

Rapport

Verkennend onderzoek Diabetesproject Zuid-Limburg

April 2004
24030969v4

Uitgave

College toezicht zorgverzekeringen
Postbus 324
1110 AH Diemen
Telefoon (020) 79 78 007
Fax (020) 79 78 111
E-mail info@ctz.nl
Internet www.ctz.nl

Auteurs

Bob Boelema en Eldert Boersma

Inhoud:*pag.*

1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
2	1.b. Doel onderzoek en vraagstelling
2	1.c. Methode van onderzoek
4	2. Bevindingen
4	2.a. Is sprake van AWBZ-verzekerde zorg?
6	2.b. Indicatiestelling
9	2.c. Organisatie zorgverlening
10	2.d. Wijze van declareren
12	2.e. Eigen bijdrageregeling
13	3. Conclusies en vervolg
13	3.a. Conclusies
13	3.b. Vervolg

1. Inleiding

Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) heeft onderzocht of kosten van projecten van transmurale zorg (en van het diabetesproject Zuid-Limburg in het bijzonder) mogelijk ten onrechte ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn gebracht.

In het diabetesproject Zuid-Limburg krijgen diabetespatiënten gespecialiseerde verpleegkundige zorg op basis van een regionaal disease management model. Het diabetesproject is niet uniek in zijn soort. Zowel in de regio Zuid-Limburg als landelijk wordt er een groot aantal van dergelijke (transmurale) projecten uitgevoerd.

1.a. Aanleiding

De aanleiding voor dit verkennende onderzoek is in de eerste plaats de brief van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) van 1 maart 2004 aan de uitvoeringsorganen Ziekenfondswet (ZFW) en AWBZ en aan de zorgkantoren. In deze brief stelde het CVZ dat financiering van transmurale zorg, omschreven in met de specialist afgesproken protocollen, geen AWBZ-gefinancierde zorg is, maar ziekenhuisverplaatste medisch-specialistische zorg. Financiering van transmurale zorg – zoals het diabetesproject Zuid-Limburg – kan goed geschieden op basis van de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering. Het CTZ heeft de brief van het CVZ opgevat als een relevant signaal voor het toezicht. Mede omdat hierover onlangs diverse perspublicaties verschenen zijn, waaruit blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over de feitelijke en de formele situatie.

In de tweede plaats heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in de brief van 10 maart 2004 over indicatiestelling de Tweede Kamer in enkele passages over deze kwestie geïnformeerd. In die brief staat dat ook het CTZ is geïnformeerd, zodat hij vanuit zijn toezichtstaak nader onderzoek kan instellen.

Verder heeft de staatssecretaris aangekondigd een externe accountant opdracht te geven onderzoek te doen naar onbedoeld gebruik van AWBZ-middelen. Vooruitlopend op dit externe onderzoek is met VWS afgesproken dat het CTZ het diabetesproject Zuid-Limburg in beeld brengt door middel van een verkennend onderzoek.

1.b. Doel onderzoek en vraagstelling

Het doel van dit verkennende onderzoek is te onderzoeken of de kosten van het diabetesproject Zuid-Limburg ten onrechte bij de AWBZ worden gelegd. Dat behandeling door gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor de patiënt tot goede uitkomsten leidt, staat niet ter discussie.

Als de kosten niet ten laste van de AWBZ mogen komen, dan is het alternatief dat de kosten van dit project moeten worden gedragen door de ZFW voor de ziekenfondsverzekerden en de particuliere ziektekostenverzekeringen voor de particulier verzekerden.

Ook zou het kunnen betekenen dat er geen extra middelen uit de ZFW of de particuliere ziektekostenverzekeringen beschikbaar hoeven te komen, maar dat die binnen het bestaande budget van het ziekenhuis gevonden moeten worden, omdat daarmee bij het vaststellen van het budget van het ziekenhuis al rekening gehouden is.

Het CTZ heeft gelet op het vorenstaande twee hoofdvragen onderzocht:

- Betreft de in het diabetesproject Zuid-Limburg verleende zorg AWBZ-verzekerde zorg?
- Is de regelgeving op correcte wijze nageleefd?

Het onderzoek is toegespitst op de actuele issues rondom het diabetesproject Zuid-Limburg, maar kunnen eveneens gelden voor vergelijkbare projecten.

1.c. Methode van onderzoek

De opzet van dit verkennende onderzoek was, snel een goed beeld te krijgen van het diabetesproject Zuid-Limburg, zonder een diepgaand boekenonderzoek uit te hoeven voeren. Daarvoor zijn met de vijf belangrijkste betrokken partijen gesprekken gevoerd. Dat zijn de divisie transmurale zorg van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM), het Groene Kruis Zorg (GKZ), het zorgkantoor Zuid-Limburg (zorgkantoor), het Regionaal Indicatie Orgaan Zuid-Limburg (RIO) en de Stichting Ziekenfonds VGZ (VGZ).

Door partijen zijn relevante dossierstukken aan het CTZ overgelegd. Alle partijen hebben volledig aan het onderzoek meegewerkt. Gezien het korte tijdsbestek waarin het onderzoek moest worden uitgevoerd, was er geen gelegenheid alle verstrekte informatie te verifiëren. Van de gesprekken zijn gespreksverslagen gemaakt die met de betrokken partijen zijn afgestemd.

2. Bevindingen

In dit hoofdstuk staan de bevindingen van het onderzoek. In paragraaf 2.a wordt ingegaan op de vraag of naar zorginhoud sprake kan zijn van AWBZ-verzekerde zorg. In paragraaf 2.b. staat de indicatiestelling centraal: is er een indicatiestelling noodzakelijk, is er een geldig indicatiebesluit et cetera. Paragraaf 2.c. gaat in op de wijze waarop de zorgverlening is georganiseerd. Of er een rechtsgeldig tarief ten laste van de AWBZ gebracht is, komt in paragraaf 2.d. aan de orde. De handelwijze voor de verschuldigde eigen bijdrage wordt behandeld in paragraaf 2.e.

Iedere paragraaf behandelt de feitelijkheden (wie wat heeft gedaan), de juiste procedure (wie wat had moeten doen) en een analyse van afwijkingen.

2.a. Is sprake van AWBZ-verzekerde zorg?

Feitelijkheden

Primair ging het bij de Limburgse transmurale initiatieven om zorg aan diabetespatiënten (het Matadorproject), later zijn ook projecten gestart voor andere categorieën aandoeningen, zoals astma/COPD, reuma en hartfalen. Het doel is om met behulp van samenhangende zorg winst in gezondheid en welzijn te bereiken. Het gaat om zorgverlening voor chronisch zieken in een zogenoemd disease management model. Centraal in de zorgverlening staat dat aan patiënten advies, instructie en voorlichting en gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt gegeven.

De Limburgse initiatieven zijn opgezet in het verlengde van het overheidsbeleid op dat moment, waarin (inhoudelijke) zorgvernieuwing centraal stond, ook als dat op gespannen voet stond met de regelgeving.

Patiënten voor het Matadorproject zijn in eerste instantie geworven door medisch-specialisten en later door huisartsen.

In het behandelprotocol zijn drie routes opgenomen voor in aanmerking komende patiënten met diabetes. Deze routes zijn van belang bij het vaststellen of de verleende zorg ZFW-verzekerde zorg is dan wel AWBZ-verzekerde zorg. Uit het onderzoek blijkt dat gaandeweg een (kleiner) deel van verstrekte zorg wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van de specialist (route 1 van het behandelprotocol) en een (groter) deel onder verantwoordelijkheid van de huisarts (route 2 en 3 van het behandelprotocol).

In route 1 betreft het nieuwe of slecht gereguleerde diabetespatiënten die behandeld worden door de internist, bijgestaan door een diabetesverpleegkundige, waarbij de internist verantwoordelijk is. De diabetesverpleegkundige heeft een dienstverband met het AZM. De kosten van diabeteszorg in route 1 komen ten laste van het ziekenhuisbudget.

In route 2 gaat het om stabiele patiënten die insuline gebruiken of specifieke problemen hebben, waarmee de huisarts weinig ervaring heeft. Deze patiënten worden behandeld door de diabetesverpleegkundige in de omgeving van de huisarts. Per patiënt wordt afgesproken of de internist of de huisarts de jaarlijkse controle doet. Die zorgverlener is ook eindverantwoordelijk. Na ieder spreekuur vindt er overleg plaats tussen huisarts en diabetesverpleegkundige. De kosten van diabeteszorg in route 2 betreffen deels ziekenhuiszorg en deels huisartsenzorg.

In route 3 gaat het om de overige diabetespatiënten die worden behandeld in de thuisomgeving onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. De kosten van diabeteszorg in route 3 hebben betrekking op AWBZ-verzekerde zorg.

In de stukken is geen enkele aanwijzing aangetroffen die wijst in de richting van een afweging om de kosten van de geleverde zorg via de – thans geheten - Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering te financieren. Dit kan worden verklaard doordat in de aanvangsperiode van het project de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering nog niet bestond.

De subsidieregeling flexizorg gaf weliswaar op jaarbasis financieringsmogelijkheden, maar de financiering daarvan was destijds nog zeer ongewis. De betrokken partijen zochten een permanente financiering van het project en daarbij paste naar hun mening geen onzekere financiering via een regeling die jaarlijks werd herzien.

In 2004 heeft het Ministerie van VWS de vraag aan de orde gesteld of er wel sprake was van AWBZ-verzekerde zorg. In reactie daarop heeft het CVZ verklaard, dat het ziekenhuisverplaatste medisch-specialistische zorg betreft.

Juiste procedure

Voor zover de medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de huisarts en er sprake is van verpleegkundig handelen in de thussituatie, kunnen de verpleegkundige kosten ten laste van de AWBZ worden gebracht.

Als de kosten geen betrekking hebben op AWBZ-verzekerde zorg, dan moeten de kosten worden gedragen door de ZFW

voor de ziekenfondsverzekerden en de particuliere ziektekostenverzekeringen voor de particulier verzekerden.

Analyse

Het gaat in het Matadorproject voor een belangrijk deel om zorg die naar zijn aard beschouwd kan worden als verpleging in de thuissituatie en die dus ten laste van de AWBZ komt. Er is sprake van een transcompartimentale problematiek tussen het eerste en tweede compartiment. Door een goed omschreven verantwoordelijkheidsverdeling binnen route 1, 2 en 3 is het duidelijk wie zorginhoudelijk verantwoordelijk is: de medisch-specialist of de huisarts. Maar door de wijze waarop de zorg is georganiseerd – verpleegkundigen werken zowel in route 3 als in de overige twee routes – is het niet eenvoudig, om niet te zeggen onmogelijk, exact aan te geven of de geleverde zorguren betrekking hebben op AWBZ-verzekerde zorg of op ZFW-verzekerde zorg.

Op basis van de gesprekken met betrokkenen en de verkregen documenten is het aannemelijk dat 80% van de verleende zorg in deze casus AWBZ-verzekerde zorg (route 3) is en 20% ZFW-verzekerde zorg (route 1 en 2).

De rol van het RIO bij het vaststellen of geleverde zorg wel of niet AWBZ-verzekerde zorg is, is – in ieder geval voor het RIO – niet helder. Volgens het RIO bepaalt niet het RIO of zorg via de AWBZ verzekerd is, maar doen andere partijen dat (het zorgkantoor, het CVZ).

Het RIO spreekt zich daarom alleen uit over indicatieaanvragen die ook feitelijk aan het RIO zijn overgelegd. Het RIO stelt zich afwachtend op in zaken die zich op de scheidslijn tussen AWBZ en ZFW bevinden.

2.b. Indicatiestelling

Feitelijkheden

Tijdens het onderzoek is gebleken dat er geen (individuele) indicatiebesluiten zijn verstrekt. Evenmin is uit de dossiers gebleken dat, met nadrukkelijke instemming van het RIO, procedures zijn gevolgd op grond waarvan de indicaties geacht kunnen worden aanwezig te zijn.

In de beginperiode – vanaf eind 1999 – is door alle betrokken partijen nadrukkelijk en veelvuldig gesproken over de indicatiestelling.

Dat dit niet eenvoudig was, is mede te verklaren uit het feit dat het ging om de ontwikkeling van disease management modellen met nieuwe behandelmethodes, waarmee in de bestaande indicatiesystematiek nog geen rekening was gehouden. De discussie spitte zich toe op de vraag of er

sprake is van het zorgproduct AIV (Advies, Instructie of Voorlichting) of van gespecialiseerde verpleegkundige zorg. Beide producten worden gezien als extramurale zorg door de thuiszorg geleverd.

Zowel het zorgkantoor als het RIO ging ervan uit dat voor AIV, in tegenstelling tot gespecialiseerde verpleegkundige zorg, geen indicatiebesluit hoefde te worden afgegeven.

Het eerste jaar (2000) is AIV ten laste van de AWBZ gebracht, in de daarop volgende jaren gespecialiseerde verpleegkundige zorg¹.

Reden daarvoor was dat het tarief AIV niet kostendekkend was en dat binnen de AIV geen medische handelingen (gespecialiseerde verpleegkundige zorg) mogelijk zijn.

Een complicerende factor was het grote aantal te verstrekken indicatiebesluiten, in relatie tot de omvang van de zorg per patiënt².

Een indicatie op individueel niveau zou voor het RIO een verdubbeling van de benodigde behandelcapaciteit betekenen, terwijl het per patiënt om een beperkte zorgomvang gaat (circa drie zorguren per jaar).

Als hieraan zou worden vastgehouden zou dit - naar inschatting van partijen - de voortzetting van het Matador-project ernstig in gevaar brengen.

Met een brief van 21 juli 2001 meldt het zorgkantoor aan het GKZ dat, op basis van het behandelprotocol, voldoende waarborgen konden worden geboden voor een adequate indicering van de vereiste zorg en dat een extra (administratief) traject resulterend in de daadwerkelijke afgifte van individuele indicatiebesluiten in deze opzet niet noodzakelijk was. Het zorgkantoor refereerde aan afspraken met het RIO.

Hoewel het RIO op de hoogte was van deze brief, heeft het RIO hierop niet inhoudelijk gereageerd.

Het RIO heeft kennis genomen van de wijze waarop met het ontbreken van indicaties is omgegaan, maar heeft geen actie ondernomen.

Hierdoor heeft het RIO onbedoeld de schijn gewekt daarmee in te stemmen.

Vervolgens schrijft het zorgkantoor op 7 juni 2002 aan het RIO

¹ Het RIO heeft aangegeven niet geïnformeerd te zijn over de wijziging van het product AIV in het product gespecialiseerde verpleegkundige zorg.

² Het zou thans gaan om in totaal circa 10.000 te nemen indicatiebesluiten.

dat het RIO een protocol zal ontwikkelen waarin 'groepsgewijs' wordt geïndiceerd conform de uitgangspunten zoals beschreven in de LVIO-nota 'Met spoed indiceren'. Dit protocol is nimmer opgesteld. De andere partijen (het zorgkantoor en het GKZ) hebben verzuimd na te gaan of dit protocol ook daadwerkelijk was opgesteld.

Met name het AZM en het GKZ hebben recentelijk publiekelijk in verschillende bewoordingen naar voren gebracht dat er op grond van afspraken met het RIO wel rechtsgeldig zou zijn geïndiceerd en dat daarvoor protocollen waren opgesteld. Ook het zorgkantoor was deze gedachte toegedaan.

Juiste procedure

Op grond van de regelgeving is vereist dat er een indicatie van het RIO is. Er bestaan verschillen in de wijze waarop de indicatie wordt afgegeven. Hierop is de staatssecretaris in haar brief van 10 maart 2004 aan de Tweede Kamer ingegaan.

In bepaalde situaties maakt het RIO gebruik van geprotocolleerde afhandeling voor indicaties, de zogenoemde directe afhandeling.

Uit informatie van het RIO blijkt dat in die situaties aan de hand van door het RIO goedgekeurde protocollen de zorgaanbieder zelf een preadvies opstelt, dat naar het RIO stuurt, die het preadvies registreert als aanvraag en advies. Vervolgens stuurt het RIO de beschikking naar de cliënt en voert steekproefsgewijs controles uit.

Analyse

Alle partijen onderkennen dat de grote omvang van de te verstrekken indicatiebesluiten een zeer zware administratieve last voor het RIO zou betekenen.

In het belang van continuering van zorg hadden partijen belang bij een pragmatische oplossing voor het 'indicatieprobleem'.

Dit heeft ertoe geleid dat het wel of niet aanwezig zijn van indicatiebesluiten altijd boven de markt is blijven hangen.

Niemand heeft de zaken goed kunnen of willen regelen. Pas de roep van het CTZ om een rechtmatigheidsverklaring bij de geleverde AWBZ-verzekerde zorg, was voor het zorgkantoor aanleiding het RIO te vragen indicatiebesluiten af te geven ³. Nadat het RIO aangaf hiertoe niet in staat te zijn, heeft het zorgkantoor aan het GKZ gemeld dat het ontbreken van

³ Het zorgkantoor heeft in november 2001 de problematiek van de rechtsgeldigheid van indicatiebesluiten in zijn algemeenheid ook al bij het ministerie van VWS aangekaart.

rechtsgeldige indicaties rechtmatigheidsproblemen kan geven ⁴.

2.c. Organisatie zorgverlening

Feitelijkheden

Gemiddeld ontvangen deelnemers circa 3 uur zorg per jaar in contacten van 30 minuten. De zorg wordt verleend door verpleegkundigen onder verantwoording van de behandelend internist of de huisarts.

Zorginhoudelijke afstemming vond plaats in de Partnerraad, een overlegorgaan waarin ondermeer het AZM, het GKZ, het zorgkantoor en VGZ vertegenwoordigd zijn.

Het merendeel van de diabetesverpleegkundigen is in dienst van het AZM. Een klein deel is in dienst van het GKZ. De uit het AZM afkomstige verpleegkundigen zijn ten behoeve van het project gedetacheerd bij het GKZ.

De verpleegkundigen zijn – volgens informatie van het GKZ - speciaal voor dit project aangetrokken.

Juiste procedure

De geopperde gedachte dat het dienstverband van de verpleegkundigen bepalend is voor de beantwoording van de vraag of de geleverde zorg AWBZ-verzekerde zorg is of ZFW-verzekerde zorg, is niet juist.

Het formele dienstverband is niet bepalend, bepalend is onder wiens verantwoordelijkheid (internist of huisarts) de zorg wordt geleverd, in combinatie met de omgeving waar de zorg plaatsvindt.

Analyse

Bij de diverse partners bestond onduidelijkheid bij wie de verpleegkundigen in dienst waren. Dit is des te opmerkelijker, omdat partijen – naar mening van het CTZ ten onrechte – het dienstverband koppelden aan de (medische) eind-verantwoordelijkheid. Zo gingen het RIO en het zorgkantoor er van uit dat de verpleegkundigen in dienst waren bij het GKZ.

Het Matadorproject kende een heldere zorginhoudelijk verantwoordelijkheidsverdeling, maar die is in de financiële uitvoering niet gevolgd (zie ook paragraaf 2.a.).

⁴ Voor 2003 was de verantwoordingsinformatie door zorgkantoren beperkt tot enkele financiële gegevens. Als gevolg van de per 1 januari 2003 ingevoerde verantwoordingsstructuur in de AWBZ, waarbij zorgkantoren zich moeten verantwoorden over hun rechtmatig handelen en centrale afspraken met externe accountants, kan het CTZ met ingang van 2003 een oordeel geven over de rechtmatige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren en de rechtmatigheid van de verantwoorde lasten en baten.

2.d. Wijze van declareren

Feitelijkheden

De initiële financiering van het project vond plaats met inbreng van onderzoeksmiddelen die door het Ministerie van VWS via ZorgOnderzoek Nederland (ZON) beschikbaar werden gesteld.

Het zorgkantoor en het GKZ maken productieafspraken in het kader van de AWBZ⁵.

Het AZM administreert de verleende zorguren en geeft de cliëntgegevens – via het GKZ - door aan het zorgkantoor ten behoeve van de op te stellen financiële verantwoording aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG).

Het AZM draagt als werkgever zorg voor de salarisbetaling aan de verpleegkundigen en brengt de kosten die betrekking hebben op het Matadorproject – waarvoor met het zorgkantoor productieafspraken zijn gemaakt - in rekening bij het GKZ.

Het AZM heeft voor het Matadorproject de volgende bedragen (gebaseerd op zorguren maal CTG-tarief) aan het GKZ doorberekend:

2000:	€	82.000
2001:	€	138.000
2002:	€	260.000
2003:	€	435.000

Naast financiering via de AWBZ-middelen wordt het Matadorproject gefinancierd door een bijdrage uit de reserve ex-vrijwillige verzekering (€ 90.000 in totaal voor de jaren 2000 tot en met 2002) en door het ziekenfonds VGZ via de Locale Produktiegebonden Component (ZFW).

Uit de Locale Produktiegebonden Component zijn de volgende kosten gefinancierd:

2001:	€	90.000	voor diabetesverpleegkundige zorg (2 fte);
2002:	€	90.000	voor diabetesverpleegkundige zorg (2 fte)
			en € 272.000 diabeteskliniek;
2003:	€	93.000	voor diabetesverpleegkundige zorg (2 fte)
			en € 281.000 diabeteskliniek;
2004:	€	265.000	diabeteskliniek.

Een beste schatting van de kosten van het Matadorproject 2003 is opgenomen in onderstaande tabel (ervan uitgaande dat er geen kosten dubbel in rekening zijn gebracht).

Tabel 1: kosten Matadorproject 2003

⁵ Om een beeld te schetsen om welk aantal uren het in totaal gaat: voor 2003 zijn in het kader van het Matadorproject voor 6.637 zorguren afspraken gemaakt (voor alle disease management projecten tezamen 12.637 uren).

	AWBZ	ZFW/ particulier	Totaal
Correct geboekt	€ 435.000	€ 121.000 *)	€ 556.000
Niet correct geboekt	€ 0	€ 0	€ 0
Totaal	€ 435.000 (78%)	€ 121.000 (22%)	€ 556.000 (100%)

*) € 93.000 (2 fte diabetesverpleegkundige) plus € 28.000 (10% van diabeteskliniek).

Juiste procedure

Voor dat deel van de zorg dat AWBZ-verzekerde zorg is (circa 80%), moeten het zorgkantoor en de thuiszorg-instellingen productieafspraken maken. De overige zorg moet via de Locale Productiegebonden Component van het ziekenhuisbudget ten laste van de ZFW en de particuliere ziektekostenverzekering komen. Het ziekenfonds moet daarbij vaststellen dat de kosten niet al in het bestaande budget van het ziekenhuis zijn begrepen. De kosten moeten daarbij op transparante wijze door de thuiszorginstelling en het ziekenhuis worden geadmistreerd, zodat het zorgkantoor de rechtmatigheid van de uitgaven kan controleren.

Analyse

Het Matadorproject kent verschillende financieringsbronnen, naast de AWBZ dragen ook ZON, de ex-vrijwillige verzekering en de ZFW bij.

Partijen weten van elkaar niet altijd wie wat heeft betaald, zo wordt bijvoorbeeld het zorgkantoor (CZ) niet op de hoogte gesteld van de afspraken die het ziekenfonds (VGZ) in het kader van de Locale Productiegebonden Component met het AZM heeft afgesproken. En het ziekenfonds weet niet wat het zorgkantoor heeft afgesproken.

Op basis van tabel 1 is een verdeling van kosten conform de 80-20 regel aannemelijk, 80% van de kosten zou dan ten laste van de AWBZ komen en 20% ten laste van de ZFW/particuliere ziektekostenverzekering.

Het AZM heeft, op basis van financiering via de lokale component, meer dan 20% in de kosten over 2001-2003 bijgedragen, het GKZ heeft het andere deel van de kosten gedeclareerd ten laste van de AWBZ-financiering.

Hoewel het onderzoek geen aanleiding geeft tot de veronderstelling dat kosten dubbel in rekening zijn gebracht, kan dat ook niet worden uitgesloten. De mogelijkheid dat kosten niet dubbel zijn betaald kan alleen door middel van een zeer uitgebreid en diepgaand boekenonderzoek bij het

ziekenhuis en de thuiszorginstelling worden nagegaan.
Het CTZ is formeel niet bevoegd een dergelijk
boekenonderzoek bij zorgaanbieders uit te voeren.

2.e. Eigen bijdrageregeling

Feitelijkheden

Om geen (extra) drempels op te werpen voor instroom van patiënten en administratieve rompslomp te voorkomen, hebben partijen besloten om de patiënt niet te belasten met de voor gespecialiseerde verpleegkundige zorg verschuldigde eigen bijdrage. De deelnemers ontvangen gemiddeld immers maar circa 3 uur zorg per jaar in contacten van 30 minuten.

Het AZM heeft de door het zorgkantoor op basis van schattingen berekende eigen bijdrage voor zijn rekening genomen. Het zorgkantoor heeft dit akkoord bevonden.

Het zorgkantoor geeft aan dat het de ontvangen eigen bijdragen op formulier 10 heeft verantwoord en aan het CVZ heeft afgedragen.

Het gaat bij het Matadorproject om de volgende - relatief geringe - bedragen:

- 2000: geen (AIV geen eigen bijdrageplicht)
- 2001: € 6.300
- 2002: € 11.200
- 2003: nog niet bekend

Juiste procedure

AWBZ-verzekerden zijn voor AIV geen bijdrage verschuldigd, voor gespecialiseerde verpleegkundige zorg daarentegen wel. De verschuldigde eigen bijdrage moet worden vastgesteld op basis van inkomensonderzoek.

Analyse

Hoewel het om relatief geringe bedragen gaat, is het niet juist dat een bepaalde categorie patiënten ontheven wordt van de bijdrageplicht en een andere categorie niet.

Het betreft een algemene bijdrageplicht, alleen een daartoe bevoegde partij (het CVZ) kan beslissen daarvan af te wijken.

3. Conclusies en vervolg

3.a. Conclusies

Het CTZ concludeert dat er sprake kan zijn van AWBZ-verzekerde zorg.

Als de medische eindverantwoordelijkheid bij de huisarts ligt en er sprake is van verpleegkundig handelen in de thuish situatie, worden de verpleegkundige kosten terecht ten laste van de AWBZ gebracht.

Het CTZ concludeert voorts dat een verdeling van de kosten tussen de AWBZ en de ZFW aannemelijk is, maar deze verdeling is door betrokkenen niet helder gedocumenteerd. Op basis van de verstreekte informatie lijkt het er op dat 80% van de kosten in deze casus ten laste van de AWBZ komen en 20% ten laste van de ZFW/particuliere ziektekostenverzekering. Daarmee lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de kosten van het Matadorproject grosso modo terecht ten laste van de AWBZ zijn gebracht.

Het probleem is dat het Matadorproject wel een heldere zorginhoudelijk verantwoordelijkheidsverdeling kende, maar die is in de financiële uitvoering niet gevolgd. Hierdoor is het ook niet mogelijk vast te stellen of (en zo ja in welke mate) de kosten van dergelijke transmurale projecten al in het budget van het ziekenhuis zijn inbegrepen.

Het CTZ concludeert voorts dat regelgeving op grond van de AWBZ niet goed is nageleefd. In de eerste plaats zijn er geen indicaties afgegeven door het RIO. Evenmin kan worden gesteld dat de indicaties op grond van procedureafspraken met het RIO geacht kunnen worden te zijn gegeven. Het CTZ oordeelt dat deze handelwijze alle betrokken partijen is aan te rekenen. Zo hebben het zorgkantoor en het GKZ verzuimd na te gaan of het door het RIO op te stellen protocol ook daadwerkelijk was opgesteld. In de tweede plaats wordt ook de regelgeving op het terrein van de eigen bijdrage AWBZ niet juist nageleefd. Overigens vraagt het CTZ zich af of het, in het kader van terugdringing van de administratieve lasten, wenselijk is om voor dergelijke geringe bedragen een uitgebreide eigen bijdrageprocedure uit te voeren.

3.b. Vervolg

Hoewel het CTZ concludeert dat het aannemelijk is dat de AWBZ grosso modo geen nadeel heeft ondervonden door de uitvoering van het Matadorproject, acht het CTZ het wel van belang een (landelijk) totaal overzicht te krijgen van het aantal (en de omvang) van dergelijke transmurale projecten. Door onzekerheid over een juiste kostenverdeling tussen de AWBZ en de ZFW/particuliere ziektekostenverzekering en signalen die wijzen op een forse toename van het aantal transmurale projecten, bestaat het risico dat kosten ten onrechte ten laste van de AWBZ komen. Daarom neemt het CTZ bij het rechtmatigheidsonderzoek AWBZ 2003, dit mee bij het speerpuntenonderzoek misbruik en oneigenlijk gebruik. Daarbij wordt specifieke aandacht besteed aan de naleving van de indicatie- en eigen bijdrage-procedures.