

Hoge overheadkosten beginfase betalen zichzelf terug

Betere diabeteszorg voor weinig geld

Mattees van Dijk,
huisarts en diabeteskader-
huisarts werkzaam voor
de Zorggroep Eerste Lijn
te Naaldwijk, lid DiHag,
praktijkhoudend huisarts
te Hoek van Holland

Correspondentieadres:
m.dijk45@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De auteurs van het artikel 'Integrale bekostiging diabetes duur' signaleren een 'explosieve stijging' van de kosten van diabeteszorg. Maar nu de infrastructuur voor diabeteszorg in de eerste lijn is gerealiseerd, vallen de kosten juist erg mee.

Met enige ongerustheid heb ik het artikel gelezen van Niels Sprangers, beleidsadviseur bij Achmea, en collega's over de 'dure' eerstelijns diabeteszorg (MC 16/2012: 991). Het artikel staat bol van de verkeerde aannames, is tendentiekus, schotelt de verkeerde berekeningen voor en geeft niet de juiste doelen aan.

De aanname dat het verhogen van de kwaliteit van diabeteszorg budgetneutraal kan, is aller-

eerst verkeerd. Er is geen land ter wereld waar dat mogelijk is gebleken, dus ook niet in Nederland. De hogere kosten zijn vooral het gevolg van overhead (de zorggroepen en inkopen van expertise); dit is al 50 procent van de kosten. De overige 50 procent is aan daadwerkelijke verbetering van de zorg besteed, zoals educatieprogramma's, bevordering van zelfmanagement en training van praktijkondersteuners. De helft van alle patiënten die insuline gebruiken (de duurste categorie) wordt goedkoop in de eerste lijn behandeld en dit aantal stijgt nog steeds. De fundusscreening is opgezet – een goedkopere vorm van netvliescontrole dan een bezoek aan de oogarts – en er wordt een begin gemaakt met voetscreening via podotherapeuten en medisch pedicures. Het aantal patiënten in de eerste lijn is 80 procent en het gemiddelde HbA1c ligt onder de streefwaarde, evenals de gemiddelde bloeddruk en bijna het gemiddelde LDL-cholesterol. Ook is er in een paar jaar tijd veel geïnvesteerd in ICT die het met een druk op de knop mogelijk maakt de diabeteszorg per arts per patiënt en per zorggroep inzichtelijk te maken. Hiermee is Nederland koploper in de hele wereld op het gebied van uitkomsten van diabeteszorg. Wat meestal niet gemeten wordt is de tevredenheid van de verzekerde, die de praktijkondersteuner een 8+ geeft en de huisarts altijd nog een 7,5 op het gebied van diabeteszorg. Uit internationale studies blijkt dat gestructureerde diabeteszorg verhoging van levenskwaliteit oplevert.¹ Uitspraken in het artikel van Sprangers zoals 'de zorgkosten zijn bijna viereneenhalf maal





De helft van alle patiënten die insuline gebruiken wordt goedkoop in de eerste lijn behandeld en dit aantal stijgt nog steeds.

beeld: Getty Images, Thinkstock

Vooraf in de tweede lijn zijn de kosten gestegen

sterker gestegen dan het volume' en kopjes als 'explosieve stijging' missen elke onderbouwing.

Stijgende prevalentie

In de berekening van Achmea zijn twee effecten niet meegenomen: de correctie voor de stijgende prevalentie van diabetes mellitus type 2 en de correctie voor de substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

Corrigerend voor de stijgende prevalentie bij een gelijkblijvend koptarief (tarief per diabetespatiënt per jaar) zouden sowieso de kosten in drie jaar tijd 3,6 miljoen euro hoger uitvallen. Corrigerend voor de substitutie (als deze patiënten allemaal in de tweede lijn waren gebleven) is er ook nog eens 1,1 miljoen euro

bezuinigd. Dat dit bedrag nog zo bescheiden uitvalt, is weer te danken aan de 'explosieve stijging' van

het exorbitante koptarief in de tweede lijn van 911 naar 1170 euro. Was dit tarief niet zo gestegen, dan was de substitutie uitgevallen op 6,4 miljoen euro in drie jaar! De gecorrigeerde stijging van de totale diabeteszorg is dan ruim

16 miljoen in plaats van de beweerde 20 miljoen in drie jaar. Waren de tarieven in de tweede lijn niet zo gestegen, dan zou dit maar 11 miljoen zijn geweest. Hiervan zou 50 procent overhead zijn, dus voor de zorg zelf blijft 5,5 miljoen stijging aan werkelijke kosten over. Dat is dus amper 40 euro zuiver stijgend koptarief tot aan 2009 (inclusief behandeling met insuline, extra personeelslasten en ICT).

Dit bedrag steekt dan schril af bij de stijging van de 179 euro leidend tot een koptarief van 1170 euro in de tweede lijn, dat voor 70 procent uit insulinegebruikers bestaat en 30 procent uit gewone diabetespatiënten die ook best in de eerste lijn hadden kunnen worden behandeld. En wat kreeg Achmea daarvoor terug? De inkopers van Achmea zouden ook de hand in eigen boezem moeten steken, want de tarieven zoals hier gemeld, zijn ontstaan als gevolg van hun eigen onderhandelingsresultaat. Zij kochten dit zo in, omdat zij het dat waard vonden.

Harde uitkomsten

Er is geen enkel wetenschappelijk bewijs dat uitkomstparameters zoals harde uitkomsten op bloeddruk, HbA1c en LDL-cholesterol ook maar iets zeggen over de kwaliteit van de zorg. Het

SAMENVATTING

- Nederland heeft de beste diabeteszorg ter wereld.
- Bijna alle mensen met diabetes worden met succes in de eerste lijn behandeld.
- Investeren in zorggroepen was nodig om de eerste lijn te ondersteunen.
- De extra zorgkosten bedragen vier tientjes per diabetespatiënt per jaar.

zijn afgeleide parameters, die iets voorspellen over het risico op langetermijncomplicaties zoals amputaties, blindheid en nierfalen; de klassieke diabetische complicaties die in Nederland al naar de marge zijn teruggedrongen met een prevalentie van respectievelijk 0,8, 0,5 en 0,3 procent. Het niet goed behandelen van de bloeddruk en LDL-cholesterol geeft echter een viermaal hoger risico op beroerte, perifere arterieel vaatlijden en myocardinfarct. Toch heeft het diabetesbeleid ook deze uitkomsten vrijwel genormaliseerd. Uit een Nederlands onderzoek bleek dat de levensverwachting van de gemiddelde mens met diabetes zelfs bijna normaal is.² Ook voeren de schrijvers een controlegroep op die helemaal geen controlegroep kan zijn. Je kunt regulier bekostigde zorg immers niet vergelijken met integraal bekostigde zorg, omdat de kenmerken van deze zorgvorm niet hetzelfde zijn. Dat is appels met peren vergelijken.

Beheersbaar

Achmea heeft met 40 euro per patiënt per jaar extra en 190 euro aan overhead niet te veel

betaald voor vrijwel de beste diabeteszorg ter wereld. Hiervoor krijgen mensen met diabetes type 2 een langer en beter leven en blijft de aanstormende epidemie van diabetespatiënten nog decennialang beheersbaar in kosten. De overheadkosten zijn noodzakelijk geweest omdat de infrastructuur (mensen, materiaal en middelen) die chronische zorg op deze schaal in de eerste lijn mogelijk maakt, tot nu toe ontbrak. In een paar jaar tijd is hier voor een paar tientjes extra per diabetespatiënt per jaar heel veel bereikt en is een infrastructuur uitgerold die nog decennialang mee kan. Pionieren kost geld. Een verbetering van het financieringsstelsel voor diabeteszorg en het terugdringen van de overhead is een uitdaging waar de eerste lijn, de tweede lijn en de verzekeraars samen de schouders onder moeten zetten door bijvoorbeeld een populatiegebonden bekostiging in te voeren. Een artikel dat de verkeerde toon aanslaat richting eerste lijn is geen goede start voor deze samenwerking. 

praktijkperikel

Hormonale dysregulatie

Twintig lentes jong kwam ze, samen met haar vriend, 's ochtends om 5 uur op de fiets naar de huisartsenpost. De reden waarom ze kwam, was pijn bij het plassen en het feit dat ze haar plas niet kon ophouden. Ook had ze lichte rugpijn, maar dat kwam – zo dacht ze – door haar M. Scheuermann.

Omdat de portier haar meteen naar het toilet liet gaan en ik dus het nakijken had ten aanzien van de controle op een eventuele urineweginfectie, las ik het dossier van de huisarts door – gelukkig was er een koppeling! Ze was daar een maand eerder geweest omdat ze maar niet ongesteld werd bij het pilgebruik. Zonder onderzoek werd door de waarnemend huisarts de diagnose hormonale dysregulatie gesteld.

Bij lichamelijk onderzoek was de juiste diagnose snel gesteld. Zonder dat ze het besepte, had patiënte om de 5 minuten weeën, gebroken vliezen en een ontsluiting van 5 cm. Volledig perplex werd het jonge stel per ambulance naar het ziekenhuis vervoerd, alwaar het meisje een paar uur laten van een dochter beviel.



beeld: iStockphoto

Nooit geweten dat hormonale dysregulatie een andere term was voor zwangerschap! Al geef ik toe: het was niet te zien dat ze zwanger was.

/praktijkperikel