

CPB Memorandum



Sector : 2
Afdeling/Project : Zorg\AWBZ
Samensteller(s) : Esther Mot
Nummer : 147
Datum : 15 september 2005

Samenhang tussen AWBZ en andere voorzieningen

Samenvatting

- De samenhang in de zorg tussen en binnen curatieve zorg, AWBZ-zorg en overige voorzieningen is van belang voor de kwaliteit en waarschijnlijk ook voor de doelmatigheid. Dit is aangetoond voor CVA, maar geldt waarschijnlijk voor meer aandoeningen (zoals diabetes en dementie) en beperkingen die met ouderdom te maken hebben.
- Deze samenhang is echter nog niet voldoende tot stand gekomen. Er zijn wel allerlei enthousiaste initiatieven voor ketenzorg, maar die zijn niet structureel verankerd in de Nederlandse gezondheidszorg. Vaak zijn die initiatieven te veel afhankelijk van het enthousiasme van een enkeling, en komt de ervaring die men heeft opgedaan niet verder dan de eigen regio.
- Het gaat om een relatief nieuw verschijnsel waar de kwaliteitswetgeving niet op ingesteld is. Daarom is de verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van samenhang in de zorg niet duidelijk geregeld. Verder is niet altijd duidelijk welke zorg onder welke regeling zou moeten vallen.
- Bij ketenzorg ligt de nadruk op specifieke aandoeningen; het is niet duidelijk of er voldoende aandacht is voor de samenhang in de zorg bij mensen die vanwege ouderdom met beperkingen te maken hebben.
- Zorgkantoren hebben geen duidelijke taak bij het aanbrengen van samenhang tussen de AWBZ en andere regelingen.
- De taak van indicatiestellers is formeel duidelijk geregeld: er moet eerst bekeken worden of mensen niet buiten de AWBZ terecht kunnen (de zogeheten voorliggende voorzieningen), maar als het om algemene voorzieningen gaat moet de indicatiesteller wel nagaan of die voorzieningen ook echt een oplossing bieden. Niet alle indicatiestellers doen dit. Als ze het wel doen bestaat nog steeds de mogelijkheid dat de zorgvrager in de problemen komt door het tekortschieten van wettelijke voorzieningen voor zijn probleem (bv de ZFW).
- Het zijn in de eerste plaats de zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor de samenhang in de zorg. Naast gebrek aan ervaring en deskundigheid op het punt van ketenzorg, worden zij echter ook belemmerd door verkeerde financiële prikkels en het feit dat het veel moeite kost om samenwerking te organiseren. Deelnemers aan ketenzorg kunnen financieel nadeel lijden door het slecht op elkaar afgestemd zijn van financiering, honoreringssystemen en eigen bijdragen onder verschillende regelingen.
- Voor de patiënten is moeilijk te overzien wat voor zorg ze zouden moeten krijgen en wanneer.

Concluderend, de samenhang in de zorg vertoont problemen op het gebied van afbakening van verantwoordelijkheden, kennis en deskundigheid, financiering en afstemming van regelingen (voor zaken als eigen bijdragen en honoreringssystemen).

1 Inleiding

Dit memorandum gaat in op de samenhang tussen AWBZ-zorg voor ouderen en andere voorzieningen die voor ouderen van belang zijn om goed te kunnen functioneren. Het gaat daarbij om een breed palet aan voorzieningen. Niet alleen curatieve zorg is relevant, maar ook de aanwezigheid van geschikte huisvesting, welzijndiensten zoals voeding en alarmering, geschikt vervoer en zelfs de veiligheid in de buurt kunnen een rol spelen. De samenhang kan zowel van belang zijn tussen verschillende voorzieningen die op een bepaald tijdstip allemaal nodig zijn als in de tijd; waarbij de overgang naar een andere voorziening goed geregeld moet zijn.

Als de samenhang van AWBZ-zorg met andere regelingen niet goed is gewaarborgd, kan dit leiden tot verlies aan doelmatigheid en kwaliteit binnen de AWBZ en binnen andere regelingen. Bijvoorbeeld, een oudere is eerder dan nodig op intramurale zorg aangewezen omdat passende extramurale huisvesting moeilijk te realiseren is. Of iemand blijft te lang in het ziekenhuis liggen omdat er nog geen plaats is op een revalidatie-afdeling of in een verpleeghuis (de ‘verkeerde bedden’ problematiek).

De vraag die we in dit memorandum willen beantwoorden is of het hier om een belangrijk probleem gaat dat een plaats dient te krijgen binnen de diagnose van de AWBZ: *in hoeverre treedt er verlies aan kwaliteit en doelmatigheid op door problemen met de afstemming?* Een uitgebreide analyse van de omvang van dit verlies en de oorzaken valt buiten het bestek van deze notitie. Dit vormt een afzonderlijk onderdeel van het onderzoek waarvoor opdracht is gegeven aan iBMG.

We gebruiken in dit memorandum een analysekader met de volgende stappen:¹

1. taakverdeling
2. prestaties
3. prikkels
4. diagnose

Een indeling in deelmarkten is voor deze analyse niet nodig, omdat juist de samenhang tussen verschillende soorten zorg het onderwerp is.

¹ Zie CPB Memorandum “Diagnose AWBZ ouderenzorg” voor een beschrijving van het analysekader.

2 Taken en verantwoordelijkheden mbt samenhang

In deze stap gaan we na of de taken en verantwoordelijkheden goed zijn verdeeld als het gaat om de samenhang.

Tabel 2.1 Taakverdeling op het punt van samenhang tussen AWBZ en andere regelingen

Wetgever	Regels over samenhang tussen AWBZ en andere regelingen
CIZ	Indicatiestelling: dient na te gaan of er naast AWBZ andere mogelijkheden zijn om de vrager te helpen; kijkt alleen bij algemeen gebruikelijke voorzieningen of deze ook werkelijk beschikbaar zijn
Zorgkantoor	Doelmatig inkopen van voldoende AWBZ-zorg van voldoende kwaliteit
Zorgaanbieders	Leveren van verantwoorde zorg
Patiënten	Zelf zoveel mogelijk samenhang in de zorg bewerkstelligen

Overheid

Een eerste relevante partij is de overheid: deze maakt de regels die duidelijk moeten maken hoe de samenhang is tussen de verschillende regelingen. Volgens CVZ (2004) is op basis van de functiegerichte aanspraken onvoldoende duidelijk welke zorg onder de AWBZ valt en welke onder andere regelingen. Toen de bekostiging uit de AWBZ nog aan instellingen was opgehangen was dit duidelijker. Het Besluit Zorgaanspraken AWBZ lijkt in lid 1 van artikel 2 twijfel weg te nemen, aangezien een aantal aanspraken wordt opgesomd waar de verzekerde recht op heeft “behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling”. Echter, in de Ziekenfondswet wordt bij samenloop van beide wetten weer voorrang gegeven aan de AWBZ. In de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) zal deze voorrangsregel niet terugkomen. In principe zou dan dus de ZVW voorgaan. Dat wil echter nog niet zeggen dat altijd duidelijk is onder welke regeling een bepaalde aanspraak zal vallen, aangezien een aantal aanspraken zowel in de ZVW als in de AWBZ functiegericht zijn geformuleerd. Ook in de Welzijnswet wordt voorrang gegeven aan de AWBZ voor verslavingsbeleid en welzijn ouderen. De afbakening van de AWBZ is volgens CVZ niet alleen onduidelijk met de Welzijnswet en de Zfw, maar met nog een aantal regelingen (zie bijlage 1). Hier zit dus een probleem. CVZ doet ook suggesties om dit probleem op te lossen.

CIZ

Het CIZ heeft natuurlijk in de eerste plaats de taak om indicaties te stellen voor AWBZ-zorg. Daarnaast bekijkt het CIZ wat een zorgvrager eventueel meer nodig heeft dan alleen AWBZ-zorg en kan hier ook advies over geven. In artikel 6 en 13 van het Zorgindicatiebesluit staat hierover het volgende:

Artikel 6

Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- a. de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- b. de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem;
- c. de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- d. het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- e. de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- f. de aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp en zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan.

Artikel 13, lid 3:

Indien een indicatieorgaan van mening is dat andere professionele zorg dan de zorg, bedoeld in artikel 2, noodzakelijk, dan wel mede noodzakelijk is, geeft het indicatieorgaan daarover zo mogelijk advies.

Over de verantwoordelijkheid voor de samenhang tussen verschillende regelingen is bij de indicatiestelling dus wel iets geregeld: aan de indicatiesteller wordt expliciet gevraagd om ook naar relevante voorzieningen buiten de AWBZ te kijken.

Vanuit het oogpunt van de zorgvrager kan er nog wel iets mis gaan bij de zogeheten voorliggende voorzieningen; dit zijn voorzieningen waar een zorgvrager eerst een beroep op zou moeten doen voor de AWBZ. Pas als dit niet mogelijk is, zou AWBZ-zorg in aanmerking komen. Er worden twee soorten voorliggende voorzieningen onderscheiden. Volgens het werkdocument Gebruikelijke Zorg vallen deze uiteen in algemeen gebruikelijke voorzieningen en wettelijke voorliggende voorzieningen. Bij de eerste valt te denken aan zaken als boodschappendienst, wasserij en kinderopvang. De indicatiesteller moet nagaan of deze voorzieningen ook werkelijk beschikbaar zijn en adequaat zijn voor de zorgvraag. Voor de wettelijke voorzieningen hoeft dit niet te worden nagegaan. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de Zfw, de ziektekostenverzekeringen en de Welzijnswet. Dus als bijvoorbeeld een ziekenfonds in gebreke blijft, is dat geen reden om AWBZ-zorg te indiceren. Dit kan echter wel een probleem voor de zorgvrager opleveren.

Zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende AWBZ-zorg van goede kwaliteit. Een van de elementen van goede kwaliteit van zorg is volgens CVZ (2004c) dat verschillende vormen van zorg op elkaar zijn afgestemd. De taken van het zorgkantoor liggen

echter binnen de verzekerde zorg. Het hoeft dus niet over de grenzen van het compartiment te kijken. Wel stelt CVZ het zorgkantoor voor om bij het selecteren van aanbieders de bereidheid tot het werken aan ketenzorg als een van de criteria te hanteren.² De zorgkantorfunctie wordt meestal uitgevoerd door een grote zorgverzekeraar in de regio. Deze is er voor zijn eigen verzekerden verantwoordelijk voor dat er voldoende curatieve zorg wordt ingekocht. Het zorgkantoor heeft formeel geen verantwoordelijkheid om curatieve zorg en AWBZ-zorg en andere regelingen op elkaar af te stemmen. Ook in het convenant zijn daarover geen afspraken gemaakt.³

Zorgaanbieders

Aanbieders zijn er verantwoordelijk voor dat zij zorg van goede kwaliteit leveren. In de kwaliteitswet zorginstellingen staat dat zij verantwoorde zorg moeten aanbieden, dat wil zeggen “zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt”. (art. 2) De kwaliteitswet geeft niet expliciet aan of dit betekent dat instellingen ook verantwoordelijk zijn voor een goede afstemming van zorg met andere aanbieders.⁴ Deze wet is gericht op individuele instellingen en niet op zorgketens. De minister van VWS gaat er blijkens een aanwijzing op grond van de kwaliteitswet zorginstellingen wel van uit dat de wet ook betrekking heeft op ketenkwaliteit.⁵ In ieder geval geldt volgens IGZ (2003) dat adequate overdracht tot de standardeisen voor verantwoorde zorg behoort. Aangezien niets expliciet in de wet staat over afstemming in de keten, is het de vraag of deze verantwoordelijkheid altijd voldoende duidelijk is voor zorgaanbieders.

Patiënten

De patiënt heeft geen formele verantwoordelijkheid voor de samenhang van AWBZ-zorg met andere regelingen. Hij heeft er wel belang bij dat deze samenhang goed is. Van mondige patiënten kan ook verwacht worden dat ze zich hier zelf voor inzetten. Voor meer kwetsbare groepen patiënten kan dit een probleem zijn.

Conclusie taken en verantwoordelijkheden

De regelgeving maakt onvoldoende duidelijk welke zorg onder welke regeling valt. Verder is de verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van samenhang in de zorg niet duidelijk geregeld.

² Onder ketenzorg verstaat IGZ (2003): het samenhangende geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders bij één lijder aan een bepaalde ziekte.

³ Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren, 19 maart 2003

⁴ Dit is bij de bespreking van de wet in de Tweede Kamer wel aan de orde geweest, maar de regering gaf toen aan dat men de samenhang in de zorg liever in een breder kader dan de Kwaliteitswet wilde bespreken.

⁵ Minister van VWS, Aanwijzing inzake ketenkwaliteit Regio Haagrand, 30 maart 2001

3 CIZ

3.1 Prestaties

CVZ (2004) krijgt inzicht in de indicatiepraktijk doordat geschillen over indicaties aan het CVZ worden voorgelegd. Uit deze geschillen blijkt dat de indicatie-organen niet altijd nagaan of algemene voorzieningen ook daadwerkelijk beschikbaar zijn, terwijl ze dit wel zouden moeten doen. In het algemeen merkt CVZ op over de besluiten (p.77): *Lang niet alle indicatieorganen hebben voldoende juridische kennis in huis. Veel opmerkingen in de adviezen gaan over het onvoldoende zorgvuldig voorbereiden van het besluit of onvoldoende motivering daarvan. De medische beoordeling is in veel gevallen onvoldoende bij de indicatiestelling betrokken.*

Uit onderzoek van Wolffensperger et al (2004) naar de effecten van het werkdocument Gebruikelijke Zorg blijkt dat indicatiestellers verschillend met algemeen voorliggende voorzieningen omgaan bij een casus waarin voor een van de kinderen geen kinderopvang beschikbaar is, terwijl dat gezien de situatie in het gezin wel nodig zou zijn. Iets meer dan de helft van de indicatiestellers vindt dit reden om een beroep op de AWBZ te doen, de rest niet. De onderzoekers schrijven dit toe aan verschillende normatieve grondslagen. Het is opmerkelijk als hier sprake van is, want het werkdocument Gebruikelijke Zorg is hier duidelijk over: als de algemene voorzieningen geen oplossing bieden, moet er AWBZ-zorg komen. Zorgvragers kunnen in de problemen komen door een gat tussen voorliggende voorzieningen en de AWBZ. De kans dat dit gebeurt is waarschijnlijk groter geworden door de aanscherping van de indicatiestelling die heeft plaats gevonden. Wolffensperger et al concluderen : *Voorliggende voorzieningen als WVG, Gemeentelijke Vervoersvoorzieningen, Kinderopvang, Maatschappelijk Werk en Onderwijsvoorzieningen worden veel explicieter dan voorheen vooraf getoetst en op een AWBZ-aanvraag in mindering gebracht. Voor de cliënt wordt het lastiger een goede oplossing voor de problemen te vinden. De indicatieadviseur moet soms in zeer schrijnende gevallen toch 'nee' verkopen.* (p. 4)

3.2 Prikkel

Het CIZ heeft een prikkel om op samenhang te letten bij de indicatiestelling omdat dit is vastgelegd in regels en protocollen. Een van de redenen dat in een eerder stadium de gemeenten de verantwoordelijkheid hadden gekregen voor de indicatiestelling in de AWBZ is dat men integraal wilde kunnen indiceren, niet alleen voor de hele AWBZ, maar ook in samenhang met wonen, WVG en welzijn (VWS, 2004b). Bij het centraliseren van de indicatiestelling vanaf 1 januari 2005 was nog steeds het streven om aan te sluiten bij lokale netwerken en zorgklokken. Het is niet duidelijk in hoeverre dit ook echt uit de verf komt. Bij de invoering van de WMO wil

VWS stimuleren dat er voor burgers één lokaal loket komt waar ze met al hun vragen over zorg, wonen en welzijn terecht kunnen (VWS,2005b).

Een financiële prikkel voor samenhang heeft het CIZ niet: het draagt immers geen financiële verantwoordelijkheid voor de gevolgen van de indicaties die het stelt. Het CIZ heeft wellicht een praktische prikkel om niet te veel naar algemene voorliggende voorzieningen te verwijzen; de indicatiestellers moeten dan immers uitzoeken of deze voorzieningen ook echt beschikbaar zijn en een goede oplossing vormen.

Het CVZ oefent een zekere controle uit op een deel van de indicatiestelling, namelijk daar waar er sprake is van geschillen. In veel gevallen vraagt het CIZ over een bezwaarschrift eerst advies aan het CVZ. Pas daarna neemt ze een besluit.⁶ Als een verzekerde na het onafhankelijk advies van CVZ nog steeds problemen heeft met de beslissing, kan hij of zij naar de rechter stappen.

4 Zorgkantoor

4.1 Prestaties

Het CTZ is bezig om prestatie-indicatoren voor zorgkantoren te ontwikkelen (zie o.a. CTZ, 2005). Het normenkader voor de inkoop van zorg is nog in ontwikkeling. CTZ (2005) merkt over de samenhang in de zorg alleen op: “Ook het stimuleren van samenhang en samenwerking in de zorgketen is voor de zorgkantoren van belang.” We weten dus eigenlijk alleen dat zorgkantoren wel aandacht besteden aan dit onderwerp: wat hun prestaties zijn weten we niet.

4.2 Prikkel

Het zorgkantoor is als belangrijke zorgverzekeraar in de regio voor een belangrijk deel risicodragend voor de kosten van curatieve zorg. Dit kan een prikkel zijn om kosten af te wentelen van de ziektekostenverzekering naar de AWBZ (RVZ, 2001). Op de AWBZ loopt het zorgkantoor immers geen risico. Mogelijk is deze prikkel minder geworden omdat de zorgkantoren momenteel met een regiobudget werken voor de AWBZ. Met dit budget moeten ze proberen uit te komen en toch hun zorgplicht voor de verzekerden te vervullen. Dit kan een prikkel zijn om in geval van twijfel voorzieningen uit een andere regeling dan de AWBZ of de ZFW te laten betalen. Te denken valt dan aan regelingen als de Welzijnswet, de REA, de WSW en de Onderwijswet.

⁶ Komt het College voor zorgverzekeringen niet binnen tien weken tot een advies, dan kan het CIZ het bezwaarschrift zelf afhandelen. Bron: www.ciz.nl

Als een zorgkantoor graag een goede indruk op de verzekerden wil maken met het oog op zijn concurrentiepositie in het tweede compartiment, zal het zijn best doen om voor samenhang in de zorg te zorgen.⁷

5 Zorgaanbieders

5.1 Prestaties

Voor de aandoening die in Nederland het best onderzocht lijkt te zijn, CVA, is duidelijk dat ketenzorg positieve effecten heeft.⁸ Het doorbraakproject voor het organiseren van ketenzorg bij beroerten heeft geleid tot een daling van de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen van bijna 40% (van 19,2 naar 12 dagen), een halvering van het aantal verkeerde beddagen, en een snellere doorstroming vanuit het verpleeghuis.⁹ De toepassing van trombolysen¹⁰ is verbeterd: het gemiddelde percentage getrombolyseerde patiënten verdubbelde in de regio's die zich hierop toededen.¹¹ Hierdoor verbeterde de kwaliteit van zorg. Dit kan overigens ook leiden tot een belangrijke daling in de benodigde AWBZ-uitgaven, omdat permanente schade (deels) voorkomen kan worden.

Voor diabetes lijkt het waarschijnlijk dat ketenzorg positieve effecten zal hebben. Bij diabetes is er veel kennis over wat een goede behandeling is. Dirkmaat et al. (2003) rekenen intensieve bloeddruk controle en intensieve controle van bloed glucose waarden bij diabetespatiënten tot de programma's die zeer kosteneffectief zijn of zelfs kostenbesparend. De beschikbare kennis wordt echter onvoldoende toegepast: slechts een derde van alle diabetespatiënten krijgt de juiste behandeling volgens VWS (2004).¹² Dit betekent dat betere diabeteszorg in eerste instantie c.p. tot een flinke kostenstijging zal leiden (Taakgroep programma diabeteszorg, 2004). De taakgroep geeft aan dat het inhoudelijk mogelijk is taken te verschuiven naar minder hoogopgeleide zorgverleners (inclusief de patiënt zelf), waardoor de problemen van de stijgende kosten en het tekort aan bepaalde zorgverleners kunnen worden ondervangen. Op termijn resulteert een aanzienlijke gezondheidswinst en volgens VWS(2004) ook een daling van

⁷ Dit hoeft niet tot grotere doelmatigheid te leiden; men kan zich vooral op patient-teverdenheid richten.

⁸ Ketenzorg is ziekte-specifiek gedefinieerd. Dit lijkt niet helemaal aan te sluiten bij een algemeen begrip als ouderenzorg. Toch is ook de zorg voor ouderen meestal gebaseerd op een bepaalde ziekte of aandoening. De gronden om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen zijn een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem. Alleen de laatste grond heeft niet direct met een ziekte of aandoening te maken.

⁹ Van Splunteren, Minkman en Huijsman (2004)

¹⁰ Bij een herseninfarct is een bloedvat in de hersenen door een stolsel afgesloten. Het oplossen van dit stolsel met medicijnen heet trombolysen. Trombolysen na een herseninfarct, mits toegediend binnen 3 uur na het ontstaan van de eerste verschijnselen van het herseninfarct, bevordert het herstel. Op die manier zal de bloedstroom in het getroffen hersengebied zich herstellen en blijft de schade voor de patiënt beperkt. Bron: De Nederlandse Hartstichting

¹¹ Factsheet CVA-ketenzorg, CBO, oktober 2004

¹² Tijdens een recent gehouden congres over diabeteszorg bleek dat er bij zorgaanbieders veel twijfels zijn over dit cijfer.

de kosten doordat complicaties worden voorkomen.¹³ VWS verwacht dat de kwaliteit van de diabeteszorg kan worden verbeterd door deze duidelijker als ketenzorg te organiseren; dit zou voor een belangrijk deel in de eerste lijn moeten gebeuren. In 5.2 wordt verder ingegaan op de manier waarop men dit wil bereiken.

Het belang van ketenzorg bij chronische ziekten wordt breed onderkend, namelijk door patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars en politiek (IGZ, 2003). Er zijn dan ook vele initiatieven op dit terrein. Baan et al (2003) hebben uit literatuur onderzoek en enquêtes een groot aantal regionale afstemmingsafspraken gevonden voor chronische ziekten. Zo zijn op grond van enquêtes 64 regionale afspraken voor dementie gevonden, 93 voor beroerte, 66 voor diabetes, 55 voor COPD en 26 voor reuma. Het bestaan van afspraken zegt echter niet alles over de mate waarin de ketenzorg echt goed is georganiseerd. IGZ (2003) concludeert dat ketenzorg onvoldoende van de grond komt. Het organiseren van ketenzorg hangt vaak te veel op enkele enthousiaste individuen die hier veel moeite voor moeten doen. Er is weinig uitwisseling tussen regio's dus het wiel wordt steeds opnieuw uitgevonden. Er is niet voldoende deskundigheid over ketenzorg en de afbakening van taken en verantwoordelijkheden in de keten is niet goed geregeld. De systematische kwaliteitsbewaking van de ketenzorg is nauwelijks ontwikkeld. De financiering is niet goed toegesneden op ketenzorg, omdat deelnemers uit verschillende regelingen worden gefinancierd en financiering in een aantal gevallen tijdelijk is (bv bij zorgvernieuwingprojecten). Financiering kan dus een knelpunt zijn. Dit geldt ook als ketenzorg uiteindelijk voor de keten als geheel goedkoper zou zijn, omdat er niet met geld geschoven kan worden binnen de keten (zie 5.2 over prikkels).

Een interessant voorbeeld van verwarring over de financiering (en van botsing met AWBZ-regels) deed zich voor het bij Matadorproject voor transmurale diabeteszorg in Zuid-Limburg. Het CVZ vroeg zich af of niet ten onrechte zorg in rekening was gebracht bij de AWBZ, die eigenlijk ziekenhuisverplaatste medische specialistische zorg was. De resultaten van het hier op volgende onderzoek door CTZ (2004) zijn beschreven in onderstaand kader.

¹³ Het verbeteren van de bloedsuikercontrole en het behandelen van hypertensie zouden 160 mln euro per jaar aan uitgaven schelen.

Onderzoek door CTZ naar diabetesproject Zuid-Limburg

Het project kent verschillende financieringsbronnen: de AWBZ, de ZFW (Locale Productiegebonden Component), ZON en een bijdrage uit de reserve ex-vrijwillige verzekering. De vraag die CVZ opwierp, was of er niet teveel zorg ten laste van de AWBZ was gebracht. De partijen in het project hebben geen beroep gedaan op de subsidieregeling flexizorg, omdat ze huiverig waren voor een onzekere financiering via een regeling die jaarlijks werd herzien. Van de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering hebben ze geen gebruik gemaakt omdat die bij het begin van het project nog niet bestond. Volgens CTZ is theoretisch duidelijk welke zorg ten laste van de AWBZ moet komen. Dit hangt niet af van het dienstverband van de diabetesverpleegkundigen zoals sommige deelnemers aan het project dachten. Het gaat er om onder wiens verantwoordelijkheid en waar de zorg wordt gegeven. Verpleegkundig handelen in de thuissituatie onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts valt onder de AWBZ. Een praktisch probleem was dat niet duidelijk was hoeveel uren de verpleegkundigen aan deze zorg hadden besteed en hoeveel uren aan zorg die in het tweede compartiment hoort (bv behandeling door de diabetesverpleegkundige in de omgeving van de huisarts). Het was dus in feite niet mogelijk om vast te stellen of de declaraties juist waren ingediend. CTZ heeft een inschatting gemaakt van het aandeel uren dat aan verschillende activiteiten was besteed en kwam tot de conclusie dat het beslag op de AWBZ waarschijnlijk wel ongeveer klopte.

Op twee andere punten had men zich echter niet aan de AWBZ-regels gehouden. Ten eerste had men geen eigen bijdrage bij de patiënten in rekening gebracht om geen drempels op te werpen voor de instroom en om administratieve rompslomp te voorkomen. Voor het eerste jaar was dit geen probleem omdat de zorg benoemd werd als het product AIV (Advies, Instructie of Voorlichting), waar geen eigen bijdrage voor verschuldigd is. Vanaf het tweede jaar bracht men gespecialiseerde verpleegkundige zorg in rekening, omdat het tarief voor AIV niet kostendekkend was en binnen AIV geen medische handelingen mogelijk zijn. Het AZM betaalde toen de eigen bijdrage zoals die door het zorgkantoor was geschat (11.200 euro in 2002). Het CTZ vond deze handelwijze niet juist omdat sommige categorieën patiënten dan wel een eigen bijdrage moeten betalen en andere niet.

Ten tweede waren er geen indicaties afgegeven voor de AWBZ-zorg. Voor AIV was dit geen probleem omdat VWS had ingestemd met een CTG-richtlijn die dit mogelijk maakte. Voor gespecialiseerde verpleegkundige zorg was het wel een probleem. Het ging namelijk om een zeer groot aantal indicaties voor een zeer beperkt aantal uren zorg per persoon, wat de indicatiestelling zeer onpraktisch maakte. Het zorgkantoor en Groene Kruis Zorg gingen er van uit dat dit probleem was opgelost door een protocol dat het RIO had opgesteld voor groepsgewijs indiceren. Later bleek dat dit protocol nooit was opgesteld.

Het gebruik van intramurale ouderenzorg wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door dementie: meer dan de helft van plaatsen in verpleeghuizen is bezet door dementiepatiënten en bijna 30% van de plaatsen in verzorgingshuizen (Baan et al., 2003 en Douven et al., 2004). Ook bij de dagbehandeling in verpleeghuizen heeft dementie een groot aandeel. Het is dan ook interessant om in onderstaand kader nader op de samenhang in de zorg bij dementie in te gaan.

Ketenzorg bij dementie

Bij de 64 gevonden regionale afstemmingsafspraken zijn vooral betrokken: verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, huisartsen, gefuseerde GGZ-instellingen en RIAGG's. Ongeveer tweederde van de patiënten woont thuis, en wordt door mantelzorgers verzorgd (bijvoorbeeld partner of dochter). De mantelzorgers kunnen worden ondersteund door de thuiszorg en door dagbesteding in een verpleeghuis. Een goede ondersteuning kan er voor zorgen dat een opname uitgesteld of voorkomen wordt. Op de huisartsen na worden nu nog alle genoemde aanbieders uit de AWBZ gefinancierd. Door de overheveling van delen van de GGZ neemt de variatie in financieringsbronnen toe. Hierdoor zouden de financieringsproblemen bij ketenzorg erger kunnen worden. De regionale afspraken gaan vooral over patiëntgerichtheid, de inhoud van de zorg en de taakafbakening tussen zorgverleners. Doelmatigheid komt niet expliciet als onderwerp aan de orde. Wel wordt bij 15 van deze afspraken kostenbesparing als doel genoemd. Bij de 12 afspraken hiervan waarbij men over resultaten beschikt, blijkt in de helft kostenbesparing te zijn gerealiseerd (dus bij 6 van de 64 afspraken is bekend dat er kostenbesparing is gerealiseerd). Veel vaker genoemde doelen zijn een meer doeltreffende behandeling, meer patiëntgerichtheid, een verkleining van de kloof tussen zorgvraag en -aanbod en betere informatie-uitwisseling tussen de behandeling tussen zorgaanbieders. Een meer doeltreffende behandeling en verbetering van de informatie-uitwisseling kunnen ook positieve gevolgen hebben voor de doelmatigheid, afhankelijk van hoe dit precies wordt ingevuld. De deelnemers aan de afspraken weten niet altijd of deze doelen ook zijn gerealiseerd. Waar ze dat wel weten zijn de doelen in een groot deel van de gevallen behaald.

5.2 Prikkel

Vanuit de regelgeving krijgen zorgaanbieders geen duidelijke prikkel om samenhang in de zorg te realiseren omdat de regels niet toegesneden zijn op ketenzorg. Deze richten zich op de kwaliteit en verantwoordelijkheid van individuele instellingen en aanbieders. VWS tracht wel om ketenzorg te stimuleren door bijvoorbeeld het laten opstellen van het Landelijk Dementie Programma en het programma "Diabeteszorg beter". Dit laatste programma richt zich onder andere op de financiering van de diabeteszorg door het ontwikkelen van een keten DBC-diabetes en het experimenteren daarmee bij koploperprojecten. Voor de tweede lijn bestaat al een diabetes DBC. Veel diabetes-zorg kan echter (grotendeels) in de eerste lijn plaatsvinden in samenwerkingsverbanden van bijvoorbeeld huisartsen, praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, optometristen, podotherapeuten, internist/diabetoloog etc. (zie bv NDF, 2004) De zorgverzekeraar kan bij zo'n samenwerkingsverband veel gemakkelijker en gericht inkoop met een keten-DBC dan als hij met ieder deeltje van de keten afspraken zou moeten maken. Bovendien leent de huidige honoreringsstructuur van huisartsen (vast bedrag per Zfw-verzekerde) zich daar niet echt voor.

Er kan verder een praktische prikkel zijn om tot ketenzorg te komen uit de extramuralisering: het hele pakket van zorg dat sommige mensen nodig hebben is extramuraal alleen goed te leveren als aanbieders samenwerken of fuseren. Daarnaast kan er een commercieel motief zijn: als mensen er prijs op stellen om hun zorg geïntegreerd aangeboden te krijgen is dit een manier om klanten te trekken en te houden.

Of een instelling een financiële prikkel heeft voor ketenzorg over de schotten heen, hangt maar net van de wijze van financieren af. Voor een ziekenhuis zou het bv voordelig kunnen zijn als een CVA-patient veel sneller naar een revalidatie-afdeling of een verpleeghuis kan, zolang de beloning van het ziekenhuis niet van het aantal ligdagen afhangt (zoals bij DBC's)¹⁴. Voor een verpleeghuis zou het juist nadelig kunnen zijn als men sneller een patiënt binnenkrijgt waar men veel werk aan heeft als daar in de vergoeding geen rekening mee wordt gehouden. Er bestaat echter wel een CVA-toeslag voor verpleeghuiszorg.¹⁵ Uit de Edisse-studie blijkt inderdaad dat de kosten in het ziekenhuis daalden, terwijl de kosten thuis en in verpleeghuis en revalidatie-instelling toenamen (Steinbusch et al, 2005).¹⁶ In zo'n geval zou eigenlijk geld overgeheveld moeten worden over het schot van eerste en tweede compartiment heen. Niet alleen is dat moeilijk, maar ook zou het ziekenhuis dan wellicht minder enthousiast zijn over ketenzorg. Steinbusch et al pleiten voor een transmurale DBC voor CVA-ketenzorg. Een ander voorbeeld van een verkeerde financiële prikkel is een huisarts die de diabeteszorg voor een ZFW-verzekerde van een specialist overneemt. De huisarts heeft dan wel meer werk maar niet meer honorarium onder het abonnementssysteem.¹⁷

6 Patiënten

6.1 Prestaties

Formeel hoeven patiënten geen prestaties te leveren. Als het gaat om samenhang in de zorg hebben ze er wel voordeel van als ze goed hun weg kunnen vinden in verschillende regelingen, goed kunnen organiseren en assertief zijn. Zeker als er een gat valt tussen voorliggende voorzieningen en de AWBZ is dit van belang. Patiënten kunnen er voor kiezen om met een PGB zelf zorg in te kopen om de samenhang in de zorg te verbeteren. Bij een PGB zijn er meer mogelijkheden tot flexibiliteit dan bij zorg in natura.

6.2 Prikkels

De patiënt heeft een sterke prikkel om de samenhang in de zorg te bevorderen. Deze samenhang kan immers leiden tot allerlei gunstige effecten voor de patiënt: minder fouten, minder

¹⁴ De DBC is een stimulans om de keten binnen het ziekenhuis zo doelmatig mogelijk te organiseren.

¹⁵ De basisfinanciering van verpleeghuizen staat nu nog los van zorgzwaarte. Het verpleeghuis ontvangt een vergoeding voor kapitaallasten, een bedrag per bed en een bedrag per verpleegdag. Er bestaan echter tarieven voor aanvullende zorg (bovenop de basiszorg) voor patiënten die wel geïndiceerd zijn voor verblijf maar niet voor behandeling. Het tarief voor aanvullende zorg somatisch bijvoorbeeld is in 2005 44,30 euro per dag. Verder bestaan er zorgzwaartetoelagen voor mensen met een zeer hoge zorgvraag (o.a. comapatiënten) en een toeslag voor jongeren met niet aangeboren hersenletsel, een CVA- toeslag en een AIDS-toeslag.

¹⁶ De totale kosten bleven ongeveer gelijk, waarbij de resultaten beter waren.

¹⁷ Het voorgestelde nieuwe honoreringssysteem voor huisartsen met een combinatie van abonnement en een tarief per consult is meer bevorderlijk voor zo'n wijziging.

doublures, betere medisch-inhoudelijke zorg, meer kans om thuis te blijven wonen etc. Wat betreft de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg is voor de patiënt niet zo makkelijk om vast te stellen wat nodig is voor een hoge kwaliteit (zoals stroke service). Hier ligt een duidelijke taak voor zorgaanbieders en verzekeraars, maar ook voor patiëntenverenigingen. Een andere prikkel voor de patiënt is dat hij zal proberen zijn eigen bijdrage zo laag mogelijk te houden. In de AWBZ bestaan inkomensafhankelijke eigen bijdragen. In de ZFW speelden die tot voor kort helemaal geen rol. Vanaf 2005 is een no-claimteruggaveregeling ingevoerd. Voor veel ouderen zal echter gelden dat ze hun no-claim sowieso volmaken (bv met geneesmiddelen), waardoor hier weinig effect meer van uitgaat. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat een patiënt liever naar het ziekenhuis gaat voor diabeteszorg, ook al zou verpleegkundige zorg thuis wellicht zorginhoudelijk beter zijn (RVZ, 2001).

7 Diagnose samenhang in de ouderenzorg

De samenhang in de zorg is van belang voor de kwaliteit en waarschijnlijk ook voor de doelmatigheid. Dit is aangetoond voor CVA¹⁸, maar geldt waarschijnlijk voor meer aandoeningen (zoals dementie en diabetes) en beperkingen die met ouderdom te maken hebben. In het vervolg van dit project zal daar nader onderzoek naar worden gedaan. De samenhang in de zorg is echter nog niet voldoende tot stand gekomen. Het gaat om een relatief nieuw verschijnsel waar de kwaliteitswetgeving niet op ingesteld is. Daarom is de verantwoordelijkheid voor het aanbrengen van samenhang in de zorg niet duidelijk geregeld. Verder is niet altijd duidelijk welke zorg onder welke regeling zou moeten vallen. Er zijn wel allerlei enthousiaste initiatieven voor ketenzorg, maar die zijn niet structureel verankerd in de Nederlandse gezondheidszorg. Vaak zijn die initiatieven te veel afhankelijk van het enthousiasme van een enkeling, en komt de ervaring die men heeft opgedaan niet verder dan de eigen regio. Bij ketenzorg ligt de nadruk op specifieke aandoeningen; het is niet duidelijk of er voldoende aandacht is voor de samenhang in de zorg bij mensen die vooral oud zijn, waardoor hun lichamelijke en/of geestelijke krachten wat afnemen, en die daarom met beperkingen te maken hebben. Zorgkantoren hebben geen duidelijke taak bij het aanbrengen van samenhang tussen de AWBZ en andere regelingen. De taak van indicatiestellers is formeel duidelijk geregeld: er moet eerst bekeken worden of mensen niet buiten de AWBZ terecht kunnen (de zogeheten voorliggende voorzieningen), maar als het om algemene voorzieningen gaat moet de indicatiesteler wel nagaan of die voorzieningen ook echt een oplossing bieden. Niet alle indicatiestellers doen dit. Als ze het wel doen bestaat nog steeds de mogelijkheid dat de

¹⁸ Over doelmatigheid kunnen minder harde conclusies worden getrokken, omdat in de Edisse-studie maar één regio werd gevonden waar de kwaliteit verbeterde bij gelijkblijvende kosten.

zorgvrager in de problemen komt door het tekortschieten van wettelijke voorzieningen voor zijn probleem (bv de ZFW). Vanuit het oogpunt van de zorgvrager is de indicatiestelling dus niet integraal voor zijn probleem als de oplossing deels buiten de AWBZ ligt. De regelgeving over indicatiestelling kan heel onpraktisch zijn bij het organiseren van ketenzorg: als men een grote groep patiënten elk een geringe hoeveelheid van een bepaalde functie of product wil geven, moeten heel veel indicaties worden afgegeven.

Ondanks het feit dat dit niet duidelijk in de wet staat, zijn het in de eerste plaats de zorgaanbieders die verantwoordelijk zijn voor de samenhang in de zorg. Naast gebrek aan ervaring en deskundigheid op het punt van ketenzorg, worden zij echter ook belemmerd door verkeerde financiële prikkels en het feit dat het veel moeite kost om samenwerking te organiseren. Deelnemers aan ketenzorg kunnen financieel nadeel lijden door het slecht op elkaar afgestemd zijn van financiering, honoreringssystemen en eigen bijdragen onder verschillende regelingen. Om ketenzorg goed te laten lopen moet er met geld geschoven kunnen worden tussen de verschillende deelnemers in de keten: dit vergt een financieringsvorm die op de keten is gericht en niet op afzonderlijke onderdelen. Voor de continuïteit is van belang dat het daarbij niet om een tijdelijke financieringsvorm gaat.

Voor de patiënten is moeilijk te overzien wat voor zorg ze zouden moeten krijgen en wanneer. Dit geldt in het bijzonder voor aandoeningen als CVA, waar sprake is van spoedeisende zorg en veel medisch inzicht nodig is om de beste behandeling te kunnen bepalen, en dementie waar het probleem juist is dat de cognitieve vermogens van de patiënt achteruitgaan, waar ook de medici nog steeds op zoek zijn naar de oorzaken en de beste behandeling, en waar de patiënt misschien helemaal geen hulp wil invoeren.

Concluderend, de samenhang in de zorg vertoont problemen op het gebied van:

- Afbakening van verantwoordelijkheden
- Kennis en deskundigheid
- Financiering
- Afstemming van regelingen (voor zaken als eigen bijdragen en honoreringssystemen)

Literatuur

Baan, C.A., J.B.F. Hutten en P.M. Rijken (red.), Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening, RIVM/Nivel.

CTZ, 2004, Verkennend onderzoek Diabetesproject Zuid-Limburg.

CTZ, 2005, Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2003.

CVZ, 2004, Signalement AWBZ, "Tijdens de verbouw moet de verkoop doorgaan", publicatie 206.

CVZ, 2004a, Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ.

Dirkmaat, T., M.L.L. van Genugten en G.A. de Wit, 2003, De kosteneffectiviteit van preventie, een verkennende studie, RIVM rapport 260601001.

Douven, R.C.M.H., E.S. Mot en C. Folmer, 2004, Momentopname van de AWBZ, Een analyse van de sterke en zwakke punten, CPB document nr. 54.

IGZ, 2003, Ketenzorg bij chronisch zieken, Staat van de gezondheidszorg 2003.

Nederlandse Diabetes Federatie, 2004, Transparante diabetesfinanciering, Advies aan het ministerie van VWS, 22 november 2004.

RVZ, 2001, Care en cure.

Schoute, L.M.T. et al, 2004, De achilleshiel van de Doorbraakprojecten, Verspreiding van resultaten en opgedane kennis stagneert, *Medisch Contact*, 15 oktober 2004.

Splunteren, van P., M. Minkman en R. Huijsman, 2004, Doorbraak in ketenzorg, Zorg voor CVA-patienten kan aantoonbaar beter, *Medisch Contact*, 2 april 2004.

Steinbusch, P., N.J.A. van Exel en R. Huijsman, 2005, Ketenzorg voor CVA-patienten, Transmurale DBC waarborgt efficiencywinsten, *Medisch Contact*, 4 februari 2005.

Taakgroep Programma Diabeteszorg, 2004, Tussentijdse rapportage, 17 december 2004.

VWS, 2004, Diabeteszorg beter, brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 5 juli 2004.

VWS, 2004b, Plan van aanpak centraliseren indicatiestelling AWBZ, , brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 13 februari 2004.

VWS, 2005, Plan van aanpak 'Diabeteszorg beter', brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 17 februari 2005.

VWS, 2005b, Verzoek Wet Maatschappelijke Ondersteuning, brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 19 april 2005.

Wolffensperger, E., A. van Huis, I. Henselmans en R. Smith, 2004, Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de praktijk, Onderzoek naar de effecten van de invoering van het Werkdocument Gebruikelijke Zorg in de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling AWBZ, GINO

Bijlage 1 Afbakeningsproblemen tussen AWBZ en andere wetten

De belangrijkste wetten waar afbakeningsproblemen mee zijn, zijn volgens CVZ (2004) p. 20:

- Welzijnswet: ondersteunende begeleiding,
- Ziekenfondswet: behandeling, activerende begeleiding en verpleging;
- Onderwijswet: activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging;
- Wet Reïntegratie Gehandicapten (Wet REA): activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging;
- Wet sociale Werkvoorziening: activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding;
- Wet op de Jeugdzorg (2005). Afbakeningsproblemen kunnen zich hierbij met name ten aanzien van de begeleidingsfuncties voordoen.