

ONOPLOSBAAR BELANGENBRIJ

AWBZ kan morgen al worden afgeschaft

Alle pogingen om te snijden in de stijgende kosten en uitdijende regelgeving van de AWBZ hadden en hebben een averechts effect. De enige oplossing is afschaffen van de AWBZ, stoppen met politiek gepolder en het veld zijn werk laten doen. De tijd is er rijp voor.

HENRI PLAGGE
MICHEL DUTRÉE

De kosten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) rijzen al jaren de pan uit. Met een beschuldigende vinger wijst de politiek naar zorgaanbieders en zorgvragers. Nieuwe beleidsregels, controle-richtlijnen en systeemveranderingen volgen elkaar in een steeds hoger tempo

op. De politiek vergeet dat het huidige systeem met beheersingsmaatregelen, half ingevoerde marktwerking en steeds meer controleorganen waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak is van de toenemende kosten en een krakkemikkig stelsel. Achtereenvolgende kabinetten hebben sinds 1968 de AWBZ uitgebreid. De AWBZ lijkt verworden tot het afvoerputje van het gehele zorgstelsel.

De AWBZ is veertig jaar geleden ontstaan. Kleine regionale ziekenfondsen en

particuliere ziektekostenverzekeringen konden langdurige hoge kostenposten niet dragen. Een brede volksverzekering was hiervoor het alternatief. Nu er nog slechts enkele grote conglomeraten van zorgverzekeraars over zijn en geavanceerde digitale vereveningssystemen ervoor kunnen zorgen dat kosten eerlijk over zorgverzekeraars worden verdeeld, is de AWBZ niet langer noodzakelijk en zelfs onwenselijk.

Kan de AWBZ morgen worden afgeschaft of is een genuanceerde overgangsregelgeving nodig? Het zittende kabinet Balkenende heeft vrijwel alle adviesorganen ingeschakeld om hierop een antwoord te geven.^{1 2} En als een advies verschijnt dat aangeeft dat de AWBZ kan worden afgeschaft, is het opvallend dat politici meteen roepen dat dit onverantwoord is. Ook cliëntorganisaties en verscheidene zorgaanbieders zoeken maximale zekerheden. Intussen wordt het stelsel steeds ingewikkelder, volgen (bezuinigings)maatregelen elkaar op en worden veel zorgvragers vermalen in de bureaucratische warboel van indicatieorganen, overheidsmaatregelen en onduidelijke rechten.³

Putters schreef onlangs een pleidooi om de AWBZ vooral te laten bestaan.⁴ Hij onderbouwde zijn stelling met vier argumenten: het dogma van kostenbeheersing in de zorg prikt hij door. Ten tweede zou de inkoop en organisatie van langdurige zorg nog niet aan de verzekeraars kunnen worden overgelaten en dit geldt ten derde ook voor de gemeenten. Hij sluit af met de bewering dat de bureaucratie niet zal vermin- >>

Na opheffing van de AWBZ zou de gehandicaptenzorg voor het merendeel onder de zorgverzekering moeten vallen.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< deren met de afschaffing van de AWBZ.

ADEQUAAT REKENWERK

Maar de AWBZ moet juist heel snel worden afgeschaft. Veel vraagstukken in de zorg hebben te maken met zogenaamde financieringsschotten (zie *kader*).⁵ Aangezien de AWBZ een inkomensgebonden premieheffing kent, is een snelle samenvoeging met de Zorgverzekeringswet goed mogelijk. Met wat adequaat rekenwerk kan dit voor burgers en zorgaanbieders volledig budgettair neutraal gebeu-

gens moeten inspecties en accountants dit allemaal controleren en ook dat kost veel geld.

Door de AWBZ-polis op te nemen in de brede zorgverzekering, kan het systeem drastisch worden teruggebracht.³ Vooral ten aanzien van het stellen van indicaties wordt het oordeel van de professional in ere hersteld; een advies dat zelfs de NZa heeft afgegeven. De allang aangekondigde marktwerking in de zorg kan dan ook beter gestalte krijgen, want allerlei perverse consequenties van sterke overheidsregulering vervallen

operatie is: je maakt de verzekeraars immers verantwoordelijk en geeft hun in ruil daarvoor een uitbreiding van het vereveningsstelsel.

RUGGENGRAAT

Na opheffing van de AWBZ rijst de vraag wat we via de verzekering wel of niet als collectief aan zorgkosten willen dragen. In 1991 zijn hiervoor met de trechter van Dunning al afwegingscriteria genoemd.⁷ Medici en andere zorgprofessionals kunnen aan deze discussie bijdragen, maar het gaat uiteindelijk om een politieke en ethische discussie waarbij niet al te gemakkelijke keuzen moeten worden gemaakt. De ervaring leert dat de politiek op dit vlak weinig ruggengraat heeft. Veel keuzen van pakketverkleining in het verleden werden enkele jaren later weer teruggedraaid. De politiek belijdt vraaggericht werken vooral met de mond, maar weigert de consequenties in kosten te nemen. Echt moeilijke beslissingen worden vermeden of doorgeschoven naar zorgaanbieders.

Zo heeft het huidige kabinet eind 2007 besloten dat voor bepaalde zorg (ondersteunende begeleiding) met een bonus-malusstelsel zorgaanbieders moeten worden gestimuleerd om zo min mogelijk zorg te bieden. Nadat het CIZ een indicatielasse heeft vastgesteld, moeten zorgaanbieders zo min mogelijk uren zorg geven. Geef je meer zorg, dan krijg je een boete van 3,5 procent tariefs-

De politiek belijdt vraaggericht werken vooral met de mond

ren. Voorwaarde is wel dat het huidige verzekeringspakket wordt gehandhaafd en dat tariefssystemen en dergelijke niet opnieuw ter discussie worden gesteld.

Zorgverzekeraars zijn prima in staat om AWBZ-verstrekkings in te kopen en voor betaling zorg te dragen zonder extra apparaatskosten. Daarnaast kunnen veel keuzen rond zorginkoop eenduidiger worden gemaakt omdat het belang in één hand ligt. Dit is precies wat zorgverzekeraars moeten doen. Bovendien hebben ze voor de introductie van het nieuwe stelsel ook steeds beweerd dat ze kunnen.

Patiënten weten wie ze moeten aanspreken bij problemen over de premie, wachtlijsten en kwaliteit van de ingekochte zorg: hun verzekeraar. Dit voorkomt dat zij van het kastje naar de muur worden gestuurd. Zorgaanbieders worden afgerekend op basis van hun werkelijke productie (prijs maal hoeveelheid). Een overgang kan na enig rekenwerk en aanpassing van diverse verevenings-systemen voor dure patiënten heel snel worden gerealiseerd.

SYSTEEMKOSTEN

Veel kosten in de AWBZ worden veroorzaakt door uitvoeringssystemen. Belangrijke kostenposten zonder veel toegevoegde waarde zijn het Centraal indicatieorgaan zorg (CIZ), de zorgkantoren en diverse afdelingen van Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en VWS. Ook zorgaanbieders en cliëntondersteuners (zoals de MEE-organisaties) zijn tijd en dus geld kwijt aan het bestrijden en gebruiken van de regelgeving. Vervol-

(bijvoorbeeld Europese aanbestedingen van chronische zorg).⁶ Dit sluit aan bij de wens van minister Klink tot meer markt en minder regels.

Er moet bij de overgang wel voor worden gewaakt dat er geen andere systeemwijzigingen ten aanzien van tariefvaststelling en pakketomvang worden doorgevoerd. De inspanning en het risico op mislukking die een combinatie van doelen met zich meebrengt, zijn groot en de baten twijfelachtig. Ook pleiten wij voor een big bang in plaats van allerlei overgangsmaatregelen. Dat kan ook, omdat het een relatief eenvoudige

De vraag is of we bijvoorbeeld de kosten van thuiszorg wel of niet als collectief willen dragen.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

SAMENVATTING

- De politiek worstelt al jaren met kostenstijgingen en regelgeving in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Adviesorganen zijn ingeschakeld om over de toekomst van de AWBZ te adviseren.
- De AWBZ kan morgen al worden opgeheven en volledig overgaan naar de zorgverzekering.
- Minder bemoeienis van de politiek en overheid zou een belangrijke stap zijn naar een duidelijker zorgstelsel.

korting. Geef je minder zorg, dan krijg je een bonus van 3,5 procent; een verschil van 7 procentpunt. Het gaat toch om de relatie tussen inspanning en resultaat en niet om het leveren van zo min mogelijk zorg?

Deze keuzen hebben niets te maken met de AWBZ, maar meer met de vraag wat voor een land wij willen zijn. Geven we geld uit aan welzijn en zorg voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten of willen we meer besteden aan defensie, vakanties en consumptieartikelen; een echte politieke beslissing. Met Putters prikken wij graag het dogma van de kostenbeheersing door.

HORIZON

De afgelopen decennia zijn verantwoordelijkheden regelmatig heen en weer geschoven. Welzijn, gezinszorg/huishoudelijke hulp en jeugdgezondheidszorg/hulpverlening zijn hiervan voorbeelden. Beleidsmakers vergeten vaak lessen te trekken uit het verleden en kijken met een beperkte horizon (verkiezingen) vooruit.

Na het opheffen van de AWBZ verdwijnt er een belangrijk grensvlak, maar er blijven er natuurlijk ook veel bestaan. De aloude driedeling welzijn, wonen en zorg is nog altijd actueel. Wonen en verblijf zijn primair de verantwoordelijkheid voor het individu, welzijn voor de gemeente en zorg voor de zorgverzekeraar. De jeugdgezondheidszorg en

hulpverlening moeten een belangrijk onderdeel vormen van het zorgverzekeringspakket en de provincie hoeft hierin geen rol meer te spelen. Bij de bepaling wat zorg en welzijn is, moet goed worden gekeken naar het integrale pakket en niet naar afzonderlijke activiteiten en taken. Dit zal in de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld betekenen dat het merendeel hiervan onder de zorgverzekering valt.

Nog meer dikke adviesrapporten en breed samengestelde commissies lossen de vraagstukken in de chronische zorg niet op. Het advies van de NZa en het aangekondigde advies van de Sociaal Economische Raad (SER) spreken van een romp-AWBZ, het gevolg van de gebruikelijke zoektocht naar consensus. De keuze voor een romp-AWBZ betekent dat we nog vele jaren doormoderen met een sterk door de overheid gereguleerd stelsel voor bepaalde groepen met alle grensvlakproblemen van dien. Nieuwe controleorganen blijven noodzakelijk en regelmatig zullen we weer horen over kostenoverschrijdingen, noodzaak van scherpe indicatieregels en andere beheersmaatregelen.

Het argument dat de langdurige zorgvrager in de AWBZ niet valt te verzekeren, is anno 2008 echt onzin. De schaal van de huidige zorgverzekeraars is zo groot dat vrijwel elk risico door de grote aantallen kan worden opgevangen. Dit gebeurt ook voor andere grote risico's zoals chronische nierdialyse-

patiënten. Verder kan worden gewerkt met geavanceerde vereveningssystemen waarmee zorgverzekeraars samen grote risico's dragen.

Het is te hopen dat de politiek de moed heeft om een praktisch stappenplan te volgen. Het roeien tegen weerstanden van allerlei deelbelangen is niet makkelijk maar wel noodzakelijk. De door ons bepleite big bang ligt dan ook voor de hand. De eerste directe financiële winst is bij stap één al binnen en veel zorgverleners en patiënten zullen blij zijn met begrijpelijker regels, ook al moeten ze dan op onderdelen door eigen keuzen, zelf meer betalen. ■

H.W.M. Plagge,
arts, voorzitter raad van bestuur Lunet zorg (gehandicaptenzorg)

dr. M.A. Dutrée,
arts, directeur Nefarma

Beide auteurs schreven het artikel op persoonlijke titel.

Correspondentieadres: plagge.advies@wxs.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

INDICATIE

De 50-jarige heer X met een IQ van 65 en autistisch, woont al 25 jaar met begeleiding in een woonbegeleidingscentrum (voorheen een gezinsvervangend tehuis). Hij geeft een indicatie 'zonder verblijf' op grond waarvan woonbegeleiding wordt betaald uit de AWBZ. Hij kan gewoon gebruikmaken van de eerstelijnsgezondheidszorg die wordt betaald door de zorgverzekering.

Begin 2008 verslechtert zijn situatie en wordt de hulp ingeroepen van een psycholoog en een arts verstandelijk-gehandicaptenzorg en een gespecialiseerd autismeconsulent. Om dit te kunnen betalen, moet het Centraal indicatieorgaan zorg (CIZ) een tijdelijke indicatie afgeven voor behandeling en activerende begeleiding. Het CIZ doet dit, maar stelt dat er sprake is van een ZZP6. Dat betekent dat de indicatie en financiering nu 'verblijf met behandeling' is. De heer X mag na 25 jaar niet meer gebruikmaken van de eerstelijnszorg en valt geheel terug op de (medische) zorg van de gehandicaptenzorgorganisatie. Ook zijn huisarts die hij vertrouwde, mag hij niet meer aanhouden.

Na een half jaar is de situatie verbeterd en volgt een nieuwe herindicatie. De CIZ-medewerker betwijfelt of er nog wel sprake is van de noodzaak voor verblijf; een bezwaarschrift wordt door de mentor samen met de zorgaanbieder ingediend. Als dat niet wordt gehonoreerd, zal de heer X zelf van alles moeten regelen. Voorspelbaar is dat dit zal leiden tot decompensatie en terugval, met als gevolg weer extra gedragsafwijkingen, een herindicatie et cetera.

Referenties

1. Uitvoeringstoets care voor de Toekomst; voorstellen voor de kortere en langere termijn. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007.
2. Beter zonder de AWBZ? Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, januari 2008.
3. AWBZ-Kompas. CVZ, november 2007 (www.cvz.nl).
4. Putters K. Column in Zorgmarkt; februari 2008.
5. Dubbele dekking ziektekosten; brief van de staatsecretaris van VWS aan de Tweede Kamer. Den Haag: 11 februari 2008.
6. Plagge HMM. Politiek heeft balk in oog; modernisering AWBZ is onderhevig aan waan van de dag. Medisch Contact 2004; 59: 953-6.
7. Kiezen en delen; advies in hoofdzaken. Zoetermeer: Commissie Keuzen in de Zorg, 1991.