



INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

INDICATIESTELLING: OBJECTIV, UNABHÄNGIG UND INTEGRAL?

Dr. Y.W. van Kemenade, dr. E.A.M.J.
Verkaar en drs. F.P.M. van Amelsvoort

Yvonne van Kemenade is adviseur bij de Raad voor de Volksgezondheid. Daarnaast heeft zij een eigen onderzoeks- & adviesbureau in de gezondheidszorg te Zwijndrecht. Eric Verkaar en Frans van Amelsvoort zijn beide verbonden aan het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Indicatiestelling is een onderwerp van veel discussie in Nederland. De toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft hierover in oktober 1994 een advies uitgebracht, waarvan de grote lijnen in het regeerakkoord en in de standpuntbepaling van het rapport Welschen zijn terug te vinden: indicatiestelling moet objectief, onafhankelijk en integraal gebeuren. Hier is in diverse publikaties al uitgebreid op ingegaan. In het kader van een studiereis die wij hebben gemaakt naar thuiszorginstellingen in Keulen hebben wij ons afgevraagd of wij iets kunnen leren van onze oosterburen.

Vanaf 1 april 1995 is in Duitsland de Pflegeversicherung ingevoerd voor de thuiszorg.

Verplegings- of eerder verzorgingsbehoef-
tig, wordt gezien in Duitsland als een algemeen levensrisico. Een algemene werknemersverzekering ter afdekking van dit risico, vergelijkbaar met de verzekering tegen ziekte, ongevallen en werkloosheid, bestond niet voor de invoering van de Pflegeversicherung.

Verzorgingsbehoef-
tig zijn betekent een belasting en verantwoordelijkheid voor

de familie en gaat vaak gepaard met hoge kosten, hetgeen in veel gevallen leidt tot aanspraken op de sociale bijstand. De invoering van een verzekering tegen de gevolgen van een verzorgingsbehoefte zal ervoor zorgen dat minder aanspraak op de sociale bijstand gedaan zal worden. Diegenen die hun leven lang gewerkt hebben en een pensioen hebben opgebouwd, zullen vanwege de kosten van verzorging/verpleging niet meer zo gauw naar de sociale bijstand hoeven te gaan. De verzekering voor dit verzorgingsrisico wordt als aparte verzekering ondergebracht bij de ziekenfonds en particuliere verzekeraars (Krankenkassen).

GEZOND MENS

De Pflegeversicherung is gericht op de beperkingen die men ondervindt bij de activiteiten van het dagelijks leven. Als criterium wordt gehanteerd de activiteiten die een gezond mens zelf zou doen, zoals wassen, kleden, eten, drinken en bewegen, ook wel de Grundpflege/verzorging genaamd. Het begrip verzorgingsbehoefte (Pflegebedürftigkeit) wordt in de wettekst omschreven als: personen die wegens een ziekte of verhindering voor

- lichamelijke verzorging: wassen, douchen, baden, e.d.;
- voeding voorbereiden en het eten zelf;
- mobiliteit: zelfstandig opstaan, aan- en uitkleden, (trappen)lopen, e.d.;
- huishoudelijke verzorging: inkopen, koken, schoonmaken woning, wassen van kleren.

Er is een keuze mogelijk tussen zorg in natura (professionele zorg) en geldelijke uitkeringen of een combinatie van beide. De geldelijke uitkering is minder dan de zorg in natura. Van de geldelijke uitkering kan geen professionele zorg worden betaald, maar is bedoeld voor de betaling van de mantelzorg. De professionele zorg is veel duurder en daarom ook veel hoger dan de geldelijke uitkering. Zij die professionele zorg nodig hebben kiezen doorgaans voor zorg in natura. Indien het bedrag niet toereikend is moet de cliënt of zijn familie de rest zelf betalen. Indien dit niet mogelijk is wordt er een beroep gedaan op de sociale bijstand. De reden van invoering van de Pflegeversicherung was onder andere om de mensen onafhankelijker te maken van de sociale bijstand. Of de Pflegeversicherung een

INDICATIESTELLING WORDT IN PFLEGEVERZEKERING DOOR ARTS VAN VERZEKERAAR GESTELD

de gewone en regelmatig terugkerende verrichtingen met betrekking tot het dagelijkse leven met de duur van tenminste zes maanden een grote mate van hulp nodig hebben. De 'hulp' in de zin van de wet bestaat uit het gedeeltelijk of volledig overnemen van de verrichtingen van het dagelijkse leven. De 'gewone en regelmatig terugkerende activiteiten' zijn:

goede bescherming biedt tegen de gevolgen van het afhankelijkheidsrisico hangt voornamelijk af van de mate waarin het Pflegegeld (max 1.300 DM) hoog genoeg is om mensen in staat te stellen hun beroepsactiviteiten stop te zetten of te verminderen en de verzorging op zich te nemen.

De indeling in de Pflegestufen wordt

gedaan door de medische dienst van de Krankenkasse of bij de kleinere Kassen door de huisarts. Hiervoor zijn landelijke richtlijnen in gebruik, de indicatievereisten. Indicatiestelling voor de verpleegkundige handelingen wordt gedaan door de huisarts.

Het indicatieproces verloopt als volgt:

- Voor de Pflegeversicherung (huishoudelijke hulp en verzorging) moet de cliënt eerst naar de Krankenkasse (waar de Pflegeversicherung is ondergebracht) die de cliënt al dan niet indeelt in een van de drie Pflegestufen. Er vindt dus eerst een toewijzing plaats van een maximaal bedrag dat aan zorg kan worden uitgegeven. De cliënt gaat met deze 'machtiging' naar de desbetreffende thuiszorginstelling die de hulpbehoefte van de cliënt inventariseert en een zorgplan opstelt.
- Voor de verpleegkundige handelingen wordt in eerste instantie door de huisarts een globale indicatie gesteld, waarna de arts van de Krankenkasse de verplegingsbehoefte van de cliënt beoordeelt en een maximumbedrag toewijst. De desbetreffende thuiszorgorganisatie inventariseert vervolgens de hulpbehoefte en maakt een zorgplan. Er wordt dus driemaal 'geïndiceerd' door verschillende deskundigen, met mogelijk drie verschillende uitkomsten.

Dit indicatieproces in Duitsland (van zorgtoewijzing/machtiging naar indicatiestelling of behoeftebepaling/zorgplan) verloopt dus in omgekeerde richting in vergelijking met Nederland (van indicatiestelling naar zorgtoewijzing).

Door eerst de zorg toe te wijzen, zonder een goede basis te hebben waarop dat zou moeten gebeuren zal nooit een goede afstemming tussen zorgbehoefte en zorg plaats vinden.

Het verschil ligt waarschijnlijk in de aard van de benadering van het rechtssysteem. In Nederland heeft men recht op (noodzakelijke) zorg en in Duitsland heeft men recht op een geldelijke vergoeding, hetgeen meer overeenkomt met een schadeverzekering, zoals bijvoorbeeld een autoverzekering. Het schadebedrag wordt toegewezen en wat met het geld wordt gedaan is niet van belang.

De ervaring van de thuiszorginstellingen in Duitsland is dat er te weinig wordt geïndiceerd door de medische dienst van

de Krankenkasse, waardoor de cliënt de keuze heeft het meerdere aan zorg (voortkomend uit het zorgplan) zelf te betalen. De budgetten voor de Pflegeversicherung zijn onbegrensd (open-eind financiering), meer zorgvragen betekent meer macro-budget. Wel wordt door de minister een percentage van 1,7% premie nagestreefd. Dit was een belangrijke voorwaarde voor het politiek haalbaar maken van dit voorstel. De minister zal dus proberen de kosten in de hand te houden. Dit kan onder andere door de indicatiestellingseisen te verhogen, dus door de aanspraken op geld te verlagen. De invoering van de Pflegeversicherung is in de ogen van veel mensen een kostenbeheersende maatregel geweest. Door de indicatiestelling bij de verzekeraar te leggen kan indicatiestelling ook als instrument voor kostenbeheersing worden gebruikt.

BUDGETTEN PFLEGEVERSIKERUNG ZIJN ONBEGRENSD

Met betrekking tot de *objektivität* kan worden gesteld dat er wel wettelijk vastgestelde indicatiecriteria zijn die landelijk worden gebruikt, maar dat er in de praktijk verschillend mee wordt omgegaan. Het zijn globale criteria die voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Doordat de 'indicatiestelling' wordt gedaan door een niet juiste deskundige, een arts voor verzorging en verpleging, zijn ook verschillende uitkomsten en indelingen in Pflegestufen mogelijk. Deze indicatie-eisen zijn zeker voor verbetering vatbaar.

Van *unabhängigkeit* is geen sprake in Duitsland. De zorgtoewijzing/indicatiestelling wordt in de Pflegeversicherung door de arts van de verzekeraar gesteld, hetgeen leidt tot kostenbepalende indicatiestelling. Dit blijkt ook uit de discrepantie die in de praktijk bestaat tussen de afgegeven indicatie (indeling Pflegestufe) en het zorgplan dat wordt opgesteld na inventarisering van de zorgbehoefte van de cliënt. Een druk vanuit de thuiszorginstellingen of cliënten om hierin verbetering aan te brengen is nauwelijks aanwezig, want men is zich nog niet bewust van de druk die zij kunnen uitoefenen. Ook bij de verpleging is dit het geval. De huisarts indiceert voor bijvoorbeeld drie maanden zorg en stuurt de indicatie ter beoordeling aan de Krankenkasse. Deze geeft een indicatie van een maand af aan de betreffende thuiszorginstelling. De indicatiestelling van de huisarts wordt

ondermijnd, maar er wordt geen enkele actie op ondernomen. De thuiszorg gaat gewoon aan de slag met een maand zorg. Van *integrale* indicatiestelling is geen sprake, die indicatiestelling is, zoals beschreven heel versnipperd. Voor de cliënt wordt dit min of meer 'opgelost' door het bestaan van netwerken van voorzieningen. Een maatschappelijk werker die in dienst is van de organisatie waar de thuiszorginstelling bij is aangesloten zorgt voor de afstemming tussen verschillende voorzieningen en sociale uitkeringen waar de cliënt recht op heeft. Daarbij komt dat de zorg erg cliëntvriendelijk overkomt. Door de grote concurrentie die bestaat tussen de zorgaanbieders, is het naar zeggen van de instellingen niet mogelijk ontevreden cliënten te hebben. De thuiszorg wordt zo ingevuld als de cliënt dat wenst. Doen zij dat niet

dan verliezen zij klanten.

Geconcludeerd kan worden dat de Duitse situatie qua cultuur en structuur afwijkt van de Nederlandse, hetgeen de vergelijkbaarheid van de wijze van indicatiestelling beperkt.

De indicatiestelling in Duitsland kent in het kader van de Pflegeversicherung een kleine mate van objectiviteit, onafhankelijkheid is verre van aanwezig en de integrale indicatiestelling is niet als zodanig geregeld. Door het bestaan van verzuiilde zorgnetwerken is afstemming van de zorg voor een cliënt toch goed mogelijk. Ook de door sterke concurrentie noodzakelijke cliëntvriendelijkheid draagt daar aan bij.

Het indicatieproces verloopt van zorgtoewijzing naar indicatiestelling in tegenstelling tot in Nederland waar de zorgtoewijzing volgt op indicatiestelling.

De discussies rondom de vormgeving van de indicatiestelling verlopen in Nederland misschien niet altijd even vlot, maar we zijn wel op de goede weg! ♦