

Betere diabeteszorg door anders organiseren

# Het rendement van ketenzorg

Truus Gootzen,  
beleidsmedewerker Integrale  
Zorg CZ

Angelique Bonte,  
programmamanager Integrale  
Zorg CZ

Correspondentieadres:  
truus.gootzen@cz.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De forse toename van het aantal chronisch zieken vraagt om een efficiënte organisatie van kwalitatief goede zorg, zonder dat de kosten de pan uit rijzen. De eerste resultaten uit de praktijk zijn veelbelovend.

**H**et appèl op de zorg neemt toe. Tegelijkertijd is er een relatieve verschuiving merkbaar van acute kortdurende zorg voor incidenteel zieken naar langdurige laagcomplexere zorg voor chronisch zieken. Met de vraag nemen ook de kosten van zorg voor deze doelgroep toe. De maatschappij staat voor de uitdaging om de zorg voor chronisch zieken te verbeteren, maar ook betaalbaar te houden. Afgelopen jaren is gezocht naar een andere organisatie van de zorg om dit mogelijk te maken. Met de opmars van ketenzorg, zoals integrale zorgverlening vaak wordt genoemd, en de integrale bekostiging voor de deur rijst steeds vaker de vraag: wat levert ketenzorg nu daadwerkelijk op? Is de kwaliteit van de zorg verbeterd? Wat zijn de kosten? Wat merkt de patiënt ervan? En niet onbelangrijk, hoe verder na de experimenteerfase?

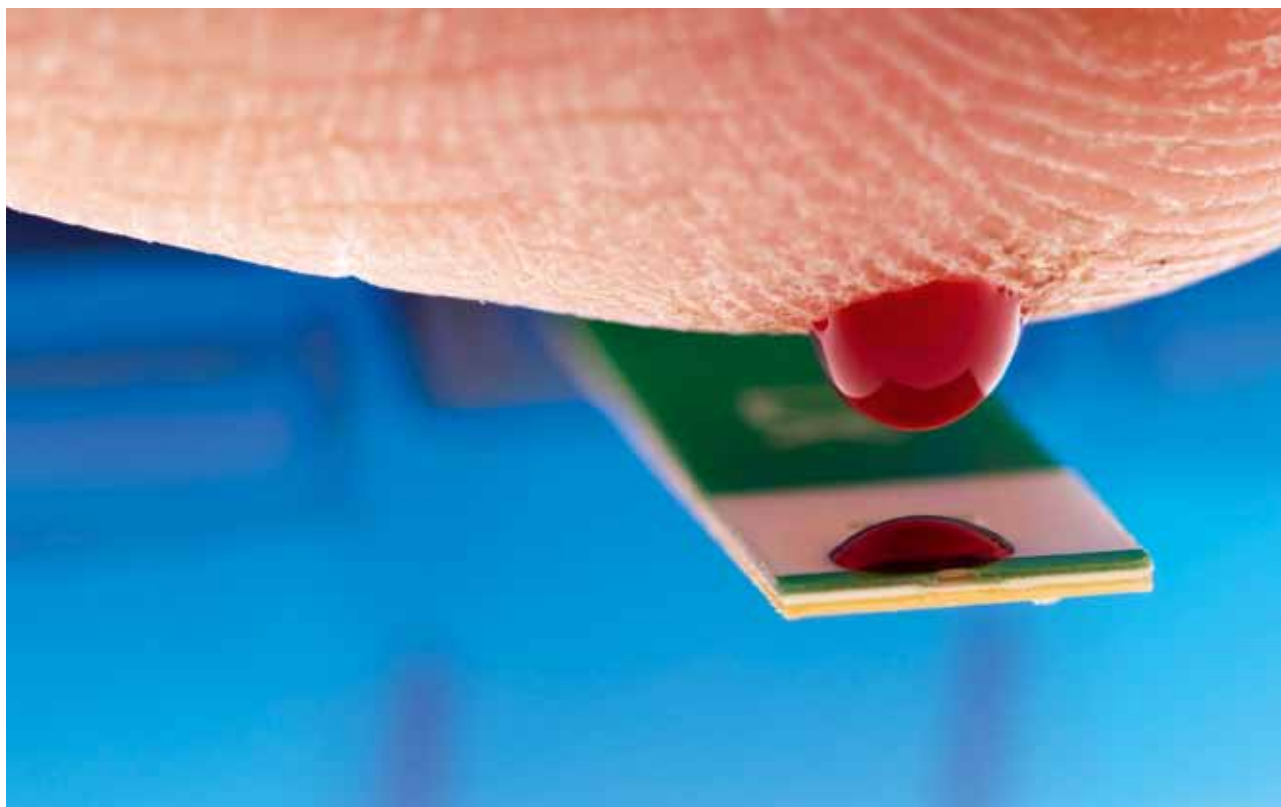
In opdracht van het ministerie van VWS is ZonMW in 2006 het landelijk programma programma Diabetes Ketenzorg gestart. Met dit programma ondersteunde de overheid tien multidisciplinaire diabeteszorggroepen. Doel was om kwalitatief goede diabeteszorg te realiseren tegen een aanvaardbare prijs, voor het toenemend aantal mensen met diabetes. Drie van de tien deelnemende zorggroepen bevinden zich onder de grote rivieren. Samen met zorgverzekeraar CZ hebben deze drie groepen zorgprogramma's voor patiënten met diabetes opgezet.

Dit jaar heeft CZ een eerste evaluatie uitgevoerd naar de opbrengsten van deze diabetesketenzorg.

## Betere kwaliteit

Door de andere organisatie is de kwaliteit van zorg verbeterd: in het verleden werd 30 procent van de patiënten behandeld volgens de zorgstandaarden en dit is toegenomen tot 90 procent. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg was een van de belangrijkste doelstellingen van diabetesketenzorg. Uit onderzoek bleek dat twee derde van de mensen met diabetes niet de zorg kreeg zoals deze was opgenomen in de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). In 2007 zijn voor ruim 30.000 verzekerden prestatie-indicatoren op proces- en uitkomstniveau gerapporteerd. De rapportages laten een aanzienlijke verbetering op procesniveau zien: 90 procent van de verzekerden ontvangt de zorg die is beschreven in de zorgstandaard. De enige uitzondering vormt de jaarlijkse voetcontrole. Op deze procesindicator wordt nog onvoldoende gescord. Veranderingen op uitkomstindicatoren zijn lastiger te interpreteren. Ze kunnen vertekend zijn door het aggregatieniveau en de wisselende samenstelling van de patiëntenpopulatie. De verbetering op procesniveau is niettemin indrukwekkend. Ook vergroten de rapportages op proces- en uitkomstniveau het inzicht van de zorgverlener en de zorggroep in de geleverde diabeteszorg op patiënt- en op praktijkniveau en vormen ze een belangrijke voorspeller voor langetermijntoekomst.

*Twee derde van de mensen met diabetes kreeg niet de afgesproken zorg*



Uit de evaluatie van CZ blijkt dat diabetespatiënten zelf tevreden zijn over de zorg die zij krijgen.

beeld: iStockphoto

### Investering

De gemiddelde kosten per verzekerde met diabetes bij de drie zorggroepen zijn 3,8 procent meer gestegen dan de gemiddelde kosten van een verzekerde met *care as usual*. De doelstelling van het programma Diabetes Ketenzorg was kwalitatief goede zorg tegen een aanvaardbare prijs. Deze extra stijging komt dan ook niet onverwacht.

Bij aanvang van de drie pilots was de verwachting dat een investering van 4 miljoen euro op jaarbasis nodig zou zijn om diabetesketenzorg van de grond te krijgen. De extra kosten voor organisatie en overhead van de zorggroep evenals de extra zorgkosten door het aanpakken van onderbehandeling waren hierin verwerkt. De totale investering in 2007 bleek 2,49 miljoen euro te zijn, waarvan 60 procent voor organisatie- en overheadkosten en het overige voor 'extra' geleverde zorg. Per verzekerde met diabetes betekent dit een investering van 79,03 euro in 2007.

### Inschatting kosten

Nieuw was ook de manier van bekostiging van de diabetesketenzorg. Waar CZ voorheen alle onderdelen van diabeteszorg met iedere zorgverlener apart afrekende, betaalt zij nu één gemiddeld tarief per verzekerde met diabetes aan

de zorggroep. Bij aanvang van de pilots is een inschatting gemaakt van de benodigde zorg per patiënt en van de kosten van de organisatie en overhead van de zorggroep. Het ontbreken van een referentiekader maakte dit tot een risicovolle onderneming, zowel voor de zorgverzekeraar als voor de zorggroep. Uit de financiële verantwoording bleek de inschatting die vooraf was gemaakt, in grote lijn te kloppen. Over 2007 lieten de drie zorggroepen een positief bedrijfsresultaat zien met een overschot aan financiële middelen van 0,9 tot 11,7 procent van de omzet. Bij twee zorggroepen waren de zorgkosten respectievelijk 6,2 en 7,5 procent lager uitgevallen dan begroot. De oorzaak lag in een lager zorggebruik, taakdelegatie en het uitblijven van declaraties door onderaannemers. De vaste kosten bleken in twee gevallen respectievelijk 23,5 en 69,7 procent hoger dan begroot. De financiële verantwoording geeft partijen de mogelijkheid het gesprek aan te gaan over de hoogte van het tarief op basis van heldere en onderbouwde argumenten. Hierdoor kunnen aannames over verdeling van patiënten over modules, benodigde zorg en overhead worden getoetst op werkelijkheid om gezamenlijk te komen tot marktconforme tarieven en uiteindelijk een aanvaardbare prijs.

## SAMENVATTING

- Zorgverzekeraar CZ heeft een evaluatie uitgevoerd naar de opbrengsten van de in 2007 ingezette diabetesketenzorg bij drie zorggroepen.
- De kwaliteit van de zorg is verbeterd; 90 procent van de patiënten wordt nu behandeld volgens de zorgstandaarden (was 30%).
- De patiënten zelf zijn tevreden over de diabeteszorg die zij ontvangen.
- De gemiddelde kosten per patiënt zijn nauwelijks 'extra' gestegen.
- CZ wil deze aanpak ook in andere regio's en voor andere aandoeningen inzetten.

## Meer eerste lijn

Door de ketenzorg worden nu meer mensen behandeld in de eerste lijn. Laagcomplex diabeteszorg kan uitstekend geleverd worden binnen de eerste lijn. Toch bleken bij aanvang veel mensen met goed te reguleren diabetes structureel onder controle van de tweede lijn. De doelstellingen op het gebied van kwaliteit en prijs worden ook beïnvloed door de plaats waar de zorg wordt verleend. Uitgangspunt is de juiste zorg op de meest geëigende plaats. Een onderliggende doelstelling was dan ook om mensen met laagcomplex diabetes van de tweede naar de eerste lijn te krijgen. Als gevolg hiervan zou het zorggebruik in de tweede lijn op termijn moeten afnemen. In 2007 is er al een lichte vermindering in het zorggebruik in de tweede lijn waarneembaar. In de regio's waar de drie zorggroepen werken, is het totaal aantal diabetesgerelateerde DBC's in de tweede lijn gedaald met 6,9 procent oftewel 299 DBC's minder. De grootste daling was te zien bij de DBC 'niet-complexe diabeteszorg': 12,8 procent (137 DBC's minder).

## Tevreden patiënten

Patiënten geven zelf aan tevreden te zijn over de diabeteszorg die zij ontvangen. Door mensen met diabetes van goede zorg te verzekeren, vergroot CZ haar klantwaarde voor deze categorie verzekerden. Een van de belangrijkste, en ook spannendste, onderdelen van de evaluatie was daarom de enquête onder verzekerden met diabetes. Uit de hoge


respons (60%, n=3500) bleek hoe betrokken de patiënt bij zijn eigen zorg is. De tevredenheid is gelukkig niet alleen een subjectief gevoel. Als de antwoorden over de ontvangen zorg worden vergeleken met de NDF-zorgstandaard en met de rapportages op procesindicatoren gegeven door de zorggroepen, dan zit daar duidelijke overeenstemming in. Meer dan 73 procent van de respondenten bezoekt minstens vier keer per jaar zijn huisarts in verband met diabetes en meer dan 87 procent krijgt minimaal één keer per twee jaar een oogcontrole. Ook de samenwerking tussen zorgverleners beoordeelt meer dan 72 procent als voldoende tot uitstekend. Wel bleek het, gezien de verstreken tijdsperiode en de geleidelijkheid waarmee de veranderingen zijn doorgevoerd, lastig het verschil tussen de oude en nieuwe situatie te laten beoordelen. Op basis van deze enquête kan daarom geen uitspraak worden gedaan over in

hoeverre de patiënt diabetesketenzorg beter of slechter beoordeelt dan voorheen.

## Hobbels wegnemen

De goede resultaten van de diabetesketenzorg zijn voor CZ reden deze aanpak ook in andere regio's en voor andere aandoeningen in te zetten. Hiervoor is het Integrale Zorgmodel ontwikkeld.<sup>1</sup> Het model biedt het kader waarbinnen CZ samen met de zorgverleners goede zorg en ondersteuning voor alle chronische aandoeningen wil realiseren. Het kader bestaat uit drie pijlers, waarvan 'zorginkoop' er één is. Deze pijler is uitgewerkt in een praktisch inkoopmodel waarmee CZ de komende jaren ook andere chronische aandoeningen wil inkopen. De twee andere pijlers zijn 'gidsen' en 'excellente administratie'. 'Gidsen' richt zich op het helpen van verzekerden in het vinden van de weg in de zorg. Bijvoorbeeld door het bieden van informatie en advies over de aandoening en de beste behandeling daarvan. Maar ook door het ontwikkelen van instrumenten die de patiënt helpen bij het zelf managen van zijn aandoening. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de diabetespas en aan de recentelijk ontwikkelde koolhydratenteller.<sup>2</sup> 'Excellente administratie' richt zich op het wegnemen van administratieve hobbels voor de verzekerde. Een voorbeeld is het diabetesloket van CZ, waar de patiënt in één keer alle machtigingen kan regelen voor de zorg die hij nodig heeft.

## Multimorbiditeit

Het model is niet statisch. Tegelijk met de uitrol van het huidige model gaat CZ samen met patiëntenorganisaties en groepen zorgverleners het model verder invullen en verbeteren. Met het project Diabetes Dialoog, een samenwerkingsverband tussen CZ, Diabetes Vereniging Nederland, drie zorggroepen en drie landelijke apothekersorganisaties, is al de eerste stap gezet op weg naar de integratie van farmacotherapeutische zorg in de diabetesketen.<sup>3</sup> Daarnaast zijn de zorgprogramma's op dit moment nog met name opgezet rond één aandoening. Om integrale en proactieve zorg te verlenen die aansluit op de totale zorgvraag van de patiënt, moeten de verschillende zorgprogramma's in elkaar worden gevlochten. Patiënten met multimorbiditeit zijn immers niet gebaat met een zorgprogramma per aandoening. Zoals de KNMG al bij de minister heeft aangegeven, is het dus ook de vraag of functionele bekostiging op aandoening dan wel de oplossing is.<sup>4</sup> 

## Het is de vraag of functionele bekostiging per aandoening de oplossing is



Een vergelijking van (inter-) nationale literatuur met betrekking tot ketenzorg vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### Referenties

1. [www.cz.nl/integrale-zorg](http://www.cz.nl/integrale-zorg).
2. [www.cz.nl/diabetes](http://www.cz.nl/diabetes).
3. Bos E. CZ belooft duovorming arts en apotheker. Pharmaceutisch Weekblad (29 mei 2009).
4. [www.knmg.nl/dossiers/bij](http://www.knmg.nl/dossiers/bij) Inrichting en kwaliteit van zorg.