In toenemende mate ondersteunen ze diabeteszorggroepen die als hoofdcontractant optreden naar de zorgverzekeraar. EDC's doen er verstandig aan om zelf geen zorgaanbieder te worden, anders concurreren zij met hun afnemers (huisartsen en verloskundigen).

De EDC's bieden bijvoorbeeld ondersteuning aan bij het realiseren van een eerstelijns verloskundig centrum door de inzet van echoapparatuur, bloedonderzoek of bedrijfsvoering. Zij stimuleren ook huisartsen om gebruik te maken van de module M&I (Modernise-

de eerstelijnsdiagnostiek digitaal worden doorgestuurd naar de medisch specialist. Hij opent een DBC en de diagnostiek hoeft dan niet of slechts deels opnieuw te worden uitgevoerd. Dat bespaart veel kosten. Bij een patiënt met diabetes type II bedraagt een tweedelijns-DBC zo'n € 600,- waarvan € 125,- voor diagnostiek.¹ Ook dit kan worden toegevoegd aan de algemene exploitatie van het ziekenhuis.

Ten derde kunnen ziekenhuizen zelf eerstelijnszorg aanbieden. Er zijn al ziekenhuizen die een huisartsenpraktijk, een diabetescentrum, een polikliniek voor hart- en vaatziekten of een gezond-

KERNCIJFERS EDC'S

aantal aanvragen per huisarts per jaar ⁶	550
aantal huisartsen ⁷	8408
kostenverschil ziekenhuis - EDC ⁸	€ 5
bedrag maximale substitutie.....	€ 23 miljoen

<< werkwijze die in Nederland niet of nauwelijks wordt toegepast. Ze betalen de huisartsen in casu de doktersassistenten voor de bloedafname. De bepalingen worden verricht in Duitsland of België. Omdat bepaalde bloedbepalingen binnen een kort tijdsbestek moeten plaatsvinden, benaderen ze EDC om hierin te participeren. In Duitsland zijn tegen een vergoeding prikkelende doktersassistenten al langer geaccepteerd. De Nederlandse Zorgautoriteit i.o. zegt erover: 'Zolang het niet gaat om een vastgestelde prestatie met een maximum of vrij tarief, is het in strijd met artikel 2 van de Wet Tarieven Gezondheidszorg.'

Het mag dus niet op deze wijze. Bovendien bestaat er geen binding met regionale partijen en vindt alleen gefragmenteerde diagnostiek plaats, zodat de overige diagnostiek alsnog elders moet plaatsvinden. De eerstelijnszorgaanbieders krijgen bij de commerciële partijen een goede service, maar zonder feedback-informatie. De nadruk ligt op omzet: hoe meer bepalingen, hoe beter! Com-

merciële partijen bieden een waardevolle aanvulling als er een tekort is dat andere partijen niet invullen en dan zal de zorgverzekeraar ook willen contracteren.

ZORGVERZEKERAARS

Voor zorgverzekeraars wordt eerstelijnsdiagnostiek steeds belangrijker. Door de technologische vooruitgang, pakketuitbreiding, de vergrijzing en het steeds beter toepassen van NHG-richtlijnen groeit het aantal verrichtingen. EDC's vormen aantrekkelijke partijen. Immers, ze bieden kwaliteit², baseren hun activiteiten op de NHG-Standaarden, geven gerichte feedback, kennen een relatief lage kostprijs en zijn patiënt- en servicegericht. Door de scheiding tussen diagnostiek en behandeling kan de patiënt kiezen, en kan de zorgverzekeraar gerichter zorg inkopen. EDC's zijn relatief goedkoop door bulkproductie, excellente bedrijfsvoering, standaard diagnostisch aanbod en onderlinge uit-

wisseling van zeldzame bepalingen. Het verschil in kosten is bij bloedonderzoek circa 40 procent en loopt bij functie- en beeldvormende diagnostiek op tot 50 procent.³

Enkele zorgverzekeraars gebruiken dit financiële voordeel om innovatieve projecten in de eerste lijn te bekostigen. Als EDC's alle bloedlaboratoriumdiagnostiek in Nederland uitvoeren, levert dit een besparing op van € 23 miljoen (zie *kader*). Bovendien versterken de EDC's de eerstelijnszorg, met name de chronische zorg.

ZIEKENHUIZEN

Veel zorgverzekeraars die al langer zaken doen met EDC's, zijn overtuigd van de voordelen. Andere zorgverzekeraars wil-

Aanbieders van beeldvormende diagnostiek spelen in op de enorme vraag naar dit type onderzoek.



SAMENVATTING

- Een van de eerste deelmarkten waar de concurrentie in de zorg in volle hevigheid is losgebarsten, is de eerstelijnsdiagnostiek.
- Huisartsenlaboratoria (eerstelijns diagnostische centra), ziekenhuizen en nieuwe commerciële aanbieders strijden om de markt van het bloed. Door de toename van de eerstelijnsdiagnostiek en de mogelijkheid om budget te verwerven of gewoon geld te verdienen, zijn al deze partijen geïnteresseerd om een graantje mee te pikken.
- Zorgverzekeraars zijn de scherp-rechter; door hun inkoopbeleid bepalen ze met wie er zaken worden gedaan.
- De huisartsenlaboratoria ondersteunen bij de gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn en zijn daarom de meest interessante optie.

MC-artikelen over de eerstelijnsdiagnostiek vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.



marktwerking met 'beschermende con-venanten' voor enkele partijen, zou extra alertheid van de Nederlandse Zorgau-toriteit mogen worden verwacht om de ontluikende marktwerking adequaat te monitoren. ■

J.E. de Wildt MHA,
Commonsense interim- & projectmanagement, houdt zich bezig met redesign van de eerste lijn

prof. dr. R.T.J.M. Janssen,
Universiteit van Tilburg bijzonder hoogleraar economie en organisatie van de gezondheidszorg

Correspondentieadres: csense@planet.nl,
cc: redactie@medischcontact.nl

Belangenverstrengeling: prof. dr. R.T.J.M. Janssen zit in de Raad van Toezicht van een EDC, verder geen belangenverstrengeling gemeld.

len de eerstelijnsdiagnostiek vooral bij ziekenhuizen inkopen. Daarbij spelen de volgende argumenten.

Ten eerste leiden verschuivingen van ziekenhuizen naar EDC's of commerciële aanbieders nauwelijks tot kostenbesparingen in het ziekenhuis. Er vindt wel substitutie van zorg plaats, maar zonder financiële consequenties.

Ten tweede het argument met betrekking tot dubbele diagnostiek. In 95 procent van de gevallen is geen ver-

ten voor zorgverzekeraars zal aanzienlijk kleiner worden. Een lagere inkoopprijs leidt in zo'n situatie direct tot een lagere premie en tot concurrentievoordeel. Dat is vanaf 2008 het geval.⁵

Zorgverzekeraars hebben er belang bij om EDC's te contracteren en de uitbreiding van het activiteiten aanbod te ondersteunen, zodat substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg wordt bevorderd. Dit wordt vooralsnog bemoeilijkt. Zo zijn er afspraken gemaakt tussen het

De Zorgautoriteit moet extra alert zijn

der onderzoek of verwijzing nodig. In de overige gevallen wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijn. De ziekenhuizen gebruiken de diagnostische resultaten van het EDC vaak niet, hoewel de kwaliteitsnormen dezelfde zijn.⁴ In dat geval vindt er dus dubbele diagnostiek plaats. Soms is daarvoor een medische noodzaak. Immers, een patiënt heeft wellicht moeten wachten voor hij in het ziekenhuis terecht kon. Hernieuwde diagnostiek laat dan het verloop zien en is dus noodzakelijk voor een goede medische diagnose.

Ten derde het argument van de dubbele infrastructuur. Het uitgangspunt van marktwerking is dat er meer aanbieders zijn. Dat heeft een gunstig effect op kwaliteit en prijs. Het argument dat er al is betaald en dat er geen nieuwe - goedkopere - aanbieder mag komen, past in een capaciteitsgericht input-denken, maar niet in een marktsituatie. Bovendien ontbeert de patiënt de mogelijkheid tot een lagere belasting van de no claim en het eigen risico.

Ten vierde de relatie en de machtsverhoudingen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn belangrijke partners. Door de wijziging in de financiering en de marktwerking gaan de zorgverzekeraars steeds scherper inkopen. De verevening achteraf van de ziekenhuiskos-

ministerie van VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland over stabilisatie van de ziekenhuisfinanciering voor een bepaalde periode. Zorgverzekeraars komen daardoor in een complex onderhandelingsproces met de ziekenhuizen en van volledige marktwerking is nog geen sprake.

IN VOLLE HEVIGHEID

Om een toegankelijk, betaalbaar en solidair zorgsysteem te behouden, zal er steeds meer zorg vanuit de eerste lijn worden verricht. De eerstelijnsdiagnostiek speelt daarin een belangrijke rol.

Het is de vraag of de diagnostiek in de toekomst geordend blijft in de eerste en tweede lijn of dat deze zich ontwikkelt naar een gescheiden, onafhankelijk aanbod. Vooralsnog hebben ziekenhuizen er een fors strategisch belang bij om de diagnostiek in eigen beheer te houden. Maar EDC's bieden interessante mogelijkheden. Op korte termijn zullen de inkopende partijen - zorgaanbieders en zorgverzekeraars - veel invloed hebben op het diagnostisch aanbod. Eén ding is zeker: de concurrentiestrijd om de eerstelijnsdiagnostiek zal de komende jaren in volle hevigheid plaatsvinden. Juist in deze transitiefase van aanbod-gereguleerde zorg naar vraaggerichte

Referenties

1. DBC-inkoopgids 2005 Zorgverzekeraars Nederland. 2. De EDC's zijn op dezelfde wijze geaccrediteerd als de ziekenhuizen (CCLK normering). 3. Ordertarief bloedonderzoek in EDC's gemiddeld € 7 en in ziekenhuizen gemiddeld € 12; functieonderzoek en beeldvormende diagnostiek in EDC's tegen kostprijs en in ziekenhuizen op basis DBC-financiering. 4. Het ziekenhuis en de EDC's worden volgens dezelfde CCLK richtlijnen geaccrediteerd. 5. Minister Hoogervorst heeft aangekondigd dat in 2008 80 procent van de DBC's vrij onderhandelbaar zijn. 6. Gemiddelde productie bij EDC's. 7. Nivel 2005 beroepenregistratie. 8. Ziekenhuizen gemiddeld € 12 en EDC's gemiddeld € 7,-.