

Hoe kan de Wlz goed functioneren

Advies van bureau HHM op basis van kennis van de historie: “Stel de juiste vragen”

Enschede, 5 juli 2016

Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) is een nieuwe fase aangebroken in de langdurige, intramurale zorg. Tijd om de geschiedenis en systematiek van indicatiestelling en bekostiging onder de loep te nemen. En de knelpunten te benoemen in de uitvoering. Bureau HHM, dat jarenlange expertise heeft in de langdurige zorg, helpt de vragen bij de knelpunten te beantwoorden.

Ontwikkeling van de bekostiging in de langdurige zorg

Er komt meer aandacht voor welbevinden, bewuste keuze en regie bij de cliënt. Lees over de ambitie van de staatssecretaris van VWS voor de Wlz in de brief ‘Waardig leven met zorg’ van 26 februari 2016: “Niet de zorg maar het welbevinden van de mens met zijn beperking staat voorop. Welbevinden start met zeggenschap. (...) De ambitie is dat de organisatie van de ondersteuning en zorg voor mensen zich voegt naar het leven van deze mensen en niet andersom.”

Hoewel de doelgroep van de Wlz anders is afgebakend dan bij de voorloper AWBZ, is de systematiek voor de bekostiging van de zorg nog gebaseerd op de oude ‘taal’, namelijk de zorgzwaartepakketten (ZZP’s) of zorgprofielen.

De roep om een nieuwe structuur voor bekostiging van de intramurale zorg wordt hierdoor sterker.

AWBZ:

van aanbodgericht naar cliëntgericht

De AWBZ, die in 1968 is ingevoerd, was een verzekering tegen de kosten voor langdurige behandeling, verzorging of verpleging die voor een individu onverzekerbaar zijn. Bij de invoering behelsde de AWBZ de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg. Vanaf 1997 werden ook de verzorgingshuizen (vanuit de Wet op de bejaardenorden) gefaseerd overgeheveld naar de AWBZ om de schotten in de ouderenzorg op te heffen. De toegang tot intramurale voorzieningen werd tot dat moment bepaald door indicatiecommissies op provinciaal of gemeentelijk niveau. Indicatiestelling voor thuiszorg werd door de kruisverenigingen en instellingen voor gezinsverzorging gedaan.

Vanaf halverwege de jaren ‘90 werd toegewerkt naar een onafhankelijke, objectieve, uniforme en integrale indicatiestelling voor de gehele AWBZ, op basis van de hulpbehoefte van de cliënt in plaats van het aanbod. Eerst door zogeheten Regionale Indicatieorganen (RIO’s), vanaf 2005 door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

AWBZ:

van productgericht naar functiegericht

In 2003 werd de functiegerichte indicatiestelling ingevoerd, om de omslag te maken van aanbod- en productgericht denken naar cliëntgericht en vraaggestuurd indiceren. De zeven AWBZ-functies waren verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf en behandeling. Iedere functie kende een indeling in oplopende zwaarte, zogeheten klassen. In de extramurale zorg werd een koppeling gemaakt tussen de functie-klassecombinatie

in de indicatie van de cliënt en de bekostiging van de aanbieder.

AWBZ: financiering = aantal bedden x tarief

De intramurale zorg werd op dat moment echter nog steeds gefinancierd op basis van het aantal bedden maal een gemiddeld tarief. In de ouderenzorg was alleen een onderscheid naar verzorgingshuis- en verpleeghuisbedden en iedere sector kende zijn eigen budgettaire kader. Om tegemoet te komen aan instellingen met 'zware' cliënten waren er toeslagen. Bijvoorbeeld een toeslag voor Huntington, CVA, gedragsproblematiek en doofblinden. Het tarief en een eventuele toeslag hing echter niet aan de cliënt. Er was in feite geen relatie tussen de indicatie van de cliënt en de bekostiging die de aanbieder kreeg. Het principe van 'zorgzwaartebekostiging' moest dit veranderen.

ZZP's:

financiering op basis van zorgzwaarte

Daarom werd in 2004 gestart met de ontwikkeling van intramurale zorgarrangementen, later zorgzwaartepakketten ge-

noemd. Het doel van de zorgzwaartebekostiging was om de beschikbare middelen beter te verdelen, namelijk op basis van de zorgzwaarte van de cliënten.

De zorgbehoefte van de cliënt werd bij de indicatiestelling uitgedrukt in een zorgzwaartepakket, met een vastgestelde bandbreedte in uren en een tarief. Een cliënt had met een ZZP dus recht op een bepaalde omvang aan uren zorg. De bandbreedte zorgde ervoor dat fluctuaties in de zorgbehoefte konden worden opgevangen.

De zorgaanbieder kreeg het budget dat hoorde bij de ZZP's van de cliënten die hij in huis had. De aanbieder kon zijn personeel inzetten al naar gelang de zorgzwaarte op een afdeling. Het zorgkantoor kon doelmatiger gaan inkopen en in het gesprek tussen zorgkantoor en aanbieder kwam meer ruimte voor kwaliteit. Cliënt en aanbieder konden in gesprek gaan over de concrete zorginzet van de uren of het bijbehorende budget. En als de aanbieder niet aan zijn wensen kon voldoen, kon de cliënt overstappen naar een ander; het ZZP was immers een persoonsvolgend budget. ■

Knelpunten bekostiging langdurige zorg

De praktijk is weerbarstig

De zorgzwaartebekostiging was een eerste stap in de gewenste omslag van aanbodgericht naar cliëntgericht werken. De positie van cliënten werd versterkt door de transparantie die het ZZP met zich meebracht (recht op een bepaalde omvang aan zorg en inzicht in de opbouw van cliëntpopulaties binnen en tussen zorgorganisaties).

Cliëntenorganisaties werden actief in de voorlichting aan cliënten over de ZZP's en hoe de cliënt in gesprek kon gaan met de zorgaanbieder over zijn wensen en behoeften. Aanbieders kregen meer handvatten om de beschikbare middelen in te zetten waar deze nodig waren, bijvoorbeeld een instrument voor formatieberekening.

1. Spanning tussen eenvoud bekostiging en maatwerk

De dialoog tussen zorgaanbieder en cliënt werd dus verbeterd maar de ruimte voor maatwerk bleef beperkt, omdat een ZZP een ‘gemiddelde cliënt’ met een bepaald profiel beschrijft. Een cliënt die net wat meer of wat anders nodig had, werd al snel als een risico gezien door aanbieders. Daardoor ontstonden enkele nieuwe ZZP’s en werden opnieuw toeslagen ontwikkeld voor allerlei doelgroepen.

Er is, kortom, spanning tussen eenvoud in de bekostiging en maatwerk voor de cliënt. Als de indeling in zorgzwaartes en tarieven grofmazig is, hebben cliënten minder zicht op hun recht op zorg. En zorgaanbieders hebben minder kaders om hun zorgverlening op te baseren. Een op de cliëntsituatie toegesneden indicatiestelling en bekostiging, kan bij een tijdelijke wijziging in de zorgbehoefte tot een opeenvolging van herindicaties leiden.

De vraag is dus: welke kaders en welke spelving hebben zorgaanbieders nodig voor meer maatwerk voor cliënten? En is daarvoor een koppeling nodig tussen indicatiestelling en bekostiging of kun je dat loslaten?

2. Onbedoelde rem op groei innovatieve aanbieders

Dan over het principe van een persoonsvolgend budget. De ZZP’s waren bedoeld als zodanig te functioneren en dit is deels ook gerealiseerd. Een aanbieder declareert op cliëntniveau de geleverde prestaties (het ZZP of bepaalde onderdelen daaruit). Als de cliënt vertrekt naar een andere aanbieder, gaat het budget mee. Tegelijkertijd werken zorgkantoren in de AWBZ (en nu nog steeds in de Wlz) met productieafspraken die vaak min of meer stabiel zijn over de jaren heen; hierdoor is de ruimte voor groei bij bestaande, innovatieve aanbieders en de instroom van nieuwe toetreders beperkt. Dat betekent dat ook voor cliënten de mogelijkheid om te kiezen voor een aanbieder die beter op zijn wensen kan inspelen, beperkt is.

De vraag is: hoe kunnen zorgkantoren geprikkeld worden om ook andere zorgaanbieders te contracteren?

3. Beschikbaar budget verschilt per sector

Een nadeel van de ZZP’s ontstond doordat de zorgzwaartebekostiging sectoraal werd ingestoken: een eigen set van ZZP’s voor de V&V, VG, LG, ZG en GGZ. De dominante grondslag bepaalde in welke set je hoorde. Dat leidde vanaf het begin tot lastige situaties bij mensen met meerdere grondslagen. Bovendien werden de tarieven bepaald op basis van sectorale budgetneutrale berekening.

Van oudsher waren de budgetten in de ene sector hoger dan in de andere sector en deze verschillen bleven ook met de komst van de zorgzwaartebekostiging bestaan.

De vraag is wat de wenselijke situatie is voor de toekomstige bekostiging. Zijn deze historisch gegroeide verschillen gerechtvaardigd of is het een situatie die doorbroken moet worden?

4. Eigen regie stimuleren binnen ZZP’s

Binnen de ZZP’s is het uitgangspunt ‘zorg vanwege beperkingen’, terwijl de maatschappelijke aandacht is verschoven naar het ondersteunen en versterken van mogelijkheden. De nieuwe definitie van gezondheid draait om “het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven”. Welbevinden en het vervullen van persoonlijke doelen in het leven is daarbij belangrijk. De ZZP’s belemmeren dit niet, maar er gaat ook geen stimulans van uit.

De vraag is: hoe verhoudt deze benadering zich tot nieuwe (profielen voor de) bekostiging van de langdurige zorg?

5. Excelleren op welbevinden

Overigens maakt aandacht voor het 'welbevinden' van cliënten vanaf het begin deel uit van de ZZP's. Het is geen variabele die in zwaarte kan oplopen, zoals wel bij de zorg voor lichamelijke en cognitieve beperkingen het geval is. Welzijn en welbevinden zijn daarom opgenomen in de verblijfscomponent bij de ZZP's, een component die voor iedere cliënt in een bepaalde sector hetzelfde tarief kent.

De vraag is: de ZZP's bieden dus wel de financiering voor welzijn, maar hoe prikkelen we aanbieders om hierin te excelleren?

Relevante bronnen:

- <http://www.invoorzorg.nl/ivz/achtergrondinformatie-archief-zorgzwaartebekostiging-algemeen.html>
- Bureau HHM, M.Kingma. Resultaten landelijke ZZP-score november 2006-januari 2007 (kenmerk MK//07/1429), juni 2007.
- J.M. Peeters A.L. Francke. Indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. NIVEL, 2007.
- <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Indicatiestelling-voor-AWBZ-zorg-sector-Verpleging-en-Verzorging-Thuiszorg.pdf>
- F.J. Knuit. Verleden, heden en toekomst van de Achterhaalde Wet Bijzondere Ziektekosten. Een onderzoek naar de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Scriptie Open Universiteit Heerlen, 2010.
- <http://dspace.ou.nl/bitstream/1820/3686/1/RWFJKnuitjuni2010.pdf>
- Brief Staatssecretaris VWS, Waardig leven met zorg, 26 februari 2016.
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/02/26/kamerbrief-over-waardig-leven-met-zorg>