

Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid & Management Rotterdam
Master Zorgmanagement 2009-2010
Afstudeerscriptie

Integrale bekostiging: Regie of Regime?

Consequenties van de integrale bekostiging op de
planning en control van diabeteszorg



Renée van Haastert
Student nr. 323887

Molenkolk 45
2771 WE Boskoop

Scriptiebegeleider
E.A. de Knecht RA

Meelezer
Drs. B.M. van Ineveld

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het kwalitatief onderzoek betreffende mijn master scriptie. Het onderzoek is gericht op de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en op de control van diabeteszorg. Dit onderzoek is uitgevoerd teneinde de master Zorgmanagement af te sluiten. De master Zorgmanagement is een master van de opleiding Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Mijn interesse voor dit onderwerp is in het bijzonder de actualiteit daarvan. De gezondheidszorg ondergaat momenteel veel veranderingen. Veranderingen vinden plaats betreffende de zorginhoud (kwaliteit), de bekostiging van zorg en eveneens betreffende het organisatorisch vlak. Deze drie aspecten zijn allen onderdeel van dit onderzoek. Mijn interesse voor deze actualiteiten heeft mijn motivatie voor deze scriptie bevorderd.

Het schrijven van deze scriptie heb ik als een plezierige, leerzame maar eveneens drukke periode ervaren. Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken een aantal mensen te bedanken.

Ten eerste gaan mijn dankwoorden uit naar mijn scriptiebegeleider, dhr. E.A. de Knecht RA. Hij heeft mij geholpen een juiste structuur aan te brengen in deze scriptie en eveneens een juiste woordkeuze en zinsopbouw te gebruiken. Voorts heeft dhr. E.A. de Knecht met zijn kennis, mij gestimuleerd op een hoger niveau de inhoud van het onderzoek vorm te geven. Voorts wil ik de meelezer drs. B.M. van Ineveld bedanken voor zijn tijd en interesse tijdens het beoordelen van deze scriptie.

Ten derde wil ik mijn stagebedrijf het Transmuraal Netwerk Midden-Holland bedanken voor het gebruiken maken van hun netwerk. Hun contacten hebben mij tot de juiste personen geleid teneinde dit onderzoek te kunnen afronden.

Ten slotte wil ik iedereen bedanken die mij op enige wijze heeft bijgestaan tijdens het schrijven van deze scriptie.

Renée van Haastert

Boskoop, mei 2010

Samenvatting

De in de toekomst verwachte stijging van het aantal mensen met de chronische ziekte diabetes mellitus type 2, behoeft een verandering betreffende de organisatie van de zorg en eveneens betreffende de bekostiging van de zorg. Integrale bekostiging kan bijdragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronische zieken, maar eveneens aan de betaalbaarheid van de zorg. Integrale bekostiging wordt gekwalificeerd als het toepassen van een keten-DBC die het mogelijk maakt, verschillende onderdelen van de zorg als één integraal product in te kopen en te declareren. Dit onderzoek beschrijft de consequenties van deze verandering van bekostiging op de planning en op de control van de diabeteszorg.

Door middel van een casestudie is in de regio Midden-Holland onderzoek uitgevoerd gericht op de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van de diabeteszorg. Ten eerste is teneinde de theoretische achtergronden te verkennen literatuuronderzoek uitgevoerd en voorts is empirisch onderzoek uitgevoerd, bestaande uit documentenanalyse en uit interviews met de verschillende betrokken disciplines.

Het literatuuronderzoek bevat ten eerste inzicht in de inhoud van het begrip diabeteszorg. Ten tweede geeft het inzicht in de inhoud van het begrip integrale bekostiging en ten derde is de inhoud van het begrip planning en control nader toegelicht.

De onderzoeksresultaten bevatten als eerste de situatie in Midden-Holland zoals deze was vóór de integrale bekostiging, de bekostiging van verrichtingen. Voorts wordt inzicht gegeven in de actuele situatie, de situatie betreffende de integrale bekostiging.

De conclusie van het onderzoek bevat een aantal belangrijke consequenties als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en op de control van de diabeteszorg. Als eerste heeft de keuze betreffende de juridische entiteit een grote invloed op de organisatie van de zorg. De keuze van de juridische entiteit kan opportunistisch gedrag veroorzaken. Dit geldt eveneens voor de mate van multidisciplinaire expertise in de samenstelling van de zorggroep. Ten tweede is als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging de rol van de huisarts vergroot. De coördinatie van de gehele zorg is als gevolg daarvan de taak van de behandelend huisarts, voorheen was dit mogelijk de taak van de diabetesverpleegkundige. Een derde consequentie van de invoering van integrale bekostiging is de problemen met de inpasbaarheid binnen het huidige bekostigingssysteem. De horizontale, sectoroverstijgende bekostiging door middel van een keten-DBC past niet in het huidige verticale, sectorale bekostigingssysteem. De nieuwe vorm van bekostiging vergt meer werk, en als gevolg daarvan bijvoorbeeld meer kosten in de declaratie. Ten vierde wordt als gevolg van de integrale bekostiging de keuzevrijheid van de patiënt bedreigd. Doordat de zorggroep niet alle zorgaanbieders contracteert, wordt de patiënt beperkt in zijn keuze. Ten slotte is de eenduidigheid in de structuur van de diabeteszorg als een positieve consequentie te kwalificeren van de invoering van de integrale bekostiging. Door de landelijke richtlijn, de zorgstandaard, is een landelijke eis gesteld aan het minimum waar goede diabeteszorg aan moet voldoen. Dit voorkomt eveneens dat patiënten tussen 'de wal en het schip' dreigen te raken.

Summary

In the future, an increase in the number of people with the chronic disease diabetes mellitus type 2 is expected. Consequently, a change in the organization of the care, and a change in the cost of care are necessary. Integrated funding can contribute to achieving health benefits concerning chronically ill, but in addition on the affordability of the care. Integrated care funding is classified as the application of a chain-DTC (diagnoses treatment combination) that would allow to buy and to declare various components of care as an integral product. This research describes the consequences of this change in funding concern the planning and the control of diabetes.

Based on a case study in the regional central Holland research is performed focused on the consequences of the introduction of the integrated funding on the planning and the control of diabetes. First, to explore the theoretical background a literature review has been executed and empirical research has performed, consisting of document analyses and interviews with the various concerned disciplines.

The literature review at first provides insight into content of the term diabetes. Second, it provides the understanding of the concept of the integrated funding and thirdly, the concept of planning and control is explained.

The survey results contain the situation in Central Holland, as it existed prior to the integrated funding, qualified as the financing of operations. Secondly, insight is presented into the current situation, the situation regarding the integrated funding.

The conclusion of the study contains a number of important consequences concerning the introduction of the integrated funding concerning the planning and the control of diabetes. At first, the choice concerning a certain legal entity has a significant impact on the organization of care. The choice of a certain legal entity can cause opportunistic behavior. In addition, the degree of multidisciplinary expertise in the composition of the Care Group can cause opportunistic behavior. Next, the introduction of the integral funding has increased the role of the general practitioner. Coordinating the entire care is in the new funding system the task of the treating general practitioner, which had previously been possible be the task of the diabetes nurse. A next consequence of the introduction of the integrated funding is the problem with the feasibility within the current funding system. The horizontal funding through a chain-DTC does not fit into the current vertical funding system. The new form of financing requires more work, and consequently creates more cost for instance concerning the declaration. Next, because of the integrated funding, the patient's choice is threatened. Because the Care Group contacts not all the healthcare providers, the patient is restricted in his choices. Finally, the unambiguity in the structure of diabetes care is a positive consequence to qualify for the introduction of integrated funding. The national guideline, the standard of diabetes care is a nationwide limit on the minimum requirement that good diabetes care requires. This also avoids that patients are overlooked.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	8
1.1 Probleemanalyse	8
1.2 Doelstelling van het onderzoek	9
1.3 Onderzoeksvragen	9
1.4 Afbakening	9
1.5 Case	10
1.6 Leeswijzer	10
Hoofdstuk 2: Methoden van onderzoek	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Onderzoeksopzet	11
2.2.1 Kwalitatief onderzoek	11
2.2.2 Empirisch onderzoek	11
2.2.3 Interviews	11
2.2.4 Documentenanalyse	13
2.2.5 Methoden van data-analyse	13
2.3 Het onderzoeksmodel	14
2.4 Validiteit en betrouwbaarheid	14
Hoofdstuk 3: Diabeteszorg	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Diabetes Mellitus	16
3.3 Diseasemanagement	16
3.3.1 Samenhang tussen preventie en curatie	17
3.3.2 Zelfmanagement	18
3.3.3 Ketenzorg	18
3.4 Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) zorgstandaard	20
3.4.1 Inhoud van de diabeteszorg	20
3.4.2 Organisatie van de diabeteszorg	21
3.4.3 Kwaliteit van de diabeteszorg	23

3.4.4 Inhoud van de zorg in het eerste jaar na de diagnose conform de NDF Zorgstandaard	24
3.5 Medicatie en psychosociale zorg	25
Hoofdstuk 4: Integrale bekostiging	26
4.1 Inleiding	26
4.2 De financiering van de Nederlandse gezondheidszorg	26
4.3 Transactiekostentheorie.....	27
4.4 Integrale bekostiging	28
4.5 Bekostiging van verrichtingen	29
4.6 Bekostiging van diabeteszorg door middel van een keten-DBC.....	30
4.7 Relevante wijzigingen van bekostigingssysteem	33
Hoofdstuk 5: Planning en Control	34
5.1 Inleiding	34
5.2 Planning en Control.....	34
5.3 Belang Planning en Control in de gezondheidszorg	34
5.4 Het Rabbit Hill model	34
5.4.1 het beleidsproces.....	36
5.4.2 Doelen, risico's en randvoorwaarden	39
5.4.3 Engineeringproces	40
5.4.4 Evaluatie- en bijstellingsproces	41
Hoofdstuk 6: Resultaten	43
6.1 Inleiding	43
6.2 Respons	43
6.3 Diabeteszorg Midden-Holland vóór de invoering van de integrale bekostiging	43
6.4 Diabeteszorg Midden-Holland na de invoering van de integrale bekostiging	44
6.4.1 De zorggroep	45
6.4.2 Inhoud keten DBC	46
6.4.3 Kwaliteit van zorg.....	49
6.4.4 Inpasbaarheid zorgbekostigingssysteem	51
Hoofdstuk 7: Discussie en conclusie	52
7.1 Inleiding	52
7.2 Planning en control diabeteszorg Midden-Holland	52
7.2.1 Beleidsproces	52
7.2.2 Het engineeringproces.....	53
7.2.3 Uitvoeringsproces	54
7.2.4 Evaluatie- en bijstellingsproces	55
7.3 Beperkingen van het onderzoek	55

7.4 Conclusie.....	55
7.4.1 Beantwoording deelvragen	55
7.4.2 Beantwoording onderzoeksvraag	56
Hoofdstuk 8: Aanbevelingen	59
8.1 Inleiding	59
8.2 Aanbevelingen betreffende Midden-Holland.....	59
8.3 Aanbevelingen betreffende vervolgonderzoek.....	59
Referenties	60

1. Inleiding

1.1 Probleemanalyse

Diabetes mellitus is een veel voorkomende ziekte, 4% van de gehele Nederlandse bevolking heeft de chronische ziekte diabetes mellitus (Baan et al., 2009a). Naar verwachting zal het totaal aantal mensen met deze chronische ziekte de komende jaren sterk stijgen. De verwachting bestaat dat het aantal mensen met gediagnosticeerde diabetes in 2025 zal stijgen tot ruim 1,3 miljoen. Dat is 8% van de Nederlandse bevolking, een verdubbeling van het huidige aantal mensen met diabetes mellitus (Baan et al., 2009b). Deze verwachte stijging is het gevolg van drie factoren. Allereerst is de vergrijzing een relevant element. De stijgende levensverwachting leidt overigens eveneens tot de situatie dat steeds meer mensen meerdere chronische ziekten tegelijk hebben (co- of multi- morbiditeit). De tweede factor is de medische vooruitgang. Die heeft tot de situatie geleid dat voorheen ongeneeslijke ziekten zoals kanker en hartfalen steeds beter behandelbaar en beheersbaar worden. De derde oorzaak is de negatieve trend in de leefstijl zoals te weinig bewegen en te veel en ongezonde voeding, met als gevolg de stijging van overgewicht en obesitas (Klink & Bussemaker, 2008).

Deze ontwikkelingen vergen een betere afstemming van de zorg. Patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid hebben initiatieven genomen de zorgverlening beter af te stemmen op de specifieke zorgvraag van mensen met de chronische ziekte diabetes mellitus. Teneinde mensen met een chronische ziekte werkelijk centraal te kunnen stellen, moet de zorg anders georganiseerd worden (www.minvws.nl). Teneinde de noodzakelijke zorg zo volledig mogelijk aan de patiënt te kunnen aanbieden, moet worden samengewerkt. Het aanbieden van zorg in één pakket wordt als integrale zorg gekwalificeerd. Teneinde deze zorg kwalitatief toereikend te kunnen aanbieden, bestaan zorgstandaarden die in hoofdlijnen beschrijven waar de te leveren zorg minimaal uit moet bestaan. Via het richting geven aan de inhoud en de organisatie van de zorg heeft de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) een zorgstandaard ontwikkeld die een centrale rol vervult in de verwezenlijking van goede diabeteszorg (NDF, 2007).

Naast het streven de zorg voor chronische ziekten daadwerkelijk gericht op de patiënt te organiseren, is eveneens de financiële prikkel relevant. Integrale bekostiging kan bijdragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronische zieken, maar eveneens aan de betaalbaarheid van de zorg. De integrale zorg wordt gefinancierd door integrale bekostiging. Het uitgangspunt daarbij is dat de geleverde zorg niet langer betaald wordt per verrichting, maar dat een vergoeding verstrekt wordt voor de volledige behandeling, een keten DBC (www.minvws.nl). De hoofdaannemer, eveneens zorggroep genoemd, sluit een contract met de zorgverzekeraar en biedt vervolgens de volledige zorg aan de patiënt (de Wildt, 2009). Gericht op het leveren van de onderdelen van de zorg contracteert de hoofdaannemer onderaannemers. De zorggroep bij de diabetesketen bestaat voorsnog uitsluitend uit huisartsen. Huisartsen (de zorggroep) krijgen op deze wijze, naast patiëntenzorg eveneens organisatorische taken, dit vergt flexibiliteit, leiderschap en strategische competenties (ibid). De verandering van aanbodgerichte zorg naar vraaggerichte zorg en van de bekostiging per verrichting naar de integrale bekostiging heeft naar verwachting invloed op de planning en op de control van diabeteszorg.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is vast te stellen welke consequenties de invoering van de integrale bekostiging door middel van een keten-DBC, op 1 januari 2010, heeft op de planning & control van de diabeteszorg in Nederland.

1.3 Onderzoeksvragen

Op basis van de voorgaande inleiding is de volgende probleemstelling geformuleerd:

“Welke consequenties heeft de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg?”

Teneinde deze probleemstelling te kunnen beantwoorden, zijn de volgende te beantwoorden deelvragen geformuleerd:

- Wat is de inhoud van het begrip diabeteszorg?
- Wat is de inhoud van het begrip integrale bekostiging en wat zijn relevante wijzigingen ten opzichte van de bekostiging van verrichtingen?
- Wat is de inhoud van het begrip planning en control en op welke wijze is dit toepasbaar?
- Op welke wijze is op basis van de bekostiging per verrichting bij de diabetes zorg de planning en control vormgegeven?
- Welke verandering in de planning en control zijn noodzakelijk als gevolg van de integrale bekostiging?

1.4 Afbakening

Teneinde dit onderzoek af te bakenen, wordt uitsluitend onderzocht wat de consequenties van integrale bekostiging zijn voor de interne beheersing (planning en control) van de diabeteszorg in Midden-Holland. De vraagstelling, welke consequenties de verandering in de bekostiging voor de zorgvrager heeft, wordt niet specifiek onderzocht. Voorts is de integrale bekostiging eveneens een feit voor een tweede ziektebeeld, het cardiovasculair risicomanagement. Eveneens dit element wordt in dit onderzoek niet betrokken. Eveneens worden, teneinde het onderzoek af te bakenen, uitsluitend, personen geïnterviewd die direct betrokken zijn bij de invoering van de integrale bekostiging van diabeteszorg. Het documentenonderzoek betreft de invoering van de integrale bekostiging in het algemeen en specifiek betreft de diabeteszorg, regionaal en landelijk.

1.5 Case

Het onderzoek naar de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en op de control van diabeteszorg wordt uitgevoerd gericht op de regio Midden-Holland. Regio Midden-Holland betreft de gemeenten: Boskoop, Bodegraven, Reeuwijk, Gouda, de Vlist, Schoonhoven, Bergambacht, Waddinxveen, Moordrecht, Nederlek, Ouderkerk, Nieuwerkerk a/d IJssel en Zevenhuizen Moerkapelle. Deze regio bestaat in het bijzonder uit kleine dorpen en bevat één stad, Gouda. Binnen de regio is één algemeen ziekenhuis aanwezig, 'het Groene Hart Ziekenhuis', voorts zijn in de regio 120 huisartsen werkzaam. Binnen de regio bestaat veel aandacht voor het realiseren van onderling goed afgestemde, kwalitatief hoogstaande zorgverlening. Door de verschillende zorgaanbieders in de regio, is de stichting 'Transmuraal Netwerk Midden-Holland' opgericht. Het Transmuraal Netwerk is een innovatief samenwerkingsverband betreffende transmurale- en ketenzorg. In Midden-Holland is onder toezicht van het Transmuraal Netwerk betreffende de diabeteszorg een alliantie tot stand gekomen tussen de volgende instellingen. Stichting het Groene Hart Ziekenhuis, maatschap Interne Geneeskunde Groene Hart Ziekenhuis, Stichting Vierstroom Zorggroep (thuiszorg), regionale huisartsen vereniging Midden-Holland, huisartsen laboratorium Gouda e.o. en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) Departement Gouda (de beroepsorganisatie voor apothekers) (Ketenovereenkomst Diabetesdienst Midden-Holland, 1992). Deze alliantie heeft geleid tot de Diabetesdienst Midden-Holland (DDMH). De DDMH wordt gecoördineerd door diabetesverpleegkundigen. In Midden-Holland werken gespecialiseerd verpleegkundigen transmuraal. Dit wil zeggen dat zij niet aan een organisatie verbonden zijn. Zij werken zowel in het ziekenhuis, in de thuissituatie, bij de huisartsenpraktijk enzovoorts. Deze transmuraal gespecialiseerd verpleegkundigen zijn in dienst van ZorgBrug. In regio Midden-Holland wonen 3.000 tot 5.000 mensen met diabetes type 2.

1.6 Leeswijzer

Dit onderzoek heeft de intentie de probleemstelling zoals geformuleerd in paragraaf 1.3 te beantwoorden. Teneinde deze probleemstelling te beantwoorden, is de scriptie als volgt ingedeeld. Hoofdstuk 2 beschrijft de methoden van onderzoek, teneinde de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Hoofdstuk 3 biedt op basis van de theorie inzicht in de inhoud van het begrip diabeteszorg. Hoofdstuk 4 bevat het theoretisch inzicht in het begrip integrale bekostiging. Hoofdstuk 5 geeft inhoud aan het begrip planning en control en de toepassing daarvan bij diabeteszorg. Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van het empirisch onderzoek gericht op de consequenties van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg. Hoofdstuk 7 analyseert de resultaten in combinatie met de theorie, bevat eveneens het antwoord op de onderzoeksvraag en bevat de discussie waarin de resultaten van onderzoek in een breder perspectief geplaatst worden. Ten slotte bevat hoofdstuk 8 relevante aanbevelingen

Hoofdstuk 2: Methoden van onderzoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de methoden en technieken toegelicht die tijdens het onderzoek toegepast worden. Als eerste wordt de keuze betreffende het kwalitatief onderzoek gemotiveerd, voorts wordt de onderzoeksopzet nader toegelicht. Vervolgens worden de methoden van de data-analyse toegelicht en ten slotte worden de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek uiteengezet.

2.2 Onderzoeksopzet

2.2.1 Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve benadering. Teneinde de consequenties van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg te onderzoeken is een explorerende wijze van onderzoek het meest passend. Het type kwalitatief onderzoek dat is uitgevoerd betreft een case studie. Case studies zijn overwegend gericht op het beantwoorden van globale vragen over een bepaald verschijnsel en hebben een explorerend karakter (Swanborn, 2006). De casestudie betreft een beschrijvend onderzoek naar de consequenties op de planning en control van diabeteszorg als gevolg van de invoering van een keten DBC. Teneinde de consequenties te kunnen beschrijven, zijn verschillende personen geïnterviewd en is eveneens documentenonderzoek uitgevoerd.

2.2.2 Empirisch onderzoek

In een case studie wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van zoveel mogelijk soorten, data (Swanborn, 2006). Tijdens dit onderzoek gericht op de consequenties van de integrale bekostiging op de planning & control van diabeteszorg worden verschillende methoden toegepast van het verzamelen van data. Dit wordt als triangulatie van onderzoeksmethoden gekwalificeerd en als gevolg daarvan wordt de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. De methoden die toegepast worden zijn data-analyse en interviews. Naast triangulatie van onderzoeksmethoden wordt eveneens aandacht besteed aan de datatriangulatie. Dienaangaande wordt data van meerdere disciplines en instanties verzameld. De doelstelling daarvan is de kwaliteit van het onderzoek te verhogen en uiteindelijk de vraagstelling zo valide mogelijk te kunnen beantwoorden.

Teneinde het onderzoek duidelijk af te bakenen, is uitsluitend informatie verzameld door middel van interviews bij disciplines die betrokken zijn bij de invoering van de integrale bekostiging van diabeteszorg en de consequenties dienaangaande voor de diabeteszorg. Eveneens worden landelijke en regionale documenten geraadpleegd.

2.2.3 Interviews

Zoals in de afbakening (hoofdstuk 1.4) gesignaleerd, zijn uitsluitend personen geïnterviewd die direct betrokken zijn bij de invoering van de integrale bekostiging van diabeteszorg. De interviews hebben als doelstelling inzicht te verkrijgen in de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging. Tijdens de interviews zijn uitsluitend vragen gesteld gericht op het referentiekader van de geïnterviewde

en voorts is vanuit menselijk oogpunt en vanuit het oogpunt van het onderzoeksdoel de focus gericht op de interactie tussen de onderzoeker en de geïnterviewde. Teneinde deze informatie te kunnen verkrijgen, is gekozen voor individuele interviews. De individuele interviews hebben een tijdsduur van gemiddeld één uur. Sprake is van een open interview, door de interviewer wordt dienaangaande een topiclist toegepast. Deze topiclist betreft een gestructureerde lijst met korte, puntsgewijze opsommingen, die wordt samengesteld op basis van de deelvragen betreffende dit onderzoek. Teneinde de betrouwbaarheid te verhogen en voorts eveneens een prettige sfeer te creëren, worden de interviews opgenomen met behulp van geluidsregistratie. Omdat de onderzoeker zich op het gesprek of de activiteit kan concentreren en zich niet bezorgd hoeft te maken over aantekeningen dienaangaande, bevordert het toepassen van deze geluidsregistratie de kwaliteit van de gegevensverzameling (Boeije, 2008). Na afloop van het interview zijn de bevindingen op papier vastgelegd. Als gevolg daarvan is coderen mogelijk. Teneinde een valide interviewverslag te realiseren is de vastlegging van het interview teruggekoppeld aan de geïnterviewde. Teneinde de deelvragen te kunnen beantwoorden, zijn de volgende instellingen/personen geïnterviewd:

- *Huisarts met kaderopleiding diabetesarts Midden- Holland, eveneens in 'quality team'.*

De huisarts (gespecialiseerd in diabeteszorg) kan inzicht verstrekken in de consequenties van de integrale bekostiging gericht op de planning & control in zijn praktijk.

- *Diabetesverpleegkundige en betrokken bij de invoering van de keten DBC diabetes*

Door deze diabetesverpleegkundige te interviewen kan inzicht verkregen worden in de consequenties en in het proces van de integrale bekostiging gericht op de planning en control van de diabeteszorg op het vakgebied van de diabetesverpleegkundige.

- *Directeur ZorgBrug*

Door de directeur van ZorgBrug te interviewen kan inzicht verkregen worden in de consequenties voor de inzetbaarheid en voor de organisatie van de diabetesverpleegkundige

- *Zorgverzekeraar*

De zorgverzekeraar kan inzicht verstrekken in het verloop van de bekostigingsstromen voor en na de invoering van de integrale bekostiging door middel van de keten DBC's.

- *Zorggroep Diabetes, manager ROH (Regionale Organisatie Huisartsen)*

Door de diabetes zorggroep te interviewen kan inzicht verkregen worden in de taken en in de functies van de zorggroep (hoofdaannemer) betreffende de onderaannemers. Op welke wijze zijn de verhoudingen vormgegeven en op welke wijze wordt daardoor de planning & control beïnvloed.

- *Manager diëtisten Midden-Holland*

De betrokkenheid van de diëtist is van groot belang gericht op de behandeling van diabetes mellitus. Door deze discipline te interviewen kan inzicht verkregen worden in de consequenties van de integrale bekostiging op de werkzaamheden van de diëtist.

De vorenstaande respondenten zijn gekozen op basis van hun betrokkenheid bij de invoering van de diabetes keten DBC. Voorts is gericht op het totaal vastgesteld in welke mate de respondenten gezamenlijk in staat zijn een compleet beeld te verstrekken van de consequenties van de integrale

bekostiging op de planning en control van de diabeteszorg. Naar verwachting zullen de geselecteerde respondenten deels dezelfde data verstrekken dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek.

2.2.4 Documentenanalyse

Naast het verkrijgen van data door middel van interviews is voorts data verzameld met behulp van bestaande documenten. Omdat de integrale bekostiging vanaf 1 januari 2010 toegepast wordt, is het relevant documenten te raadplegen betreffende de situatie voorafgaand aan dit nieuwe beleid en na de invoering van dit beleid. Op deze wijze wordt inzicht verkregen in het proces van deze verandering. Documenten die geraadpleegd worden zijn:

- *Zorgstandaard diabeteszorg NDF*

Door richting te geven aan de inhoud en aan de organisatie van de zorg vervult de zorgstandaard een centrale rol in de verwezenlijking van goede diabeteszorg. De zorgstandaard geeft inzicht in wat de inhoud is van de diabeteszorg en waar deze minimaal aan behoort te voldoen.

- *Beleidsstukken zorggroep*

De beleidsstukken van de zorggroep geven inzicht in het proces van de invoering van integrale bekostiging en het organiseren van de zorg daar omheen. De zorggroep bezit veel informatie betreffende de financiële veranderingen gericht op de diabeteszorg.

- *Beleidsstukken Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*

Beleidsstukken van het ministerie van VWS geven inzicht in de totale regelgeving en beleidsbeslissingen betreffende de integrale bekostiging van diabeteszorg.

- *Beleidsstukken huisarts*

Beleidsstukken van een huisarts kunnen inzicht geven in de consequenties van de integrale bekostiging betreffende diabeteszorg voor de huisarts.

De vorenstaande documenten beogen een compleet inzicht te geven in de consequenties van de integrale bekostiging op de planning en op de control van diabeteszorg.

2.2.5 Methoden van data-analyse

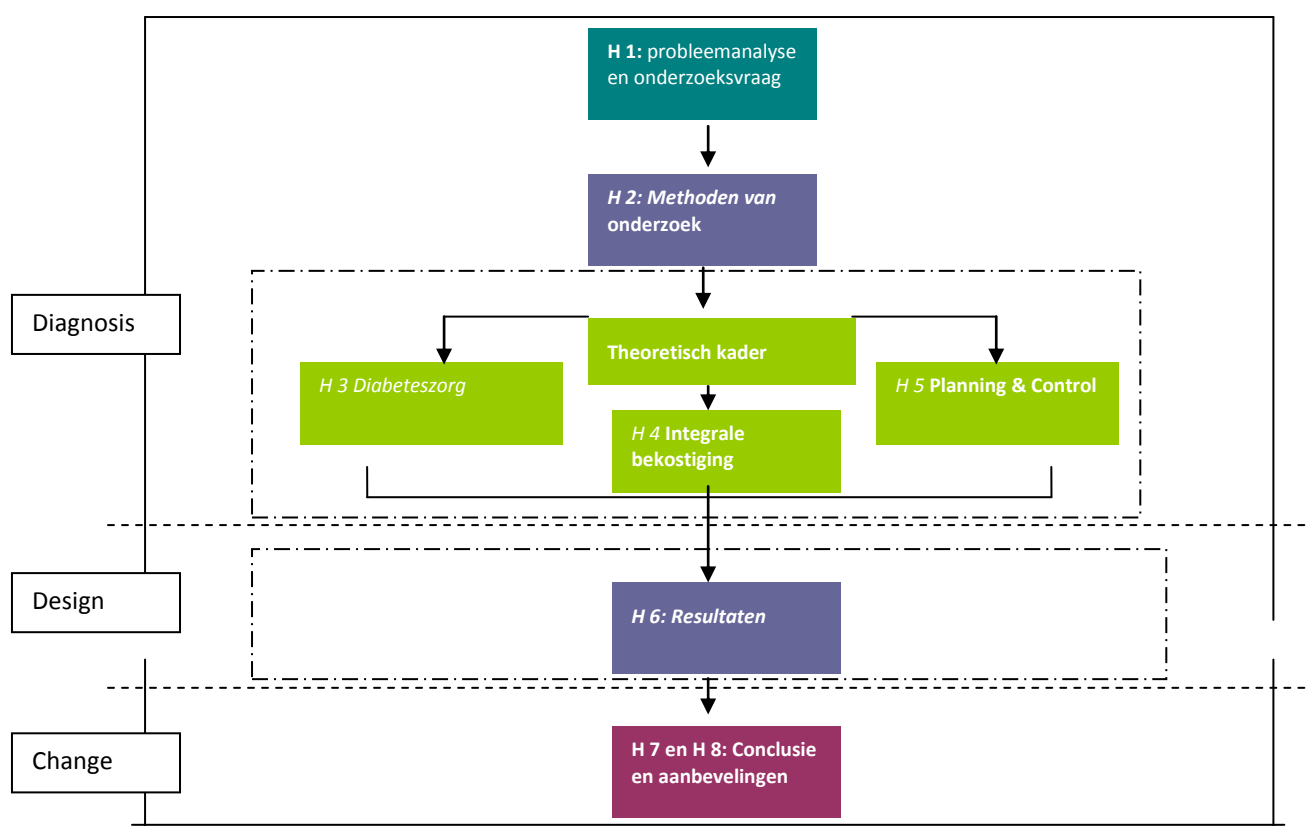
Het proces van kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door een afwisseling van dataverzameling en data-analyse. Deze onderzoeksactiviteiten zijn niet strikt van elkaar te scheiden. Dit wordt eveneens als een cyclisch proces gekwalificeerd (Boeije, 2008). De analyse van de data is gebaseerd op het principe van de constante vergelijking. Constante vergelijking is onlosmakelijk verbonden met de werkwijze waarbij dataverzameling en –analyse afgewisseld worden.

Het begin van het onderzoek is al uitgevoerd door het kiezen van het onderwerp, door het vormgeven van het theoretisch kader en op basis daarvan de probleemstelling te formuleren. Vervolgens is data verzameld door middel van documentonderzoek en via de interviews met de betrokken professionals. De op deze wijze verkregen gegevens worden als eerste zorgvuldig bestudeerd, geanalyseerd en gelabeld. Dit wordt eveneens gekwalificeerd als coderen. De doelstelling daarvan is de exploratie en de verkenning van het onderzoeksveld door het toepasbaar maken van gegevensbestanden. Vervolgens

zijn de gegevens uit de eerste fase geordend, anders geformuleerd axiaal gecodeerd. De doelstelling van axiaal coderen is vast te stellen wat belangrijke en minder belangrijke elementen in het onderzoek zijn en voorts de omvang van de gegevens en het aantal codes te reduceren. Na het analyseren worden de gegevens bij elkaar gebracht en wordt een structuur toegepast. In deze fase van selectieve codering ligt de nadruk op de integratie en op het leggen van verbanden tussen de categorieën. Vervolgens worden de categorieën getoetst op hun juistheid, eventueel met behulp van een nieuwe dataverzameling. Op basis van de bestudeerde theorie en op basis van de verkregen data worden de resultaten geanalyseerd. Doelstelling daarvan is conclusies te kunnen formuleren (Boeijs, 2008).

2.3 Het onderzoeksmodel

Op basis van de methodologie van De Leeuw (2000), 'Diagnosis, Design en Change'.



2.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Dit onderzoek bestaat uit literatuuronderzoek, documentenanalyse en interviews. Zoals eerderesignaleerd, wordt dit gekwalificeerd als de triangulatie van onderzoeksmethoden. Het gevolg daarvan is dat de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek wordt vergroot. Het verkrijgen van data door middel van het interviewen van verschillende respondenten wordt als datatriangulatie gekwalificeerd. De kwaliteit van het onderzoek is daardoor verhoogd en vraagstelling is op deze wijze zo valide mogelijk beantwoord. De betrouwbaarheid van de uitkomsten wordt vergroot door het

opnemen van de interviews door middel van een geluidsrecorder. Daardoor worden fouten als gevolg van onjuiste citaten voorkomen.

Eveneens wordt dit onderzoek begeleid vanuit het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG), met als gevolg dat de validiteit van het onderzoek wordt vergroot. De begeleider en de meezeer beoordelen de stukken en voorzien de stukken van commentaar. Dit heeft tot gevolg dat het onderzoek niet uitsluitend vanuit het perspectief van de onderzoeker uitgevoerd wordt.

Dit hoofdstuk heeft inzicht gegeven in methoden en technieken van het onderzoek betreffende de consequenties van integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg. Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek wat als casestudie gekwalificeerd wordt. Door middel van literatuuronderzoek, interviews en data-analyse wordt de onderzoeksvraag beantwoord. De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek wordt verhoogd door triangulatie van onderzoeksmethoden, door datatriangulatie, door geluidsopnames en door het meelesen door scriptiebegeleider en door de meezeer van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Het volgende hoofdstuk realiseert door middel van literatuuronderzoek, het theoretisch inzicht in het begrip diabeteszorg.

Hoofdstuk 3: Diabeteszorg

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk verstrekt inzicht in de inhoud van het begrip diabeteszorg. Diabeteszorg betreft de zorg voor een patiënt die gediagnosticeerd is met de chronische ziekte diabetes mellitus. Ten eerste wordt het begrip chronische ziekte diabetes mellitus nader toegelicht. Voorts wordt inzicht gegeven in de inhoud van het begrip diseasemanagement. Vervolgens wordt met behulp van de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) zorgstandaard de inhoud van de diabeteszorg toegelicht. Dit betreft de inhoud, de organisatie en de kwaliteit van de diabeteszorg. Eveneens wordt inzicht verstrekt conform de inhoud van NFD Zorgstandaard in diabeteszorg in het eerste jaar na de diagnose. Ten slotte wordt de inhoud van de diabeteszorg die niet in de NDF zorgstandaard is vastgelegd, toegelicht.

3.2 Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus wordt eveneens als 'suikerziekte' gekwalificeerd. Bij diabetes mellitus kan het lichaam de bloedglucose, niet langer zelf in evenwicht houden. Glucose verschaft het lichaam energie, waardoor de spieren en organen kunnen functioneren. Glucose ontstaat uit koolhydraten in de voeding. Van deze koolhydraten maakt het lichaam glucose. Glucose wordt in het bloed opgenomen en verstrekt op deze wijze energie naar alle lichaamscellen. Normaliter zorgt het lichaam dat exact voldoende insuline beschikbaar is teneinde de gewenste hoeveelheid glucose in het bloed te realiseren. Op deze wijze blijft de bloedglucose spiegel in balans. Bij diabetes mellitus bestaat niet langer dit evenwicht. Mensen met diabetes mellitus maken dit hormoon niet langer aan, of hun lichaam reageert niet langer op de insuline. Indien dit het geval is en de insuline niet langer toereikend functioneert, wordt de bloedglucose veel te hoog. Een te hoog bloedglucose gehalte is ongezond (Diabetesfonds).

Diabetes mellitus heeft verschillende vormen. Diabetes betreft zwangerschapsdiabetes, MODY (maturity onset diabetes of the young), MIDD (maternally inherited diabetes and deafness), LADA (latent autoimmune diabetes in adults), diabetes insipidus. Echter diabetes mellitus type 1 (DM type 1) en diabetes mellitus type 2 (DM type 2) zijn de twee bekendste vormen.

Deze scriptie is uitsluitend gericht op diabetes mellitus type 2. Dit veroorzaakt het feit dat de Nederlandse Diabetes Federatie Zorgstandaard uitsluitend van toepassing is voor mensen met diabetes mellitus type 2. Dit heeft eveneens tot gevolg dat de integrale bekostiging uitsluitend de mensen met diabetes mellitus type 2 betreft.

Diabetes type 2 kenmerkt zich door het feit dat niet genoeg insuline in het lichaam aanwezig is, eveneens reageert het lichaam niet goed op de aanwezige insuline (insulineresistentie). De oorzaken van diabetes mellitus type 2 zijn ondermeer erfelijkheid, overgewicht en weinig bewegen (ibid).

3.3 Diseasemanagement

Chronische aandoeningen bepalen in steeds grotere mate de vraag naar zorg. Het huidige zorgsysteem is daar momenteel onvoldoende op ingericht. Een belangrijk knelpunt is het fragmentarische karakter van de zorg en de daarmee gepaard gaande inefficiënties. Een nieuwe aanpak voor doelmatigheid en kwaliteit is diseasemanagement (Rosendal et al, 2009). Goede diabeteszorg berust op diseasemanagement. Deze aanpak zorgt voor de verbinding en de verbetering tussen de preventie en

de curatie, stimuleert zelfmanagement van de chronische patiënt en zorgt voor beter afgestemde multidisciplinaire zorg (Klink & Bussemaker, 2008). Diseasemanagement is eveneens een strategie teneinde de kwaliteit van zorg bij chronisch zieken te verhogen en de zorgkosten te beheersen (Lemmens, 2008). Kortom deze pragmatische aanpak kan voor verbinding en verbetering zorgen betreffende drie essentiële punten:

- Meer samenhang tussen preventie en curatie.
- Beter gebruikmaken van de mogelijkheden van de chronische patiënt zelf (zelfmanagement).
- Beter afgestemde multidisciplinaire zorg (ketenzorg) (Rosendal et al, 2009).

3.3.1 Samenhang tussen preventie en curatie

Het uitgangspunt voor de verbinding en de verbetering tussen preventie en curatie berust op het door het bevorderen van gezond gedrag realiseren van gezondheidswinst. Het onderscheid wordt toegepast tussen primaire en secundaire preventie. Primaire preventie is gericht op de gezonde mens en heeft als doelstelling door de risicofactoren te beïnvloeden de ziekte te voorkomen. Betreffende DM type 2 zijn overgewicht en onvoldoende beweging belangrijke factoren gericht op het ontstaan van de ziekte en deze factoren zijn potentieel beïnvloedbaar. Secundaire preventie is een essentieel en integraal onderdeel van goede zorg voor mensen met diabetes. Dit is gericht op het vermijden of verminderen, het vertragen of het terugdringen van de complicaties bij mensen bij wie de diagnose DM type 2 is vastgesteld (NDF, 2007).

Preventie moet eveneens aansluiten bij de fase van het individuele ziekteproces. De scheidslijnen tussen preventie en curatie en tussen preventie en care worden steeds onduidelijker. Gericht op de publieke gezondheid bestaat naast de primaire preventie en de secundaire preventie eveneens nog ander onderscheid. Dit betreft het onderscheid tussen de collectieve preventie, bestaande uit de universele en de selectieve preventie en de individuele preventie, bestaande uit de geïndiceerde preventie en de zorggerelateerde preventie.

- universele preventie is gericht op de gehele bevolking en heeft als doelstelling de gedragsgerelateerde gezondheid te bevorderen
- selectieve preventie heeft als doelstelling specifieke (hoog)risicogroepen te identificeren en gerichte preventieprogramma's uit te voeren zodat de gezondheid bevorderd wordt
- Geïndiceerde preventie is gericht op de bevordering van de gezondheid bevordering van het individu waarbij wel gezondheidsklachten bestaan, maar waar de diagnose niet gesteld is. Het doel daarbij is door interventie gezondheidsschade te voorkomen.
- Zorggerelateerde preventie is een essentieel en integraal onderdeel van de goede zorg voor mensen met één of meerdere gezondheidszorgproblemen. Dit betreft het vermijden of verminderen, of vertragen of terugdringen van complicaties en ondersteuning van de zelfredzaamheid (ibid).

De NDF zorgstandaard is uitsluitend gericht op de individuele preventie van patiënten met DM type 2 (geïndiceerd en zorggerelateerd). De zorgstandaard bevat de zorg voor de mens met DM type 2 vanaf de diagnose, als gevolg daarvan behoren de universele en de selectieve preventie niet tot de scope van de Zorgstandaard.

3.3.2 Zelfmanagement

In Nederland heeft ruim een kwart van de mensen één of meer chronische ziekten (RIVM). Uit een prognose voor de prevalentie van chronische ziekten in 2005-2025 van het RIVM blijkt dat het aantal chronisch zieken de komende twintig jaar sterk zal stijgen. De verwachting is dat daardoor eveneens de vraag naar zorg zal stijgen, in kwantiteit (ondermeer door de vergrijzing) en in complexiteit (ondermeer door comorbiditeit), dit veroorzaakt extra kosten. Bekend is dat de vraag naar zorg zal stijgen bij een dalende beschikbaarheid van personeel. Andere mogelijkheden moeten gevonden worden teneinde in de toekomst voor patiënten met een chronische ziekte goede zorg te kunnen garanderen. De verschuiving van volledige professionele zorg naar versterking van meer zelfmanagement van de patiënt is dienaangaande een belangrijk element (Seesing & Raats, 2009). De patiënt vervult momenteel nauwelijks een actieve rol, zijn ervaring en deskundigheid worden nog onvoldoende benut (Rosendal et al, 2009). Zelfmanagement heeft tot doel de kwaliteit van het leven van chronisch zieken te verbeteren, door patiënten meer regie te geven. Patiënten worden gemotiveerd meer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid, bijvoorbeeld met een leefstijl die bijdraagt aan het feit dat de ziekte niet verergert. Toepassen van zelfmanagement veronderstelt dat de patiënt weet wat de inhoud van de ziekte, wat daarvan de consequenties zijn en wat hij zelf kan en moet doen de ziekte(complicaties) te voorkomen of te beheersen. Hij wordt gemotiveerd en ondersteund door een multidisciplinair zorgteam en verkrijgt de kennis en de vaardigheden dienaangaande via educatieprogramma's (Seesing en Raats, 2009).

3.3.3 Ketenzorg

Mensen met chronische aandoeningen, zoals diabetes, hebben doorgaans levenslang behoefte aan zorg en ondersteuning. Daardoor bestaat de vraag naar zorg die bij voorkeur dicht bij huis en in een goede samenhang verleend wordt. Als gevolg daarvan moet deze gericht op de patiënt georganiseerd worden, en moet niet de patiënt gericht zijn op de organisatie van zorg. Eveneens is het relevant te onderkennen dat patiënten met chronische aandoeningen met meerdere ziekten geconfronteerd kunnen worden (comorbiditeit). Dit vraagt integrale zorgverlening (Klink, 2008). Teneinde de zorgvraag van chronische zieken integraal te kunnen aanbieden, is het essentieel dat de verschillende zorgverleners toereikend met elkaar samenwerken en de zorg voor de individuele patiënt op elkaar afstemmen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport).

Van der Aa en Konijn (2001) kwalificeren ketens als een specifieke vorm van inter-organisatorische samenwerking. Ketens verbinden de handelingen van organisaties die samen iets kunnen betekenen voor de patiënt. De doelstelling daarvan is een sluitende aanpak van handelingen die de patiënt wenst of die voor hem of haar noodzakelijk is. Patiënten worden doorgaans met meerdere instanties of

professionals geconfronteerd die hun activiteiten of werkprocessen niet op elkaar afgestemd hebben. Mede als gevolg daarvan kunnen noodzakelijk activiteiten dubbel of juist niet uitgevoerd worden of tegenstrijdig zijn met elkaar. Het resultaat is inefficiëntie en ineffectiviteit.

Ketendenken is in de private markt ontstaan. In de Japanse automobiellindustrie reduceerden marktleiders in de jaren tachtig van de vorige eeuw hun relaties met de vele toeleveranciers van auto-onderdelen tot een beperkt aantal intensieve vaste samenwerkingsverbanden. Maar niet uitsluitend in de private sector is ketendenken bekend, eveneens in de publieke sector is de laatste jaren een forse groei van het ketendenken ontstaan. Gericht op deze ontwikkeling bestaan in de publieke sector vier relevante motieven:

1. Evenals in het bedrijfsleven, kunnen daardoor in de publieke sector efficiency- en prestatievoordelen gerealiseerd worden.
2. De ketens bieden de mogelijkheid publieke en private activiteiten in één samenhangend proces uit te voeren.
3. Doordat organisaties worden gericht op een overstijgend, maatschappelijk ketendoel kan de samenleving haar doelstellingen beter realiseren.
4. Het respect voor de mensen dat als gevolg van het toepassen van de ketens de centrale doelstelling wordt (van der Aa en Konijn, 2001).

Van ketenzorg is sprake indien:

'Een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen bestaat, gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd' (Vrijhoef & Steuten, 2006).

Teneinde op basis van de kennis van het ziektebeloop, dit proces te protocolleren en in de tijd te faseren, vereist het toepassen van ketenzorg een zekere mate van voorspelbaarheid van het zorgproces (ibid). Ketenzorg betreft veel ontwikkelingen in de zorg. Volgens Rosendal et al. (2009) bestaan feitelijk continue twee ontwikkelingen die het toepassen van ketenzorg bevorderd hebben. Dat is enerzijds de altijd aanwezige drang naar kwaliteitsverbetering. De meeste, goed opgeleide, zorgprofessionals zijn doorgaans zeer betrokken bij hun patiënten en zijn voortdurend op zoek naar verbetering van de behandeling of van de begeleiding. Door de stijging van de co-morbiditeit in het bijzonder bij chronisch zieken wordt het professionals in de zorg steeds duidelijker dat in de keten een onderlinge afhankelijkheid bestaat.

De tweede ontwikkeling betreft het continue streven van in het bijzonder de overheid en van de zorgverzekeraars de alsmaar stijgende kosten voor de zorg en het welzijn te beheersen. De visie bestaat dat binnen het huidige aanbod nog forse doelmatigheidswinsten gerealiseerd kunnen worden. Dit kan door de verhoging van de effectiviteit, als gevolg waarvan geen onnodige zorg geconsumeerd wordt, en door het uitfilteren van dubbele en/of overbodige schakels in de bestaande zorg- en begeleidingstrajecten (ibid).

Een verwant begrip aan ketenzorg, is diseasemanagement.

3.4 Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) zorgstandaard

De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) is een overkoepelende vereniging van organisaties gericht op de zorg voor mensen met diabetes. Eén van de belangrijkste producten is de NDF Zorgstandaard. De zorgstandaard bevat zorginhoudelijk en procesmatig de eisen waar goede diabeteszorg aan moet voldoen.

Met de zorgstandaard heeft de NDF een norm voor de diabeteszorg gepubliceerd. Door in de norm (gebaseerd op wet- en regelgeving) vast te leggen waar goede diabeteszorg aan moet voldoen, wordt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij in het behandeltraject kunnen en mogen verwachten. Dit leidt vervolgens tot betere kwaliteit van de diabeteszorg en eveneens tot lagere kosten betreffende het managen van diabetes type 2 (NDF, 2007). In de standaard is de inhoud van diabeteszorg, de organisatie van diabeteszorg en de kwaliteit van diabeteszorg vastgelegd.

3.4.1 Inhoud van de diabeteszorg

De zorgstandaard is opgesteld op basis van de vraag van de patiënt en is gebaseerd op de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 en de NDF/CBO richtlijnen. De NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaard Diabetes mellitus type 2 is een evidence based richtlijn over de diagnostiek, over de behandeling en over de begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2 door de huisarts (Rutten et al, 2005). De NDF/CBO richtlijnen (het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) zijn evidence based richtlijnen voor ondermeer diabetes mellitus type 2.

- *Patiënt als regisseur*

Diabetespatiënten hebben grote invloed op hun eigen behandeling. De patiënt vervult als het ware een regisseursrol in zijn eigen ziekteproces. Zelfmanagement van patiënten met een chronische ziekte is, zo als eerder gesignaleerd, eveneens een onderdeel van diseasemanagement. De individuele leefstijl van de patiënt heeft grote invloed op het verloop van de diabetes mellitus. Het is daarom essentieel te investeren in de betrokkenheid van de patiënt en in zijn directe omgeving gericht op het opstellen van het individuele zorgplan. Als gevolg daarvan kan het zorgplan op maat vormgegeven worden, aangepast aan het kennisniveau, de leeftijd en de leefwijze. Het is aannemelijk dat de patiënt direct na het stellen van de diagnose nog te weinig zelfvertrouwen heeft en te weinig kennis van de ziekte heeft teneinde in het proces die taak als regisseur van het eigen zorgplan te kunnen vervullen. In deze fase is als gevolg daarvan de permanente ondersteuning door de diabeteszorggroep noodzakelijk. Indien de patiënt volledig geïnformeerd is over de ziekte, over de behandel mogelijkheden en over het eigen behandelplan. En dienaangaande het vertrouwen heeft in het behandelplan en betrokken wordt bij de uitvoering en evaluatie, is hij in staat de taak van regisseur uit te voeren. De regisseurrol op basis van volledige informatie heeft een positieve invloed op de motivatie van de patiënt en op de therapietrouw (NDF, 2007).

- *Educatie en ondersteuning van de zelfzorg*

Een belangrijk element van het zelfmanagement door de diabetespatiënt is de educatie. Educatie is te omschrijven als een deel van het zorgproces waarbij iemand met diabetes voorzien wordt van kennis, inzicht en vaardigheden die noodzakelijk zijn voor zelfzorg betreffende diabetes. Gericht op de totale

educatie vervult de diabetes zorggroep een centrale taak, maar eveneens zijn dienaangaande relevant de contacten tussen mensen met diabetes onderling en de patiëntenvereniging. Gericht op de diabeteszorg wordt gebruik gemaakt van diverse educatiemethoden zoals de groepseducatie en de educatie via de ene mens met diabetes van de andere (NDF, 2007).

- *Informatie over leefstijl*

Gericht op de diabeteszorg is het leefstijladvies een essentieel element. Het leefstijladvies betreffende diabetes mellitus type 2 omvat: voeding en dieetadvies, advies over bewegen en hulp bij het stoppen met roken.

Voeding en dieetadvies

De advisering richt zich ondermeer op het optimaliseren van de bloedglucosewaarden, het vetspectrum en het lichaamsgewicht en daarmee op preventie of uitstel van aan diabetes gerelateerde complicaties. Dit betreft bijvoorbeeld voedingsadvies bij een hypoglycëmie, het tijdstip van spuiten en eten en het motiveren en stimuleren gericht op het uitvoeren van het voedingsadvies en de eventuele aanbevolen gedragsverandering. De voedingsadviezen moeten gebaseerd zijn op de NDF voedingsrichtlijnen bij diabetes.

Bewegen

De mens met diabetes wordt gestimuleerd te bewegen en te werken aan conditieverbetering. Uit onderzoek is gebleken dat regelmatige lichamelijke activiteit en een matige tot goede lichamelijke conditie tot minder cardiovasculaire complicaties en gewichtsverlies leidt (Wei, 2000. Hu 2001. Gregg, 2003 in NDF 2007). Het advies over de wijze waarop de persoon gaat bewegen, moet aansluiten bij de mogelijkheden, bij de motivatie en bij de dagelijkse routine van die persoon en moet gebaseerd zijn op de NDF richtlijn Sport en Bewegen.

Roken

Roken is, eveneens bij mensen met diabetes, de belangrijkste risicofactor betreffende hart- en vaatziekten. De mens met diabetes krijgt hulp aangeboden bij het minderen of stoppen met roken (NDF, 2007).

3.4.2 Organisatie van de diabeteszorg

Door het snel stijgende aantal mensen met DM type 2 en de complexiteit van de behandeling stijgt de kans van versnippering van de zorg over meerdere hulpverleners, disciplines en organisatievormen. Het risico daarvan is dat een gebrek aan samenhang en continuïteit in de zorg ontstaat. Samenhang en continuïteit vormen een belangrijke basis voor goede diabeteszorg, dit wordt eveneens betreffende diseasemanagement als een essentieel element gekwalificeerd.

- **De diabeteszorggroep**

De zorg van circa 70 tot 80 procent van de patiënten met diabetes type 2 wordt uitgevoerd in de huisartsenpraktijk. De huisarts heeft een grote taak in de zorg voor diabetespatiënten en heeft eveneens de medische eindverantwoordelijkheid. Naast huisartsenzorg vereist goede diabeteszorg een multidisciplinaire aanpak door een multidisciplinair team. De organisatie van de zorg gericht op

diabetespatiënt wordt vormgegeven door een diabeteszorggroep. Een diabeteszorggroep is een multidisciplinair samengesteld team gericht op de levering van functioneel, gestructureerde ketenzorg in overeenstemming met de inhoud van de NDF Zorgstandaard.

Diabetes zorggroepen zijn ingebed in de eerstelijns, de tweedelijns beperkt zich tot patiënten met bijzondere problematiek en tot patiënten bij wie ondanks goede diabeteszorg, toch complicaties ontwikkelen. De patiënt is betreffende zijn eigen behandeling eveneens een element in de diabeteszorggroep.

Naast de patiënt, die centraal staat, zijn bij de diabetes zorggroep twee 'schillen' te onderscheiden. Ten eerste de eerste 'schil' met de kerndisciplines binnen de zorggroep, bestaande uit de huisarts, de praktijkondersteuner, de diabetesverpleegkundige, de praktijkassistent en de diëtist. En voorts de tweede 'schil' met de disciplines daarbuiten, waarmee structurele werkafspraken gemaakt worden. Bestaande uit de tweedelijns specialisten (neuroloog, oogarts, Nefroloog, internist, cardioloog en vaatchirurg), de apotheker, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker, de (medisch) psycholoog en de podotherapeut.

- **Verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

De diabeteszorggroep moet als rechtspersoon kunnen optreden en als contractpartner van de zorgverzekeraar. De behandelend huisarts binnen de zorggroep is verantwoordelijk voor de goede organisatie van de zorg, en het aanspreekpunt voor alle leden van de diabeteszorggroep en voor de disciplines in de tweede schil. De zorg wordt door alle disciplines uitgevoerd conform de inhoud van de NDF zorgstandaard en conform de inhoud van de richtlijnen. De disciplines zijn bevoegd en bekwaam tot het uitvoeren van hun werkzaamheden zoals vastgelegd in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) (NDF, 2007). Bevoegdheden, taken en verantwoordelijkheden van de kerndisciplines in de diabeteszorggroep zijn, ten behoeve van efficiënte en effectieve zorg, op elkaar afgestemd.

- **Diabeteszorgprotocol**

Betreffende de behandeling van de patiënt met de diabetes type 2 beschikt iedere diabeteszorggroep over een duidelijk schriftelijk vastgelegd protocol.

- **Communicatie in de keten**

Gericht op het bieden van optimale zorg aan de patiënt is de adequate gegevensuitwisseling en de gestandaardiseerde transparante dossiervorming noodzakelijk. Voorts is betreffende de succesvolle ketensamenwerking het delen van informatie cruciaal. Alle betrokken disciplines moeten de beschikking hebben over actuele informatie van de patiënt met diabetes.

- **Privacy**

Het recht op privacy is een individueel grondrecht en binnen de gezondheidszorg en daarbuiten essentieel. Eveneens moeten de privacy rechten van de patiënt in acht genomen worden. Op basis van de inhoud van de wet BIG en de van WGBO (Wet op Geneeskundige Behandel Overeenkomst) heeft de behandelaar een geheimhoudingsplicht. In de Wet Bescherming Persoonsgegevens is vastgelegd op grond van welke redenen persoonsgegevens verzameld mogen worden en teneinde privacyredenen van de patiënt te waarborgen op welke wijze deze bewaard moeten worden. De zorg voor de mens met diabetes is zodanig georganiseerd dat de privacy gewaarborgd is.

- **Toegankelijkheid**

Voorts bestaat goede diabeteszorg uit spreekkamers en andere praktijkruimten die voldoen aan de gebruikelijke kwaliteitsnormen en die voor de patiënt toegankelijk moeten zijn. De uitrusting en de apparatuur moeten jaarlijks gecontroleerd worden. Betreffende een consult moet adequate tijd beschikbaar zijn en de spreekuren van de betrokken disciplines moeten op elkaar afgestemd worden.

- **Facilitaire voorziening**

In de ondersteuning van de verzameling van gegevens kan een facilitaire voorziening (bijvoorbeeld in de vorm van een diabetesdienst) essentieel zijn gericht op de coördinatie van de diabeteszorg. Deze zou bijvoorbeeld kunnen voorzien in de centrale organisatie van oproepbewaking voor de driemaandelijke en jaarlijkse controle. En voorts betreffende het starten van insulinetherapie, het 'hosten' van een databank voor een diabeteszorggroep, van waaruit de terugkoppeling naar de zorgverzekeraar gerealiseerd kan worden (NDF, 2007).

3.4.3 Kwaliteit van de diabeteszorg

De NDF ziet het verwerven van inzicht in de kwaliteit van diabeteszorg als een van de belangrijkste onderdelen van haar beleid. Dit betreft het reduceren van risico's, het verbeteren van de service, de verbetering van de informatievoorziening en het verhogen van de veiligheid. Voorts leidt kwaliteitbeleid tot resultaten voor de bedrijfsvoering. Dit betreft organisatorische verbeteringen binnen de keten zoals structurele werkafspraken, gestructureerde communicatie en een efficiëntere inzet van middelen en personeel.

- **Registratie van uitkomsten**

Het kwaliteitsbeleid in de NDF Zorgstandaard is gericht op de uitkomsten van de zorg. Het gebruik maken van feedback in de vorm van aan de zorgprofessionals gecommuniceerde zorguitkomsten is een stimulans tot verbetering. De uitkomst parameters worden verdeeld in:

- proces- en structuurparameters

De procesparameters betreffen ondermeer de volledige registratie van de doelgroep, oproepbewaking, wachttijden, het aantal arts-patiënt contacten en het aantal afgezegde afspraken. De structuurparameters betreffen ondermeer de samenstelling van de diabeteszorggroep, de overlegfrequentie en de wijze van bijscholing.

- klinische uitkomsten van zorgparameters

Deze uitkomsten worden gemeten op basis van de streefwaarden zoals geformuleerd in de NHG-standaard.

- de functionele uitkomsten anders geformuleerd de kwaliteit van leven en maatschappelijk functioneren
- de waardering van de mens met DM type 2 voor het zorgproces
- de kosten van het zorgproces

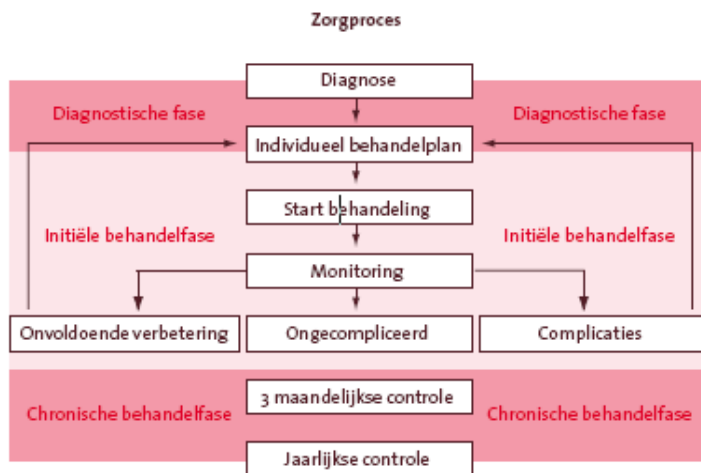
- **Benchmarking**

Op patiëntniveau biedt de registratie van de uitkomsten de mogelijkheid op individueel niveau de effectiviteit van medische en niet medische interventies te beoordelen. Registratie van uitkomsten biedt eveneens inzicht in de gezondheidssituatie op populatieniveau. De benchmark is gericht op uiteindelijk te werken volgens de opgestelde normen. Indien de, op basis van de norm vastgestelde, doelen niet gerealiseerd worden, wordt betreffende het volgende jaar een verbeterplan opgesteld.

3.4.4 Inhoud van de zorg in het eerste jaar na de diagnose conform de NDF Zorgstandaard

Direct na het vaststellen van de diagnose diabetes mellitus type 2, wordt de ziektegeschiedenis, de levensstijl en de gehele conditie geïnventariseerd en vastgelegd. Op basis daarvan wordt met behulp van de richtlijnen het individueel risicoprofiel met ondermeer de individuele behandeldoelen en het behandelplan opgesteld. Voorts volgt een gesprek met de huisarts. Tijdens dit gesprek worden de algemene streefwaarden vertaald in een individueel behandelplan, dat eveneens een educatietraject bevat. Streefwaarden als het gewicht, de glucoseregeling, de bloeddruk, de lipiden en de nierfunctie worden vastgelegd. Voorts worden afspraken gemaakt over de leefstijl, over het cardiovasculair risicoprofiel, over de voeten, over de ogen en over de nierfunctie. Indien de streefwaarden niet gerealiseerd worden, wordt in overleg met de patiënt de therapie aangepast. Na het bereiken van een stabiele instelling en na de controle van de risicofactoren (doorgaans na 3 maanden) wordt een driemaandelijkse controle uitgevoerd. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan klachten als gevolg van de verandering van de leefstijl, het gewicht, de glucoseregulering, de bloeddruk en andere diabetesgerelateerde aandoeningen.

Eens per jaar is de controle uitgebreider en worden met behulp van de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 en met de meest recente NHG-CBO richtlijn betreffende cardiovasculair risicomanagement alle aspecten van diabetes geëvalueerd. Indien noodzakelijk worden door de huisarts in samenspraak met de patiënt de behandeldoelen en de streefwaarden geactualiseerd. Indien de persoon betreffende de periodieke controle niet verschijnt, moet hij of zij daaraan herinnerd worden. De diabeteszorggroep moet met deze persoon contact zoeken en vaststellen wat de reden van het verzuim is. Een schriftelijk vastgelegd protocol bestaat betreffende de behandeling van en het gebruik van richtlijnen over specifieke gebeurtenissen en omstandigheden die in het leven van de mens met diabetes kunnen ontstaan.



Figuur 1: Zorgproces diabetes mellitus type 2 conform NDF Zorgstandaard 2007

3.5 Medicatie en psychosociale zorg

Gericht op de behandeling van diabetes mellitus type 2 is medicatie een belangrijk element en is daarom voor goede diabeteszorg essentieel. Medicatie is echter geen element van de NDF Zorgstandaard. Psychosociale zorg is eveneens een element van goede diabeteszorg, en niet vastgelegd in de NDF Zorgstandaard (Struijs et al. 2009).

In dit hoofdstuk is inzicht verstrekt in de inhoud van het begrip diabeteszorg. De NDF Zorgstandaard fungeert als norm voor goede diabeteszorg in Nederland en bevat een norm voor de inhoud, en voor de organisatie en de kwaliteit van diabeteszorg. De inhoud van de NDF Zorgstandaard vormt eveneens de basis voor de keten-DBC diabetes mellitus type 2, dit is eveneens te kwalificeren als de integrale bekostiging. De inhoud van het begrip integrale bekostiging wordt in het volgende hoofdstuk toegelicht.

Hoofdstuk 4: Integrale bekostiging

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk verstrekt inzicht in de inhoud van het begrip integrale bekostiging. De inhoud van het begrip integrale bekostiging is de bekostiging van een totaal zorgprestatie door middel van een keten-DBC. Dit hoofdstuk verstrekt inzicht in de financiering van de Nederlandse gezondheidszorg. Voorts wordt de transactiekostentheorie nader toegelicht. Vervolgens wordt het begrip integrale bekostiging nader toegelicht. Eveneens wordt inzicht verstrekt in de wijze van bekostiging van de diabeteszorg, ten eerste wordt inzicht verstrekt in de bekostiging van verrichtingen en ten tweede wordt inzicht versterkt in de integrale bekostiging van diabeteszorg door middel van een keten-DBC.

4.2 De financiering van de Nederlandse gezondheidszorg

In Nederland leidt de Zvw (Zorgverzekeringswet) zorgt samen met de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) tot een sluitend stelsel voor vrijwel alle ziektekosten. Met ingang van 2006 is de Zvw in werking getreden, daardoor is het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulieren verzekeringen verdwenen. Verzekerden hebben daardoor de keuze uit twee soorten zorgverzekeringen, de wettelijk verplichte basisverzekering en de aanvullende verzekeringen. De Zvw verzekert een precies omschreven basispakket zorg met daarin de 'gewone' geneeskundige verzorging, zoals huisartsenhulp, specialistenhulp, geneesmiddelen, ziekenvervoer en opname en verblijf in een ziekenhuis of inrichting. Voor een aantal voorzieningen kan gebruik gemaakt worden van een aanvullende verzekering. De verzekeringspremie wordt deels via de belasting betaald en wordt deels rechtstreeks aan de zorgverzekeraar betaald.

De AWBZ is eveneens een volksverzekering en dekt de medische kosten die voortvloeien uit ernstige, langdurige ziekten en gebreken. Het belangrijkste deel van de gelden, wordt uitgegeven aan de kosten voor langdurig verblijf in het ziekenhuis of verpleeginrichting. Dit betreft mensen met een chronische of ingrijpende klacht van lichamelijke of psychische aard. De AWBZ premie wordt eveneens via de belasting betaald. Ten derde bevat de Nederlandse gezondheidszorg de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze wet realiseert dat iedereen betrokken kan zijn bij de maatschappij en zelfstandig kan blijven wonen. De gemeente, verantwoordelijk voor de uitvoering voor de WMO, voorziet in hulpmiddelen en in ondersteuning voor degenen die dat nodig hebben ([Rijksoverheid](#)).

De zorg wordt ingekocht door middel van afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Sinds 1 januari 2005 wordt een deel van de ziekenhuiszorg prestatiegericht bekostigd via DBC's (Diagnose Behandel Combinaties). DBC's omvatten medische handelingen (operaties, onderzoeken, therapie) en ondersteunende activiteiten (verpleegdagen, specialistenoverleg). Door aan alle activiteiten in het zorgproces kostprijzen te koppelen, wordt de totale vergoeding voor een DBC vastgesteld. Het ziekenhuis en de arts wordt uit de DBC betaald. De ziekenhuiszorg is verdeeld in een A-segment en in een B-segment. Het A-segment bevat ongeveer 66% van de behandelingen in het ziekenhuis. Voor de DBC's in het A-segment zijn vaste tarieven van toepassing. Het B-segment bevat ongeveer 34% van de behandelingen in een ziekenhuis. Betreffende dit deel van de ziekenhuiszorg is sprake van marktwerking en vrije prijsvorming. Dit impliceert dat niet langer de overheid de tarieven vaststelt, maar

dat de tarieven tot stand komen via afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De DBC's zijn onderdeel van de nieuwe Zvw. Dit impliceert dat de inhoud van een DBC bekostigd wordt op basis van de Zvw (Zorgverzekeraars Nederland).

4.3 Transactiekostentheorie

De transactiekostentheorie betreft de analyse van de transactie. Beoogt wordt de transactiekosten zo laag mogelijk te houden. Het organisatieprincipe van de Nederlandse gezondheidszorgmarkt is in de loop van de jaren verschoven van een publieke naar een private visie. De wijzigingen die in 2005 in werking zijn getreden, impliceren duidelijk de introductie van meer marktwerking en een stap in de richting van de wijziging van een volksverzekering naar meer schadeverzekering. Zorgverzekeraars kiezen het ziekenhuis, waarmee zij een contract afsluiten, consumenten kiezen hun verzekeraar en de marktwerking wordt op allerlei manieren gefaciliteerd (Groenewegen, 2007). Het afsluiten van een transactie, binnen een hiërarchie en eveneens binnen een markt, veroorzaakt kosten. Marktprikkels veroorzaken dat alle actoren hun productiekosten en hun transactiekosten minimaliseren. Deze kosten ontstaan bijvoorbeeld door het zoeken naar een wederpartij, het onderhandelen met deze partij en het vaststellen van de betrouwbaarheid van de handelspartner. Indien het goedkoper is een transactie binnen de grenzen van een organisatie uit te voeren in plaats van door verschillende partijen in de vrije markt ontstaat een hiërarchie. Omgekeerd bestaat de situatie dat indien, in vergelijking met de interne organisatie, deze handeling goedkoper door de markt uitgevoerd kan worden zal de organisatie de handeling uitbesteden. De term transactiekosten omvat de kosten van markttransacties en de kosten van de interne transacties. De grondlegger van de transactiekostentheorie is Williamson (1975). De transactiekostentheorie zoals ontwikkeld door Williamson (1975) is gebaseerd op twee veronderstellingen. Die van de begrensde rationaliteit en die van het bestaan van opportunistisch gedrag. De begrensde rationaliteit impliceert dat de capaciteit van mensen teneinde complexe problemen te formuleren en op te lossen beperkt is. Opportunisme impliceert dat mensen beogen een situatie uit te buiten in hun eigen voordeel. In de transactiekostentheorie wordt verondersteld dat niet iedereen opportunistisch gedrag vertoont en dat het moeilijk is, voordat een overeenkomst wordt overeengekomen, te weten of sprake is van opportunistisch gedrag. Naast de veronderstellingen van de begrensde rationaliteit en het opportunisme bestaan drie kritische dimensies die van invloed zijn op de omvang van de transactiekosten (Williamson, 1975). Dit zijn de specificiteit van middelen, de onzekerheid en de complexiteit van transacties en de frequentie van de transacties.

Het doel van het gebruik maken van de theorie van de transactiekosten is het realiseren van een doelmatige inrichting van de gezondheidszorg. De consumenten kiezen de verzekeraar die een gewenst pakket biedt tegen de laagste premie, dit creëert druk op verzekeraars zo efficiënt mogelijk te werken en bij de aanbieders van gezondheidszorg in te kopen tegen de laagste prijs. De verzekeraar zet daardoor ziekenhuizen en andere zorgaanbieders onder druk. Door de invoering van wettelijke veranderingen is de inhoud van een aantal transacties in de gezondheidszorg fundamenteel veranderd. Daardoor is tussen de consument en de verzekeraar sprake van een nagenoeg reguliere koper-verkoper relatie, idem tussen de verzekeraar en de zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen en thuiszorg. Eveneens binnen de instellingen is sprake van uitbesteding, integratie, en dergelijke (Groenewegen, 2007).

4.4 Integrale bekostiging

Bij diabeteszorg, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), chronisch hartfalen en cardiovasculair risicomangement zal op korte termijn sprake zijn van integrale bekostiging middels een keten-DBC (diagnose behandel combinatie). Het toepassen van de keten-DBC maakt het mogelijk verschillende onderdelen van deze zorg als één integraal product/ prestatie te kunnen inkopen en te declareren (Rosendal et al. 2009). Functionele bekostiging betreft de bekostiging op basis van de geleverde behandeling, ongeacht het antwoord op de vraag welke zorgaanbieder de behandeling heeft geleverd. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg verleend wordt, is niet gedefinieerd. Uitsluitend het 'wat' (inhoud en omvang van de zorg) en het 'wanneer' (indicatiegebieden) zijn vastgelegd. Deze functionele bekostiging heeft als uitgangspunt de vraagsturing en niet langer de aanbodsturing. Anders geformuleerd, de zorgvraag van de patiënt staat centraal.

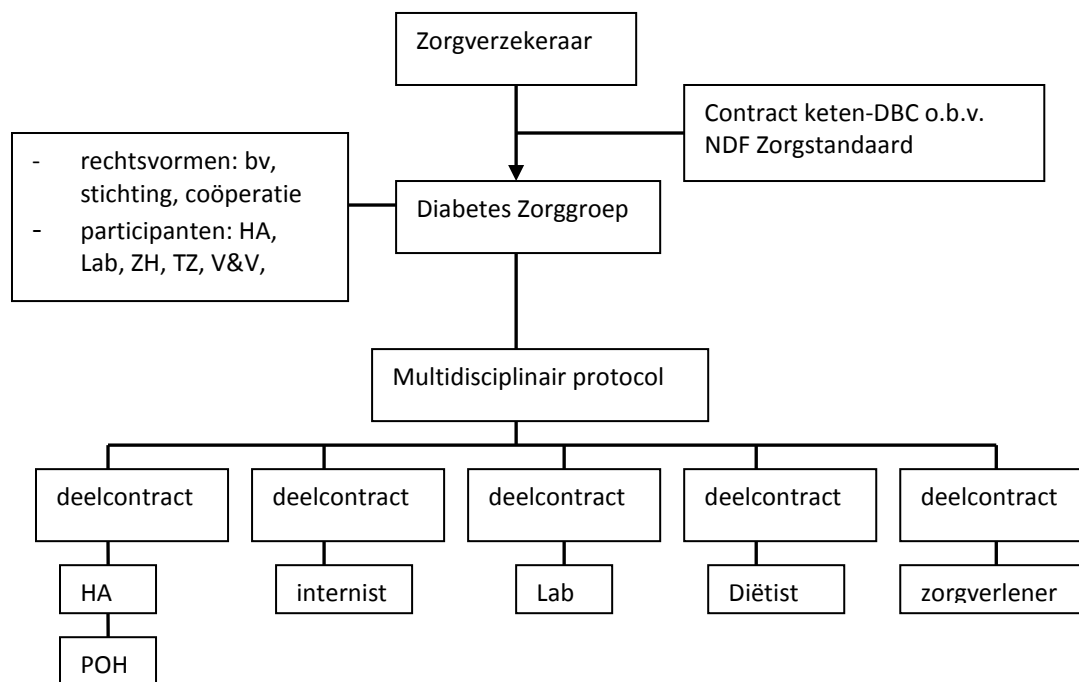
Functionele bekostiging bevordert de publieke belangen. Dit betreft kwalitatieve (veilig, effectief, patiëntgericht), toegankelijke (binnen redelijke tijd en reisafstand) en betaalbare zorg (doelmatig en efficiënt).

Door de functionele bekostiging worden (op termijn) financiële schotten geslecht. De op basis van de zorgstandaard geleverde zorg wordt zoveel mogelijk vanuit één financieringssysteem, de basisverzekering, betaald. Zorgonderdelen die tot nu toe tot de reikwijdte van de AWBZ of van de aanvullende verzekering behoorden, worden overgeheveld naar de basisverzekering, mits deze op macroniveau financierbaar zijn.

Het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) beoogt in de functionele bekostiging van de vier chronische ziektebeelden de kosten van de farmacie, van de hulpmiddelen en van de diagnostiek te betrekken. De invoering van de functionele bekostiging van de chronische aandoeningen leidt tot de oprichting en de inrichting van zorggroepen en van zorgketens (de Wildt et al. 2009). De zorggroep die als hoofdcontractant van de zorgverzekeraar optreedt, moet als gevolg daarvan zelf de farmacie, de hulpmiddelen en de diagnostiek inkopen. Dit benadrukt het belang van een goede professionele organisatie van de zorggroep en van de verdere ontwikkeling naar de ketenzorg. Een hoofdcontractant kan uit verschillende samenwerkingsverbanden bestaan, maar zal altijd moeten beschikken over multidisciplinaire expertise. Teneinde als één contractant met de zorgverzekeraar een contract te kunnen sluiten, moet de hoofdcontractant een rechtspersoon zijn. Dit kan in de vorm van een coöperatie, een BV, een stichting of een andere rechtsvorm. In het ontwikkelingsproces moet nadrukkelijk aandacht bestaan voor de neveneffecten zoals fragmentering, marktpositie en kosteneffectiviteit. Dit eist van de zorggroepen flexibiliteit, leiderschap en strategische competenties (ibid). De ketendbc's worden ingevoerd zodra de relevante zorgstandaarden gereed zijn.

Door de introductie van de keten-DBC en de daaraan gerelateerde hoofdcontractant, wordt de reguliere zorginkoopmarkt in het huidige zorgsysteem vervangen door twee zorginkoopmarkten. Zorginkoopmarkt 1: verzekeraars sluiten overeenkomsten (keten DBC contracten) met zorggroepen en zorginkoopmarkt 2: de zorggroep sluit overeenkomsten (deelcontracten) met individuele zorgaanbieders of – instellingen.

Figuur 2 presenteert de structuur van een zorggroep betreffende een keten-DBC.



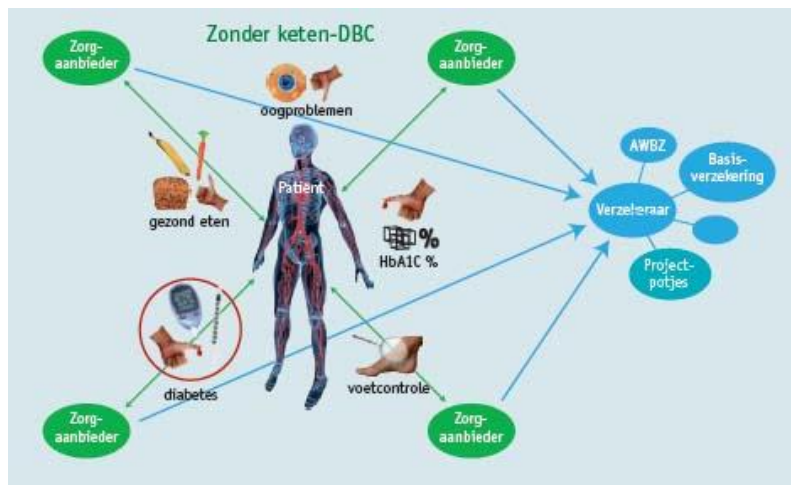
Figuur 2: structuur zorggroep diabetes op hoofdlijnen

HA= Huisarts; POH= praktijkondersteuner huisarts; Lab; huisartsenlaboratorium; ZH; Ziekenhuis; TZ; Thuiszorg; V&V; verplegers en verzorgers: Zorgverleners.

4.5 Bekostiging van verrichtingen

Voor januari 2010, in de situatie zonder integrale bekostiging van diabeteszorg, declareerde iedere zorgaanbieder individueel zijn of haar eigen prestatie. Coördinatie tussen de zorgaanbieders betreffende de financiering was niet aanwezig. De zorgverzekeraar moest met meerdere zorgaanbieders contracten afsluiten. In het geval van diabeteszorg sloot de zorgverzekeraar afzonderlijk een contract met de huisarts, sloot afzonderlijk een contract met de diëtist, en sloot afzonderlijk een contract met de internist en zo verder. De verzekeraar betaalde de zorg vervolgens uit verschillende 'potjes', zoals de basisverzekering, de AWBZ en andere. De diabetesverpleegkundige van de thuiszorg, die activiteiten uitvoerde voor de huisarts, werd betaald uit de AWBZ. De overige geleverde zorg werd betaald middels de Zvw. In tegenstelling tot de bekostiging door middel van een keten-DBC bestond de zorginkoopmarkt uit één markt.

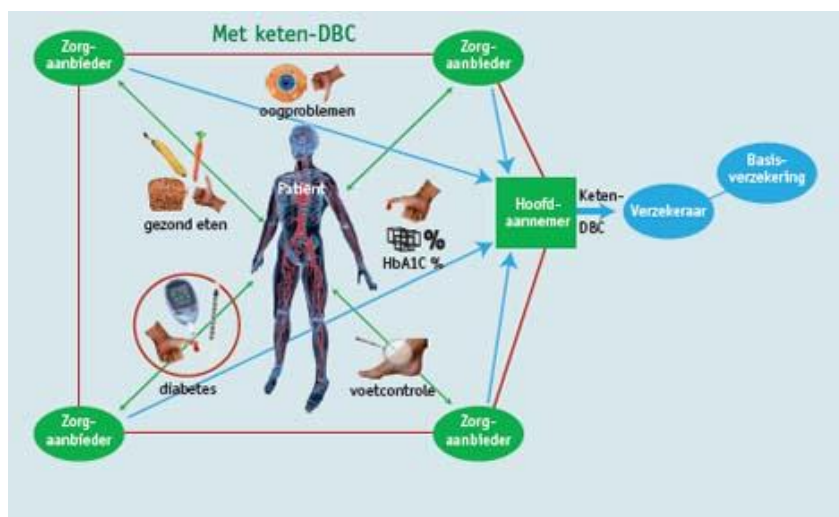
Voor alle (chronische) zorg in Nederland is deze wijze van bekostiging nog van toepassing. Uitsluitend betreffende de diabeteszorg en betreffende cardiovasculair risicomangement wordt de zorg gefinancierd middels de integrale bekostiging via een keten-DBC. Figuur 3 presenteert op welke wijze de bekostiging van de verrichtingen plaatsvindt.



Figuur 3: bekostiging van verrichtingen

4.6 Bekostiging van diabeteszorg door middel van een keten-DBC

De diabetes keten-DBC beperkt zich tot de standaard diabeteszorg, conform de inhoud van de NDF Zorgstandaard diabetes type 2. De hoofdcontractant bij de keten-DBC voor diabeteszorg bestaat uit zorggroepen, waarin uitsluitend nog huisartsen participeren. Deze zorggroep sluit voorts een DBC contract met de zorgverzekeraar. Alle zorg binnen de diabetes keten DBC wordt gefinancierd vanuit de Zvw. Figuur 4 bevat de presentatie van de keten-DBC voor diabetes. Enerzijds contracteert de hoofdaannemer verschillende zorgaanbieders (onderaannemers) en anderzijds sluit hij een keten-DBC contract met de zorgverzekeraar.



Figuur 4: Diabetes keten DBC

Tussen de verschillende zorggroepen bestaat een grote variatie betreffende het tarief van de diabetes keten-DBC van €258,- tot €474,- per patiënt per jaar. De variatie in tarieven is deels te verklaren door zorginhoudelijke verschillen en de vergoeding voor ICT die wel of niet aanwezig is.

Het keten-DBC contract is van toepassing indien een patiënt gediagnosticeerd is met diabetes mellitus type 2. Op het moment dat de eindverantwoordelijkheid van de huisarts wordt overgedragen aan de

Master scriptie Beleid & Management Gezondheidszorg

Consequenties van de integrale bekostiging op de Planning & Control van diabeteszorg

specialist, is de patiënt niet langer 'in zorg' bij de zorggroep. De keten-DBC wordt dan gesloten. De specialist in het ziekenhuis declareert voor deze patiënt bij de verzekeraar een ziekenhuis DBC.

De NDF Zorgstandaard, waar de keten-DBC op gebaseerd is, is betreffende verschillende elementen voor meerdere interpretaties vatbaar. Dit heeft geleid tot (zorg)inhoudelijke verschillen in de keten-DBC contracten. Tabel 1 bevat de verschillen tussen de werkelijke zorg die een diabetespatiënt behoort te ontvangen, de NDF Zorgstandaard en de bestaande keten-DBC contracten.

Diabeteszorg	Onderdeel NDF Zorgstandaard	Inhoud keten-DBC Diabetes Mellitus
Diagnostische fase		
Diagnose in enge zin	Nee	Nee
Risico- inventarisatie	Ja	Ja
Behandeling en reguliere controles		
Jaarcontrole	Ja	Ja
Driemaandelijkse controle	Ja	Ja
Oogonderzoek	Ja	Ja
Voetonderzoek	Ja	Ja
Aanvullend voetonderzoek	Onduidelijk	Verschillend
Voetzorg	Nee	Verschillend
Laboratoriumonderzoek	Ja	Verschillend
Begeleiding bij het stoppen met roken	Ja	Verschillend
Advisering bewegen	Ja	Ja
Bewegen onder begeleiding	Nee	Verschillend
Dieetadvisering	Ja	Ja
Medicatie	Nee	Nee
Psychosociale zorg	Nee	Nee
Hulpmiddelen	Nee	Nee
Additionele consulten huisarts (diabetes gerelateerd)	Onduidelijk	Verschillend
Additionele consulten huisarts (overige)	Nee	Nee
Consultatie specialistische zorg	Ja	Ja

Tabel 1: Zorginhoud keten-DBC

In hoofdstuk 3: 'Diabeteszorg', is gesignaleerd dat de inhoud van de NDF Zorgstandaard niet geheel in overeenstemming is met de totale zorg die een patiënt met diabetes type 2 behoort te verkrijgen. Tabel 1 bevat de bevestiging van dit verschil. Een tweede verschil in deze tabel is het feit dat de NDF Zorgstandaard niet geheel in overeenstemming is met de gecontracteerde diabeteszorg middels een keten-DBC diabetes mellitus. Als derde blijkt in deze tabel dat de middels de keten-DBC diabetes mellitus gecontracteerde zorg niet geheel in overeenstemming is met de inhoud van de diabeteszorg die een patiënt met diabetes mellitus type 2 moet verkrijgen. Ten slotte blijkt op basis van de inhoud van de tabel dat de keten-DBC contracten onderling uit verschillende gecontracteerde zorg bestaan.

De diabetische zorg die via de keten-DBC gecontracteerd wordt, bestaat uit: de risico-inventarisatie, de jaarlijkse controle, de driemaandelijkse controle, het oog- en voetonderzoek, de advisering betreffende bewegen, de dieetadvisering en de consultatie van specialistische zorg. Deze zorg is eveneens vastgelegd in de NDF Zorgstandaard diabetes mellitus type 2.

De diagnose in enge zin, de medicatie, de psychosociale zorg, de hulpmiddelen en de additionele consulten bij de huisartsen waarvan de klachten niet gerelateerd zijn aan de diabetes zijn niet in een keten-DBC contract vastgelegd. Eveneens is deze zorg niet vastgelegd in de NDF Zorgstandaard diabetes mellitus type 2.

De diabetes zorg die bij de zorggroepen onderling verschillend gecontracteerd is, bestaat uit de volgende elementen. Het aanvullende voetonderzoek, de voetzorg, het laboratoriumonderzoek, de begeleiding bij het verminderen of stoppen met roken, het bewegen onder begeleiding en de additionele consulten bij de huisarts waarvan de klachten diabetes gerelateerd zijn.

Indien tijdens de jaarlijkse voetcontrole afwijkingen worden vastgelegd, wordt het aanvullende voetonderzoek uitgevoerd door een podotherapeut. Onduidelijk is of dit voetonderzoek een onderdeel is van de NDF zorgstandaard. Deze zorg is in het ene keten-DBC contract wel gecontracteerd en in het andere niet. Voetzorg wordt geïndiceerd indien bij het aanvullende voetonderzoek complicaties geconstateerd worden. Deze zorg is eveneens niet duidelijk beschreven in de NDF Zorgstandaard en vormt eveneens geen standaard element in een keten-DBC.

Het laboratoriumonderzoek behoort tot de inhoud van de NDF Zorgstandaard. In de meeste gevallen is deze zorg eveneens in het keten-DBC contract betrokken. In uitzonderingssituaties is dit niet het geval. Dit is veroorzaakt doordat al langlopende contracten tussen de zorgverzekeraar en het laboratorium bestonden.

Begeleiding bij het minderen of het stoppen met roken behoort tot de inhoud van de NDF Zorgstandaard, echter deze zorg is niet in alle keten-DBC's betrokken. Anders geformuleerd, dit impliceert dat patiënten geen hulp krijgen bij het stoppen of het verminderen van roken. Echter de situatie kan bestaan dat deze begeleiding wordt gefinancierd op basis van het bestaande financieringssysteem.

Betreffende bewegingsprogramma's is het onduidelijk welke elementen tot de inhoud van de NDF Zorgstandaard behoren. Het geven van bewegingsadviezen behoort wel tot de inhoud van de NDF Zorgstandaard, 'bewegen onder begeleiding' niet. Soms wordt voor 'bewegen onder begeleiding' een afzonderlijk tarief overeengekomen, daardoor is het onduidelijk of dit wel of niet tot de keten-DBC behoort.

Betreffende het contracteren van additionele consulten bij de huisarts bestaan eveneens verschillen. Additionele huisartsenconsulten betreft de 'niet-reguliere consulten' naast de driemaandelijkse controle en de jaarlijkse controle. Deze consulten betreffen 'diabetesgerelateerde' en in 'niet-diabetesgerelateerde' consulten. De niet-diabetesgerelateerde consulten zijn niet de keten-DBC betrokken. Betreffende de diabetesgerelateerde huisartsenconsulten bestaat onduidelijkheid wat daartoe behoort. Sommige zorggroepen declareren deze consulten afzonderlijk bij de zorgverzekeraar, andere zorggroepen kwalificeren deze consulten als behorend tot de keten-DBC.

De indirecte kosten (overheadkosten), zoals kosten voor ICT, huisvesting en afstemmingsoverleggen worden in de keten-DBC vastgesteld op basis van de gemiddelde patiënt.

4.7 Relevante wijzigingen in het bekostigingssysteem

De relevante wijzigingen in de bekostiging van de diabeteszorg in vergelijking met de bekostiging van verrichtingen, is in tabel 2, schematisch gepresenteerd.

	Bekostiging van verrichtingen	Integrale bekostiging door middel van een keten-DBC
Het afsluiten van een contract met de zorgverzekeraar	Iedere zorgaanbieder voor zich	Zorggroep diabetes
Financiering	Uit de Zvw, uit de AWBZ en uit andere regelgeving	Geheel uit de Zvw
Coördinatie, ondersteuning en ICT	Huisarts heeft daarvoor een jaarlijks budget	In keten-DBC
Onderlinge samenwerking	Geen concrete afspraken	Concrete afspraken
Verantwoordelijkheid eindresultaat	Huisarts	Huisarts
Dubbele declaraties	Bestaan regelmatig	Zullen verminderen

Tabel 2: Relevante wijzigingen bekostiging diabeteszorg

In dit hoofdstuk is inzicht verstrekt in het begrip integrale bekostiging. De Nederlandse financiering van de gezondheidszorg bestaat uit de Zvw en de AWBZ en deels uit de WMO. In dit hoofdstuk wordt de integrale bekostiging van diabeteszorg gekwalificeerd als de bekostiging van één zorgprestatie, en wordt voorts geheel bekostigd uit de Zvw. Voorts is in dit hoofdstuk de transactiekostentheorie verder toegelicht, welke is gebaseerd op twee veronderstellingen, die van de begrensde rationaliteit en die van het bestaan van opportunistisch gedrag. Dit hoofdstuk presenteert eten slotte een aantal relevante wijzigingen betreffende de financiering van diabeteszorg. De huidige situatie van de integrale bekostiging door middel van een keten-DBC wordt vergeleken met de situatie daarvoor, gekwalificeerd als de bekostiging van verrichtingen. Om de consequenties van de integrale bekostiging met betrekking tot de planning en control te onderzoeken wordt in het volgende hoofdstuk inzicht verstrekt in het begrip planning en control.

Hoofdstuk 5: Planning en Control

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk verstrekt inzicht in de inhoud van het begrip planning en control. Als eerste wordt de inhoud van het begrip planning en control toegelicht. Vervolgens wordt het belang van planning en control in de gezondheidszorg nader toegelicht. Vervolgens wordt het Rabbit Hill model betreffende interne beheersing toegelicht gericht op de toepassing van planning en control bij integrale zorgverlening, anders geformuleerd betreffende een keten.

5.2 Planning en Control

Planning en control was voorheen in het bijzonder een instrument in de private sector (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Door de marktwerking in de gezondheidszorg is planning en control eveneens in de publieke sector van steeds groter belang geworden. Planning en control heeft twee dimensies, de beleidsdimensie en de budgetdimensie. De verbinding daartussen is noodzakelijk teneinde de toegepaste beleidskeuzes op haalbaarheid en op financiële consequenties te toetsen voordat tot uitvoering besloten wordt. Als zodanig functioneert planning en control als een besturingsmodel waar alle instellingsactiviteiten in worden ondergebracht. Planning en control is geen onderdeel van het instellingsbeleid en de bedrijfsvoering, planning en control is het instellingsbeleid en de bedrijfsvoering. Planning en control is nadrukkelijk bedoeld als algemeen besturingsmodel en niet als een eenzijdig instrument voor kostenbeheersing (Dorsten, 2005).

5.3 Belang Planning en Control in de gezondheidszorg

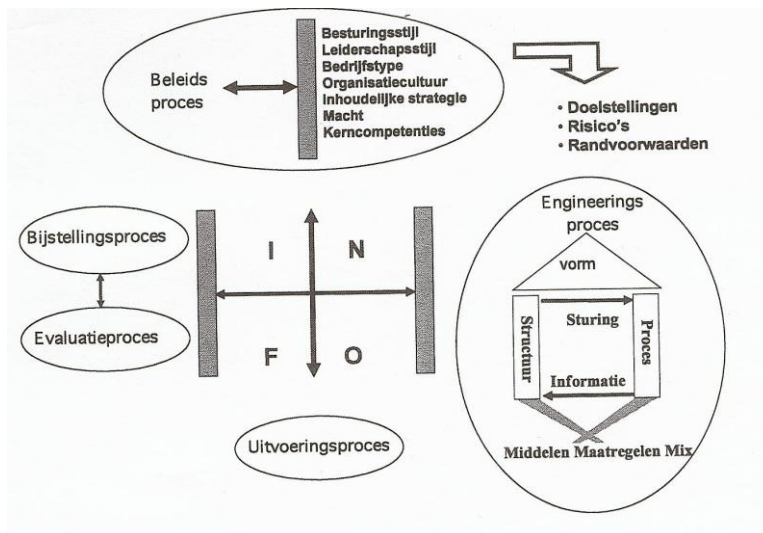
Tijdens de contractonderhandelingen bestaat de mogelijkheid dat eveneens de organisatie van het zorgproces besproken wordt. De zorgverzekeraar kan de aanstaande contractpartner – de zorggroep – uitnodigen de organisatie zo efficiënt mogelijk in te richten met handhaving van de goede kwaliteit, zoals inhoudelijk is vastgelegd in de zorgstandaard. Tot de organisatie van het zorgproces behoort de verdeling van de taken en van de verantwoordelijkheden binnen de zorggroep. Taakherschikking (de huisarts draagt de omschreven taken over aan daartoe opgeleide en daardoor competente verpleegkundigen of aan praktijkondersteuners) is eveneens een punt van overweging, dit kan de efficiency en de kwaliteit van de zorgverlening bevorderen (Rosendal et al, 2009).

Zorginstellingen opereren in een omgeving die steeds dynamischer en complexer wordt. Trends die waarneembaar zijn betreffen ondermeer: bezuinigingsoperaties in combinatie met output financiering en marktwerking, individualisering en zorg op maat, zorgketen integratie en ontschotting van zorgstelsels. Deze ontwikkelingen dwingt de leiding van zorginstellingen gericht op de marktwerking hun organisatie meer bedrijfsmatig te managen (Janssen Duyghuysen, 2005).

5.4 Het Rabbit Hill model

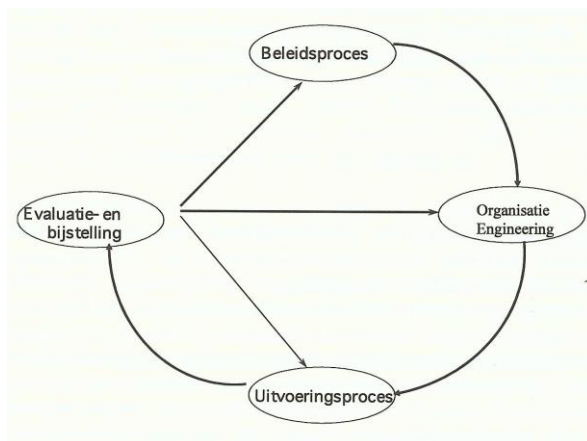
A. van de Ven (2008) beschrijft een model voor de sturing en beheersing van organisaties, genoemd het Rabbit Hill model. De kern van het Rabbit Hill model is het toepassen van de organisatiekunde als basis voor het inrichten van de interne beheersing van organisaties. De planning en control van

diabeteszorg betreft meerdere instellingen, daarbij is sprake van de interne beheersing van meerdere organisaties, de keten. Omdat het model de mogelijkheid biedt eveneens de planning en control van de transmurale organisatie vorm te geven, is het Rabbit Hill model toepasbaar op de planning en control van diabeteszorg.



Figuur 5: Het Rabbit Hill model (van de Ven, 2008).

Volgens van de Ven bestaan in een organisatie vier processen: het beleidsproces, het inrichtingsproces (van het beleid), het exploitatieproces en het evaluatie- en bijstellingsproces. Deze processen vormen een onderdeel van de volgende managementcyclus.



Figuur 6: Managementcyclus (van de Ven, 2008).

Binnen een organisatie moet als eerste sprake zijn van een beleidsproces. De output van dit beleidsproces is het al dan niet geformaliseerde beleid dat bepalend is voor het volgende proces, het ontwerp en de inrichting van de organisatie (de organisatie engineering). Het derde proces is het uitvoeringsproces, dit betreft de daadwerkelijke uitvoering van het beleid. Het laatste proces binnen deze managementcyclus is gericht op de evaluatie en op bijstelling van de voorafgaande processen.

5.4.1 het beleidsproces

De managementcyclus start, zoals gesignaleerd, bij het beleidsproces. Het beleidsproces is richtinggevend voor de inrichting van de organisatie. Op basis van het Rabbit Hill model is de wijze van het uitvoeren van het beleidsproces in een organisatie afhankelijk van verschillende componenten.

Als bepalende input wordt onderkend:

- De omgeving waarin de organisatie zich bevindt;
 - Bedreiging van nieuwe toetreders
 - Onderhandelingspositie van de koper
 - Bedreigingen van substituut-producten of –diensten
 - Onderhandelingspositie van de leveranciers
 - Rivaliteit tussen bestaande ondernemingen
- Geldende management stromingen;
- De aard en de ervaring van de organisatie.

Beleidsprocessen worden binnen een organisatie doorgaans gekwalificeerd als het vaststellen van de strategie. Deze strategie bepaalt de inrichting van het systeem van de sturing en beheersing. De te beantwoorden vraag is wat centraal staat in het beleidsproces. Staat de omgeving waar de organisatie zich in bevindt centraal, staan de geldende managementstromingen centraal of staat de aard en de ervaring van de organisatie centraal? Mintzberg maakt gebruik van het onderscheid in beleidsprocessen tussen soorten organisatie op basis van de volgende elementen:

- Ontwerp (Ontwerpschool)
- Plan (Planningsschool)
- Positie (Positioneringschool)
- Visie (Ondernemingsschool)
- Perceptie (Cognitieve school)
- Patroon (Leerschool)
- (Geheime) agenda (Politieke school)
- Geloof (Culturele school)
- Reactie (Omgevingschool)
- Fase (Configuratieschool)

Het soort beleidsproces is essentieel voor de inrichting van de organisatie. De wijze van het vaststellen van dit beleidsproces, moet tot uitdrukking komen in het feitelijk aanwezige beleid. In het Rabbit Hill model zijn feitelijk relevante aspecten betreffende het vast te stellen beleid gekwalificeerd als inrichtingscomponenten. Deze inrichtingscomponenten, te weten, de besturingsstijl, de leiderschapsstijl, het type onderneming, de organisatiecultuur, de strategie, de macht en de kerncompetenties van de organisatie beïnvloeden en vormen het ‘karakter’ van de organisatie.

1. Besturingsstijl

De besturingswijze van organisaties betreft in eerste instantie de wijze dat bevoegdheden in organisaties gedelegeerd worden en op welke wijze deze gedelegeerde verantwoordelijkheden gestimuleerd en bewaakt worden. Als aanwezige managementstijlen wordt het onderscheid toegepast tussen de Strategic Planning style, de Strategic Control style en de Financial Control style.

- Strategic Planning style

De bepaling van de strategie wordt uitgevoerd door het hoofdkantoor. De beheersing wordt uitgevoerd op een losse wijze en dienaangaande staat het antwoord op de vraag centraal, in welke mate de strategische inrichting gevolgd wordt.

- Financial Control style

De beleidsvorming wordt gedecentraliseerd overgedragen aan businessunits en dienaangaande moet sprake zijn van een strakke vorm van financiële beheersing.

- Strategic Control style

De businessunits bepalen de strategie op basis van de door het hoofdkantoor vastgestelde algemene uitgangspunten. Dienaangaande is een strakke vorm van strategische beheersing noodzakelijk.

Gericht op de interne beheersing is niet zozeer de totstandkoming van de keuze van de bestuursstijl relevant, maar het onderkennen van de feitelijk toegepaste bestuursstijl. Speklé (2002) heeft een theorie ontwikkeld teneinde de verschillende controlstructuren te verklaren. Deze theorie koppelt de verschillen met beheersingsproblemen waar organisaties mee geconfronteerd worden. Deze problemen zijn gerelateerd aan drie verschillende kenmerken van activiteiten van organisaties.

- Onzekerheid

Het niet goed kunnen voorspellen van de toekomst, impliceert dat natuurlijk gepland moet worden. Het succes is afhankelijk op welke wijze wordt gereageerd op de optredende veranderingen.

- Specificiteit

Hoe specifiek zijn de producten van de organisatie? Indien de producten niet specifiek zijn, is sprake van marktwerking.

- Ex-post informatieasymmetrie

Dit kenmerk betreft de mate dat de prestatie achteraf beoordeeld kan worden.

2. Leiderschapsstijl

Betreffende tot het doel van het onderkennen van de feitelijke stijl wordt aangesloten bij een indeling van Pitcher (1997). Zij onderkent drie verschillende archetypes, de technocraat, de artiest en de vakman.

De technocraat is van huis uit conservatief, methodisch, voorspelbaar en serieus. De artiest is ondernemend, creatief en intuïtief. Het is iemand die veel nieuwe uitdagingen en onzekerheden

opzoekt. De vakman is wijs, verantwoordelijk, eerlijk en menselijk. Het geloof in de kennis en in de kunde van de mensen in de organisatie op basis van de ervaring staat in de ogen van de vakman centraal.

3. *Bedrijfstype*

Op basis van de soort processen binnen de organisatie en op basis van de omgeving heeft Hartman (1993) zes hoofdklassen van organisaties vastgesteld. Deze zes hoofdklassen zijn:

1. Consumptieve organisaties
2. Arbeidsorganisaties
3. Financiële organisaties
4. Exploitatieorganisaties
5. Handelsorganisaties
6. Productieorganisaties

Omdat de institutionele omgeving een grote invloed kan hebben op het karakter van de organisatie en vervolgens op de interne beheersing is eveneens het analyseren van het bedrijfstype.

4. *Organisatiecultuur*

De organisatiecultuur betreft niet zozeer de normen en de waarden binnen organisaties maar de praktijk. Als belangrijkste elementen in de organisatiecultuur zijn zes dimensies te onderkennen.

- Procesgericht tegenover resultaatgericht

In de procesgerichtheid ligt de nadruk op de werkzaamheden en op de middelen. In een resultaatgerichte organisatie voelen mensen zich in onzekere situaties op hun gemak en verwachten zij dagelijks nieuwe uitdagingen.

- Mensgericht tegenover werkgericht

In mensgerichte organisaties wordt rekening gehouden met het persoonlijk welzijn, in werkgerichte organisaties staan de taken centraal.

- Organisatiegericht tegenover professioneel

In organisatiegebonden culturen ontleent het personeel zijn identiteit aan de organisatie. Bij een professionele organisatie hanteren werknemers het uitgangspunt dat hun privé leven hun eigen zaak is.

- Open ten opzichte van gesloten

De wijze waarop nieuwe werknemers in een organisatie geaccepteerd worden impliceert de mate van openheid en geslotenheid.

- Los tegenover strak

In een strak geleide organisatie, hoort een sterk kostenbewustzijn, stiptheid van het naleven van afspraken en zijn strikte (ongeschreven) codes betreffende gedrag aanwezig.

- Normatief tegenover pragmatisch

Deze laatste dimensie betreft de klanttevredenheid. Normatieve eenheden laten zich leiden door de interne regelgeving, bij pragmatische eenheden is de klant koning (van de Ven, 2008).

5. *Inhoudelijke strategie*

Strategie is de wijze waarop organisatie doelstellingen willen bereiken. Porter onderscheid dienaangaande een aantal generieke strategieën. Een organisatie kan gericht zijn *kostenleiderschap*. Door productie tegen de laagste kosten wordt concurrentievoordeel gerealiseerd. De tweede strategie is *differentiatie*. In haar bedrijfstak probeert de organisatie uniek te zijn. De derde strategie is de *focusstrategie*, dit betreft het afstemmen van de strategie op een bepaald segment of op meerdere segmenten in de bedrijfstak (van de Ven, 2008).

6. *Macht*

Rosenthal (1993) onderscheidt vier dimensies de politieke invloed kan bepalen:

- Spelers met uiteenlopende belangen
- Geen van de spelers heeft een doorslaggevende invloed
- Beslissingen zijn compromisbeslissingen
- Ruimte tussen de besluitvorming en de uitvoering van beslissingen

Op zich zijn politieke invloeden een belangrijke reden dat organisaties niet rationeel zijn ingericht. Het vakgebied interne beheersing richt zich op het adequaat inrichten van organisaties.

7. *Kerncompetenties*

Kerncompetenties zijn middelen en vaardigheden die tot duurzaam concurrentievoordeel leiden. Kerncompetenties leiden tot concurrentievoordeel indien deze waardevol, zeldzaam, niet kopieerbaar en niet substitueerbaar zijn. Een kerncompetentie is eveneens een functie die primair toegevoegde waarde voor de organisatie creëert.

5.4.2 Doelen, risico's en randvoorwaarden

In de voorgaande paragraaf zijn het beleidsproces en de inrichtingscomponenten toegelicht. Het alignment tussen de beleidsschool en de inrichtingscomponenten zijn gericht op een adequate interne beheersing relevant. Een effectieve sturing en beheersing van de organisatie is afhankelijk van de vorm, de indeling en de inrichting van de organisatie met het 'karakter' van de organisatie.

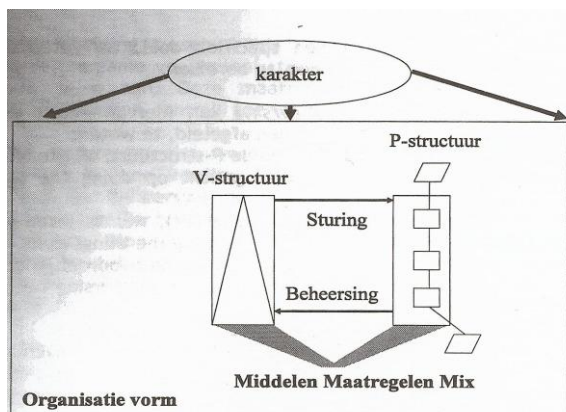
Het doel van de organisatie is wat de organisatie beoogt te realiseren. Het realiseren van doelstellingen kan door diverse oorzaken bedreigd worden. Dit impliceert dat een organisatie met risico's wordt geconfronteerd. Het stellen van randvoorwaarden voor de organisatie, is cruciaal voor de interne beheersing. De randvoorwaarden moeten worden afgestemd op de doelstellingen van de organisatie.

5.4.3 Engineeringproces

Het proces van organisatie engineering betreft allereerst de verantwoordelijkheidsstructuur (V-structuur). De V-structuur beschrijft aan welke mensen bepaalde verantwoordelijkheden of bevoegdheden zijn toegewezen. Ten tweede bestaat de organisatie engineering uit de processtructuur (P-structuur). De P-structuur beschrijft de wijze waarop processen moeten worden uitgevoerd. Ten slotte beschrijft het engineeringproces de Middelen Maatregelen Mix, die de specifieke inhoud van de wijze van sturing en van beheersing en het implementeren van specifieke maatregelen bevat.

Gericht op de sturing en beheersing van organisaties worden in het proces van organisatie engineering de volgende stappen onderscheiden:

- De afstemming van de organisatievorm
- De afstemming van de inrichting van de organisatie (V- en P-structuur)
- De afstemming van de indeling van de organisatie (de Middelen Maatregelen Mix)



Figuur 7: Elementen van organisatie engineering (van de Ven, 2008).

De vorm van de organisatie is relevant voor de sturing en beheersing van de organisatie. Ten eerste wordt bij de vorm van de organisatie het onderscheid toegepast op basis van centralisatie:

- Een gecentraliseerde organisatie
Binnen deze organisatie is slechts één eenheid te onderkennen.
- De divisie structuur
In een divisiestructuur kunnen op basis van verschillende producten, markten of regio's autonome eenheden binnen een organisatie ontstaan.
- De holding- company
In deze organisatievorm wordt een nog grotere mate van verantwoordelijkheid aan de werkmaatschappijen gegeven.
- De netwerk- of virtuele organisatie
In de netwerk- of virtuele organisatie draagt een netwerk van organisaties zorg voor de totstandkoming van het product of de dienst. Dit zijn onafhankelijke organisaties maar deze presenteren zich op de markt als één organisatie.

Op basis van een gekozen structuur, worden de organisaties verder ingericht naar de wijze waarop de verantwoordelijkheid binnen de organisatie is verdeeld. Deze verantwoordelijkheden worden beschreven in de V-structuur (verantwoordelijkheidsstructuur). Betreffende de verdeling van verantwoordelijkheden wordt de volgende indeling toegepast:

- strategisch niveau
- tactisch niveau
- operationeel niveau
- uitvoeringsniveau

De detaillering van de V-structuur is in grote mate afhankelijk van de situationele factoren:

- vereiste deskundigheid
- schaalgrootte organisatie
- wet- en regelgeving
- doelstellingen bedreigende factoren
- toegepaste informatie- en communicatietechnologie (ICT)

Een succesvolle inrichting van organisaties kan uitsluitend plaatsvinden indien naast de verantwoordelijkheidsstructuur eveneens aandacht bestaat voor de processtructuur. (P-structuur). De nadruk ligt op de samenhang tussen de processen en niet zozeer op de verantwoordelijkheden.

Met behulp van een V & P matrix is de taakverdeling tussen de afdelingen en functionarissen zichtbaar te maken. De matrix vormt de basis teneinde de mate van procesbeheersing te analyseren. In de matrix kunnen verantwoordelijkheden transparant gemaakt worden en worden alle processen gekoppeld aan afdelingen. Ten slotte kan de matrix toegepast worden teneinde activiteiten te kwalificeren.

Gericht op de interne beheersing is het centrale thema het realiseren van een redelijke mate van zekerheid dat de organisatiedoelen behaald worden. Teneinde deze zekerheid te waarborgen is uitsluitend een adequate V- en P-structuur niet voldoende. Eveneens zijn middelen noodzakelijk teneinde de processen aan te sturen c.q. bij te sturen en uit te voeren. Maatregelen zijn de mogelijke bouwstenen voor het beheerssysteem van een organisatie. De uiteindelijke zekerheid die middels een beheerssysteem gerealiseerd worden, in grote mate afhankelijk van de gekozen maatregelen. Daarbij is de mix van deze maatregelen en de middelen die de organisatie ter beschikking staan cruciaal.

5.4.4 Evaluatie- en bijstellingsproces

Het evaluatieproces besteed aandacht aan de diverse vormen van evaluatie. Het onderscheid wordt toegepast tussen formele en informele evaluatie. De omgeving en het karakter van de organisatie, in wisselwerking met het belang en de kosten van de evaluaties, bepalen de mate van formalisering en detaillering van het evaluatieproces. De wijze van het uitvoeren van evaluaties kan daardoor verschillen. Het evaluatieproces is op verschillende wijze te integreren.

De evaluatie van de drie te onderscheiden processen in de managementcyclus heeft per proces bijzondere aspecten en de noodzakelijke informatievoorziening. De evaluatie van het uitvoeringsproces is gericht op de naleving van de opzet van het interne beheerssysteem. De evaluatie van het

engineeringproces is gericht op de effectiviteit van het interne beheersingssysteem. Ten slotte betreft de evaluatie van het beleidsproces de effectiviteit van het beleid in relatie tot het karakter van de organisatie. Het bijstellingsproces eveneens als change management gekwalificeerd. Gegeven de doelstelling van dit onderzoek wordt het bijstellingsproces niet nader toegelicht.

In dit hoofdstuk is inzicht verstrekt in de inhoud van het begrip planning en control. Planning en control fungeert als besturingsmodel waar alle instellingsactiviteiten in worden ondergebracht. In dit onderzoek wordt planning en control uitgelegd aan de hand van het Rabbit Hill model (van de Ven, 2008). Het Rabbit Hill model maakt binnen een organisatie het onderscheid in vier processen: het beleidsproces, het engineeringproces, het uitvoeringsproces en het evaluatie- en bijstellingsproces. Het model biedt de mogelijkheid de planning en control van de transmurale organisatie vorm te geven. Dit maakt het model toepasbaar op de planning en control van diabeteszorg. Het volgende hoofdstuk verstrekt inzicht in de resultaten uit het empirisch onderzoek naar de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg.

Hoofdstuk 6: Resultaten

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de bevindingen naar aanleiding van het uitgevoerde empirische onderzoek, de casestudie, zoals toegelicht in hoofdstuk 2: 'methoden van onderzoek'. Door middel van het uitvoeren van een casestudie is onderzoek uitgevoerd gericht op de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging voor diabeteszorg in de regio Midden-Holland. Dienaangaande is documentenonderzoek uitgevoerd en zijn interviews uitgevoerd met verschillende betrokken partijen. Als eerste wordt inzicht verstrekt in de diabeteszorg zoals deze in de regio Midden-Holland vóór de integrale bekostiging georganiseerd en verleend werd. Vervolgens wordt inzicht verkregen in de diabeteszorg zoals deze in de regio Midden-Holland na de invoering van de integrale bekostiging georganiseerd en verleend wordt.

6.2 Respons

Alle in hoofdstuk 2 gesignaleerde personen zijn benaderd voor een interview. Omdat de gehele diabeteszorg wordt gefinancierd vanuit de Zvw, is het zorgkantoor niet benaderd. Omdat als gevolg van gezondheidsredenen en als gevolg van tijdgebrek daar geen gelegenheid voor bestond, is de pilot gemeente Bodegraven niet in de interviews betrokken. De partijen die wel geïnterviewd zijn, betroffen: de manager van de ROH, een diabetesverpleegkundige, de directeur van ZorgBrug, een huisarts in het 'quality team', een manager van de diëtisten en een zorginkoper van de zorgverzekeraar. Deze respondenten waren in staat een volledig beeld te presenteren van de situatie vóór en de situatie na de invoering van de integrale bekostiging.

6.3 Diabeteszorg Midden-Holland vóór de invoering van de integrale bekostiging

Met de verkregen inzichten vanuit de geïnterviewde disciplines en het documentenonderzoek wordt hierna de situatie van de diabeteszorg in de regio Midden-Holland gepresenteerd vóór de invoering van de integrale bekostiging door middel van een keten-DBC.

Zoals hiervoor in paragraaf 1.5 gesignaleerd, zijn in Midden-Holland ongeveer 120 huisartsen werkzaam. Al deze huisartsen zijn aangesloten bij de coöperatie ROH (Regionale Organisatie Huisartsen). De ROH is een organisatie van huisartsencoöperaties. In de regio bestaan 11 coöperaties en 1 stichting, variërend in grootte van 8-15 huisartsen. De ROH is daarvan de koepelorganisatie. Een organisatie van, voor en door huisartsen.

Vóór de invoering van de integrale bekostiging had iedere huisarts zelf de keuze, in welke mate hij de diabeteszorg zelf uitvoerde en coördineerde. De huisarts had de mogelijkheid gebruik te maken van de 'diabetesdienst Midden-Holland, dat in 1992 is opgericht. De diabetesdienst is opgericht met het doel de huisartsen te ondersteunen bij het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg aan patiënten met diabetes mellitus type 2 (Diabetes Dienst Midden-Holland, gebruikersgids, 2010).

Als eerste had de diabetesdienst een coördinerende rol. Zij zorgde dat patiënten opgeroepen werden voor controles en onderzoek (bv. fundusonderzoek). Zij realiseren voorts dat de rapportages en de feedback daarvan aan de betreffende huisarts verzonden werden. En eveneens dat alle waarden en dossiers in Portavita (ICT-systeem) geregistreerd werden en dat indien noodzakelijk, in overleg met de huisarts, consulten bij andere disciplines geregeld werden. Voorts kon de diabetesdienst eveneens een uitvoerende taak van de huisarts overnemen. De diabetesdienst verrichte ten eerste de driemaandelijkse- en de jaarcontrole, verrichtte ondermeer het voetonderzoek en het cardiovasculair risicoprofiel en communiceerde adviezen betreffende leefstijl en insulinegebruik (Ketenprotocol Diabetesdienst Midden-Holland, 2010).

De diabetesdienst werd gecoördineerd door een diabetesverpleegkundige. De diabetesdienst Midden-Holland is een organisatie waar een huisarts naar eigen behoefte gebruik van kon maken. Iedere huisarts bepaalde zelf in welke mate de diabetesdienst ondersteunend was aan zijn of haar huisartsenpraktijk. Het was mogelijk geen gebruik te maken van de diabetesdienst, van enkele diensten of patiënten onder te brengen bij de diabetesdienst en eveneens bestond de situatie dat de gehele zorg werd overgenomen door de diabetesdienst Midden-Holland. Indien een deel of de gehele zorg door de diabetesdienst werd verleend, was de huisarts in alle gevallen formeel de eindverantwoordelijke. Veel huisartsen in de regio maakten gebruik van deze ondersteunende organisatie, mede omdat deze dienst voor de huisartsen gratis was en werd bekostigd vanuit de AWBZ. De diabetesverpleegkundige was een AWBZ gefinancierde discipline.

De zorgverzekeraar maakten afspraken met huisartsen over ondermeer de inhoud van de zorg. Een deel van de afspraken van de chronische zorg is overgedragen aan diabeteszorg. Met iedere huisarts werd een soortgelijke afspraak gemaakt. Eén contract werd opgesteld met verschillende typen van zorg die in totaal de huisartsenzorg vormden. Dit impliceerde voor de transactiekosten dat deze eenmalig aanwezig waren, bij het afsluiten van het contract tussen de zorgverzekeraar en de huisarts. Voor overige overheadkosten ontving de huisarts jaarlijks een bepaald honorarium.

De zorgverzekeraar is horizontaal (sectoraal) georganiseerd. Voor iedere sector bestaat een afdeling waar de desbetreffende kosten gedeclareerd en verantwoord worden. Dit impliceert dat alle huisartsenzorg op één afdeling verantwoord werd. Dit is eveneens toepassing voor ondermeer ziekenhuiszorg en GGZ.

6.4 Diabeteszorg Midden-Holland na de invoering van de integrale bekostiging

Met de verkregen inzichten vanuit de geïnterviewde disciplines en het documentenonderzoek wordt hierna de situatie toegelicht van de diabeteszorg in de regio Midden-Holland na de invoering van de integrale bekostiging door middel van een keten-DBC.

De diabeteszorg in de regio Midden-Holland wordt sinds 1 januari 2010 ingekocht via een keten-DBC. In Midden-Holland leveren en declareren momenteel 50% van de huisartsen hun zorg via deze keten-DBC. Nog niet alle huisartsen zijn overtuigd van de kwaliteit en de verbetering van de keten-DBC. Deze huisartsen willen daarom nog niet aansluiten, participatie in de diabetes keten-DBC is niet verplicht.

“Sommige huisartsen wachten tot de kinderziekten eruit zijn, voordat zij aansluiten bij de keten-DBC”. Uiteindelijk wordt verwacht dat het merendeel van de huisartsen zijn of haar diabeteszorg zal bekostigen door middel van de keten-DBC. *“Aangezien meedoen aan de keten-DBC financieel beter is dan niet meedoen, zullen huisartsen uiteindelijk overstag gaan”.* *“We verwachten dat eind 2011 ongeveer 75%-80% van de huisartsen aangesloten zijn bij de keten-DBC”*, aldus de huisarts aangesloten bij het ‘quality team’. De huisartsen die nog geen gebruik maken van de keten-DBC worden nog niet met grote verschillen in de bekostiging geconfronteerd. Omdat deze niet voldoen aan de geldende standaarden zullen deze huisartsen in de toekomst wel een lagere vergoeding ontvangen voor hun diabeteszorg. *“Zij zullen uiteindelijk duurder uit zijn wanneer zij niet meedoen met de keten-DBC”*, aldus de zorgverzekeraar.

Door de invoering van de keten-DBC, is alle diabeteszorg overgeheveld naar de Zvw. Dit heeft tot gevolg dat de door de AWBZ gefinancierde ‘diabetesdienst Midden-Holland’ opgeheven moet worden. Het ondersteunende orgaan wordt door de zorgverzekeraar niet langer vergoed en als gevolg daarvan op houdt bestaan. Dit impliceert dat niet langer sprake is van een facilitaire voorziening betreffende diabeteszorg in de regio Midden-Holland.

6.4.1 De zorggroep

Teneinde diabeteszorg te kunnen inkopen volgens de keten-DBC bekostiging is het bestaan van een zorggroep noodzakelijk. De zorggroep in de regio Midden-Holland heeft gekozen voor de rechtsvorm van een besloten vennootschap (BV). Dit impliceert dat sprake is van aandeelhouders en dat de mogelijkheid bestaat winst te maken.

In de regio Midden-Holland is de coöperatie ROH (Regionale Ondersteuning Huisartsen), 100% aandeelhouder, en is het bestuur. Toezichhouders zijn niet aanwezig, de zorggroep is (nog) te klein en dienaangaande bestaan nog geen wettelijke verplichtingen.

De zorggroep heeft binnen de organisatie van de diabeteszorg een sterke en machtige positie. De zorggroep sluit de contracten met de zorgverzekeraar en met de onderaannemers. Omdat de zorggroep in de regio Midden-Holland uitsluitend uit huisartsen bestaat, hebben de huisartsen betreft diabeteszorg een grote machtspositie in de regio. Daarbij is de juridische status van een BV eveneens een belangrijk aspect, de zorggroep heeft daarmee de mogelijkheid winstgevend te zijn. Dit betreft een ander uitgangspunt dan een stichting of een multidisciplinaire zorggroep. De manager diëtisten van Vierstroom communiceerde, *“In een andere regio is de diabeteszorg een stuk beter geregeld. De zorggroep is georganiseerd vanuit een stichting waarin alle disciplines vertegenwoordigd zijn. Iedereen heeft dezelfde doelen en alle belangen worden vertegenwoordigd. Ze staan open voor onderhandelingen en stellen kwaliteit als uitgangspunt. Dit is in regio Midden-Holland toch heel anders!”*.

In de zorggroep bestaat een ‘quality team’. Het ‘quality team’ vertegenwoordigt de zorggroep bij het sluiten van de contracten met de zorgaanbieders en de contracten met de zorgverzekeraar. In het ‘quality team’ is sprake van multidisciplinaire expertise, conform de criteria in de NDF Zorgstandaard.

Het 'quality team' bestaat uit een huisarts, een internist, een POH (praktijkondersteuner huisarts), een diabetesverpleegkundige en de manager van de ROH. In de toekomst zal mogelijk eveneens een diëtiste zich daarbij aansluiten. De zorggroep is ten eerste verantwoordelijk voor het sluiten van de contracten met de zorgverzekeraar en ten tweede voor het sluiten van contracten met de onderaannemers. De huisartsen binnen de zorggroep en de onderaannemer verrichten de daadwerkelijke zorg.

6.4.2 Inhoud keten DBC

De inhoud van de keten-DBC is vastgelegd in het contract dat gesloten is tussen de zorgverzekeraar en de zorggroep. De contracten zullen in verschillende regio's, bij verschillende zorggroepen een andere inhoud hebben. De inhoud van de diabetes keten-DBC in de regio Midden-Holland is als volgt:

- 1) Kosten voor zorgverlening en laboratoriumonderzoek (zie tabel 3)
- 2) Kosten voor de fundusfoto
- 3) ICT kosten per patiënt
- 4) Kosten management en bestuur per patiënt
- 5) Overige kosten (overhead, aanloop en implementatie)

De gecontracteerde zorginhoud van de diabetes keten-DBC in de regio Midden-Holland is in tabel 3 gepresenteerd.

Diabeteszorg	Onderdeel NDF Zorgstandaard	Inhoud keten-DBC Diabetes Mellitus
Diagnostische fase		
Diagnose in enge zin	Nee	Nee
Risico- inventarisatie	Ja	Ja
Behandeling en reguliere controles		
Jaarcontrole	Ja	Ja
Driemaandelijkse controle	Ja	Ja
Oogonderzoek	Ja	Ja
Voetonderzoek	Ja	Ja
Aanvullend voetonderzoek	Onduidelijk	Ja
Voetzorg	Nee	Nee
Laboratoriumonderzoek	Ja	Ja
Begeleiding bij het stoppen met roken	Ja	Nee
Advisering bewegen	Ja	Ja
Bewegen onder begeleiding	Nee	Nee
Dieetadvisering	Ja	Ja
Medicatie	Nee	Nee
Psychosociale zorg	Nee	Nee
Hulpmiddelen	Nee	Nee
Additionele consulten huisarts (diabetes gerelateerd)	Onduidelijk	Ja
Additionele consulten huisarts (overige)	Nee	Nee
Consultatie specialistische zorg (papieren consult)	Ja	Ja

Tabel 3: Zorginhoud keten-DBC Midden-Holland

De zorginhoud volgens tabel 3 is grote lijnen in overeenstemming met de diabeteszorg conform de NDF Zorgstandaard. Uitsluitend begeleiding bij het verminderen van of stoppen met roken is niet in het keten-DBC contract van de regio Midden-Holland vastgelegd. De tabel geeft de indruk dat de keten-DBC van de regio Midden-Holland alle noodzakelijke diabeteszorg bevat. In de tabel is echter niet vastgelegd in welke mate de zorg verleend wordt. Dat wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht. Zorg die niet gecontracteerd is in de keten-DBC, zoals medicatie, psychosociale hulp en stoppen met roken wordt wel geleverd, maar wordt als extra consult/ kosten bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.

Iedere zorggroep moet over een diabeteszorgprotocol beschikken. In het diabeteszorgprotocol van de regio Midden-Holland wordt het onderscheid toegepast tussen verschillende groepen diabetespatiënten. Deze verschillende groepen zijn ingedeeld op basis van vier modules en beschrijven ieder een andere fase in het ziekteproces. De modules worden in de praktijk gebruikt teneinde de zorgzwaarte vast te stellen en voorts voor de patiënt de geschikte disciplines in te schakelen. Eveneens worden de modules gebruikt voor de toewijzing van financiering. De ene module betreft intensievere zorg dan de andere, daar staat als vanzelfsprekend een andere mate van bekostiging tegenover.

Het protocol bestaande uit de vier modules wordt hierna beknopt toegelicht. Het gehele *diabetesprotocol, versie juni 2008, behorend bij het werkdocument DBC* is toegevoegd in bijlage 1.

Module 1

De eerste module bestaat uit het stellen van de diagnose en het vaststellen van de uitgangssituatie. De diagnose diabetes mellitus type 2 wordt door de huisarts vastgesteld op basis van de NHG-criteria. Voorts worden op basis van deze criteria eveneens een aantal therapiedoelen overeengekomen en individuele streefwaarden vastgelegd.

Op basis van de eerste diagnose wordt de uitkomst daarvan aan de patiënt toegelicht en de patiënt wordt ingevoegd in de DBC. De patiënt start met therapie (dieet, tabletten of insuline). Vervolgens worden afspraken gepland bij de POH/huisarts/diabetesverpleegkundige die overeenkomen met een jaarcontrole. Voorlichting wordt gegeven over het ziektebeeld, de mogelijke gevolgen voor ogen, voeten en nieren, globaal voedingsadvies en verwijzing naar een diëtiste voor dieetadvies en/ of leefstijladvies. Eveneens wordt labonderzoek uitgevoerd en een fundus foto gemaakt en besproken. Voetonderzoek wordt uitgevoerd op basis van de NHG-standaard.

Afhankelijk van de behoefte van de patiënt worden in deze fase meerdere afspraken gemaakt met de huisarts/POH/diabetesverpleegkundige. De patiënt behoort minimaal 1 jaar tot deze module, indien een stabiele situatie ontstaat, wordt voor de patiënt module twee van toepassing.

Module 2

In deze module worden driemaandelijks en jaarcontroles uitgevoerd door de POH, door huisarts of door de diabetesverpleegkundige. De patiënt wordt gecontroleerd volgens de NHG-standaard. Bij complexere patiënten wordt de hulp ingeroepen van een huisarts of van een diabetesverpleegkundige zodat in overleg de behandeling aangepast kan worden. Dit kan impliceren dat de patiënt overgaat naar

module drie. Bij complexere patiënten wordt overwogen het zelfmanagement te stimuleren door het gebruik van een eigen glucosemeter. De patiënt kan voor langere periode tot module twee behoren. Naast de basis, driemaands controle en de jaarcontrole, maar afhankelijk van de problematiek kunnen extra bezoeken gepland worden bij de huisarts/POH of diabetesverpleegkundige.

Module 3

De huisarts beslist of een patiënt gebruik moet gaan maken van insuline therapie en welke insuline in de behandeling van de patiënt past. De huisarts indiceert, delegeert en superviseert en ziet de patiënt één keer per jaar. De arts/POH/diabetesverpleegkundige geeft educatie, adviezen, leefstijl instructie, zelfmeting, gebruik van insuline en aanpassing insuline volgens het protocol en doet periodieke controles. De diëtiste, verbonden aan de diabeteszorg, geeft voeding- en beweegadviezen passend bij het insuline gebruik. Afhankelijk van de behoefte en de noodzaak van de patiënt worden in deze fase een aantal afspraken uitgevoerd door de arts/POH/diabetesverpleegkundige. De patiënt blijft in deze module eveneens minimaal één jaar, indien de patiënt stabiel is betreffende zijn insuline dan wordt module vier van toepassing. Het verschil met module 2 is dat in deze module sprake is van insulinegebruik.

Module 4

De patiënt kan meerdere malen tot deze module behoren. In deze module worden minimaal de driemaands en de jaarcontroles uitgevoerd. Afhankelijk van de noodzaak van de patiënt en/of arts/POH/diabetesverpleegkundige kunnen naast deze vaste bezoeken eveneens andere afspraken uitgevoerd worden. Dit is eveneens van toepassing voor de inzet van de diëtiste. Indien de patiënt niet goed is in te stellen met een tweemaal daagse dosering dan wordt de patiënt overgedragen aan de internist. De patiënt behoort daardoor tot een DBC, daardoor kan de internist zijn eigen DBC openen (diabetesprotocol, 2008).

De kosten van de ICT worden per gemiddelde patiënt berekend en toegevoegd aan de vergoeding voor de individuele keten-DBC. Dit geldt eveneens voor de kosten van management en bestuur en voor de overige kosten.

Als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging sluit de zorgverzekeraar uitsluitend nog een contract met de zorggroep. Dit impliceert dat minder transactiekosten bestaan, dan indien met iedere huisarts afzonderlijke contractafspraken overeengekomen moeten. Eveneens hoeft de zorgverzekeraar geen afzonderlijke onderhandelingen uit te voeren met de betrokken disciplines (bijvoorbeeld met de diëtist). Dit is de taak van de zorggroep. Door de invoering van de keten-DBC zijn de transactiekosten verminderd, echter een deel van de transactiekosten is naar de zorggroep verschoven. Deze moeten nog wel overleggen en onderhandelen met de betrokken disciplines en met de huisartsen.

Het keten-DBC contract overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en het 'quality team' van de zorggroep heeft een looptijd tot en met eind 2011. Als gevolg van het beëindigen van de

implementatieperiode moeten op dat moment opnieuw contractonderhandelingen uitgevoerd worden. *“In de keten-DBC zijn op dit moment hoge kosten opgenomen voor transactiekosten, in het bijzonder voor implementatie en opzet. Bij de nieuwe contractafspraken eind 2011 zullen deze kosten beduidend lager gecontracteerd worden”*, aldus de huisarts in het ‘quality team’.

6.4.3 Kwaliteit van zorg

Over de kwaliteit van de zorg bestaat in de regio Midden-Holland verschillende meningen.

Als gevolg van de keten-DBC wordt aan de POH meer taken toegewezen, dan vóór de integrale bekostiging. De POH wordt gefinancierd middels de keten-DBC. Naast de reguliere bekostiging van de POH ontvangt de huisarts nu eveneens nog een vergoeding. Omdat dit deel van de zorg bekostigd zal worden middels de diabetes DBC wordt in de toekomst deze financiering met 25% gekort worden. De uitbreiding van de werkzaamheden van de POH leidt tot een vermindering van de werkzaamheden door de diëtist en door de diabetesverpleegkundige. Betreffende de zorgverlening is daardoor tussen de disciplines sprake van een taakverschuiving.

Door de invoering van de keten-DBC is de diëtistenzorg sterk veranderd. De landelijke richtlijn is gemiddeld 6 uur diëtistenzorg per diabetespatiënt per jaar. Voorgaand aan de keten-DBC was dit in de regio Midden-Holland een gemiddelde van 4 uur en de tijd die na invoering van de keten-DBC door de zorggroep gecontracteerd is bedraagt 30 minuten. *“Als gevolg van de keten-DBC is de diëtistenzorg fors gekort”*, aldus de manager diëtisten Vierstroom Midden-Holland. *“Doordat veel minder tijd beschikbaar is voor het dieetadvies, wordt minder informatie verstrekt waardoor de kwaliteit van de zorg sterk is verminderd”*. Een deel van de diëtistenzorg wordt uitgevoerd door de POH. Omdat zij een brede opleiding heeft gehad en de POH betreffende dit element geen specifieke kennis bezit heeft volgens de diëtiste de POH dienaangaande te weinig kennis. Eveneens heeft de POH een breed scala van andere activiteiten betreffende de huisartsenpraktijk en als gevolg daarvan geen tijd deze patiënten met regelmaat te zien en de kennis dienaangaande te actualiseren.

Eveneens kan door de invoering van de keten-DBC in Portavita de diëtist uitsluitend die patiënten zien die op dat moment bij haar onder behandeling zijn. Indien de diabetespatiënt zijn tijd heeft ‘opgemaakt’ verdwijnt deze uit het zicht van de diëtist en de diëtist heeft vervolgens geen toezicht meer over de leefstijl van de patiënt. Voorts bestaat in de praktijk de situatie dat door de invoering van de keten-DBC patiënten van diëtist moeten veranderen omdat de diëtist waar de patiënt mogelijk al jaren onder behandeling is, niet door hun huisarts gecontracteerd is. De meeste huisartsen hebben één diëtist gecontracteerd. *“De organisatie en de samenwerking worden daardoor makkelijker en overzichtelijker, maar de keuzevrijheid van de patiënt wordt daardoor beperkt, of feitelijk heeft de patiënt deze keuze niet”*.

Deze verschuiving van werkzaamheden is eveneens waarneembaar bij de diabetesverpleegkundigen. Veel van de werkzaamheden die voorheen door de diabetesverpleegkundige uitgevoerd werden, worden nu uitgevoerd door de POH. De diabetesverpleegkundige wordt in de meeste gevallen uitsluitend in de vierde module gecontracteerd. De vergoeding in deze fase bevat een vergoeding voor

extra expertise. De diabetesverpleegkundige is eveneens van mening dat de POH te weinig kennis en tijd heeft die kwaliteit te bieden die de patiënt nodig heeft. *“De kosten hebben prioriteit gekregen boven de kwaliteit van zorg”*. *“De expertise van de diabetesverpleegkundige wordt onderschat, wat ten koste gaat van de kwaliteit”*. aldus de diabetesverpleegkundige. *“De werkzaamheden van de diabetesverpleegkundige worden in sommige praktijken overgenomen door de POH en de huisarts, terwijl deze veel minder kennis hebben”*, aldus de directeur van Zorgbrug. *“Nu de huisarts zelf de regie moet voeren over het diabetesproces, ziet hij nu pas in wat de diabetesverpleegkundige al die jaren heeft gedaan”*, aldus de diabetesverpleegkundige. Daardoor contracteren enkele huisartsen nog wel in meerdere mate de zorg van de diabetesverpleegkundige, dit verschilt per praktijk. In het diabeteszorgprotocol is betreffende de zorginhoudelijke taken vastgelegd dat deze worden uitgevoerd door de huisarts, door de POH of door de diabetesverpleegkundige. Een huisarts mag de toewijzing van deze expertise zelf bepalen. In de praktijk blijkt dat na de invoering van de keten-DBC de diabetesdienst in het bijzonder wordt uitgevoerd door de POH, onder toezicht van de huisarts. De diabetesverpleegkundige communiceert, *“een groot gemis is dat de taken en de expertise van de diabetesverpleegkundige in de keten-DBC niet expliciet zijn vastgelegd”*. In de praktijk blijkt dat de huisartsenpraktijken in het algemeen de taken van de diabetesverpleegkundigen toewijzen aan de POH. Of patiënten als gevolg daarvan verandering in kwaliteit ervaren is niet expliciet onderzocht. De veronderstelling is dat de patiënt van deze verandering niet veel merkt. De diabetesverpleegkundige communiceerde dienaangaande, *“patiënten merken de verschillen in kwaliteit niet, zij hebben geen vergelijkingsmateriaal”*.

De huisarts in het ‘quality team’ communiceerde dat in het bijzonder de organisatie van de zorg zichtbaar veranderd is. *“Ook al waren huisartsen altijd al eindverantwoordelijk, de verantwoordelijkheid wordt nu in veel grotere mate gevoeld”*. De huisarts moet nu zelf, vanuit zijn of haar eigen praktijk ondermeer de zorg coördineren, afspraken maken en controles uitvoeren. Eveneens moet de huisarts zelf beslissen welke disciplines hij contracteert, voor welke diensten en tegen welke prijs.

De huisarts in het ‘quality team’ is van mening dat de diabeteszorg inhoudelijk kwalitatief beter is geworden. *“De diabeteszorg is meer transparant, huisartsen zijn meer bewust van hun verantwoordelijkheden en meer aandacht wordt besteed aan opleiding en bijscholingen”*, aldus deze huisarts. *“Wel is de verandering in zorgverlening en in de verantwoordelijkheid afhankelijk van de wijze dat deze zorg voorgaand aan de keten-DBC georganiseerd werd. Bij de verschillende huisartsen was dit divers”*. *“De werkzaamheden die een POH overneemt van een diabetesverpleegkundige kan zij gemakkelijk aan”*. De POH mag uitsluitend de diabeteszorg uitvoeren indien zij een langerhanscursus gevolgd heeft, en verzekerd is dat de POH op deze wijze de noodzakelijke kennis heeft teneinde bekwaam en bevoegd te zijn. *“De expertise van de POH verschilt per huisartsenpraktijk”*. In het Portavita systeem is het mogelijk de kwaliteitsindicatoren (uitkomstindicatoren) van één praktijk of van verschillende praktijken met elkaar te vergelijken. Op basis daarvan kunnen bloedwaarden vergeleken worden, maar eveneens wordt het aantal no-show vastgelegd. Het ‘quality team’ heeft de taak deze waarden te bewaken. Het meten van de patiënttevredenheid (procesindicator) en van de structuurindicatoren wordt nog niet uitgevoerd. De manager van de ROH communiceerde dit als volgt.

“In de diabeteszorg ligt de nadruk nu vooral op de kostenbeheersing, wat ten koste gaat van de kwaliteit, maar over enkele jaren zal moeten blijken of kwaliteit en kostenbeheersing echt gerealiseerd zullen worden, daar kunnen we nu nog geen uitspraken over doen”.

Eveneens is de zorgverzekeraar van mening dat door de invoering van de keten-DBC de kwaliteit van de diabeteszorg verbeterd is. De zorgstandaard is een belangrijke richtlijn en de kwaliteit van de geleverde zorg wordt bewaakt middels prestatie-indicatoren. *“De specialistische zorg van een diabetesverpleegkundige moet niet overschat worden, een groot deel van deze zorg kan overgenomen worden door een POH”*, aldus de zorgverzekeraar.

In de NDF Zorgstandaard en eveneens in het diabeteszorgprotocol is de nadruk gericht op de richtlijnen in de NHG standaard. Door de huisarts en door de directeur van ZorgBrug wordt dit gekwalificeerd als een richtlijn die niet ‘up to date’ is met de nieuwste ontwikkelingen betreffende diabetes mellitus type 2. *“Teveel nadruk wordt gelegd op de NHG-standaard, terwijl deze standaard minstens vijf jaar achter loopt met de actuele medische inzichten. Wat gebeurt, is dat huisartsen het beleid van het ziekenhuis veranderen naar de richtlijnen van de NHG-standaard en dat daardoor de kwaliteit voor de patiënt niet optimaal is”*, aldus de directeur van ZorgBrug. *“De NHG-standaard loopt achter met de actuele ontwikkelingen van onderzoek naar diabetes”*, aldus de huisarts.

6.4.4 Inpasbaarheid zorgbekostigingssysteem

De invoering van de integrale bekostiging leidt eveneens tot veranderingen betreffende de inpasbaarheid van de keten-DBC in het huidige bekostigingssysteem van de zorg.

De bekostiging van diabeteszorg heeft een totaal andere opzet dan het bekostigingssysteem van de andere zorg in Nederland. De zorg wordt zogenoemd sectoraal georganiseerd. Eveneens worden per sector, anders geformuleerd verticaal, de zorgdeclaraties geregistreerd. Dit impliceert dat de functies bij de zorgverzekeraar, bij het ministerie en dergelijke verticaal ingericht zijn. Ondermeer bestaat voor het inkopen van ziekenhuiszorg een afzonderlijke zorginkoper, voor huisartsenzorg bestaat een afzonderlijke inkoper en voor de GGZ bestaat een afzonderlijke inkoper. Betreffende de declaraties is sprake van een zelfde organisatie. De keten-DBC is horizontaal ingericht, anders geformuleerd sprake is van één prestatie. Deze verandering in zorgorganisatie leidt tot veel extra werkzaamheden. Dit leidt tot extra kosten. *“Wanneer een keten-DBC bij de zorgverzekeraar gedeclareerd wordt, wordt deze geheel ontrafeld teneinde verantwoord te kunnen worden”*, aldus de zorgverzekeraar. *“Het huidige bekostigingssysteem is niet ingericht op horizontale prestatiedeclaraties”*.

Dit hoofdstuk heeft inzicht verstrekt in de resultaten van het empirisch onderzoek. Door middel van de interviews met de betrokken disciplines en het dataonderzoek zijn verschillende consequenties van de invoering van de integrale bekostiging naar voren gekomen. Aan de hand van deze resultaten worden in het volgende hoofdstuk de conclusie en de discussie gepresenteerd.

Hoofdstuk 7: Discussie en conclusie

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de koppeling en de analyse van de resultaten op basis van de bevindingen naar aanleiding van het empirisch onderzoek en de in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde theorie. De centrale vraag in dit onderzoek luidt: "Welke consequenties heeft de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg?". De inhoud van de definitie van het begrip planning en control is in dit onderzoek toegelicht met behulp van het Rabbit Hill model van A. van de Ven (2008). Volgens van de Ven (2008) omvat planning en control betreffende een organisatie verschillende processen. Het beleidsproces, het engineeringproces, het uitvoeringsproces en het evaluatie- en bijstellingsproces. Met behulp van deze processen wordt de planning en control van diabeteszorg in de regio Midden-Holland geanalyseerd. Voorts worden de beperkingen van dit onderzoek gesignaleerd. Ten slotte wordt de onderzoeksvraag beantwoord. Deze conclusie bevat de consequenties van de integrale bekostiging op de planning en control van de diabeteszorg in de regio Midden-Holland.

7.2 Planning en control diabeteszorg in de regio Midden-Holland

7.2.1 Beleidsproces

Het beleidsproces betreft de wijze waarop binnen de organisatie het beleid tot stand komt. De invoering van de integrale bekostiging was een besluit van het ministerie van VWS. De integrale bekostiging moet ten eerste bijdragen aan het realiseren van gezondheidswinst voor chronisch zieken, maar eveneens aan de betaalbaarheid van de zorg. De invoering van de integrale bekostiging is te kwalificeren als een topdown beslissing. Door omgevingsfactoren, zoals de vergrijzing, de medische vooruitgang en de slechte leefstijl was een andere aanpak noodzakelijk. Het ministerie van VWS moest reageren op krachten vanuit de omgeving, waardoor de wijze van beleidsvorming is te kwalificeren als een reactie op omgevingsfactoren (omgevingsschool). Het besluit tot integrale bekostiging wordt in regio Midden-Holland topdown uitgevoerd.

De feitelijke besturing van de diabeteszorg in de regio Midden-Holland wordt door de zorggroep uitgevoerd. De zorggroep wordt bestuurd door de coöperatie ROH (Regionale Ondersteuning Huisartsen) die geheel uit huisartsen bestaat. De wijze van besturingsstijl is te kwalificeren als een Financial Control style. De zorggroep bepaalt de strategie binnen de kaders van VWS. De zorggroep (ROH) hanteert daarbij een strakke vorm van financiële beheersing. Alle huisartsen binnen de zorggroep moeten opereren binnen een bepaald budget (de keten-DBC). Voorts zijn zij vrij, te bepalen op welke wijze zij de diabeteszorg in hun praktijk vormgeven. Betreffende de inhoud van de diabeteszorg hebben de huisartsen een grote machtspositie, de zorggroep sluit de contracten en bepaalt daardoor het beleid. De zorggroep heeft de juridisch entiteit van een besloten vennootschap (BV) daardoor is het realiseren van winst mogelijk. Vóór de invoering van de integrale bekostiging was deze prikkel niet aanwezig. De invoering van de keten-DBC leidt tot een financiële prikkel en sprake is van een grotere mate van kostenbewustzijn. De diabeteszorg kan door verschillende disciplines

verleend worden tegen verschillende prijzen. Op basis van de transactiekostentheorie bestaat de mogelijkheid van opportunistisch gedrag. Dit impliceert dat mensen een situatie proberen uit te buiten in hun eigen voordeel. De machtspositie van de zorggroep in de regio Midden-Holland kan opportunistisch gedrag uitlokken. De betrokken partijen hebben verschillende meningen over het machtgebruik van de zorggroep. De huisarts, de manager van de ROH en de zorgverzekeraar zijn van mening dat opportunistisch gedrag niet aanwezig is. Zij veronderstellen dat de zorginhoud van de diabeteszorg in de regio Midden-Holland niet veranderd is. Enkele taken van specialistische zorgverleners zijn overgenomen door de POH, maar niet ten nadelen van de patiënt, aldus de eerder gesignaleerde disciplines. De specialistische zorgverleners, bestaande uit de diëtist en de diabetesverpleegkundige, communiceerden dat wel sprake is van opportunistisch gedrag. De zorggroep bepaald in welke mate de patiënt specialistische zorg ontvangt en in welke mate daar financiering voor beschikbaar is. De diëtist en de diabetesverpleegkundige kwalificeerden het beleid van de zorggroep als, kostenbeheersing boven kwaliteit.

De organisatiecultuur bij de zorggroep in de regio Midden-Holland is te kenmerken als procesgericht, professioneel, gesloten, strak en normatief. Bij de zorggroep ligt de nadruk op de werkzaamheden en op de middelen. De nadruk ligt op de DBC en op welke middelen daarbij noodzakelijk zijn en op basis van het budget beschikbaar zijn. De zorggroep bestaat uit professionals betreffende diabeteszorg. Voorts heeft de zorggroep een gesloten karakter. Dit uit zich in onderhandelingen tussen bijvoorbeeld de diëtistenzorg en de mogelijkheden op basis van de keten-DBC. Betreffende deze contractonderhandelingen is nauwelijks sprake van onderhandelingen, maar is meer sprake van een mededeling. Voorts bestaat een strak beleid. In de keten-DBC is vastgelegd welke zorg in welke mate verleend wordt. En ten slotte wordt de zorggroeps cultuur als normatief gekwalificeerd. De kwaliteit van zorg of de patiënt is ondergeschikt aan de kostenbeheersing.

De zorggroep straalt in het bijzonder kostenleiderschap uit, dit uit zich in de juridische entiteit van de zorggroep (BV) en de onderhandelingsmogelijkheden indien het kwaliteit van zorg en van de specialistische zorg betreft. Voorts is het uitgangspunt in de gehele diabeteszorg de keten-DBC. Als gevolg daarvan zijn de kosten op uitvoeringsniveau essentieel.

7.2.2 Het engineeringproces

Het engineeringproces betreft als eerste de verantwoordelijkheidsstructuur en voorts de processtructuur. Diabeteszorg is te kwalificeren als een netwerk- of virtuele organisatie. Een netwerk van organisaties leidt tot de totstandkoming van één product (de diabetesbehandeling). De eindverantwoordelijkheid van de diabeteszorg berust bij de behandelend huisarts. Wel kunnen de verantwoordelijkheden binnen de diabetesorganisatie op verschillende niveaus verdeeld worden.

De strategische verantwoordelijkheid voor de diabeteszorg (of zorg in het algemeen) ligt bij het ministerie van VWS. Daar wordt het beleid vastgelegd voor de inrichting, voor de organisatie en voor de bekostiging van diabeteszorg. Op tactisch niveau is de zorggroep verantwoordelijk. Door middel van de onderhandelingen en contractafspraken door de zorggroep, wordt de nadere inrichting en de organisatie van de zorg vastgesteld. Ondermeer via de keten-DBC. De verantwoordelijkheid op operationeel niveau berust op de huisarts. De huisarts is verantwoordelijk voor de noodzakelijke zorg

die een diabetespatiënt moet ontvangen. De verantwoordelijkheid van iedere disciplines, teneinde goede zorg te leveren is de verantwoordelijkheid op uitvoeringsniveau.

Voor de invoering van de integrale bekostiging bestond niet de verantwoordelijkheid van de zorggroep op tactisch niveau, deze verantwoordelijkheid berustte op iedere individuele huisarts. Door de invoering van de keten-DBC is de perceptie van verantwoordelijkheid gewijzigd. Voorheen werd veel van de diabeteszorg door de diabetesdienst verleend, daardoor werd door de behandeld huisarts niet direct zijn verantwoordelijkheid ervaren. Door het invoeren van de keten-DBC is de coördinatie van de zorg expliciet aan de huisarts toegekend. Daardoor ervaart deze dienaangaande sterker zijn verantwoordelijkheid. Anders geformuleerd, als gevolg van de invoering van keten-DBC bestaat geen verandering in de zorginhoudelijke eindverantwoordelijkheid, maar een verandering in perceptie van de eindverantwoordelijkheid.

Naast de verantwoordelijkheidstructuur is eveneens de processtructuur essentieel. Dienaangaande ligt de nadruk in het bijzonder op samenhang tussen de processen en minder op de verantwoordelijkheden. Door de invoering van de keten-DBC wordt meer nadruk gelegd op de structuur en op de samenhang van de diabeteszorg. Registratie vindt plaats via Portavita, daardoor ontstaat ondermeer meer inzicht in no-show en in bloedwaarden. Voorts bevordert het diabeteszorgprotocol (2010) een gestructureerd en duidelijk inzicht in de processen van de diabeteszorg.

Vóór de integrale bekostiging bestond een grote diversiteit in de samenhang tussen de processen. Bij de ene diabetespatiënt werden de processen geregeld door de diabetesdienst, bij de andere werden enkele processen geregeld door de diabetesdienst en bij de derde patiënt werd alles geregeld door de huisarts. Niet duidelijk was in welke mate deze processen minder goed geregeld waren, maar wel is te concluderen dat na de invoering van de integrale bekostiging de procesinrichting meer eenduidiger is. Eveneens zijn door de integrale bekostiging minder dubbele consulten gedeclareerd, dit is een gevolg van de betere samenhang tussen de processen gericht op de diabeteszorg.

Een ander verschil in de samenhang tussen processen is het feit dat niet alle zorgaanbieders door de zorggroep gecontracteerd zijn. Door het contracteren van een beperkt aantal onderaannemers door de zorggroep, kan in de toekomst voorkomen dat patiënten van zorgaanbieder moeten wisselen omdat hun huidige aanbieder niet gecontracteerd is. Deze wijze van contracteren stimuleert marktwerking maar beperkt de keuzevrijheid van de patiënt.

Een voordeel van het anders inrichten van de processen is de mogelijkheid de transactiekosten te verminderen. De zorggroep sluit nu één contract met de zorgverzekeraar in plaats van alle huisartsen afzonderlijk met de zorgverzekeraar.

7.2.3 Uitvoeringsproces

In het uitvoeringsproces van de inhoudelijke diabeteszorg is sprake van een belangrijke taakverschuiving. Taken die voorheen door de diabetesverpleegkundige en door de diëtist werden uitgevoerd, worden in meerdere mate door de POH uitgevoerd. Voorts is de uitvoerende rol van de huisarts in grote mate veranderd. De huisarts heeft de coördineerde rol binnen het diabetesproces,

terwijl deze rol voorheen mogelijk in veel gevallen door de diabetesdienst regio Midden-Holland werd uitgevoerd. Als gevolg van de invoering van de keten-DBC is de uitvoering van de diabeteszorg in meerdere mate de verantwoordelijkheid van de huisartsenpraktijk.

Eveneens heeft bij de uitvoering van de declaratie van de zorg een grote verandering plaatsgevonden. De integrale bekostiging door middel van de keten-DBC is te kwalificeren als een horizontale, sector overstijgende, wijze van bekostiging. Het zorgbekostigingssysteem in Nederland is verticaal ingericht, anders geformuleerd sectoraal. Teneinde de declaraties te kunnen verantwoorden, wordt door de zorgverzekeraar de keten-DBC volledig gesplitst in afzonderlijke componenten. Deze verantwoording is daardoor veel intensiever en leidt tot meer werk (en geld).

7.2.4 Evaluatie- en bijstellingsproces

Omdat op 1 januari 2010 de diabetes keten-DBC is ingevoerd was in de regio Midden-Holland nog geen sprake van een evaluatiemoment. Het 'quality team' heeft de taak de prestatie-indicatoren te bewaken. Uitkomstindicatoren worden geanalyseerd via Portavita. Dienaangaande is nog geen officiële evaluatie uitgevoerd. Patiënttevredenheid en/of structuurindicatoren zijn eveneens nog niet gemeten.

7.3 Beperkingen van het onderzoek

Beperkingen in het onderzoek gericht op de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg zijn in het bijzonder de resultaten betreffende de kwaliteit van de zorgverlening. Doordat in de regio Midden-Holland nog geen onderzoek is uitgevoerd gericht op de uitkomst-, proces- en structuurindicatoren is geen informatie beschikbaar over de verandering in de kwaliteit van de zorg als gevolg van de invoering van de integrale bekostiging. Op basis van de inhoud van de interviews en op basis van het documentenonderzoek is wel voldoende informatie beschikbaar enkele belangrijke consequenties te signaleren. Deze beperking wordt eveneens gesignaleerd in de aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek.

7.4 Conclusie

De conclusie van dit onderzoek gericht op de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging betreft de beantwoording van de geformuleerde deelvragen en het antwoord op de hoofdvraag.

7.4.1 Beantwoording deelvragen

Dit onderzoek gericht op de consequenties van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg bevat verschillende deelvragen.

(1.) Wat is de inhoud van het begrip diabeteszorg? De beantwoording van deze deelvraag is vormgegeven in hoofdstuk 2: Diabeteszorg. Hoofdstuk 3: Integrale bekostiging bevat het antwoord op de tweede deelvraag (2.) Wat is de inhoud van het begrip integrale bekostiging en wat zijn de relevante wijzigingen ten opzichte van de bekostiging van verrichtingen? Hoofdstuk 4: Planning en Control, bevat het antwoord op de derde deelvraag (3.) Wat is de inhoud van het begrip planning en control, en op welke wijze is dit toepasbaar. De laatste twee deelvragen zijn beantwoord in hoofdstuk 6: Resultaten.

Dit betreft deelvraag 4. Op welke wijze is op basis van de bekostiging per verrichting bij de diabeteszorg de planning en control vormgegeven? En deelvraag 5. Welke verandering in de planning en control zijn noodzakelijk als gevolg van de integrale bekostiging. Het antwoord op deze laatste twee deelvragen heeft een directe invloed op de eindconclusie van dit onderzoek, die in paragraaf 7.4.2. wordt gepresenteerd

7.4.2 Beantwoording onderzoeksvraag

Op basis van de bevindingen als gevolg van het empirisch onderzoek en op basis van de inhoud van het literatuuronderzoek zijn de vorenstaande deelvragen beantwoord. Met behulp van deze bevindingen is de volgende centrale onderzoeksvraag te beantwoorden:

“Wat zijn de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg?”

Uit dit onderzoek is gebleken dat de invoering van de integrale bekostiging meerdere effecten heeft op de planning en control van diabeteszorg. De consequenties worden hierna nader toegelicht.

- Juridische entiteit en de samenstelling van zorggroep beïnvloedt de organisatie van de zorg

De keuze van de juridische entiteit van de zorggroep heeft invloed op de organisatie van de diabeteszorg. De keuze de entiteit van een besloten vennootschap (BV) toe te passen is een ander uitgangspunt dan de juridische entiteit van een stichting. Een BV heeft een winstoogmerk en een stichting niet. De keuze van een BV kan opportunistisch gedrag uitlokken, waardoor zorg anders wordt verleend als bedoeld. De keuze de zorggroep te laten bestaan uit één soort discipline heeft eveneens invloed op de organisatie van de zorg. Door de macht aan één discipline toe te kennen worden mogelijk andere disciplines ondergesneeuwd. In een multidisciplinair bestuur, worden alle disciplines in gelijke mate gehoord en worden alle belangen vertegenwoordigd.

- Rol huisarts vergroot

De invoering van de integrale bekostiging heeft (mogelijk) tot een uitbreiding van de taak van de huisarts geleid. Daarbij is de rol die de huisarts voor de invoering van de integrale bekostiging uitvoerde van grote invloed. Vóór de invoering van de integrale bekostiging besteedde een groot aantal huisartsen de coördinatie van de zorg uit aan een facilitaire voorziening (de diabetesdienst). Omdat deze AWBZ gefinancierde voorziening niet langer bestaat, moet de huisarts deze taak zelf uitvoeren. Voorts wordt door deze coördinatie het verantwoordelijkheidsgevoel bij de huisarts vergroot.

- Problemen bij inpasbaarheid huidige bekostigingssysteem

In het huidige bekostigingssysteem van de zorg leidt de horizontale prestatiebekostiging door middel van een keten-DBC tot problemen. Doordat de integrale bekostiging horizontaal en sectoroverstijgend is georganiseerd en het huidige bekostigingssysteem verticaal en sectoraal leidt dit problemen bij

ondermeer de verantwoording van de declaraties. Teneinde te realiseren dat de keten-DBC verantwoord kan worden, is extra werk en daardoor extra geld noodzakelijk.

- Keuzevrijheid patiënt in het geding

Doordat niet alle mogelijke onderaannemers door de zorggroep gecontracteerd worden, is het mogelijk dat een diabetespatiënt niet kan kiezen voor de zorgverlener waar hij mogelijk al jaren zorg van ontvangt. Gesuggereerd wordt dat in de praktijk de patiënt dit recht kan opeisen door mondig te zijn, echter in de werkelijkheid is het een feit dat de keuzevrijheid van de patiënt sterk verminderd is.

- Eenduidigheid in structuur organisatie diabeteszorg

Door de invoering van de integrale bekostiging is een landelijke richtlijn voor diabeteszorg gepubliceerd, de zorgstandaard. Deze zorgstandaard bevat een duidelijke richtlijn waar diabeteszorg aan moet voldoen. De keten-DBC moet al deze zorg bevatten. Daardoor wordt voorkomen dat patiënten tussen 'de wal en het schip raken', anders geformuleerd niet alle zorg verkrijgen waar zij recht op hebben.

De consequenties van deze constatering op de planning en control

De vorenstaande consequenties van de invoering van de integrale bekostiging hebben eveneens consequenties voor de inrichting en de inhoud van de planning en control van de diabeteszorg. Dit betreft in het bijzonder de planning en de beheersing van de organisatie van de zorg.

Ten eerste heeft de invoering van de landelijke Zorgstandaard invloed op de planning en control van de zorg. De diabeteszorg wordt na de invoering van de integrale bekostiging in heel Nederland gepland aan de hand van de Zorgstandaard. De Zorgstandaard bevat de richtlijnen waar de minimale diabeteszorg aan moet voldoen. Voorheen was de NHG-standaard het landelijk protocol. Echter betrof deze standaard uitsluitend de huisartsenzorg. De multidisciplinaire zorg was niet eenduidig vastgesteld. De planning (inrichting) van de diabeteszorg van de andere disciplines was per discipline vastgelegd in regionale protocollen. Door de komst van de Zorgstandaard is de planning van de diabeteszorg overzichtelijker en eenduidiger geworden. De zorgstandaard eist eveneens dat de kwaliteit van de zorg gemeten wordt door middel van proces- structuur- en uitkomstindicatoren. Op deze wijze zal de kwaliteit van de diabeteszorg inzichtelijk worden en beheersbaar zijn.

Voorts heeft de keuze van de samenstelling van de zorggroep invloed op de planning van de diabeteszorg. De mate dat de zorggroep multidisciplinair is ingericht, heeft invloed op de inrichting van de zorg. De planning van de zorg die een diabetespatiënt behoort te ontvangen (gebaseerd op de inhoud van de minimale richtlijnen van de Zorgstandaard) ligt in de handen van of een monodisciplinair team of een multidisciplinair team. Voorheen werd de inrichting van de zorg of door de huisarts uitgevoerd of door de diabetesdienst (diabetesverpleegkundige). De integrale bekostiging schept de mogelijkheid de planning van de zorg meer multidisciplinair aan te pakken, door middel van een multidisciplinaire zorggroep (dat is overigens in Midden-Holland niet het geval).

Op uitvoeringsniveau is de planning van de zorg eveneens veranderd. De planning van de zorg op uitvoeringsniveau wordt uitgevoerd door de behandelend huisarts. Voorheen, zoals eerder gesignaleerd

was de zorg de taak van de huisarts of die in de meeste gevallen door de diabetesdienst werd uitgevoerd.

Via de keten-DBC wordt vooraf een bedrag afgesproken voor de totale diabeteszorg. Dit impliceert dat de kosten en daardoor eveneens de middelen te beheersen zijn. Geen onverwachte kosten zullen ontstaan. Mogelijk is wel dat onverwacht gebruik van middelen bestaat, maar omdat daar geen extra financiering voor beschikbaar komen, moet beheersing daarvan gewaarborgd worden. Een kanttekening dienaangaande is het feit dat het aansluiten bij de integrale bekostiging nog niet verplicht is. Huisartsen worden niet verplicht gesteld zich aan te sluiten bij een zorggroep. Dit impliceert dat de diabeteszorg binnen de zorggroep goed beheersbaar is, maar alle zorg daarbuiten is uitsluitend inzichtelijk voor de zorgverzekeraar. Echter is deze zorg versnipperd en niet inzichtelijk of vergelijkbaar. De integrale bekostiging door middel van een keten-DBC past niet in het huidige zorgbekostigingssysteem. Het declareren van diabeteszorg kost daardoor meer tijd en als consequentie daarvan eveneens meer geld. Het probleem van de inpasbaarheid in het huidige systeem heeft consequenties voor de planning en control van de zorgverzekeraar.

In dit hoofdstuk zijn de in het empirisch onderzoek gevonden onderzoeksresultaten, in een breder kader geplaatst. Dit hoofdstuk beschrijft de koppeling van de resultaten en de in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde theorie. Eveneens is in dit hoofdstuk de onderzoeksvraag beantwoord. In het volgende hoofdstuk worden aanbevelingen gepresenteerd naar aanleiding van het onderzoek naar de consequenties van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg.

Hoofdstuk 8: Aanbevelingen

8.1 Inleiding

Naar aanleiding van het onderzoek betreffende de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging op de planning en control van diabeteszorg, zijn een aantal aanbevelingen te communiceren. Als eerste worden aanbevelingen gecommuniceerd voor de regio Midden-Holland. Voorts worden aanbevelingen gecommuniceerd gericht op vervolgonderzoek betreffende de integrale bekostiging van de diabeteszorg.

8.2 Aanbevelingen betreffende Midden-Holland

Aanbevelingen voor de regio Midden-Holland, naar aanleiding van dit onderzoek, betreffen de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Sprake is van ontevredenheid. Daardoor ontstaan verstoorde werkrelaties, die invloed kunnen hebben op de diabetespatiënten. Bevordering van samenwerking ontstaat als eerste door open te staan voor ieders belangen en doelen. Zoals in het onderzoek gesignaleerd, is de zorggroep in beperkte mate vatbaar voor onderhandelingen. Eveneens gesignaleerd dat een mogelijkheid bestaat dat de diëtist toegevoegd wordt aan het 'quality team', dat is een stap in de goede richting. Een tweede aanbeveling is het verkrijgen van een duidelijker beeld van de kwaliteit van de zorgverlening, betreffende de uitkomst-, de proces- en de structuurindicatoren. Momenteel wordt uitsluitend in beperkte mate de uitkomstindicatoren geanalyseerd. Echter de drie indicatoren zijn essentieel en behoeven meer aandacht.

8.3 Aanbevelingen betreffende vervolgonderzoek

Het empirisch deel van dit onderzoek is uitgevoerd als een casestudie. Dit impliceert dat uitsluitend de diabeteszorg in regio Midden-Holland is onderzocht. Via deze casestudie is veel inzicht verkregen in de planning en control van de diabeteszorg in de regio Midden-Holland. Op basis daarvan is geconcludeerd dat de keuze van de juridische entiteit en de mate van multidisciplinaire expertise van invloed is op de planning en control van de diabeteszorg. Dit onderzoek bevat geen inzicht in de mate dat dit daadwerkelijk tot kwaliteitsverschillen leidt in de zorgverlening aan de diabetes. Een aanbeveling voor volgend onderzoek is deze vraag te beantwoorden. Gericht op dit vervolgonderzoek zou de hoofdvraag kunnen zijn: 'Op welke wijze is de keuze van de juridische entiteit van de zorggroep en van de mate van aanwezigheid van multidisciplinaire expertise binnen de zorggroep van invloed op de kwaliteit van de diabeteszorg?'. De conclusies uit dit onderzoek zouden tot kritische kanttekeningen kunnen leiden betreffende de actuele wetgeving gericht op de diabeteszorg.

Eveneens zou naar aanleiding van dit onderzoek, onderzocht kunnen worden in welke mate de patiënt daadwerkelijk keuzevrijheid heeft betreffende diabeteszorg. Dit onderzoek concludeert dat doordat de zorggroep niet alle zorgaanbieders in de regio contracteert, dit tot een beperking leidt in de keuzevrijheid van de diabetespatiënt. Aan de andere kant bestaat binnen de gezondheidszorg een stijging van de marktwerking. Een aanbeveling voor de hoofdvraag in dit onderzoek zou kunnen luiden: 'In welke mate heeft de marktwerking invloed op het beginsel van keuzevrijheid van de patiënt?'.

Referenties

- Baan, C.A., van Baal, P.H.M., Jabobs-van der Bruggen, M.A.M. et al. 2009a. *Diabetes Mellitus in Nederland: schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025*. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 153 (22).
- Baan, C.A., van Baal, P.H.M., Jabobs-van der Bruggen, M.A.M. et al. 2009b. *Diabetes tot 2025 preventie en zorg in samenhang*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM-rapport 260322004.
- Boeije, H. 2008. *analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Den- Haag: Boom onderwijs. [2005]
- De Wildt, J.E. & Baroch, N. & Maas, L. 2009. *Van zorggroep naar ketenzorg*. Gouda: Sanofi-aventis.
- Dorsten, T. (2005) *De zorg als bedrijf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Groenewegen, J.P.M. (2007). *Transactiekostentheorie en de nieuwe zorgmarkt*. Maandblad voor accountancy en bedrijfseconomie, maart 2007.
- Janssen Duyghuysen, R. 2005. 'Planning & control in zorg: hoe pakt u zorgprocessen en marktwerking bedrijfsmatig aan?'. VPSO BV Vakspecialisten, management kennisbank/ juni.
- Klink, A. & Bussemaker, J. 2008. *Programmatistische aanpak van chronische ziekten*. Ministerie van VWS, Den Haag. (brief d.d. 13 juni, PG/ZP 2.847.918, aan de Tweede Kamer).
- Klink, A. 2008. *De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*. Ministerie van VWS, Den Haag. (brief d.d. 22 december, CK/EKZ/2898021, aan de Tweede Kamer).
- Leeuw. de. T. 2000, *Bedrijfskundig management: primair proces, strategie en organisatie*, Assen: Van Gorcum.
- Lemmens, K.M.M. & Nieboer, A.P. & Schayck, C.P. & Asin, J.D. & Huijsman, R. 2008. *A model to evaluate quality and effectiveness of disease management*. Rotterdam: Erasmus Universitair Medisch Centrum.
- Nederlandse Diabetes Federatie (NDF). 2007. *NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*. Werkendam: Damen.

- Noordegraaf, M & Teeuw, M.M. (2003). *Publieke identiteit. Eigentijds organiseren in de publieke sector*. Bestuurskunde nr. 1, p. 2-13.
- Rosendal, H. & Ahaus, K. & Huijsman, R. & Raad, C. 2009. *Ketenzorg, praktijk in perspectief*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.
- Rutten, G.E.H.M. & Verhoeven, S. & Heine, R.J. & Grauw, W.J.C. de & Cromme, P.V.M. & Reenders, K. & Ballegooie, E van & Wiersma, T.J. 2005. *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2*. Utrecht: Bunge.
- Seesing, F. & Raats, I. (2009). *Gezamenlijk medisch consult, een praktische handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Struijs, J.N. & Til, J.T. van & Baan, C.A. 2009. *Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (RIVM-rapportnummer: 260014001).
- Swanborn, P.G. (2006). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom. [2002]
- Van der Aa, A. & Konijn, T. 2001. *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Het ontwikkelen van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken*. Utrecht: Lemma.
- Van der Ven, A. 2008. *Interne beheersing. Het Rabbit Hill model*. Hendrik Ido Ambacht. Tweede druk.
- Vrijhoef, H.J.M. & Steuten, L.M.G. 2006. 'Innovatieve zorgconcepten op een rij: ketenzorg'. TSG (jaargang 84)/ 2006 nummer 3: 181-182.
- Williamson, O.E. (1975). *Markets and Hierarchies*. New York: Free Press.

Websites

- Diabetesfonds, website van het diabetesfonds Nederland; www.diabetesfonds.nl
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; www.minvws.nl
- RIVM, website van het rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu; www.rivm.nl
- Zorgverzekeraars Nederland; www.zn.nl

- Rijksoverheid, website van de Nederlandse overheid; www.rijksoverheid.nl

Interne documenten

- Diabetesdienst Midden-Holland, gebruikersgids. 2010
- Diabetesprotocol, behoort bij werkdocument DBC. 2008
- Ketenovereenkomst Diabetesdienst Midden-Holland. 2009