

Borging van de financiering van zorg voor kwetsbare ouderen in het Nationaal Programma Ouderenzorg: knelpunten en oplossingsrichtingen

Auteurs: A. J. Theuws, A. T. G. Paulus, B. van Steenkiste, G. A. M. Widdershoven, S. O. Hobma, T. van der Weijden

Samenvatting

Projects within the Dutch National Program for Elderly Care (NPO) have been experimenting since 2008 to increase coherence in care for the frail elderly. Invest-NPO explored the problems and solutions to secure the financing of these innovative projects. Problems were expected with coordination because there was not yet a structural reimbursement for such an activity for the frail elderly. There were doubts about the adequacy of reimbursement for multidisciplinary consultation and certain structural conditions. The existing fragmentation across multiple domains and reimbursement rules made it difficult to achieve an integrated approach and creativeness in care. The principles of bundled payment can be helpful in problems concerning multidisciplinary consultation, structural conditions and coordination because joint agreements are needed. According to many, capitation is even a better solution if properly applied, because there are fewer boundaries in deciding how care is organized. Initiatives from entrepreneurs may represent first steps in the right direction. The findings of Invest-NPO may contribute to the development of further steps.

Securing the financing of care for the frail elderly: problems and solutions

Abstract

Projecten binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) experimenteerden vanaf 2008 om samenhang in de zorg voor kwetsbare ouderen te vergroten. Het Invest-NPO project onderzocht knelpunten en oplossingsrichtingen voor borging van de financiering van deze innovatieve projecten. Problemen werden verwacht met borging van de financiering van coördinatie voor de brede doelgroep kwetsbare ouderen omdat daarvoor nog geen structurele bekostiging bestond. Over de toereikendheid van bekostiging voor multidisciplinair overleg en randvoorwaarden bestonden twijfels. De bestaande versnippering en regels in bekostiging maakten het lastig om een integrale aanpak te bewerkstelligen of zorg creatief in te zetten. De principes van integrale bekostiging kunnen behulpzaam zijn voor knelpunten omtrent multidisciplinair overleg, randvoorwaarden en coördinatie omdat hierin gezamenlijke afspraken nodig zijn. Populatiegebonden bekostiging biedt, mits goed toegepast, volgens velen nog meer mogelijkheden omdat zelf kan worden bepaald hoe zorg wordt ingezet. Initiatieven van voorlopers kunnen een eerste stap in de goede richting vormen. De bevindingen van Invest-NPO kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van verdere stappen.

Kernwoorden: bekostiging, borging, financiering, integrale zorg, zorg voor kwetsbare ouderen

Keywords: Care for the frail elderly, Financing, Integrated care, Reimbursement, Securing

Inleiding

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) werd in 2008 door ZonMw geïnitieerd om zorg voor ouderen in een kwetsbare positie te verbeteren.¹ In transitieprojecten werd daartoe geëxperimenteerd met allerlei innovatieve vormen van ouderenzorg. Gedurende de NPO-projectperiode werden deze innovatieve zorgvormen tijdelijk vanuit het NPO-programma

financieel ondersteund. Borging van de financiering na afloop van de projectperiode is vaak problematisch als gevolg van het versnipperde financieringssysteem in de ouderenzorg in Nederland. Het 'Invest-NPO' project, uitgevoerd door de Universiteit Maastricht (2009–2012) was gericht op deze borgingsproblematiek. Invest-NPO had een driedelig doel: 1) het inzichtelijk maken van de knelpunten bij de borging van de financiering van de zorginnovaties; 2) het onderzoeken van haalbare oplossingen voor deze knelpunten; resulterend in 3) aanbevelingen met betrekking tot borging van de financiering van de zorginnovaties na afloop van het NPO.

In dit artikel worden de belangrijkste bevindingen van het Invest-NPO project samengevat.²

Knelpunten in borging van de financiering

Van 14 eerste- en tweedelijnsprojecten zijn alle activiteiten, betrokken personen en de mate waarin financiering (on)toereikend was in kaart gebracht. Hierbij is gebruik gemaakt van een afgeleide van de ABC-methode (Activity Based Costing).³ In het zorgproces van de projecten waren veelal dezelfde onderdelen te onderscheiden: de vroege opsporing van kwetsbare ouderen, het uitvoeren van een uitgebreide inventarisatie van problemen en het opstellen, in gang zetten en monitoren van een integraal zorgplan in afstemming met betrokken disciplines en het vroegtijdig anticiperen op eventuele opname in of ontslag uit het ziekenhuis.

Kenmerkend aan de projecten was de coördinatie van de zorg voor kwetsbare ouderen. In de eerste lijn door de huisartsenvoorziening soms in samenwerking met een wijk- of gespecialiseerd verpleegkundige. In de tweede lijn door een gespecialiseerd verpleegkundige en de geriater. Daarnaast was er een vorm van multidisciplinair overleg en werd er gewerkt aan randvoorwaarden om de zorg te ondersteunen (bijvoorbeeld door ICT). Ten slotte werd getracht zorg en ondersteuning zo creatief mogelijk in te zetten, eventueel los van bestaande kaders.

Voor coördinerende activiteiten (zoals voorbereiden, uitwerken, organiseren, afstemmen) werd vaak tijdelijke financiering ingezet. Door het tijdelijk karakter verwachtten alle projecten problemen met borging van de financiering na afloop van het NPO. In de projecten was daarnaast twijfel of de bestaande structuren in bekostiging voldoende ruimte zouden bieden voor participatie in multidisciplinair overleg en randvoorwaarden ter ondersteuning van het zorgproces zoals ICT, aansturing en scholing. Patiëntgebonden activiteiten (waarbij sprake was van contact met de oudere of dienst naasten) konden veelal worden ingezet vanuit reguliere financiering. Knelpunt was de mogelijke ontoereikendheid van beschikbare reguliere financiering.

De resultaten van de inventarisatie werden middels een online vragenlijst getoetst bij 300 personen, allen betrokken bij NPOtransitieprojecten. Gevraagd werd naar de opvattingen over toereikendheid van reguliere financiering voor activiteiten. De vragenlijst is door 123 personen (60 zorgverleners, 10 zorgverzekeraars, 14 vertegenwoordigers van diverse gemeentes, 14 ouderen of hun mantelzorger, 23 projectleiders-, adviseurs en onderzoekers, en 2 beleidsinstanties) ingevuld (respons 41%). Daarnaast zijn de bevindingen aangescherpt door middel van veldonderzoek tijdens het bijwonen van bijeenkomsten met bij ouderenzorg betrokken partijen, gesprekken met sleutelfiguren van transitieprojecten en beleidsinstanties en ten slotte documentenonderzoek. Zowel het vragenlijstonderzoek als het veld- en documentenonderzoek leidde tot een bevestiging van de eerdergenoemde knelpunten. Aanvullend daarop was dat knelpunten met borging van de financiering het meest werden verwacht in de eerste lijn. Een tweede bevinding was het ontbreken van eenduidigheid over de vorm van coördinatie en multidisciplinair overleg en benodigde (extra) financiering. In NPO-projecten werd hiervoor een samenhangende aanpak gezocht terwijl deze activiteiten in de bestaande situatie nog niet als zodanig konden worden gedeclareerd of versnipperd lagen over verschillende domeinen met een eigen financierings- en bekostigingsstructuur. Deze versnippering maakte ook de borging van randvoorwaardelijke voorzieningen en activiteiten lastig. Vooral uit veldonderzoek bleek ten slotte dat de bestaande regels in bekostiging de mogelijkheid om zorg creatief (bijvoorbeeld preventief) in te zetten, belemmerden.

Beoogde oplossingsrichtingen

De knelpuntenanalyse liet zien dat voor borging van de financiering van NPO-activiteiten met name oplossingen nodig zijn voor coördinatie, samenwerking, het creatief kunnen inzetten van zorg buiten bestaande kaders en ondersteuning van dit

alles door randvoorwaarden als ICT. Nu ontbreken er mogelijkheden om deze activiteiten te declareren of borging van de financiering wordt belemmerd door de versnippering over verschillende domeinen en bestaande regels in bekostiging.

Om in gesprek te gaan met betrokken partijen over oplossingen zijn drie scenario's ontwikkeld voor borging van de financiering van innovatieve zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. In een tweetal focusgroepen met vertegenwoordigers in een regio van huisartsenorganisaties, organisaties voor verpleging en verzorging, verzekeraars, gemeenten, ziekenhuis, zorgvragers en paramedici is gesproken over sterkten en zwakten van de scenario's. Vervolgens is de deelnemers naar hun ideale scenario gevraagd en naar wat ze nodig achtten voor de realisatie daarvan. Vervolgens zijn twaalf interviews gehouden met deelnemers uit de focusgroepen en andere sleutelfiguren om oplossingsrichtingen verder uit te diepen. De geïnterviewde personen waren huisarts, directeur van een huisartsenorganisatie/ zorggroep, manager bij een organisatie voor thuiszorg en verpleging en verzorging, beleidsmedewerker bij een gemeente, zorginkoper bij een verzekeraar, projectleider van een NPO-project en adviseur of beleidsmedewerker bij een beleidsinstantie.

In deze fase is ook weer gebruik gemaakt van veldonderzoek en documentenonderzoek. Via telefoongesprekken is bij een groot deel van de transitieprojecten nagegaan op welke manier zij in de laatste fase bezig waren met borging van de financiering en welke richting ze kozen. Het onderzoek werd uitgevoerd volgens de responsieve methodologie.⁴ Dit is een methode van interactief onderzoek waarin de dialoog met en tussen belanghebbenden voorop staat. In dat kader werd een landelijke expertgroep met vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het college van zorgverzekeringen (CVZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) samengesteld om bevindingen te toetsen aan huidig en toekomstig beleid.

Hieronder worden de drie scenario's en bijbehorende bevindingen vanuit de focusgroepen en interviews besproken. Voorafgaand een korte schets van de huidige situatie.

Huidige situatie

Financiering en bekostiging worden als begrippen vaak door elkaar heen gebruikt. In deze studie hebben we het volgende onderscheid gehanteerd: Bekostiging gaat over de wijze waarop het geld van de overheid of een andere partij naar de zorgaanbieder gaat in ruil voor de door de zorgaanbieder te leveren prestaties, activiteiten en dienstverlening.⁵ Financiering gaat over de herkomst van dat geld.⁶

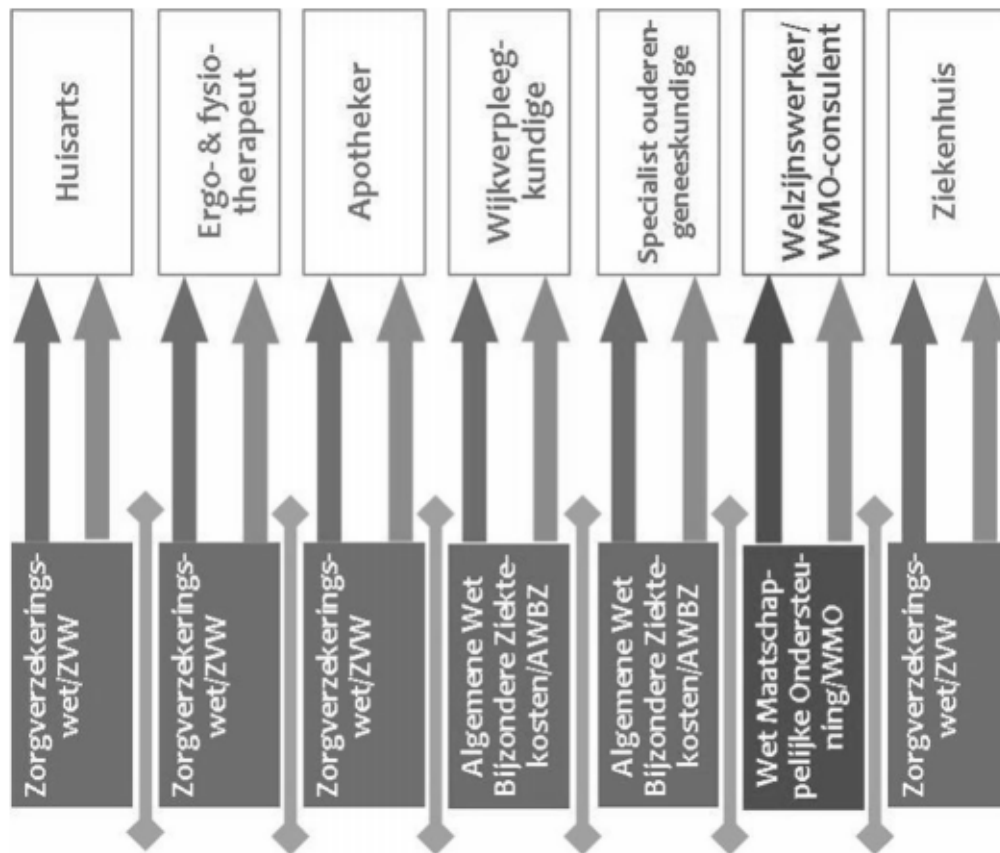
Op dit moment zijn er grofweg drie financieringsbronnen van toepassing in de zorg voor kwetsbare ouderen waarbinnen disciplines op verschillende manieren worden bekostigd. Vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw) worden onder andere huisartsenvoorzieningen, ergo- en fysiotherapeuten en ziekenhuizen gefinancierd. De huisarts bijvoorbeeld, krijgt betaald per consult of visite, een inschrijvingstarief (een bedrag voor aantal ingeschreven cliënten) en er zijn extra modules voor innovatieve activiteiten. In ziekenhuizen wordt gedeclareerd via diagnosebehandelcombinaties (DBC). Een DBC (inmiddels DBC-zorgproduct) is het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is bijvoorbeeld van toepassing voor de specialist ouderengeneeskunde en de wijkverpleegkundige (overheveling naar Zvw 1 januari 2015).⁷ De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is de basis voor consulenten vanuit de gemeente en welzijnswerkers of ouderenadviseurs. Elke bron of elk domein heeft eigen regels en verschillende honoreringssystemen. De vaak genoemde schotten in de financiering van de zorg hebben betrekking op het bestaan van deze afzonderlijke domeinen met eigen regels en de daaruit voortvloeiende belemmeringen.

Scenario 1: oplossen binnen de bestaande structuur

Scenario 1 betekent dat voor borging van activiteiten uit NPO-projecten in bestaande structuren van financiering en bekostiging (met ieder de eigen financiers) een oplossing wordt gezocht. Bijvoorbeeld door andere of aanvullende afspraken te maken of geld (tijdelijk) anders te oormerken. Een ander alternatief is de zorg anders (meer doelmatig) te organiseren. In Figuur 1 wordt dit scenario weergegeven. De bovenste rij blokjes geven weer welke disciplines onder andere een rol spelen in de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. De blokjes op de onderste rij geven weer vanuit welke bron zij worden gefinancierd. De pijltjes duiden op de bekostigingssystematiek voor deze disciplines (op welke wijze kan gedeclareerd

worden). In scenario 1 duidt de donkere pijl steeds op de bestaande bekostiging. De lichtere pijl op het geormerkte deel. Niet in het plaatje is opgenomen de verpleegkundig specialist of een gespecialiseerd verpleegkundige, deze kunnen werkzaam zijn vanuit de Zvw eerste lijn, AWBZ en Zvw tweede lijn.



Figuur 1 Scenario 1

Bevindingen uit de focusgroepen

Deelnemers in de focusgroepen zagen scenario 1 als een oplossing op korte termijn omdat er niet veel hoeft te worden aangepast en het snel is te implementeren. Er is behoud van eindverantwoordelijkheid en ieder houdt het eigen budget. Bij de vraag naar het ideale scenario kozen disciplines met een eigen praktijk (bijvoorbeeld een ergotherapeut in de eerste lijn) voor scenario 1 vanwege zekerheid over inkomsten. Ook een aantal huisartsen in de focusgroepen gaf hieraan de voorkeur vanwege de al aanwezige kaders (de al ontwikkelde rol van de praktijkondersteuner, korte lijnen met de wijkverpleegkundige en de huisarts kan als spil fungeren omdat iedere oudere er een heeft).

Nadeel van scenario 1 was volgens deelnemers aan de focusgroepen dat niet duidelijk is wie de regie heeft en niemand overziet het totaal. Er zijn geen gezamenlijke prikkels voor samenwerking of het maken van afspraken over wie wat doet of hoe het doelmatiger kan. Volgens veel stakeholders, was scenario 1 wel een oplossing van waaruit groei naar een ander scenario zou kunnen plaatsvinden.

Bevindingen uit interviews, veld- en documentonderzoek

Gedurende de looptijd van Invest-NPO ontstonden mogelijkheden voor bekostiging van innovatie door zogenaamde modulen van huisartsenvoorzieningen voor complexe ouderenzorg of zorg voor kwetsbare ouderen. Financiering werd alleen geboden als aan enkele voorwaarden werd voldaan: een integraal plan gericht op kwetsbaarheid voor elke als kwetsbaar geïdentificeerde oudere, multidisciplinair overleg (MDO) en een geriatrisch netwerk. Dit was in NPO-transitieprojecten meestal aanwezig. De verschillende modulen boden oplossingen voor coördinatietijd van de huisartsenvoorziening maar niet voor de inzet van andere betrokken disciplines. Er was wel een prikkel tot samenwerking, nadeel alleen was dat deze prikkel alleen lag

bij de huisartsenvoorziening.

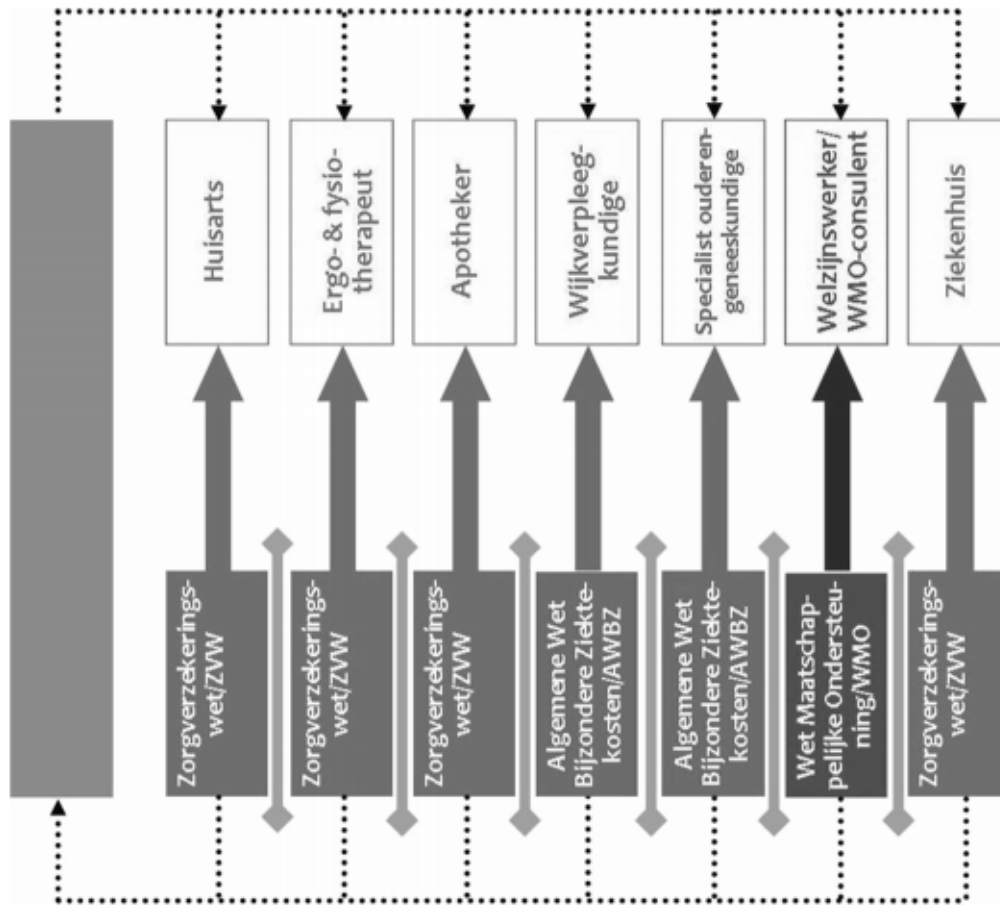
Ook voor de financiering van coördinatie door de wijkverpleegkundige of casemanagers dementie bestonden vanuit dit scenario mogelijkheden, onder andere vanuit een speciaal onderdeel in de AWBZ voor advies, instructie en voorlichting (AIV) of een innovatieregeling.

In de tweede lijn werd voor borging van de financiering vooral gezocht vanuit scenario 1. Ziekenhuizen met een afdeling geriatrie zagen mogelijkheden voor financiering van NPO-activiteiten via een DBC geriatrie. Hoe dit zou uitpakken voor ziekenhuizen zonder afdeling geriatrie was nog niet helder. Ten tijde van Invest-NPO werd de bekostigingsstructuur in de ziekenhuizen vernieuwd. In hoeverre NPO-activiteiten hierin zouden passen was nog niet helemaal inzichtelijk.

Wel waren er enkele ontwikkelingen die NPO-activiteiten en mogelijke borging ondersteunden. Screening van kwetsbaarheid bij opname in het ziekenhuis was al onderdeel van landelijk beleid.⁸ Daarnaast zou geriatrische revalidatie overgaan naar de zorgverzekeringswet per 1 januari 2014. Volgens de minister zou hierdoor aanzienlijke kwaliteitswinst en doelmatigheidsverbetering geboekt kunnen worden.⁹

Scenario 2: een oplossing over de schotten heen voor een deel van activiteiten

Uit de knelpuntenanalyse bleek dat er onvoldoende ruimte was of versnippering bestond in de bestaande financiering en bekostiging voor indirecte activiteiten zoals coördinatie, participatie in multidisciplinair overleg en randvoorwaarden. In scenario 2 (zie Figuur 2) wordt alleen voor deze meer indirecte onderdelen van integrale zorg een oplossing gezocht over de schotten van financiering heen. Er worden met hulpverleners en financiers afspraken gemaakt over de inhoud en over financiering/bekostiging. De stippellijnen in de figuur geven weer dat hierin nog keuzes gemaakt kunnen worden. Losgelaten wordt dat het geld gebonden is aan één financieringsbron en een uitvoerder; het kan worden herverdeeld. Voor andere taken blijft reguliere financiering gehandhaafd.



Figuur 2 Scenario 2

Bevindingen uit de focusgroepen

Scenario 2 werd verschillend geïnterpreteerd. Een zorgverzekeraar dacht aan een budget voor coördinatie waarmee bij alle ouderen coördinatie gerealiseerd kon worden voor zorg en welzijn op basis van de vraag van de cliënt, overige verstrekkingen bleven gewoon hetzelfde. Een huisarts stelde voor indicatiestelling te vervangen door een centrale vorm van coördinatie. Door een zorggroep werd voorgesteld de verschillende financieringen van verpleegkundigen samen te voegen.

Als voordelen van scenario 2 werd gezien dat samenwerken moet, dat er een gezamenlijk kader van prestaties is, en dat het de mogelijkheid biedt om in het organiseren van randvoorwaardelijke zaken samen op te trekken. Huisartsen zagen dit laatste voordeel als een reden om voor dit scenario te kiezen. Scenario 2 werd net als scenario 1 gezien als een model dat kan worden uitgebouwd naar scenario 3. Voordeel is dat naast bestaande bekostiging toch doelmatigheid en samenwerking kunnen worden bevorderd. Dit scenario biedt mogelijkheden voor een projectmatige aanpak. Nadelen werden echter ook genoemd. Hoe krijg je iedereen bereid een 'stuk van de taart te delen'? Volgens deelnemers was er sowieso nog wel discussie nodig over waar het geld vandaan moest komen en welke vorm handig is. De één verwachtte een toename van administratieve rompslomp, de ander juist niet. Er waren ook zorgen dat weer een nieuwe schakel in de zorg zou ontstaan.

Bevindingen uit interviews, veld- en documentonderzoek

Er waren ten tijde van Invest-NPO enkele voorbeelden in ontwikkeling van scenario 2. In een regio waar al veel ervaring was opgedaan met zogenaamde integrale bekostiging (Maastricht) werd deze vorm toegepast op indirecte taken. Integrale bekostiging (ofwel keten-DBC) betekent dat een groep zorgverleners één bedrag ontvangt voor een pakket aan zorg (bijvoorbeeld voor diabetes, hart- en vaatziekten). Er was een DBC ontwikkeld voor coördinerende taken van de praktijkondersteuner, huisarts, wijkverpleegkundige en een geriatrisch team (onder wie de specialist ouderengeneeskunde). Voorwaarden voor het ontvangen van bijdragen waren: het opzetten van een netwerk, het organiseren en houden van een MDO, en het opstellen van een integraal zorgplan. In de DBC zat tijd voor het kernteam (huisarts, praktijkondersteuner en

wijkverpleegkundige) en tijd voor een geriatrisch team en de apotheker. Het kernteam zou een zorgbehandelplan opstellen en dit zou worden voorgelegd aan het geriatrisch team. Dit werd dan gezien als een vorm van MDO.

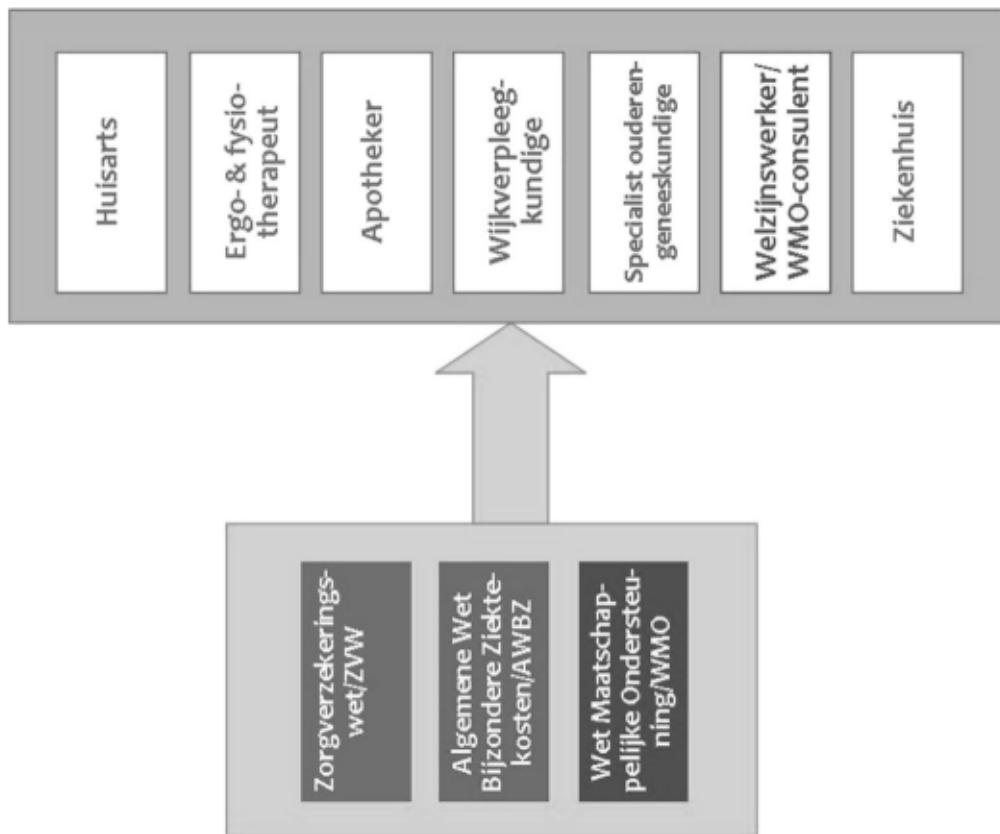
Een voordeel van de DBC was volgens de betreffende zorggroep dat deze aansluit op wat er al is of wat wordt ontwikkeld. Ook zou werken met een DBC helpen om zicht te krijgen op kosten en volumes. Daarnaast maak je gaandeweg afspraken over wie wat doet in de keten. Mogelijk zou een dergelijke DBC verder uitgebouwd kunnen worden richting casemanagement voor dementie of nog verder naar populatiegebonden bekostiging. De zorggroep die de DBC beheert kan randvoorwaardelijke zaken hierin meenemen. Er is een duidelijke partij die de regierol op zich neemt. Een nadeel van werken met een DBC is volgens een aantal sleutelfiguren dat veel ouderen includeren meer oplevert. Dit zou geen prikkel zijn om doelmatig te werken.

In een andere regio (Almere) bestond bij een zorggroep voor verpleging en verzorging het plan om alle budgetten van waaruit verpleegkundige inzet werd bekostigd, bij elkaar te brengen. Er kwam niet meer geld, maar de budgetten zouden worden herverdeeld. Afspraken werden gemaakt binnen een netwerk en één verantwoordelijke werd aangewezen voor inkoop. Het idee kwam voort uit de ervaring dat coördinatie in meerdere trajecten werd uitgewerkt (vanuit de thuiszorg, dementieketen en gemeente) en dat daarin afzonderlijk werd gezocht naar oplossingen voor financiering. Inzet van onder andere de wijkverpleegkundige en persoonlijkbegeleider-dementie en mogelijk de praktijkondersteuner zou hieruit worden bekostigd. Een voordeel van deze aanpak was volgens de bedenkers dat het stapeling van zorg voorkomt. Er is iemand die coördineert en tussen de verpleegkundigen vindt afstemming plaats over wie waarvoor wordt ingezet. Ook zorgt de coördinerende verpleegkundige voor afstemming met andere disciplines. Een nadeel is dat budgettering en herverdeling van middelen een lastig proces kan zijn.

In de regio's waar dergelijke oplossingen werden bedacht was meestal al ervaring opgedaan met een vorm van integraal werken en lag er een basis voor samenwerking. Daarnaast was er vaak een kartrekker aanwezig. Uit ervaringen met integrale bekostiging in de eerste lijn is afgeleid dat strakker sturen op randvoorwaarden kan bijdragen tot succes: onder andere het afleggen van verantwoording over prestaties op indicatoren.¹⁰

Scenario 3: een oplossing over de schotten heen voor alle activiteiten

In scenario 3 (zie Figuur 3) wordt een oplossing gezocht over bestaande schotten van financiering heen voor een totaalpakket aan integrale zorg, niet alleen indirecte maar ook patiëntgebonden activiteiten. Daarin worden over de inhoud en financiering/bekostiging tussen hulpverleners en financiers afspraken gemaakt. Over hoeveel domeinen het pakket zich uitstrekt kan verschillend zijn, dit is onder andere afhankelijk van bestaande samenwerking. Er is sprake van een gezamenlijk kader aan prestaties bijvoorbeeld in de vorm van een zorg- en welzijnsstandaard. Over de schotten heen wordt bepaald wie wat wanneer en onder welke voorwaarden doet en wordt gezocht naar een passende bekostigingsvorm. Voor het totaalpakket aan taken wordt losgelaten dat het geld verbonden is aan één bron en uitvoerder.



Figuur 3 Scenario 3

Bevindingen uit focusgroepen

Scenario 3 werd door de meeste stakeholders als een ideaal toekomstbeeld gezien, vooral door zorgvragers en verzekeraars, waarbij sommigen dachten aan een vorm van populatiegebonden bekostiging (zie verder voor uitleg). De realiseerbaarheid, zeker op korte termijn, werd betwijfeld. De instrumenten om scenario 3 te organiseren ontbreken nog en zouden stapsgewijs moeten worden ontwikkeld. Scenario 1 en 2 werden gezien als groeimodellen naar scenario 3. Een enkeling zag scenario 3 als in het geheel onhaalbaar.

De aanwezigheid van prikkels voor samenwerking door de noodzaak om te komen tot afspraken over inhoud en financiering werd als voordeel van scenario 3 gezien. Scenario 3 zou meer kans bieden op doelmatige samenwerking en integraal werken als gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar vanuit dezelfde visie werken. Scenario 3 zou ten slotte mogelijkheden bieden om bestaande kaders van financiering en bekostiging los te laten. Nadeel van scenario 3 was volgens deelnemers dat het beschrijven van alle activiteiten voor kwetsbare ouderen onder één zorgstandaard een omvangrijk project is, omdat prestaties nu een zeer wisselende inhoud hebben. Ook het op één lijn krijgen van partijen kost tijd. De manier waarop zorg nu is georganiseerd sluit er bovendien niet op aan. Er is een gezamenlijke visie nodig. Als zorg werd ook de keuzevrijheid van de oudere genoemd als binnen een regio over zorg afspraken worden gemaakt.

Bevindingen uit interviews, veld en documentonderzoek

Binnen scenario 3 waren ten tijde van InvestNPO nog geen concrete oplossingen te vinden. Wel waren er intenties om te komen tot populatiegebonden bekostiging. Hiermee wordt bedoeld dat op basis van kenmerken van een populatie en/of de optelsom van eerdere uitgaven in een gebied een budget wordt bepaald, waarmee de budgethouder de zorg in zijn gebied moet regelen. De budgethouder draagt het financiële risico als het budget overschreden wordt. Anderzijds gaat geld dat over is in de vorm van zogenaamde 'shared savings' terug naar de regio of wijk en de zorgverzekeraar. 'Shared savings' betekent dat besparingen op zorgkosten ten goede kunnen komen aan zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars om, in samenspraak met zorggebruikers, verdere verbeteringen in zorgprogramma's te financieren.¹¹ Een voordeel van dergelijke modellen is de

prikkel tot doelmatigheid: er is een vast bedrag dat over verschillende schotten heen verdeeld kan worden. Het wordt zinvol te voorkomen dat een oudere in dure zorg terecht komt, want dat gaat ook van het regio- of wijkbudget af. Er bestaat een mogelijkheid om zelf te bepalen hoe zorg wordt ingezet dus ook om aan preventie te doen of substitutie van taken (bijvoorbeeld verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn). Er is regie, het systeem en gezamenlijke kader van prestaties dwingt tot samenwerking tussen financiers en ook tussen disciplines.

Er zijn verschillende uitwerkingen mogelijk van populatiegebonden bekostiging. Er is al ervaring opgedaan met dergelijke modellen in andere landen, in Nederland is de ontwikkeling voor de zorg net gestart. Experimenten zijn bezig of komen er aan, hierbij worden verschillende invalshoeken gekozen. Bijvoorbeeld voor diabeteszorg: verbinding tussen eerste en tweede lijn, populatiebekostiging voor chronische zorg of ouderen zorg, een wijkgebonden budget.

Waar naartoe?

Voor een groot deel van de deelnemers aan de focusgroepen en geïnterviewden werd scenario 3 als een ideaal toekomstbeeld beschouwd voor de lange termijn. Het scenario is een denkmodel waarbij de kern is dat partijen los van bestaande schotten afspraken maken over de inhoud en bekostiging van een totaalpakket aan zorg voor kwetsbare ouderen. Duidelijk was dat de weg erheen nog wel wat hobbels kent en er werd aan verschillende tussenvormen gedacht, passend binnen scenario 1 of soms 2. In de expertgroep van Invest-NPO werd nog een vierde scenario ingebracht: financiers maken onderling afspraken over de gewenste prestaties. Uitvoerders krijgen alleen betaald uit hun eigen financieringsbron onder voorwaarde dat zij samenwerken met andere partijen en dat wordt voldaan aan andere prestatie-indicatoren. Dit scenario is een hybride vorm van scenario's 1, 2 en 3.

Ten tijde van Invest-NPO was de discussie net gestart, er waren verschillende perspectieven op de precieze uitwerking binnen met name scenario 2 en 3 en de haalbaarheid. Deelnemers aan de focusgroepen en geïnterviewden waren het echter wel eens over een aantal voorwaarden waaraan financiering en bekostiging van integrale zorg aan kwetsbare ouderen idealiter zou moeten voldoen. Deze zijn weergegeven in de figuur hieronder (Tabel 1).

Tabel 1		Voorwaarden aan financiering en bekostiging van zorg aan kwetsbare ouderen
		Voorwaarden financiering en bekostiging
		Financiering en bekostiging:
1		Biedt een oplossing voor de uitvoering van indirecte activiteiten
2		Biedt ruimte om preventieactiviteiten in te zetten
3		Biedt ruimte om substitutie toe te passen
4		Omvat een prikkel tot samenwerking tussen disciplines
5		Omvat een prikkel tot doelmatigheid/het voorkomen van overlap
6		Omvat een prikkel tot het leveren van zorg op maat
7		Is administratief eenvoudig
8		Is transparant en leidt tot inzicht in kosten en opbrengsten
9		Biedt ruimte voor keuzevrijheid van de oudere

Daarnaast zijn een aantal aanvullende voorwaarden van belang met betrekking tot de context van financiering en bekostiging (Tabel 2). Een aantal geïnterviewden is het erover eens dat elke stap die wordt gezet in financiering en bekostiging informatie oplevert voor een volgende stap. Juist die partijen die voorloper zijn met DBC's zijn klaar om volgende stappen te zetten richting populatiegebonden experimenten. De evaluatiecommissie integrale bekostiging zegt in haar eindrapport dat integrale bekostiging van afzonderlijke aandoeningen (bijvoorbeeld een DBC voor diabetes) niet als een gewenste eindsituatie wordt gezien maar als een tussenstap naar populatiegerichte bekostiging.¹⁰

Tabel 2		Voorwaarden van belang in de context van financiering en bekostiging
	Contextuele voorwaarden	
1	Er is een gezamenlijk gedeelde visie op zorg/ inhoud van de prestatie	
2	Er is een gezamenlijk gedeelde visie op financiering	
3	Er is vertrouwen tussen partijen	
4	Er zijn afspraken over regie en sturing	
5	Er ontstaat geen nieuwe schakel in de keten	

Conclusies, discussie en aanbevelingen

Invest-NPO heeft knelpunten en mogelijke oplossingen in borging van de financiering van NPO-transitieprojecten in beeld gebracht. Uit de resultaten bleek dat juist bij de kenmerkende activiteiten van de NPO-transitieprojecten (coördinatie, samenwerking, creatief inzetten van zorg en bijbehorende randvoorwaarden) knelpunten worden verwacht in borging van de financiering.

Door middel van scenario's zijn in deze studie met betrokken partijen gesprekken gevoerd over mogelijke oplossingen. Een eerste is uit te gaan van de bestaande structuur en mogelijkheden in financiering en bekostiging, bijvoorbeeld via de vergoeding aan huisartsen. Aan de regeling voor huisartsenvoorzieningen voor complexe ouderen zorg stelden verzekeraars voorwaarden, onder andere het vormen van een geriatrisch netwerk. De prikkel tot samenwerken ligt echter vooral bij de huisartsenvoorziening.

In een tweede scenario worden in een financieringsvorm combinaties vanuit de Zvw en AWBZ gemaakt voor de financiering van vooral coördinatie. Eén regio was bezig met een oplossing op de leest van integrale bekostiging (of werken met een DBC), een andere regio had de intentie één budget te maken van verpleegkundige inzet zodat van daaruit coördinatie geregeld zou kunnen worden. Een derde scenario, met financiering van het totaal aan activiteiten in integrale zorg over de schotten heen, werd door veel stakeholders als ideaal gezien. Hiervan waren ten tijde van InvestNPO nog geen concrete uitwerkingen beschikbaar. Wel werden op verschillende plaatsen stappen gezet in deze richting. Denk bijvoorbeeld aan populatiegebonden bekostiging.

De bij het NPO betrokken partijen zijn het eens over de voorwaarden waaraan financiering en bekostiging van integrale zorg voor kwetsbare ouderen zou moeten voldoen. De uitwerking hiervan is onder andere afhankelijk van de reeds gelopen trajecten in een regio en de mate van samenwerking tussen partijen. Voorlopende regio's experimenteren door verbindingen te leggen tussen verschillende trajecten en financieringsbronnen en zoeken daarin naar creatieve oplossingen. Een succesfactor is de aanwezigheid van een goede kartrekker met financiële expertise. Een andere is het tijdig betrekken van eventuele financiers.

De geraadpleegde stakeholders zagen scenario 1 of 2 als een groeimodel naar scenario 3. Vanuit het NPO en andere trajecten zijn al stappen gezet die dit proces kunnen ondersteunen. Het ontbreekt echter nog aan een gemeenschappelijk kader. Daarnaast zou het helpen als er meer ruimte was om buiten de bestaande kaders van financiering te treden, of als schotten in de zorg werden geslecht. De verschillende honoreringssystemen maken het lastig om zaken anders te regelen ten bate van de kwetsbare oudere. Nieuwe activiteiten kunnen soms gewoon niet gedeclareerd worden omdat ze buiten de

kaders van regelgeving vallen (er is geen betaaltitel voor). Kosten en opbrengsten kunnen door de verschillende systemen moeilijk onderling verrekend worden. De overheveling van wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw zou samenhang kunnen vergroten.⁷ Andere opties zijn meer sturing op samenhang vanuit verzekeraars en overheden. Het hybride scenario 4 is hiervan een voorbeeld, waarbij de schotten blijven bestaan maar financiers onderling afspraken maken en aanbieders hun geld alleen krijgen als ze samenwerken en voldoen aan prestatieindicatoren.

Het project Invest-NPO was erop gericht de implementatie van transitieprojecten te ondersteunen door inzicht te bieden in knelpunten in borging van de financiering en een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van mogelijke oplossingen. In het project is in interactie met stakeholders gezocht naar antwoorden op deze vragen. Deze aanpak leidde soms tot de vraag of het zinvol is om over financiering te praten zolang de inhoud niet helder is. De vooronderstelling van het project Invest-NPO was echter dat men hier niet te laat mee moet starten. Tevens was de gedachte dat een focus op financiering zichtbaar kan maken welke activiteiten in het NPO cruciaal zijn. Zo kan aandacht voor financiering bijdragen aan verhelderen van de inhoud.

Vaak wordt er in oplossingen voor bekostiging vanuit één discipline of domein gedacht. Zorg voor kwetsbare ouderen vraagt juist om een samenhangende aanpak. InvestNPO heeft hierin een aanzet gemaakt. De bevindingen zijn gebaseerd op opvattingen van mensen in het veld en vragen om een nadere verdieping. Ten tijde van Invest-NPO was de discussie over toekomstige financiering en bekostiging in de lopende NPO-projecten nog amper begonnen. Het project leidde niet tot kant en klare oplossingen, maar wel tot instrumenten die kunnen helpen om discussies te structureren en initiatieven te beoordelen.

De indeling in typen activiteiten (coördinatie, samenwerking, patiëntgebonden en randvoorwaardelijk) kan helpen om ontwikkelingen vanuit verschillende trajecten in een regio of in het land te ordenen. De drie door Invest-NPO ontwikkelde scenario's en voorwaarden kunnen gebruikt worden als uitgangspunt voor discussies over nieuwe vormen van financiering van samenwerking, en als toetssteen voor nieuwe initiatieven voor financiering en bekostiging.

Auteurs

A. J. Theuws

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht, Maastricht

Email: a.theuws@rszk.nl

A. T. G. Paulus

Vakgroep Health Services Research, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

Vakgroep Health Services Research, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht, Maastricht

B. van Steenkiste

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht, Maastricht

G. A. M. Widdershoven

Afdeling Metamedica, Onderzoeksinstituut EMGO+, Vrije Universiteit Medisch Centrum

Afdeling Metamedica, Onderzoeksinstituut EMGO+, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

S. O. Hobma

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht, Maastricht

T. van der Weijden

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht, Maastricht

Literatuurlijst

1. Nationaal Programma Ouderenzorg. Landelijk werken aan betere zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van projecten van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Den Haag: ZonMw; 2011
2. Theuws AT. Eindrapportage Invest NPO. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2012.
3. Paulus A, Raak A, Keijzer F. ABC: The pathway to comparison of the costs of integrated care. *Public Money and Management*. 2002;2225-32. 10.1111/1467-9302.00315
4. Abma TA, Widdershoven GAM. In: Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk. Den Haag: Lemma; 2006.
5. Transitiebureau WMO. Bekostigingsmodellen. Modellen, afwegingen en uitdagingen voor gemeenten. VWS en VNG, 2013.
6. Van Campen C, Broese van Groenou M, Deeg D, Iedema J. In: Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen in tien jaar. Den Haag: SCP; 2013.
7. Van Rijn MJ. Brief 6 november 2013 aan de tweede kamer over Nadere uitwerking brief hervorming langdurige zorg. Den Haag: Ministerie van VWS; 2013.
8. VMS Veiligheidsprogramma. Praktijkgids Kwetsbare Ouderen. VMS, 2009.
9. Ministerie van VWS. Brief 13 mei 2011 aan de eerste kamer over overheveling geriatrische revalidatiezorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.
10. Evaluatiecommissie integrale bekostiging. Eindrapport: integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering. Den Haag: ZonMw, 2012.
11. Berenschot L, Van der Geest L. In: Integrale zorg in de buurt. Meer gezondheidsresultaat per euro. Utrecht: Nyfer; 2012.