

WVS versjteert het goede van zorgzwaartebekostiging

# Afronding afgeraffeld

drs. Robert Slaghuis MHA,  
manager financiën Lunet zorg

Henri Plagge,  
arts maatschappij en gezondheid,  
voorzitter raad van  
bestuur Lunet zorg

Correspondentieadres:  
h.plagge@lunet zorg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Zorgzwaartebekostiging in de langdurige zorg belooft in theorie een eerlijke verdeling van geld op basis van de zorgbehoefte. Maar bij de invoering van het stelsel maakt het ministerie van WVS er een janboel van.

**N**a de komst van DBC's wordt per 1 januari 2009 zorgzwaartebekostiging in de chronische (verblijfs)zorg ingevoerd. Het gaat dan onder meer om de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de chronische psychiatrie. De sympathieke bedoeling van deze bekostiging is het leggen van een rechtstreekse relatie tussen zorgvraag, zorgzwaarte en kostprijs. Cliëntenorganisaties zijn blij dat de financiering eindelijk vraaggestuurd wordt. Zorgaanbieders hopen dat dit een einde maakt aan het gat tussen het beschikbare geld en de zorgvraag.

De huidige bekostiging dateert uit de jaren zestig en heeft weinig relatie met de zwaarte van de zorg. Zorginstellingen ontvangen een bedrag op basis van de beschikbare capaciteit.

Met de nieuwe bekostiging krijgt een cliënt van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) een indicatie voor één van de ruim vijftig vastgestelde zorgzwaartepakketten (ZZP's), inclusief een prijskaartje en een

beschrijving van de zorg waarop hij recht heeft. Eindelijk duidelijkheid en een eerlijke verdeling van het geld op basis van de echte zorgvraag, zo willen de staatssecretaris van WVS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ons doen geloven. De werkelijkheid is echter anders.

## Tijdrovend

Wie is er tegen bekostiging op basis van objectief bepaalde zorgzwaarte? Artsen en andere zorgverleners in de AWBZ bijvoorbeeld. Zij kennen de dagelijkse praktijk rond de indicatiestelling. De omvang van de geïndiceerde zorg heeft weinig tot niets te maken met

objectiviteit, indicatieregels veranderen nogal eens en de bureaucratische procedures zijn tijdrovend. Iedere arts kent wel een oudere patiënt die na verwijzing thuis wordt gebeld door een CIZ-indicatiesteller. Dikwijls is zo'n patiënt te trots om toe te geven dat hij niet meer alles zelf kan. Gevolg is dat er te weinig zorg wordt geïndiceerd.

Sinds 1 juli 2007 stelt het CIZ indicaties voor de nieuwe zorgzwaartepakketten, terwijl de instellingen nog steeds een geldbedrag krijgen op basis van hun capaciteit (het aantal bedden). Promotiemateriaal en voorlichtingsboekjes van het ministerie van WVS wekken de indruk dat er eindelijk vraaggericht en 'zorgzwaartevolgend' geld beschikbaar is.<sup>1</sup> In 2007 werden zelfs uren en dagdelen aangegeven bij de ZZP-indicatie. Dit alles heeft geleid tot onprettige discussies tussen cliënten en hulpverleners die een nadelig effect hebben op de hulpverleningsrelatie.

Na veel protest heeft WVS de voorlichtingsteksten iets aangepast en vindt de staatssecretaris dat cliënten en zorgaanbieders niet met minuten en uren bezig moeten zijn.<sup>2</sup> De doos van Pandora is echter open en geen politicus zal hem makkelijk weer dicht krijgen.

Duidelijk is dat WVS vanaf 2009 de definitieve invoering van de zorgzwaartebekostiging macro-economisch neutraal wil uitvoeren. Na grootschalige kostprijsonderzoeken en meerjarige voorbereiding wordt het klassieke budgetdenken toegepast. Het bedrag dat nodig is om een geïndiceerd zorgzwaartepakket te realiseren, kort de NZa met percentages van tussen de 3 en 7 procent, zodat in totaal niet meer geld wordt uitgegeven. Hierdoor kan dus nooit meer de zorg worden geboden die met het zorgzwaartepakket is berekend. Het zo

**De cliënt zal uiteindelijk  
weinig hebben  
aan zijn ZZP-indicatie**

kloppend maken van het landelijke huishoudboekje wordt in beleidsjargon 'rondrekenen' genoemd.

### Bezuiniging

De staatssecretaris maakte in augustus van dit jaar duidelijk hoe de nieuwe manier van bekostiging wordt ingevoerd.<sup>2</sup> De definitieve tarieven voor 2009 worden eind oktober vastgesteld. Duidelijk is al wel dat er sprake zal zijn van grote verschuivingen tussen organisaties. Voor instellingen die moeten krimpen, is in 2009 sprake van een korting van 2 procent, gevolgd door 4 en 7 procent in respectievelijk 2010 en 2011; een totale korting van 13 procent dus.<sup>2</sup> Voor een middelgrote AWBZ-aanbieder met een omzet van 50 miljoen euro is dat een korting van 6,5 miljoen euro. Dat betekent dat

Uit onderzoek van de NZa in juli is gebleken dat, op basis van voorlopige ZZZ-prijzen, 518 instellingen hun budget zien krimpen en dat het budget voor 469 instellingen moet stijgen.

beeld: Gerhard van Roon, HH



deze instelling ongeveer 160 formatieplaatsen zal moeten schrappen; een bezuiniging van 1 op de 6 hulpverleners.

Instellingen die na invoering van zorgzwaartebekostiging meer geld krijgen, hebben hierover nog weinig duidelijkheid. Bekend is dat zorgkantoren en verzekeraars veel zeggenschap krijgen. Of zij de extra middelen ook zorgzwaartevolgend beschikbaar stellen, moeten we maar afwachten. Zorgkantoren moeten keuzen maken. Zij kunnen in onderhandeling met zorgaanbieders een korting bedingen. De cliënt voor wie extra inzet zorginhoudelijk nodig is, zal dan uiteindelijk weinig hebben aan zijn ZZZ-indicatie.

### Krimpen

De kunst van het goed implementeren van een nieuw systeem is een integrale, degelijke aanpak en een simpele begrijpelijke methode. De staatssecretaris laat dit na. Belangrijke uitvoeringsvragen die het veld aandraagt, worden niet beantwoord. Een voorbeeld is het onbedoelde effect van de functiebehandeling voor nogal wat gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen (woonvormen). Als zij een ZZZ hoger dan 2 hebben, moeten ze opeens voor medische zorg terugvallen op de verblijfszorgaanbieder. Dat terwijl ze vaak al een heel leven lang hun eigen huisarts kiezen. Daarnaast hoort de NZa veldpartijen wel aan, maar legt zij hun adviezen veelal terzijde. Met fraaie statistieken moet iedereen geloven dat de virtuele werkelijkheid van de NZa-computers de echte werkelijkheid is.

Uit onderzoek van de NZa in juli is gebleken dat, op basis van voorlopige ZZZ-prijzen, 518 instellingen hun budget zien krimpen en dat het budget voor 469 instellingen moet stijgen.<sup>3</sup> De hoogte van de daling en/of stijging heeft een spreiding van minus 20 procent tot plus 20 procent. Daarnaast zijn er signalen dat de definities van de ZZZ's nog onvoldoende duidelijk zijn en/of dat de onderliggende cijfers niet kloppen. Vanuit brancheverenigingen zijn tientallen punten aan de staatssecretaris aangeboden met het dringende advies deze ter harte te nemen voordat zorgzwaartebekostiging wordt ingevoerd. Het gaat vaak niet om ingewikkelde punten, maar meer om blinde vlekken die een besluit behoeven.

### Gegoochel

De invoering van de zorgzwaartebekostiging raakt tienduizenden kwetsbare mensen en gaat de hele gezondheidszorg aan. Ook zijn er tienduizenden zorgverleners bij betrokken

**SAMENVATTING**

- De AWBZ-verblijfszorg verandert in 2009 fundamenteel met de introductie van de zorgzwaartebekostiging.
- Deze grote wijziging wordt zonder oog voor de praktijk van zorgvrager en -verlener afgeraffeld.
- Politieke en ambtelijke eigenwijsheid maken van dit vraaggerichte systeem een ouderwets budgetstelsel.
- Grote problemen en verdere kostenstijgingen in de chronische zorg zullen het gevolg zijn.

die, bij een verkeerd ingevoerd financieringsstelsel, mogelijk hun baan verliezen, hun mogelijkheden om goede zorg te verlenen zien veranderen of ontgoocheld door bezuinigingen en reorganisaties de zorg de rug toekeren. Gegoocheld met cijfers, ambtelijk en politiek opportunisme en ordinaire eigenwijsheid zijn niet op zijn plaats als het gaat om dergelijke belangen.

De filosofie van zorgzwaartebekostiging en de blauwdruk ervan zijn goed. Maar de finishing touch lijkt op een achternamiddag te worden afgeraffeld, zonder dat de consequenties daarvan zijn te overzien. Veel organisaties zullen een substantieel deel van hun personeelsbestand moeten laten gaan - dit ondanks personeelstekorten die op termijn zijn te voorzien. Daarnaast is het nog maar de vraag of het hier bij blijft of dat er opnieuw extra kortingen worden doorgevoerd.

De invoering van een nieuw financieringsstelsel gebaseerd op de zorgvraag van de cliënt is van groot belang. Zorgzwaartebekostiging heeft voldoende potentie om de ruggengraat van een dergelijk stelsel te zijn. Het moet zuiver worden gehanteerd, zorgvuldig worden ingevoerd en de kostprijs van een zorgzwaartepakket moet ook echt wordt betaald. Verder is belangrijk dat het kabinet politieke keuzen durft te maken over pakketomvang en rechten van AWBZ-verzekerden. Deze

keuzen moeten niet worden verstopt achter handige retoriek, technische trucjes in het indicatiesysteem of zogenaamde doelmatigheidskortingen. Ook moeten hulpverleners en zorgvragers niet worden gedwongen allereerste discussies aan te gaan over beschikbare middelen en zorgverleningsuren.

De hoge verwachtingen die het huidige en het vorige kabinet heeft gewekt over vraagsturing, moeten worden getemperd of gepaard gaan met voldoende geld. Zonder een snelle correctie zullen er de komende jaren veel problemen ontstaan in de AWBZ-verblijfszorg. Denk aan verdere kostenstijgingen, een verdere juridisering, noodzakelijke fusies, grote onrust onder en uitstroom van zorgwerkers, stilstand in innovaties en minder handen aan het bed. Het systeem dat ooit werd ontwikkeld als een systeem voor individuele zorgzwaartebekostiging is dan in korte tijd verworden tot een budget- en tariefstelsel met de NZa als spelleider en de zorgvragers en zorgaanbieders als willoze pionnen. 

## Tienduizenden zorgverleners verliezen mogelijk hun baan



Zie ook de column van NVVA-voorzitter Mieke Draijer op blz. 1791.

De referenties en meer informatie over zorgzwaartebekostiging vindt u via de verwijzing onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

# veldwerk

## Marktmechanisme

Erg populair is de term dezer dagen niet meer, maar ondernemen blijft goed, ook in de psychiatrie. Zolang het belang van de klant voorop staat, tenminste. Niet dat ik ervoor ben psychiatrische patiënten klanten te noemen, zoals dat zelfs in de meest patiëntonvriendelijke instellingen gebruikelijk is. Maar de patiënt als klant centraal stellen, is wel iets waar ik warm voor loop.

Enkele ondernemende kinderpsychiaters deelden die gedachte blijkbaar en voegden de daad bij het woord. Laten we eens doen wat veel van de instellingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie achterwege laten, dachten zij. En daarbij hanteerden ze een paar zeer eenvoudige, uiterst vanzelfsprekende en voor de hand liggende principes. Ik zal ze u noemen; het zal u wellicht verbazen dat het voldoen aan deze voorwaarden blijkbaar een 'gat in de markt' is. In de eerste plaats zetten ze de kinderpsychiater aan de voordeur, zodat de patiënt (en de ouders) eerst de dokter zien, net als overal elders in de geneeskunde. De psychiater doet daar het werk waar hij als beste voor is toegerust: snel een diagnose stellen. Zo weten de ouders en het kind vaak binnen één consult waar ze aan toe zijn. Ze kunnen er ook snel terecht omdat door efficiënt werken (de snelle diagnose dus) geen wachttijden ontstaan. Het hanteren van soepele openingstijden (na vijf uur 's middags bijvoorbeeld) is ook zo'n klantvriendelijke maatregel.

Zo kan ik nog even doorgaan, maar u heeft de boodschap allang begrepen. Net als veel kinder- en jeugdpsychiaters en hun 'klanten'. De onderneming, Virenze, een organisatie opgezet door kinder- en jeugdpsychiaters in Zuid-Limburg, is een groot succes. Psychiaters sluiten zich in drommen aan, sommigen in loondienst, anderen als franchisenemer. En de klanten? Die stromen toe. Soms werkt het marktmechanisme namelijk wel. Als het niet op Wall Street is, dan wel op de Limburgse Main Street.

René Kahn,  
psychiater

#### Referenties

1. [www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging](http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging).
2. Brief van de staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de NZA betreffende herallocatie bij invoering van de zorgzwaartebekostiging. Den Haag, ministerie van VWS, 5 augustus 2008.
3. Brief Nederlandse Zorgautoriteit aan de staatssecretaris van VWS betreffende aanvulling op herallocatie. Utrecht, NZa, 28 juli 2008.