



beeld: Werry Crone, HH

Beheersen van de prijs van diabeteszorg werkt contraproductief

Integrale bekostiging diabetes duur

Niels Sprangers,
beleidsadviseur

Onno van der Galiën,
senior onderzoeker kennis-
centrum

Corry Steensma,
senior zorginkoper

Patrick Edgar,
senior manager zorginkoop
eerste lijn

Allen werkzaam bij Achmea,
divisie Zorg & Gezondheid.

Correspondentieadres:
niels.sprangers@achmea.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel is online gepubliceerd
op 8 maart 2012.

Er hangt een stevig prijskaartje aan de diabeteszorg. Integrale bekostiging zou een goede optie zijn om deze zorg te verbeteren en tegelijk betaalbaar te houden. Cijfers bewijzen het tegendeel.

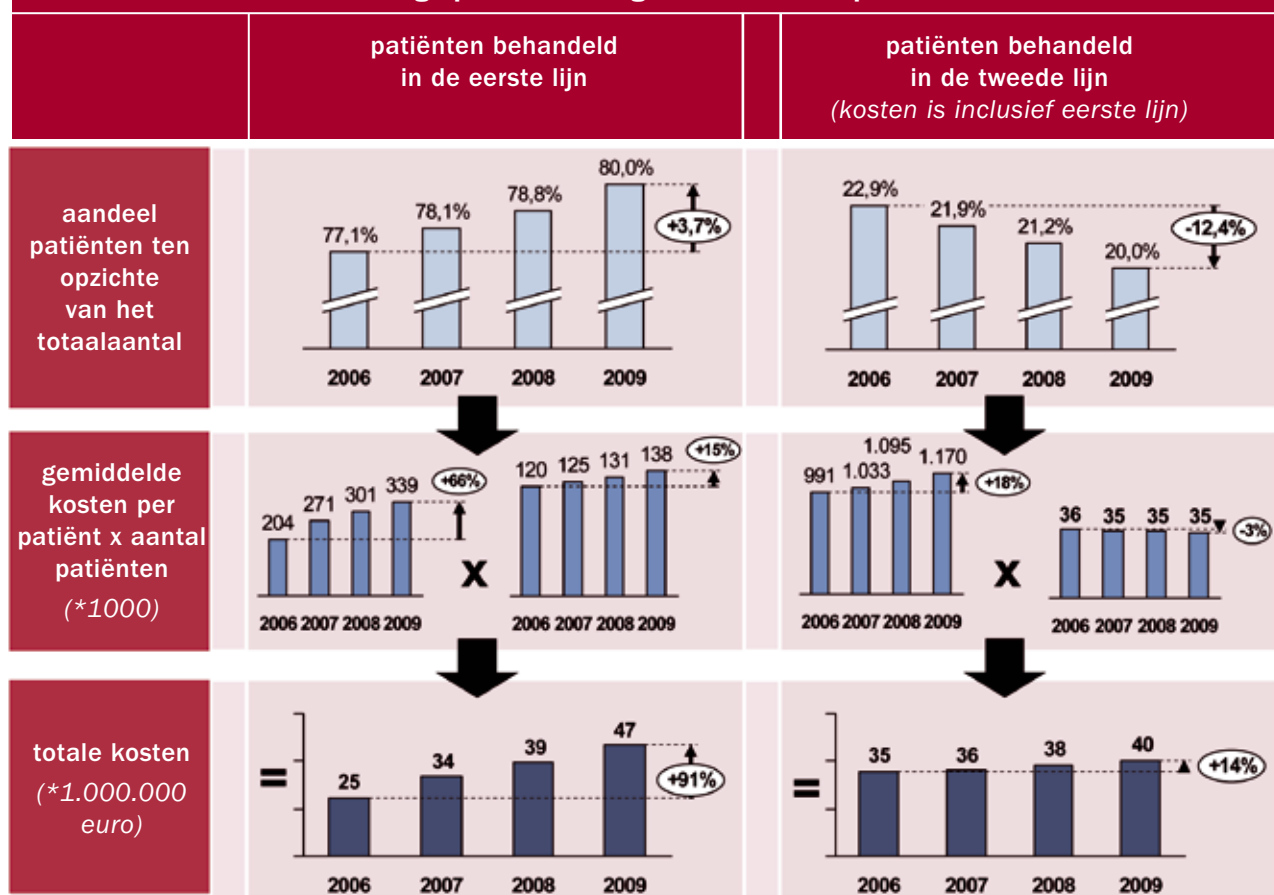
Integrale zorg wordt gezien als de beste zorg voor patiënten met diabetes. Om dat te stimuleren wordt dit type diabeteszorg sinds enkele jaren ook integraal bekostigd.¹ Integrale zorg en integrale bekostiging moeten waarborgen dat ook in de toekomst kwalitatief goede diabeteszorg beschikbaar en betaalbaar is. De doelmatigheidswinst moet komen uit substitutie van dure tweedelijnszorg naar goedkopere eerstelijnszorg en het voorkomen van complicaties. Onderzoek naar het effect van integrale diabeteszorg in de periode 1998-2008 heeft aangetoond dat kwaliteit en medische uitkomsten significant zijn verbeterd.² Dit onder meer door geprotocolleerde en multidisciplinaire zorg, het spiegelen van medische uitkomsten

en de introductie van de praktijkondersteuner. Dit was voor de introductie van de integrale bekostiging. Deze en latere onderzoeken tonen wel verbeteringen aan op het gebied van samenwerking, registratie en rapportage, maar geen significante verbetering op de medische waarden, zoals het HbA_{1c}, de cholesterol/HDL ratio en de BMI.³⁻⁸

Zorgkosten

Wij hebben van ruim 150.000 op medicatie ingestelde diabetespatiënten de direct aan diabetes gerelateerde zorgkosten geanalyseerd.⁹ Hiervoor hebben we de declaratiegegevens van verzekerden van Achmea in de periode 2006-2009 gebruikt. De kosten van medicatie en hulpmiddelen hebben we niet meegenomen

1. Volume en kostenontwikkeling op medicatie ingestelde diabetespatiënten



De zorgkosten zijn bijna viereneenhalf maal sterker gestegen dan het volume

omdat deze geen onderdeel vormen van de integrale bekostiging. De kosten van de diabeteszorg in de tweede lijn zijn wel meegenomen. Deze cijfers laten zien wat het oplevert als de eerste lijn zorg van de tweede lijn overneemt.

Diabetespatiënten die ingeschreven staan bij een huisarts die in 2009 aangesloten was bij een zorggroep, vormen de groep 'integraal bekostigde zorg'. In 2006 had 2,5 procent van de diabetespatiënten uit deze groep een keten-DBC, in 2009 was dit toegenomen tot 56,2 procent. Diabetespatiënten die ingeschreven staan bij een huisarts die over de periode 2006 tot en met 2009 niet aangesloten was bij een zorggroep, vormen de groep 'regulier bekostigde diabeteszorg'. Voor deze diabetespatiënten heeft de huisarts geen keten-DBC gedeclareerd.

Zorggroepen die op enig moment in de periode 2006-2009 op een andere wijze zijn gefinancierd dan via integrale of reguliere bekostiging, zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

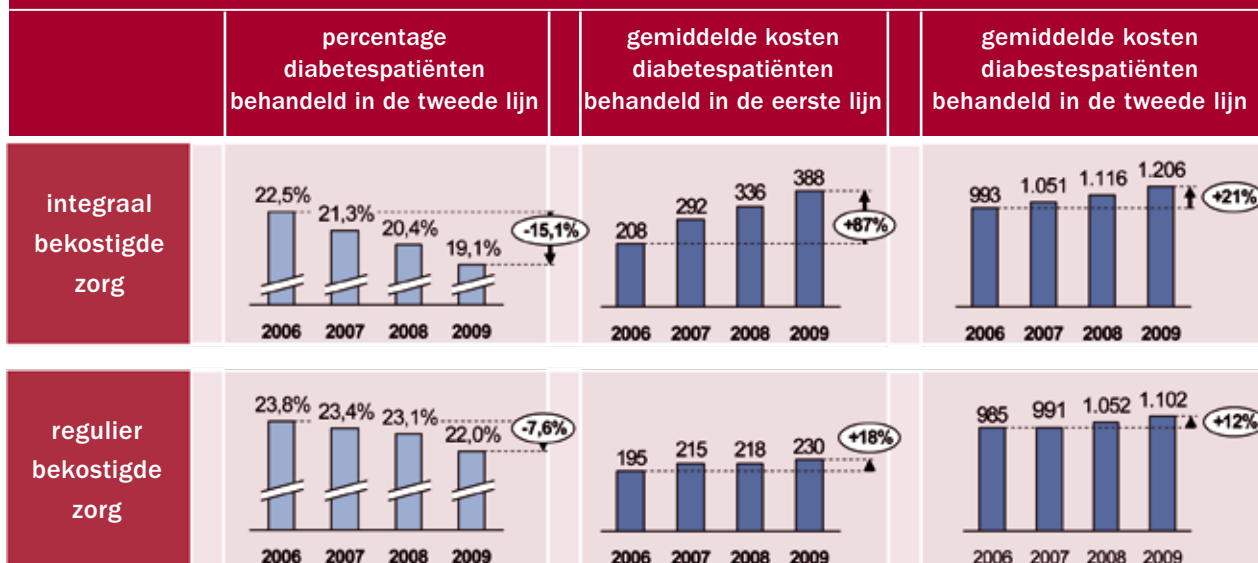
In 2009 bestaat de groep 'integraal bekostigde zorg' uit 118.401 en de groep 'regulier bekostigde zorg' uit 54.086 diabetespatiënten.

Explosieve stijging

De diabeteszorgkosten, exclusief medicatie en hulpmiddelen, stijgen in de totale onderzoeksgroep jaarlijks met gemiddeld 13,3 procent. De kosten stegen van 60 miljoen euro in 2006 naar 87 miljoen euro in 2009. Het aantal diabetespatiënten groeide gemiddeld met 3,4 procent per jaar van 156.000 naar 172.500. In de periode 2006-2009 zijn de totale zorgkosten dus bijna viereneenhalf maal sterker gestegen dan het volume.

In 2009 worden zowel relatief als absoluut minder patiënten in de tweede lijn behandeld. De totale kosten van diabetespatiënten die in de tweede lijn zijn behandeld, zijn wel beperkt gestegen. De totale kosten van in de eerste lijn behandelde diabetespatiënten zijn bijna verdubbeld, door een explosieve stijging van de gemiddelde kosten per patiënt (66%) (zie figuur 1). Bij integraal bekostigde zorg zijn van 2006 tot en met 2009 de gemiddelde kosten per in de eerste lijn behandelde patiënt met 87 procent

2. Substitutie en de kosten bij integraal en regulier bekostigde diabeteszorg



SAMENVATTING

- Door deelname aan een integraal bekostigd diabetesketenzorgprogramma stijgen de diabetesgerelateerde zorgkosten met 228 euro per patiënt per jaar.
- Integrale zorg draagt bij aan goede zorgkwaliteit, maar de integrale bekostiging ervan leidt niet tot aantoonbaar betere medische waarden.
- Er is behoefte aan een beter bekostigingsmodel voor integrale diabeteszorg.

gestegen, bij regulier bekostigde zorg is dit maar 18 procent (zie *figuur 2*). Een groot verschil dat niet wordt gecompenseerd door de baten van de extra substitutie bij integraal bekostigde zorg. De zorgkosten van diabetespatiënten bij huisartsen die aangesloten zijn bij een zorggroep en integraal bekostigd worden, zijn in de periode 2006-2009 met 20,7 miljoen euro gestegen. Ongeveer 15 miljoen hiervan is toe te schrijven aan de invoering van de integrale bekostiging. Over alle diabetespatiënten is dit een gemiddelde extra kostenstijging van 128 euro per patiënt. Als de gemiddelde kostenstijging alleen over de diabetespatiënten in de keten wordt berekend (56,2%), is het een stijging van 228 euro per patiënt.


Weeffouten

Uit ons onderzoek blijkt dat integrale bekostiging van de diabeteszorg leidt tot forse meerkosten ten opzichte van de reguliere financiering; op landelijk niveau gaat dit over tientallen miljoenen. Terwijl er geen aanwijzingen zijn dat integrale bekostiging leidt tot betere uitkomsten van diabeteszorg. Deze extra kostenstijging is zelfs een onderschatting omdat de diabetespatiënten zonder glucoseregulerende medicatie buiten de analyse zijn gehouden. Bij deze patiënten is de gemiddelde zorgswaarde lager dan bij diabetespatiënten met medicatie. Als deze patiënten in beide groepen meegenomen zouden zijn, zouden de extra kosten in de groep 'integraal bekostigde zorg' nog hoger uitvallen. Dit omdat deze geen medicatie gebruikende diabetespatiënten vaak

ook deelnemen aan integrale ketenzorgprogramma's, en hiervoor eenzelfde ketentarieff wordt gedeclareerd als bij diabetespatiënt die op medicatie zijn ingesteld.

De kostenstijging door integrale financiering is deels te verklaren door weeffouten in dit bekostigingssysteem, zoals de dubbele bekostiging van losse verrichtingen in de eerste lijn, dubbele DBC's tussen de eerste en tweede lijn en prikkels voor risicoselectie.⁴ Daarnaast gaat tussen de 25 en 50 procent van het ketentarieff op aan overhead en nettoresultaat voor de zorggroep, zoals blijkt uit jaarverslagen van zorggroepen over verslagjaar 2010. Tot slot heeft onervarenheid met dit bekostigingssysteem een aandeel gehad in de kostenstijging.

Overheid, zorgveld en verzekeraars moeten zich afvragen of integrale bekostiging wel in alle gevallen de juiste methodiek is om de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen te bekostigen. Het bekostigingssysteem veroorzaakt een kostenstijging die voor een groot deel wordt meegenomen in het macrobudget van de huisartsen en leidt tot het beperken van de basishuisartsenzorg.

Voor betaalbare en kwalitatief goede diabeteszorg nu en in de toekomst zijn en blijven investeringen in integrale zorg, in samenwerking, en in het transparant maken van medische uitkomsten noodzakelijk. Maar dit moet wel plaatsvinden binnen een goed functionerend bekostigingssysteem. Overheid, zorgverleners en verzekeraars zullen met elkaar in dialoog moeten gaan over een beter bekostigingssysteem met de juiste prikkels op de juiste plaats. 



De voetnoten en links naar gerelateerde artikelen vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Naast diabeteszorg worden ook COPD- en VRM-zorg integraal bekostigd.
2. Samenwerking en Samenhang in de keten. Evaluatie en resultaten van DiabetesZorgBeter. 2009.
3. Diabetes Care in The Netherlands: Improving Health and Wealth. Booz & Co. 2011.
4. Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands. RIVM 2010.
5. Bruijnzeels MA. Onderzoek naar de doelmatigheid van geïntegreerde eerste lijn is noodzakelijk. De Eerstelijns 2011; 9: 38-9.
6. Drie jaar eerstelijns keten-DBC Diabetes Mellitus type 2 in de regio Zuidoost-Brabant. POZOB 2009.
7. Quality of Diabetes Case in General Practice. R. van Bruggen. Proefschrift Universiteit Utrecht, 2009.
8. Diabeteszorggroepen en de keten-DBC. Prof.dr. GEHM Rutten. Bijblijven 2010; 3: 9-16.
9. Als direct aan diabetesgerelateerde kosten zijn meegenomen de kosten van keten-DBC's, consulten bij de huisarts en POH, labverrichtingen, voetzorg, diëtiëk, M&I-verrichtingen, tweedelijnsdiabetes DBC's. Kosten van complicaties door diabetes zijn niet meegenomen.