

## Zorgzwaartebekostiging in de AWBZ: een vertrouwenwekkende ontwikkeling?

C.M.P.M. Hertogh

**Abstract** Towards a new system of costs reimbursement in Dutch long-term care facilities: a confidence-building development? Against the background of an increasingly ageing society, the Dutch government is redefining its role with regard to providing and financing care for the elderly. This results in restricting the benefits of the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) to the care for severely dependent elderly – especially old people with dementia – who are in need of long term care that cannot be ensured on the market. In accordance with this policy, geriatric rehabilitation and (medical) care aimed at recovery will be transferred to the basic health insurance. One of the steps towards this restricted coverage of the AWBZ is the introduction of a new, but questionable method of costs reimbursement. Not only does this method lack transparency, it also entails the use of time-consuming, inefficient and bureaucratic questionnaires with a doubtful reliability. The question is raised whether this procedure is a right and trustworthy step to ensure the quality of care for dependent elderly.

De veranderingen binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) – door de overheid aangeduid als ‘modernisering’ – vormen om meerdere redenen een beklemmende ontwikkeling. Ten eerste omdat het de onverbidelijke verwachting van een ieder is, dat zorgaanbieders en zorgverleners in de toekomst ‘steeds meer met minder’ zullen moeten doen. De achterliggende gedachte is immers, dat de AWBZ in het licht van de vergrijzing en ontgroening van de samenleving betaalbaar en beheersbaar moet blijven. Hoe dat uiteindelijk zal uitpakken lijkt gedeeltelijk ongewis, want het moderniseringstraject schrijdt stap voor stap voort, zonder dat

de overheid vooraf een duidelijk omlijnd doelscenario heeft geschetst. Afhankelijk van de politieke wind en de parlementaire verhoudingen wijkt het traject nu eens wat meer naar rechts, dan weer wat meer naar links, maar het is onvermijdelijk dat de ‘grondkoers’ van het beleid in wezen neerkomt op een stapsgewijze ontmanteling van de AWBZ. Het vorige kabinet heeft die keuze in wezen al neergelegd in haar nota *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*.<sup>1</sup> In de toekomst zal de mondige burger zelf initiatief moeten nemen om, anticiperend op de gebreken van de ouderdom, het verlies aan hulpbronnen in latere levensfasen te compenseren. “Iedereen hoopt oud te worden, dus niemand kan zeggen dat hij dit niet kon voorzien”, zo vatte Staatsecretaris Ross de morele rechtvaardiging van dit beleid samen. De georganiseerde solidariteit op afstand – de AWBZ – zal worden gereserveerd voor de zware chronische zorg die op de markt niet verzekeraar is, waarbij de hoogste prioriteit moet worden gegeven aan de zorg voor ouderen met psychogeriatrische aandoeningen. Door de ondersteunende begeleiding uit de AWBZ-aanspraak te halen en onder te brengen in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is met die inperking van de AWBZ al een begin gemaakt. Het overhevelen van de behandelfunctie – of althans een belangrijk deel daarvan – naar de ziektekostenverzekering zal een tweede stap zijn.<sup>1</sup> Binnen de AWBZ resteert dan een – ten opzichte van het huidige schrale aanbod – nog verder uitgekleed zorgproduct.<sup>2</sup>

De tweede reden waarom de modernisering van de AWBZ gevoelens van beklemming oproept, is gelegen in het feit dat het streven van de overheid naar versterking van de beheersbaarheid altijd resulteert in meer toezicht en controle en in een toename van de daarmee gemoeide bureaucratie, tendensen die evident ten koste gaan van de autonomie en professionele armslag van

zorgaanbieders en zorgverleners. De rol van instituties als het CIZ – een van de grootste, gemeenschappelijk door zorgverleners en zorgontvangers gedeelde, ergernissen in dit land – zal derhalve niet ingrijpend veranderen, ondanks de bescheiden gestes die het nieuwe kabinet in zijn eerste honderd dagen deed. Als dit kabinet na Prinsjesdag (hopelijk) gaat regeren in plaats van praten, zal het op dit punt weinig verschil weten te maken. En vermoedelijk evenmin op het punt van de groeiende invloed van de zorgverzekeraar op het zorgproces.

De modernisering waar AWBZ-instellingen dit jaar voor geplaatst worden betreft de invoering van de lang aangekondigde prestatiegerichte bekostiging van de zorg. Na het falen van de eerdere initiatieven, zoals de (te duur gebleken) individuele zorgarrangementen, moet die bekostiging nu gestalte krijgen door middel van de wat minder ambitieuze ‘zorgzwaartepakketten’ of ZZP’s. Deze ZZP’s zijn een uitwerking van de “algemeen onderkende noodzaak” om de “keten van indicatiestelling, zorginkoop, zorgverlening, bekostiging en verantwoording te definiëren in herkenbare producten en daarop afgestemde financiering”, aldus de Staatsecretaris in haar brief aan de Tweede Kamer.<sup>3</sup> Wat de Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC’s) zijn voor de *cure*-sector, zijn de ZZP’s voor de *care*, zo lijkt althans de bedoeling. Een dergelijk zorgpakket bestaat uit een beschrijving van het ‘type’ cliënt (‘cliëntprofiel’) met daarbij een aanduiding van het aantal uren toegewezen zorg, verdeeld naar woonzorg, begeleiding en behandeling. In de toekomst zal de indicatie om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen gebaseerd worden op de toekenning van een ZZP. Op grond daarvan kan de cliënt – binnen zekere grenzen – zelf zijn zorg gaan ‘inkopen’. Het zorgpakket is namelijk in beginsel cliëntvolgend en het daarmee verbonden tarief wordt door het zorgkantoor beschikbaar gesteld aan de door de cliënt uitgekozen zorgaanbieder.

Voor het bepalen van de zorgzwaarte en de toewijzing van ZZP’s heeft VWS door het bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) – dat ook verantwoordelijk is voor de opstelling van de ZZP’s – een scorelijst laten ontwikkelen bestaande uit maar liefst 54 vragen! In de afgelopen maanden hebben alle intramurale AWBZ-instellingen de opdracht gekregen om hun cliënten aan de hand van deze scorelijst in te delen in een ZZP. Dat heeft deze instellingen veel tijd en hoofdbrekens gekost. Zo ontbreekt een duidelijke instructie voor het invulformulier en moet men het doen met “algemene principes”. Eén van die principes is, dat de invuller rekening moet houden met de compenserende effecten van de zorgsituatie waarin de cliënt verkeert. De verzorgenden die de scorelijst moeten invullen wordt daartoe gevraagd de beperkingen van de cliënt te beoordelen “alsof deze compenserende effecten er niet zijn”, een riskante

formulering als men betrouwbare antwoorden wil krijgen! Het louter opgenomen worden in een instelling is immers al een interventie die evident effect heeft op de zorgbehoefte van cliënten en op de perceptie daarvan door verzorgenden. Alleen al de structuur die het verblijf in een instelling biedt, heeft een gunstig effect op het welbevinden en stelt bewoners in staat tot het uitvoeren van activiteiten en handelingen waartoe zij – aan zichzelf overgelaten – nooit in staat zouden zijn. Hoeveel van die structuur en ondersteuning moet de invuller nu wegdenken om de gewenste ‘alsof’-situatie zo goed mogelijk te benaderen? En hoe zouden vervolgens CIZ-medewerkers – die geacht worden een controle uit te voeren op de door de instellingen aangeleverde scores – hiertoe in staat zijn? Zij kennen de cliënt immers hoegenaamd niet, laat staan dat zij goed ingevoerd zijn in diens ziekte- en zorggeschiedenis.

Het laat zich dan ook raden, dat men in veel instellingen een zekere spanning ervaart tussen de eigen inschatting van de zorgbehoefte van cliënten en de op grond van de scorelijst toegekende ZZP. Daarbij komt dat het systeem weinig transparant is, omdat de sleutel op grond waarvan de ZZP-score gekoppeld wordt aan een zorgzwaartepakket door VWS niet is vrijgegeven. Een ander probleem is dat de strakke ZZP-indeling weinig rekening houdt met de multimorbiditeit van de kwetsbare oudere en dat er sectorbreed veel onvrede bestaat met de urenraming voor de functie behandeling, reden waarom het bureau HHM hiernaar onlangs opnieuw onderzoek heeft gedaan.

Terwijl zorgverleners vooral beducht zijn voor een te lage zorgzwaarteberekening op basis van de scorelijst zijn zorgverzekeraars eerder bang voor een overschatting van de zorgzwaarte. Zij vrezen dat de invoering van de ZZP’s gepaard zal gaan met een zogenaamde ‘upcoding’: het koppelen van een cliënt aan een duurdere ZZP dan benodigd op grond van zijn zorgbehoefte. Dat zoiets gaande zou zijn, leiden de zorgverzekeraars af uit de bevinding dat er tussen in beginsel gelijkwaardige instellingen onderling behoorlijke verschillen lijken te bestaan in de uitkomst van zorgzwaarteberekeningen en indeling in ZZP’s. Daardoor dreigt de hele operatie – die volgens VWS budgettair neutraal zou moeten verlopen – toch uit te draaien op een stijging van de kosten in de zorg. Tenzij men uiteraard de tarieven naar beneden toe bijstelt...

De invoering van de prestatiegerichte bekostiging geeft zo aanleiding tot minimaal de volgende vragen:

1. ‘Kloppen’ de zorgzwaartepakketten, met andere woorden: is het inderdaad mogelijk om alle cliënten en toekomstige cliënten met hun zorgbehoefte adequaat onder te brengen in deze gestandaardiseerde producten? Dit is een vraag naar de validiteit van de ZZP’s. Hiernaar

is echter geen voorafgaand wetenschappelijk onderzoek verricht.

2. Vindt – afgezien van de inhoud van de ZZP's – de toekenning van zo'n zorgpakket plaats op grond van betrouwbare, voldoende en relevante gegevens?

Dit is de vraag die Frijters en Achterberg stellen in hun artikel dat verderop in dit nummer van TGG is opgenomen en dat door de redactie met voorrang wordt gepubliceerd vanwege het maatschappelijk belang van de bevindingen.<sup>4</sup> Het betreft hier een onderzoek naar de doelmatigheid en betrouwbaarheid van de ZZP-scorelijst die – gelet op het bovenstaande – van zo'n cruciale betekenis is voor een juiste inschatting van de zorgbehoefte van een cliënt en de koppeling daarvan aan een zorgzwaartepakket. De uitkomsten van dit onderzoek zijn helaas verre van bemoedigend en dragen in negatieve zin bij aan de al bestaande gevoelens van beklemming aangaande de modernisering van de AWBZ. Zowel de inter- als de intrabeoordelaarbetrouwbaarheid van een aanzienlijk deel van de vragen uit de gewraakte scorelijst blijkt onder de maat en bijna 30% van de vragen (15 van de 54) is zelfs overbodig! De auteurs eindigen hun artikel met de (retorische) vraag of het wel verstandig is om zo'n ingrijpende systeemwijziging als de prestatiegerichte bekostiging – met alles wat deze behelst voor zorgontvangers, zorgverleners en zorgaanbieders – te laten sturen door een dergelijke wetenschappelijk onvolkomen vragenlijst.

De vraag stellen is haar beantwoorden. Niet alleen is meer onderzoek nodig – de meest voor de hand liggende gevolgtrekking; ook is een meer fundamentele gedachtewisseling op z'n plaats die ernst maakt met de meervoudige gevoelens van onvrede en beklemming die de veranderingen in de AWBZ opwekken. Want hoeveel vertrouwen mag men hebben in een beleid dat zich van zulke zwak onderbouwde instrumenten bedient als deze scorelijst? Is een toebedeling van schaarse zorg op basis van zo'n ondoorzichtige berekening eigenlijk wel ethisch te verantwoorden? Hoe realistisch is de verwachting, dat

de “zorgzwaartebekostiging transparant zal maken welke en hoeveel zorg voor een bepaalde prijs geleverd kan worden” en dat dit systeem zal bijdragen aan het duidelijk maken van de zorgkloof, zoals de directeur van de NVVA onlangs nog beweerde?<sup>5</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit lijkt voornamelijk bang te zijn, dat zorgaanbieders minder zorg zullen leveren dan waar zorgontvangers krachtens hun ZZP aanspraak op kunnen maken, maar het omgekeerde risico is minstens zo groot.<sup>6</sup> Dat risico is namelijk dat zorgontvangers minder en andere zorg zullen krijgen dan waar zij krachtens het professionele oordeel van de zorgverlener recht op hebben, omdat de toegekende ZZP zo'n grotere professionele zorginspanning ontmoedigt en de scorelijst geen ruimte laat om zulke inspanningen tot gelding te brengen. Deze risico's, die ook door Frijters en Achterberg benoemd worden, staan uiteraard niet allemaal in rechtstreeks verband met de gebrekkige betrouwbaarheid en doelmatigheid van de ZZP-scorelijst. De achterliggende vraag is niettemin of we met dit indirecte, foutengevoelige en veel externe controle vergende systeem van kostenvergoeding wel op de goede weg zijn.

## Literatuur

- Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing. Den Haag, Ministerie van VWS, 2005.
- Hertogh, CPM. Palliatieve zorg bij dementie en de ontmanteling van de behandelfunctie van het verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38: 2-5.
- Staatsecretaris VWS. Brief zorgzwaartebekostiging, DLZ/ZZBB-2690042, 2 juni 2006.
- Frijters D, Achterberg W. Betrouwbaarheid van de Zorgzwaartepakket (ZZP) scorelijst. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38:165-173.
- Weeder, W. Geen ontmanteling maar ontwikkeling van de behandelfunctie van het verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007; 38: 102.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Toezichttoets zorgzwaartebekostiging intramurale AWBZ-zorg. Z.p. NZA, 2006.