

Diagnostiek in ziekenhuis is veel efficiënter

Aparte diagnostiek-centra te duur

Mariëtte School,
senior adviseur vanuit
Prismant bij de landelijke
benchmark klinisch chemische
laboratoria

Kees Wolse,
lid raad van bestuur van het
Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

Correspondentieadres:
school.mariette@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel verscheen 8 februari
eerst online.

Volgens organisatieadviesbureau KPMG Plexus kunnen er honderden miljoenen euro's worden bespaard als commerciële centra de door huisartsen aangevraagde diagnostiek verrichten. Maar dat is een luchtkasteel. Investerings in diagnostische apparaten renderen veel beter in het ziekenhuis.

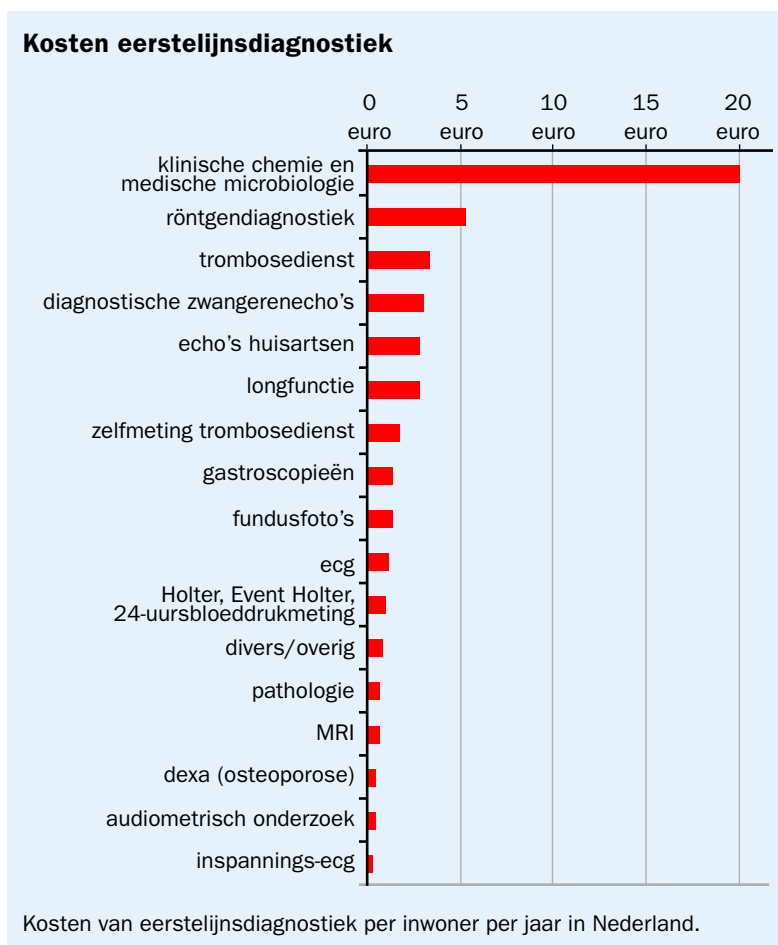
Medische diagnostiek is een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg, zowel vanwege de bijdrage aan de gezondheid van de Nederlandse burger als vanwege het aandeel in de zorgkosten. De kosten van medische diagnostiek voor huisartspatiënten en ziekenhuizen bedragen circa 3 miljard euro (laboratorium, röntgen, functieonderzoek en trombosediensdiensten) ofwel

5 procent van alle zorguitgaven. Driekwart van de kosten van diagnostiek wordt gemaakt voor preventieve en curatieve functies van ziekenhuizen. Bij benadering is 60 tot 70 procent van alle medische besluitvorming in ziekenhuizen gebaseerd op de uitkomsten van diagnostisch onderzoek. Circa een kwart van de kosten van diagnostiek wordt gemaakt voor verwijzing van huisartsen (zie *figuur* op blz. 492).¹

Driekwart van de kosten van diagnostiek wordt gemaakt voor preventieve en curatieve functies van ziekenhuizen.

beeld: Thinkstock





Besparen

Door de economische crisis en strikte budgettaire kaders zoeken overheid en zorgaanbieders manieren om kosten te beperken. Zo heeft KPMG Plexus in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar bezuinigingen bij medische diagnostiek.² KPMG Plexus stelt dat tussen 690 en 1.140 miljoen euro valt te besparen door alle eerstelijnsdiagnostiek uit het ziekenhuis te halen en in plaats daarvan huisartsen hier-

voor een budget te geven.

Deze diagnostiek zou dan moeten plaatsvinden in separate (commerciële) diagnostische centra, waardoor 'veel onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis worden voorko-

men en grote besparingen mogelijk zijn', aldus KPMG Plexus.

Het organisatieadviesbureau geeft aan dat indien de diagnostiek wordt gesubstitueerd naar de eerste lijn, hiervoor circa 600 miljoen euro noodzakelijk is om alle kosten te dekken. Daarnaast moet rekening worden gehouden met

een additionele inzet van de huisarts, waarvoor circa 100 miljoen euro moet worden gereserveerd. Deze bedragen zijn verdisconteerd in de berekening.

Vaste en variabele kosten

KPMG Plexus becijfert dat de genoemde besparing mogelijk is door een combinatie van effecten (onder andere minder verwijzingen, substitutie van diagnostiek en minder vervolgd-BC's). Om tot deze conclusie te komen, heeft het bureau de kosten van diagnostisch onderzoek in de eerste lijn berekend aan de hand van tarieven en afgezet tegen de kosten van diagnostisch onderzoek in de tweede lijn op basis van kostprijzen. Hierbij is géén rekening gehouden met het feit dat een kostprijs van diagnostiek tot stand komt door het toerekenen van vaste en variabele kosten aan de productie. Indien 20 tot 25 procent van de productie wordt verplaatst naar de huidige of nieuw in te richten diagnostische centra, worden vaste en semivariabele kosten, volgens universele bedrijfseconomische principes, toegerekend aan de resterende productie. De kostprijs van de tweedelijnsdiagnostiek neemt hiermee evenredig toe en daarmee de prijs. Gezien de geringe rendementen van ziekenhuizen worden deze kosten doorberekend en zal duurdere diagnostiek leiden tot een hoger tarief van het DBC-zorgproduct. Daarnaast bestaat het risico van onder- of overdiagnostiek, als het aanvragen van diagnostiek niet is ingebed in goede professionele ondersteuning. Uit de praktijk blijkt dat adequaat gebruik van diagnostiek leidt tot lagere totale kosten van de gezondheidszorg.³

Overcapaciteit

Voor een optimale ondersteuning van klinische zorg – met name urgente zorg – is snelle medisch-diagnostische apparatuur met hoge capaciteit noodzakelijk.

Voor urgent tweedelijns onderzoek moet niet alleen 24 uur per dag personeel en apparatuur beschikbaar zijn, maar ook voldoende capaciteit om op piekmomenten tijdig uitslagen te kunnen rapporteren. Hierdoor ontstaat overcapaciteit die op dalmomenten kan worden benut voor eerstelijnsdiagnostiek. Als deze overcapaciteit niet wordt gebruikt, leidt dit voor ziekenhuizen tot een enorme kostentoeename en daarmee ook tot een macrokostenstijging. Ziekenhuizen hebben doorgaans voldoende (daluur)capaciteit beschikbaar om tegen beperkte meerkosten ook eerstelijnsaanvragen te verwerken. Diagnostische functies die permanent beschikbaar moeten zijn (zoals infarct-

Functies als infarct-diagnostiek moeten fulltime worden bemenst

SAMENVATTING

- Het voorstel van KPMG Plexus om zorgkosten te besparen door substitutie van alle diagnostiek voor huisartsenpatiënten naar separate (commerciële) diagnostische centra is eenzijdig.
- Dit voorstel versterkt de huidige versnippering van de diagnostische functie.
- Bovendien zullen de zorgkosten juist toenemen, omdat geen rekening is gehouden met een afnemende benutting van infrastructuur en kennis in een ziekenhuis.

diagnostiek of onderzoek bij spoedbevallingen), moeten ook fulltime worden bemenst. Ook wordt dure diagnostische infrastructuur (met name lab en radiologie) minder effectief benut bij verplaatsing naar diagnostische centra. Om deze reden werkt het juist kostenverhogend om diagnostische centra buiten de ziekenhuizen in te richten met dure voorzieningen (laboratoriumstraten of radiodiagnostische apparatuur) en bijbehorend personeel.

Voordelen


Als een patiënt met klachten bij de huisarts komt, moet deze de patiënt eenvoudig kunnen doorverwijzen voor ondersteunende diagnostiek. Als ziekenhuizen deze diagnostiek verrichten, is dit nog géén verwijzing naar het ziekenhuis. De huisarts houdt immers 'de regie'. Het voordeel van diagnostiek binnen een tweedelijnscentrum is juist dat gespecialiseerde knowhow aanwezig is om de huisarts te ondersteunen. Zo wordt juist een verwijzing en daarmee ook hogere kosten voorkomen. Verder geven ziekenhuizen steeds vaker voorlichting aan huisartsen over indicaties voor het aanvragen van diagnostiek en feedback op het aanvraagdgedrag. Deze ondersteuning is in het belang van de patiënt en bevordert een optimaal gebruik van diagnostiek. Bovendien zijn patiëntgegevens van diagnostisch onderzoek centraal beschikbaar, waardoor bij een eventuele verwijzing niet opnieuw onderzoek hoeft te worden uitgevoerd. Hierdoor zullen de kosten van DBC's lager zijn. Ten slotte bestaat in regio's met meer ziekenhuizen de mogelijkheid om de bloedafname centraal te organiseren en te coördineren (decentrale

service- en prikpunten, uitrijfunctie) evenals (transmurale) ketenactiviteiten.

Als ziekenhuizen met hagro's regionale afspraken maken over verwijzingen voor diagnostiek en het centraal organiseren van serviceverlening, dan komt dat zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de zorg ten goede. Ook dit levert schaalvoordelen op, zoals:

- doelmatig gebruik van kostbare apparatuur en inzet van gespecialiseerd personeel;
- het organiseren van decentrale servicepunten (zoals prikpunten) en een 'uitrijfunctie' vanuit een fijnmazig en regionaal dekkend netwerk;
- beheer, onderhoud en kwaliteitsborging van medische apparatuur door gecertificeerde en deskundige onderhoudsdiensten;
- het inrichten van mogelijkheden voor decentrale diagnostiek bij huisartsen en trombose-diensten;
- centrale inkoop van diagnostica (reagentia et cetera).

Vloeiende overgang

De patiënt is gebaat bij een vloeiende overgang tussen eerste en tweede lijn om ziekenhuisopnames zoveel mogelijk te beperken. Het concentreren van ondersteunende diagnostiek binnen ziekenhuizen werkt hierin faciliterend. Zelfstandige diagnostische centra kosten ons land per saldo veel geld omdat er al veel te veel diagnostische capaciteit is. Veel apparatuur en ruimten worden beperkt gebruikt. Indien de laboratoriumproductie bij ziekenhuizen verder wordt verlaagd, wordt dit nog schrijnender. Dit leidt tot kostprijsverhoging voor de overige (ziekenhuis-)productie, waarover niet wordt gesproken. Waar Plexus een te eenzijdig beeld geeft van de werkelijkheid, wordt in het consultatiedocument van de NZa over eerste lijnsdiagnostiek 'Goede beeldvorming beter in beeld' (november 2011) gelukkig een reëler kader geschetst. De NZa maakt degene die de diagnostiek uitvoert ondergeschikt aan het advies. Het is aan het veld om zelf de juiste spelers op de juiste plek te zetten als er maar een gelijk speelveld is, een speelveld waar tegen reële tarieven zo doelmatig mogelijk wordt gewerkt. 

Als ziekenhuizen in dezelfde regio functies als bloedafname centraal organiseren, valt veel schaalwinst te behalen.

beeld: Paul van Riel, HH



De voetnoten en andere literatuur en links staan onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. SAN geraamde kosten eerstelijnsdiagnostiek, 2010.
2. Plexus, Business Case Eerstelijns diagnostiek, december 2010
3. European Diagnostic Manufacturers Association (EDMA), Herziening van de IVD-richtlijn om de sector te positioneren als sleutel tot duurzame gezondheidszorg in de EU, oktober 2010.

Overige literatuur en links

- Huizendveld, H.H. R.A., Kostenonderzoek eerste-lijnsdiagnostiek, ConQuaestor, mei 2011, <http://www.nza.nl/zoeken?zoekTerm=kostenonderzoek+eerstelijnsdiagnostiek&gebied=>
- Plexus, Rapportage Business Case Eerstelijnsdiagnostiek, december 2010, http://www.plexus.nl/eerstelijnsdiagnostiek_kansen_en_uitdagingen_voor_alle_betrokkenen-0030000044110113.aspx
- School M.A.A., P. Lems, W. Kortlandt, Vergelijking kwaliteit en kosten bedrijfsvoering laboratoria, Nederlands Tijdschrift voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde, april 2010, <http://www.nvkc.nl/publicaties/documents/2010-2-p75-79.pdf>
- NZa, Consultatiedocument eerstelijnsdiagnostiek, Goede beeldvorming beter in beeld, november 2011, http://www.nza.nl/104107/105763/211409/Consultatiedocument_eerstelijnsdiagnostiek.pdf