

Rapport

Van grondslagen naar cliëntprofielen Een oplossing voor onnodige bureaucratie

Op 1 november 2010 uitgebracht aan Minister van VWS

Uitgave College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Documentnummer 2010092485

Afdeling ZORG-ZA

Auteur drs. A.M. Hopman

Telefoonnummer Tel. (020) 797 85 55

Inhoud:

pag.

	Samenvatting	.
1	1. Inleiding	
1	1.a. Leeswijzer	
3	2. Achtergrond	
3	2.a. Modernisering van de AWBZ	
5	2.b. Gefaseerde invoering	
5	2.b.1. Van Intramurale zorgarrangementen (IZA's) naar zorgzwaartepakketten	
6	2.b.2. Sectorale indeling	
7	2.b.3. Aanpassing van de regelgeving.	
7	2.b.4. Ontwikkelingen in de indicatiepraktijk	
9	2.c. Grondslagen	
9	2.c.1. Oorspronkelijk belang van de grondslagen	
10	2.c.2. Dominante grondslag	
11	2.d. Andere ontwikkelingen	
11	2.d.1. Invoering Wet op de jeugdzorg	
12	2.d.2. Pakketmaatregel 1 januari 2008	
12	2.d.3. Overheveling geneeskundige GGZ	
13	2.d.4. Pakketmaatregel 2009	
14	3. Uitvoeringsproblemen	
14	3.a. Probleemverduidelijking	
16	3.b. Indicaties voor niet-passende ZZP's	
16	3.b.1. ZZP's als taal in de keten verstoord	
17	3.b.2. Uitvoeringspraktijk	
19	3.b.3. Zorginkoop en zorglevering "sectorvreemde ZZP's"	
19	3.c. Budgettaire gevolgen	
20	3.d. Partneropname	
21	3.e. Mentale problematiek	
21	3.e.1. Complex van oorzaken	
23	3.f. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg	
24	3.f.1. Problemen in het sociale systeem	
25	4. Oplossingsrichtingen	
25	4.a. Langere termijn	
25	4.a.1. Verdere ontwikkeling van de zorgzwaartebekostiging	
26	4.a.2. Aansluiten bij ICF	
27	4.b. Oplossingen op korte termijn	
28	4.c. Niet passende ZZP's	

28	4.c.1. Cliëntprofiel leidend
28	4.c.2. Hanteren oorspronkelijke definities
28	4.d. Budgettaire gevolgen
29	4.e. Overgangssituatie
29	4.f. Partneropname
29	4.g. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureaus Jeugdzorg
30	4.g.1. Praktische oplossingen op korte termijn

Samenvatting

De manier waarop de grondslag in de uitvoeringspraktijk wordt gebruikt, leidt tot veel onnodige bureaucratie en uitvoeringsproblemen. Het CVZ legt in dit rapport uit hoe dit is gekomen, en geeft daar oplossingen voor.

De grondslag in de AWBZ is de soort aandoening, beperking of handicap op grond waarvan een verzekerde op zorg is aangewezen. Oorspronkelijk zijn de grondslagen bedoeld om het domein van de AWBZ-zorg aan te duiden, en als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ. De grondslagen zijn ontleend aan de historisch gegroeide sectoren binnen de AWBZ.

Ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk zelf en een aantal andere ontwikkelingen zoals pakketmaatregelen, de invoering van de zorgzwaartebekostiging en de introductie van de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's) hebben de functie en betekenis van de grondslagen in de uitvoeringspraktijk veranderd.

De "dominante grondslag" bepaalt uit welke reeks zorgzwaartepakketten het indicatieorgaan kan kiezen. De grondslag is daarvoor niet bedoeld, en is daarvoor ook niet geschikt. Dat leidt tot verkeerde indicaties.

Ook is de definitie van de grondslagen somatische aandoening en lichamelijke handicap bij de indicatiestelling gewijzigd, terwijl die in de rest van de keten ongewijzigd bleef. Met als gevolg dat de eenheid van taal in de keten ontbreekt.

Het CVZ beschrijft de ontwikkelingen die tot problemen hebben geleid.

Het gaat om:

- indicaties voor niet-passende zorgzwaartepakketten;
- problemen bij partneropname;
- budgettaire gevolgen (extra kosten);
- onduidelijkheid bij grondslagen voor mentale problemen;
- bevoegdheidsverdeling CIZ en BJZ.

De oorzaken van de problematiek zijn terug te voeren op drie elementen:

- De grondslagen worden gebruikt voor een ander doel dan oorspronkelijk was bedoeld.
- De definities van de grondslagen in de verschillende fasen in de uitvoeringsketen (indicatiestelling, zorgtoewijzing, levering en bekostiging) zijn niet hetzelfde.
- De dominante grondslag beperkt de mogelijkheid de best passende zorg te bieden.

Op langere termijn zijn structurele maatregelen nodig. Het gaat dan om verdere harmonisering en ontwikkeling van de zorgzwaartesystematiek, en het aansluiten bij de ICF-terminologie.

De acutere uitvoeringsproblemen zijn relatief eenvoudig op te lossen.

De oplossingen bestaan eruit om:

- De grondslagen te gebruiken zoals oorspronkelijk bedoeld namelijk als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ;
- De oorspronkelijke definities te hanteren;
- De indicatiestelling voor intramurale zorg direct te baseren op de cliëntprofielen, en niet op de dominante grondslag.

Een structurele oplossing voor de gesignaleerde problematiek rond de bevoegdheidsverdeling tussen BJZ en CIZ vereist wetswijziging. Op korte termijn zijn wel enkele praktische oplossingen mogelijk via mandatering. Het CVZ neemt aan dat dit probleem onderdeel is van de uitwerking van het advies van de Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg.

1. Inleiding

De manier waarop de uitvoeringspraktijk de grondslagen gebruikt bij de indicatiestelling, zorgtoewijzing en bekostiging, leidt tot veel onnodige bureaucratie en uitvoeringsproblemen. Met dit rapport wil het CVZ uitleggen hoe dit is gekomen, en oplossingen aanbieden. Op langere termijn kunnen de grondslagen waarschijnlijk beter worden vervangen door een andere terminologie, en welke maatregelen op korte termijn mogelijk zijn om de uitvoering eenvoudiger te maken.

Bij de indicatiestelling voor intramurale AWBZ-zorg speelt de zogenoemde grondslag een steeds belangrijker rol. De grondslag is de aandoening, beperking of handicap op grond waarvan een verzekerde aanspraak op AWBZ-zorg heeft.

Het doel en de betekenis van de grondslagen zijn in de loop der jaren gewijzigd. Ook is een situatie gegroeid waarbij het doel en de definitie in verschillende fasen van het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing, levering en bekostiging verschillend zijn. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wil met dit rapport aandacht vragen voor een aantal uitvoeringsproblemen die daarbij spelen, en daarvoor oplossingen aandragen.

De belangrijkste uitvoeringsproblemen zijn:

- het indiceren van niet-passende zorgzwaartepakketten (ZZP's);
- problemen bij de partneropname;
- onnodige extra kosten;
- de samenhang en overlap die tussen grondslagen bestaat, vooral bij mentale problematiek;
- de bevoegdheidsverdeling tussen Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's).

Het doel van dit rapport is de problemen die in de uitvoeringspraktijk rond de grondslagen spelen te verduidelijken. Op het eind van dit rapport geeft het CVZ mogelijke oplossingen aan. Verdere uitwerking ervan valt buiten het bestek van dit rapport. Het CVZ zal later een verdere uitwerking aan dit onderwerp geven.

1.a. Leeswijzer

Om de problematiek goed te kunnen plaatsen, is inzicht nodig in de achtergrond ervan. In hoofdstuk 2 gaat het CVZ daarom dieper op die achtergrond in. Het schetst hoe de rol, de betekenis en het belang van de grondslagen zich in de loop der jaren hebben gewijzigd.

Hoofdstuk 3 beschrijft de uitvoeringsproblemen die zijn ontstaan. Eerst geeft het rapport de oorzaken waardoor de gesignaleerde problemen zijn ontstaan. Daarna gaat het specifieker op de afzonderlijke problemen in.

Hoofdstuk 4 geeft de oplossingsrichtingen weer.

Ter verduidelijking staan in kaders voorbeelden beschreven.

2. Achtergrond

De grondslagen hebben in de uitvoeringspraktijk een andere rol en betekenis gekregen dan aanvankelijk was bedoeld. Ze zijn voor die nieuwe rol niet geschikt. Dit staat in bepaalde situaties de toedeling van passende zorg in de weg.

Voor een goed begrip daarvan is het van belang dieper in te gaan op de ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk vanaf de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003 tot nu.

Hieronder gaat het CVZ eerst in op de gedachten en principes die aan die modernisering van de AWBZ ten grondslag lagen.

Daarna gaat het in op de implementatie van de Modernisering van de AWBZ. De ontwikkelingen rond de bekostiging van de intramurale zorg zijn daarbij erg belangrijk. Vooral de noodzakelijke tussenstap om eerst sectoraal budgetneutraal te bekostigen en de manier waarop de indicatiepraktijk op de nieuwe bekostiging is ingericht, zijn van belang.

Naast de implementatie van de modernisering van de AWBZ speelden ook andere ontwikkelingen een rol. Vooral de ontwikkeling van het begrip “dominante grondslag”, de invoering van de Wet op de jeugdzorg en de pakketmaatregelen die zijn genomen, hebben ertoe bijgedragen dat de rol en betekenis van de grondslagen in de uitvoeringspraktijk zijn veranderd.

2.a. Modernisering van de AWBZ

De AWBZ-aanspraken waren vóór 1 april 2003 instellingsgericht omschreven. Er bestond aanspraak op zorg zoals bepaalde instellingen die boden. Voor verschillende soorten aandoeningen en doelgroepen waren er verschillende instellingen. Voor de intramurale AWBZ-zorg ging het onder andere om verpleeghuizen, verzorgingshuizen, RIBW's gezinsvervangende tehuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, en instellingen voor doven en voor blinden. Voor extramurale zorg was er aanspraak op zorg zoals thuiszorgorganisaties en RIAGG die boden.

Bij de indicatiestelling werd vooral gekeken of de verzekerde, gezien zijn problematiek, was aangewezen op de zorg zoals een bepaalde instelling die bood. Het nadeel hiervan was dat het aanbod bepalend was voor de mogelijkheid zorg te krijgen. Er was daarin weinig flexibiliteit.

Met de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003 werd beoogd de zorgvraag centraal te stellen. De aard van de zorg die de verzekerde nodig had, moest bepalend zijn voor de te leveren zorg, niet het aanbod van de instelling.

Het was expliciet de bedoeling dat de functiegerichte aanspraken in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) AWBZ-breed zouden gelden. De bestaande sectorale indeling zou verdwijnen.

Memorie van toelichting op het Bza: "Instellingen hebben daarbij de keuze zich te richten op alle functies. Zij kunnen zich ook toeleggen op slechts één of enkele functies. Daarmee ontstaat een situatie waarin een grote diversiteit aan aanbieders mogelijk is, wat de keuzemogelijkheden voor verzekerden vergroot"

"Door het laten vervallen van de sectoren (ontschotting) wordt het bestaande aanbieders mogelijk gemaakt ook in andere sectoren zorg te bieden."

De AWBZ is vooral bedoeld voor complexe problematiek, die niet altijd goed is in te passen in categorieën en rubrieken. Het ging er bij de moderniseringsoperatie dan ook vooral om, een voor het individu passend zorgarrangement mogelijk te maken. Groepsdenken moest plaatsmaken voor een individuele benadering.

Uiteraard kan niet elk probleem ten laste van de AWBZ komen. Het was daarom belangrijk het domein van de AWBZ af te bakenen. Met het aangeven van de grondslagen werd verwezen naar het soort problemen waarvoor de AWBZ was bedoeld. De grondslagen golden dus als een toegangsvoorwaarde: alleen voor dergelijke problemen is er aanspraak op de AWBZ. Voor andere problemen zijn er andere voorzieningen. De bedoeling was uitdrukkelijk niet om een sectoraal onderscheid aan te geven (dat wilde men juist vermijden), maar het domein van de AWBZ af te bakenen van andere voorzieningen en aanspraken.

Gelijk met de invoering van de functiegerichte aanspraken werd de toelating van instellingen aangepast. In plaats van een toelating als een bepaald type instelling (bijvoorbeeld verpleeghuis, of instelling voor verstandelijk gehandicapten), kreeg de instelling een toelating voor een of meer functies. De toelating voor verblijf bleef nog wel gekoppeld aan een bepaalde doelgroep (sector). Bestaande bouw leende zich niet altijd voor zorg aan andere doelgroepen dan de bestaande doelgroep waarvoor was gebouwd, en waaraan de zorgaanbieder al zorg bood. Ook speelden financiële kwesties zoals kapitaallasten en boekwaarden. De grondslagen hadden nog wel een functie om de sectoren (aanbod) te onderscheiden.

Het uitvoeringssysteem dat werd ontworpen, moest de gewenste zorg op individuele maat mogelijk maken. De aanspraken waren flexibel en open geformuleerd. Die moesten in de uitvoeringspraktijk, in het overleg tussen

aanbieder, zorgkantoor en (vooral) verzekerde, vorm krijgen. Elke verzekerde zou een (unieke) indicatie krijgen voor een of meer functies met een bepaalde omvang per functie, passend bij zijn individuele beperkingenpatroon. Alle instellingen die voor die functies een toelating hadden zouden deze individueel bepaalde mix aan geïndiceerde zorg kunnen leveren. Ook konden verschillende aanbieders elk een deel van de zorg leveren. Daarmee was het mogelijk om het zorgaanbod optimaal af te stemmen op de vraag van de verzekerde.

De bedoeling was ook de bekostiging aan te passen aan de nieuwe systematiek van functies en klassen. Oorspronkelijk was de gedachte zowel intramuraal als extramuraal per geleverde functie en klasse te bekostigen.

De modernisering van de AWBZ was erop gericht om op individueel niveau zorg op maat mogelijk te maken. Het hele systeem, van aanspraak, indicatiestelling, zorgtoewijzing, levering en bekostiging, was gericht op flexibiliteit. Functies en klassen zouden de taal in de hele keten worden, zowel intramural als extramuraal. Doelgroepdenken moest plaatsmaken voor een strikt individuele benadering.

2.b. Gefaseerde invoering

Het was echter niet mogelijk om in één keer de functiegerichte benadering volledig in te voeren. De financiële gevolgen voor instellingen en het beslag op het budgettaire kader waren onvoldoende bekend. Ook hadden veel verzekerden geen indicatie of een verouderde instellingsgerichte indicatie.

Voor de extramurale zorg was het als eerste mogelijk stappen te nemen in de richting van een functiegerichte bekostiging. Alle toegelaten instellingen konden productieovereenkomsten met het zorgkantoor afsluiten. Binnen die kaders konden ze zorg leveren zonder te zijn gebonden aan de vroegere sectorale indeling. De met de modernisering bedoelde directe relatie tussen de individuele indicatie en de te leveren zorg werd zo grotendeels gerealiseerd.

2.b.1. Van Intramurale zorgarrangementen (IZA's) naar zorgzwaartepakketten

De bekostiging van de intramurale zorg lag gecompliceerder. Het was niet mogelijk de (aanvankelijk gewenste) overstap naar bekostiging per functie en klasse direct te maken. Dat was te riskant vanwege de herallocatie-effecten voor instellingen en de onzekere effecten op het budgettaire kader. Feitelijk bleef de bekostiging daarom op de oude leest geschoeid.

Een eerste poging tot wijziging van de bekostiging was de ontwikkeling van de intramurale zorgarrangementen (IZA's). Dit waren veel voorkomende combinaties van geïndiceerde

functies en klassen. Er werden een vijftigtal IZA's geformuleerd met de bedoeling die als bekostigingsparameter in te voeren. De IZA's werden daarbij gezien als tussenstap naar bekostiging van de intramurale zorg op basis van functies en klassen. Het streven was nog steeds om in een later stadium te komen tot een individueel bepaalde indicatie in functies en klassen, die de verzekerde bij willekeurig welke instelling kon verzilveren. De IZA's waren sectoraal vormgegeven. De sectoren (en dus de grondslagen) bleven bestaan.

Al snel bleek dat implementatie van de IZA's binnen bestaande budgettaire kaders niet mogelijk was, ook vanwege de inmiddels verslechterde economische situatie. De omvang van de zorg in de IZA's was bepaald op grond van de geïndiceerde zorg. Het bleek dat die beduidend hoger was dan van de daadwerkelijk geleverde en bekostigde zorg¹.

Als alternatief werd gekozen voor de zorgzwaartepakketten (ZZP's). Uitgangspunt bij het vaststellen van de ZZP's was niet de *geïndiceerde* zorg, maar de daadwerkelijk *geleverde* zorg binnen de verschillende sectoren². Zodat de implementatie per definitie sectoraal budgetneutraal zou zijn. De aanvankelijke doelstelling om te indiceren in (strikt individueel bepaalde) functies en klassen werd hiermee verlaten. In de plaats daarvan kwam een systeem gebaseerd op doelgroepen.

De kern van de systematiek van zorgzwaartepakketten is dat de verzekerden die aanspraak moeten maken op intramurale AWBZ-zorg zijn te segmenteren in een aantal groepen met eenzelfde zorgprobleem. De omschrijving van zo'n groep heet het cliëntprofiel. Bij elk profiel past een bepaalde mix van functies in een bepaalde omvang: het zorgzwaartepakket.

De concretisering van de zorg op individueel niveau vindt plaats in overleg tussen de aanbieder en verzekerde, en wordt vastgelegd in een wettelijk verplicht zorgplan. De mogelijkheden voor de afstemming tussen aanbieder en verzekerde zijn verruimd door in het indicatiebesluit weliswaar de functies te benoemen die aan de orde zijn, maar de omvang niet per functie, maar voor alle functies samen vast te stellen.

2.b.2. Sectorale indeling

Om herallocatietrajecten beheersbaar te houden, werd voorlopig gekozen voor budgetneutraliteit per sector. Per sector werd een set ZZP's vastgesteld.

¹ De geïndiceerde zorg was omvangrijker dan de zorg die beschikbaar was. Of daarmee werkelijk sprake was van een zorgkloof (een tekort aan beschikbare zorg t.o.v. de benodigde zorg), is niet duidelijk. De indicatiestelling vond plaats op basis van de normen uit de extramurale zorg, zodat inverdieneffecten en besparingen vanwege de intramurale situatie niet in de IZA's waren verdisconteerd. De vraag of de wel beschikbare zorg voldoende was, is nooit afdoende onderzocht.

² Een mogelijk bezwaar van dat uitgangspunt is dat daarmee een eventueel bestaande zorgkloof is weggedefinieerd. Mogelijke tekorten zijn verwerkt in de systematiek.

Binnen het beschikbare budget per sector werden de prijzen voor de ZZP's "rondgerekend".

De sectoren van de AWBZ hebben zich onafhankelijk van elkaar ontwikkeld. Er is geen sprake geweest van onderlinge afstemming over de vraag wat passende zorg is. De beschikbare zorg en beschikbare middelen lijken, gerelateerd aan het zorgprobleem, in de ene sector ruimer of minder ruim dan in de andere. In ieder geval heeft onderlinge vergelijking nooit plaatsgevonden.

Een belangrijke constatering is dat op die manier historisch bepaalde onevenwichtigheden tussen sectoren, ongewijzigd in de ZZP-systematiek zijn opgenomen. Feitelijk zijn de inhoud en omvang van de zorg in de ZZP's nog sterk bepaald door het historisch aanbod.

Per sector is onderzocht welke zorg daadwerkelijk werd geleverd. De vraag of dat te veel of te weinig was, of dat andere zorg beter zou zijn, is niet onderzocht. De ZZP's zijn dus een vastlegging van de bestaande situatie in 2004/2005. In hoeverre dat ook de gewenste situatie is, is nog niet bepaald.

De nu bestaande sectorale indeling is niet gekozen omdat die gewenst is. Het is slechts een niet te vermijden tussenstap om de ZZP-systematiek in eerste instantie per sector budget-neutraal in te voeren. In een latere fase is harmonisatie tussen de sectoren voorzien.

2.b.3. Aanpassing van de regelgeving.

De modernisering van de AWBZ ging uit van een strikt individuele benadering. Het Bza en het Zorgindicatiebesluit (Zib) zijn op dat uitgangspunt gebaseerd. De ZZP-systematiek is veel meer gebaseerd op een doelgroepbenadering. De bestaande regelgeving verhoudt zich slecht tot zo'n doelgroepgerichte benadering. De Centrale Raad van Beroep gaat hier in een uitspraak van oktober 2009 verder op in³. Op grond daarvan is per 1 januari 2011 een wijziging van het Bza en het Zib voorzien, waarin de ZZP-systematiek beter is geborgd. Het departement onderzoekt de mogelijkheden om ook in de extramurale zorg met zorgzwaartepakketten te werken.

2.b.4. Ontwikkelingen in de indicatiepraktijk

Met de invoering van de modernisering van de AWBZ bepaalde het Zib dat het indicatieorgaan alle functies apart moest indiceren, en van elk daarvan de omvang in tijd moest bepalen.

³ Centrale Raad van Beroep (Voorzieningenrechter), 28 oktober 2009, nr09/4232 AWBZ-VV,, LJN:BK4423; RZA 2010/6.

De indicatiestelling vond plaats in een aantal stappen:

Eerst bepaalde het indicatieorgaan of er wel sprake was van AWBZ-problematiek: heeft de verzekerde een of meer van de aandoeningen, beperkingen of handicaps die in het Bza zijn genoemd? Met andere woorden: is er een grondslag?

Vervolgens inventariseerde de indicatiesteller de beperkingen van de verzekerde, en gaf aan welke functies en klassen nodig waren. Deze systematiek werd ook gebruikt in de geautomatiseerde systemen die werden gebruikt.

De grondslag was daarbij alleen een toegangsvoorwaarde, en was niet bepalend voor de te indiceren zorg. Om welke grondslag het precies ging was niet van groot belang.

Centralisering indicatiestelling

Artikel 9a AWBZ bepaalt dat het college van B&W een indicatieorgaan in stand houdt. Formeel is de indicatiestelling voor de AWBZ een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De veelheid aan indicatieorganen leidde tot grote onderlinge verschillen in de indicatiestelling. Dat was ongewenst.

Per 1 januari 2005 werd de indicatiestelling landelijk opgedragen aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ⁴). Het CIZ heeft hard gewerkt aan uniformering van de indicatiestelling en de automatisering daarvan.

De bestaande indicatiesystematiek, waarbij als eerste stap de grondslag werd bepaald, werd geformaliseerd in het afwegingskader dat het CIZ als beleid heeft vastgesteld (het zogenoemde trechtermodel). Deze systematiek werd ook geïntegreerd in het geautomatiseerde systeem dat het CIZ bij de indicatiestelling gebruikt.

Dominante grondslag

Zorgkantoren moeten de verzekerde toeleiden naar een passend aanbod. Om dat te vergemakkelijken is het nuttig te weten welke sector dat is⁵. Als er sprake was van meer grondslagen tegelijk werd de belangrijkste ingevoerd (dominante grondslag). Die verwees naar de betreffende sector. Zolang dat geen gevolgen had voor de te indiceren zorg, leverde dit geen problemen op. Het ging er alleen om dat aan de toegangsvoorwaarde was voldaan, namelijk dat er tenminste één grondslag aanwezig was.

⁴ De landelijke werking is gerealiseerd doordat alle gemeenten de indicatiestelling aan het CIZ hebben opgedragen.

⁵ Dit gold ook voor de andere systemen die al vóór de centralisering van de indicatiestelling werden gebruikt.

Het Bza en het Zib zijn na de invoering van de modernisering van de AWBZ per 1 april 2003 niet wezenlijk veranderd. De wettelijke aanspraken gaan uit van afzonderlijke functies. Formeel moet het CIZ de afzonderlijke functies indiceren en de benodigde omvang ervan in tijd. Bij verblijf moet het de tijd voor alle functies samen vaststellen⁶. Het Zib bepaalt dat het indicatieorgaan de zorg moet indiceren waarop de verzekerde is aangewezen. Daarbij is de omvang niet gemaximeerd.

Indicatiestelling in ZZP's

Het ZZP is als zodanig geen aanspraak. Het is ontwikkeld als bekostigingsinstrument. Er is daarom geen enkele formele relatie tussen de grondslag en het ZZP. Om de indicatiestelling en bekostiging op elkaar aan te laten sluiten, indiceert het CIZ in de vorm van zorgzwaartepakketten, overeenkomend met de functies en totale tijd zoals die in de bekostiging is vastgesteld.

Om een ZZP te kiezen, gebruikt het CIZ de dominante grondslag. In de geautomatiseerde systematiek is het niet mogelijk een ZZP te kiezen uit een andere reeks dan de vastgestelde grondslag.

Als iemand is aangewezen op verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg, ligt het voor de hand dat hij een ZZP uit de V&V-reeks krijgt. Die zijn in 2004 in de V&V-sector op grond van de oorspronkelijke definities vastgesteld. Als dan bij de eerste stap in het proces een andere grondslag, bijvoorbeeld een lichamelijke handicap of zintuiglijke handicap wordt aangevinkt, is het niet meer mogelijk het goede (V&V) ZZP te kiezen.

Ouderen met neurologische of orthopedische problematiek krijgen een ZZP uit de reeks LG, ouderen die door ouderdom slechthorend en/of slechtziend zijn geworden een ZZP uit de reeks ZG.

De ZZP's uit die reeksen zijn gebaseerd op de populatie in de LG en ZG-sector in 2004/2005. De hier bedoelde ouderen woonden toen in V&V-instellingen. En zijn daar ook het best op hun plaats.

2.c. Grondslagen

2.c.1. Oorspronkelijk belang van de grondslagen

Bij de invoering van de functiegerichte aanspraken waren de grondslagen indicatief voor de doelgroepen van de AWBZ. De AWBZ biedt niet voor elk probleem een oplossing. Het was daarom van belang het domein van de AWBZ te duiden.

⁶ Artikel 13 Zib.

Om voor zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van specifieke problematiek. Afgezien van een enkele uitzondering (verpleging bij een verstandelijke handicap is bijvoorbeeld niet mogelijk), is het mogelijk bij elke grondslag elke functie in de benodigde omvang te indiceren. De grondslag was vooral de vaststelling dat het ging om een probleem waarvoor AWBZ-zorg is aangewezen. Tussen de grondslagen bestond veel overlap. Gezien het doel ervan, het vaststellen van het AWBZ-domein, was dat geen probleem.

De term grondslag is nergens in de regelgeving terug te vinden. Zeker geen nadere definitie ervan.

In de Memorie van toelichting staat slechts: "Steeds moet sprake zijn van een gebrek, beperking of aandoening waardoor iemand het niet meer zelfstandig redt, bijvoorbeeld niet meer zelfstandig zijn huishouden kan verzorgen, niet meer in staat is zichzelf te verzorgen of niet meer in staat is op eigen kracht te participeren in de maatschappij. Sommige functies, zoals «huishoudelijke verzorging», «persoonlijke verzorging» en «ondersteunende begeleiding» ondersteunen daarbij rechtstreeks deze doelen. Andere functies, zoals «verpleging», «activerende begeleiding» en «behandeling» zijn veeleer gericht op het gebrek of de aandoening. Per functie is daarom aangegeven op welke gronden iemand in aanmerking komt voor die functie en wat het doel is van het inzetten van de functie."

De betekenis van de grondslagen is historisch en sectoraal bepaald. In achterliggende documenten als het AWBZ-Kompas zijn de grondslagen dan ook geduid in aansluiting op die historisch bepaalde betekenis.

Die duidingen werden vervolgens opgenomen in de beleidsregels voor de indicatiestelling. De meeste omschrijvingen, zoals die van de grondslagen somatiek, psychogeriatric en lichamelijke handicap waren tamelijk vaag omschreven, zodat er sprake was van enige overlap. In de praktijk bood dat de nodige flexibiliteit.

2.c.2. Dominante grondslag

Zeker bij verzekerden die zijn aangewezen op verblijf in een instelling spelen vaak verschillende soorten problemen tegelijk: er is dan sprake van een "dubbele grondslag". Ook meer dan twee is mogelijk. Voor zorgkantoren is het belangrijk te weten naar welk soort aanbieder ze een verzekerde het best kunnen doorsturen. Om dat aan te kunnen geven ontstond het idee van de "dominante grondslag". Dat houdt in dat bij aanwezigheid van meer grondslagen het indicatieorgaan de grondslag met de meeste impact noteert en via de AZR (AWBZ-brede Zorgregistratie) doorgeeft aan het zorgkantoor.

In de uitvoeringspraktijk heeft de dominante grondslag vooral door de pakketmaatregel van 2008 en de zorgzwaarte-bekostiging een andere, veel grotere rol gekregen.

2.d. Andere ontwikkelingen

2.d.1. Invoering Wet op de jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg beoogt “een samenhangend aanbod van jeugdzorg te realiseren, dat aansluit op de behoefte, de toegang tot de jeugdzorg alsmede de bekostiging van de jeugdzorg waarop ingevolge deze wet aanspraak bestaat⁷.”

Een van de elementen om de gewenste samenhang te bereiken was een integrale toegang tot alle benodigde zorg. De BJZ's kregen ook de opdracht voor AWBZ-zorg te indiceren bij psychiatrische problematiek. In een volgende fase zouden ze ook de indicatiestelling voor jeugdigen met een verstandelijke handicap uitvoeren.

Uit de Memorie van toelichting: “Het in het wetsvoorstel geregelde bureau jeugdzorg zal op basis van degelijk en zonodig multidisciplinair onderzoek de problemen van een jeugdige analyseren en die jeugdzorg indiceren die een antwoord kan bieden op de problemen. Daarbij treedt het bureau buiten de sfeer van de huidige jeugdhulpverlening, omdat ook gezien wordt of de zorg geboden moet worden door de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor verstandelijk gehandicapten of binnen het regime van een justitiële jeugdinrichting. Het bureau jeugdzorg dat onafhankelijk van zorgaanbieders werkt, zal objectief bezien waar jeugdigen met (complexe) problematiek het beste geholpen kunnen worden. Ook zal de geïntegreerde toegang, gekoppeld aan het recht op jeugdzorg en het integrale hulpverleningsplan, de huidige problematiek van «moeilijk plaatsbare» jeugdigen voorkomen.”

Met de inwerkingstelling van de (volledige) Wet op de jeugdzorg per 1 januari 2005, werden de BJZ's verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor GGZ-zorg voor jeugdigen⁸. De indicatiestelling voor verstandelijk gehandicapten is tot nu toe niet aan hen opgedragen⁹.

Voor verzekerden met een psychiatrische aandoening én andere problematiek, zoals verstandelijke en cognitieve beperkingen, zijn zowel CIZ als BJZ (ieder voor hun deel) bevoegd te indiceren.

Werkafspraken waarbij het CIZ de totale indicatie uitvoerde als er meer grondslagen aan de orde waren, zijn door de CRvB

⁷ Considerans Wet op de jeugdzorg.

⁸ Wet op de jeugdzorg artikel 5 lid twee onderdeel b.

⁹ Artikel 5 lid 2 onderdeel c Wet op de jeugdzorg is nog niet in werking gesteld.

onrechtmatig bevonden¹⁰. De CRvB stelt dat BJZ en CIZ ieder voor hun deel moet indiceren, en daarover onderling afstemming moeten vinden.

2.d.2. Pakketmaatregel 1 januari 2008

Bij de pakketmaatregel van 1 januari 2008, werd de functie individuele ondersteunende begeleiding geschrapt voor de somatische grondslag. Niet de beperkingen op zich waren bepalend voor de vraag of iemand aanspraak had op zorg of niet, maar de vraag of hij een somatische aandoening had of een lichamelijke handicap.

Voor de uitvoeringspraktijk was de bestaande overlap tussen beide grondslagen daarom problematisch. Dat noopte tot een scherpere, onderscheidende definitie van beide grondslagen. De wet gaf die niet.

Het is daarbij belangrijk te beseffen dat dit scherpe onderscheid alleen nodig was voor de *extramuraal* zorg. Intramuraal gold de beperking niet. Daar werd alle begeleiding geboden die nodig was.

Het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) ontwikkelde in interne werkinstructies nieuwe definities. Die nieuwe definities werden overgenomen in de beleidsregels indicatiestelling. De kritiek daarop was dat die definities niet goed aansloten bij het feitelijke onderscheid tussen de sectoren. Het CVZ heeft in zijn advies over de beleidsregels indicatiestelling gewezen op de gevolgen die dit zou hebben voor de uitvoeringspraktijk¹¹.

2.d.3. Overheveling geneeskundige GGZ

De geneeskundige psychiatrische zorg is met ingang van 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Dat betekende dat voor de uitvoeringspraktijk het onderscheid tussen psychiatrische zorg en andere zorg bij mentale problematiek, zoals psychogeriatrische problematiek en verstandelijke of cognitieve beperkingen, van groter belang werd. De vraag is daarbij in hoeverre het scherp is te bepalen of bepaalde (gedrags)problematiek voortkomt uit een psychiatrisch probleem, een verstandelijke handicap, of een psychogeriatrisch probleem of cognitieve beperkingen.

Bij AWBZ-verblijf met behandeling (voor een niet-psychiatrisch beeld) is een oplossing gevonden door in artikel 15 Besluit zorgaanpak AWBZ (Bza) een bepaling op te nemen, dat de psychiatrische behandeling integraal deel uitmaakt van de behandeling die ten laste van de AWBZ wordt geboden.

¹⁰ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige Kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LjN: BL7152.

¹¹ Brief van het CVZ aan de staatssecretaris van VWS van 18 november 2008; Toets beleidsregels indicatiestelling AWBZ (kenmerk GS/28105111).

De levering van geneeskundige psychiatrische zorg lijkt in de praktijk niet in het gedrang te komen.

2.d.4. Pakketmaatregel 2009

Bij de pakketmaatregel die met ingang van 1 januari 2009 is genomen, werden de drie functies behandeling, activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding teruggebracht tot twee functies: behandeling en begeleiding. De functie activerende begeleiding kwam deels onder behandeling, deels onder begeleiding te vallen.

De in 2008 ingevoerde beperking van ondersteunende begeleiding voor de grondslag somatiek verviel. Wel werd de aanspraak begeleiding zelf beperkt tot een aantal activiteiten. Daarvan is ook het doel aangegeven, namelijk het bevorderen van de zelfredzaamheid en het voorkomen van opname.

Ook de toegangsnorm is aangegeven: er bestaat alleen aanspraak op begeleiding als er sprake is van matige of zware beperkingen op een aantal terreinen. In de beleidsregels indicatiestelling zijn die geoperationaliseerd.

Belangrijk is te constateren dat het artikel over begeleiding voor de aanspraak op zorg vooral aansluit bij de gesignaleerde beperkingen. De grondslagen zijn alleen een eerste domein-afbakening. De noodzaak van scherpe definities van de grondslagen somatiek en lichamelijke handicap was vervallen. De maatregel van 2008 was immers vervallen.

3. Uitvoeringsproblemen

3.a. Probleemverduidelijking

Uit bovenstaande overzicht blijkt dat de uitvoeringspraktijk in de AWBZ in de afgelopen zeven jaar sterk is gewijzigd. Deels is dat het gevolg van de manier waarop de uitvoeringssystemen zich in de praktijk min of meer autonoom hebben ontwikkeld, deels is dat het gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving.

De uitvoeringspraktijk is een keten die bestaat uit een reeks afzonderlijke schakels. Met name gaat het om indicatiestelling, zorginkoop, zorgtoewijzing, levering en bekostiging. Een goede uitvoeringspraktijk vereist dat die schakels logisch met elkaar samenhangen.

Op bepaalde punten zijn sommige schakels in het uitvoeringssysteem gewijzigd. Aanpassing van de ene schakel heeft gevolgen voor een volgende. Die gevolgen zijn niet altijd integraal doorgevoerd, waardoor de samenhang in de onderdelen van de uitvoeringssystematiek is verminderd.

Vooraf de volgende drie algemene ontwikkelingen zijn van belang:

- De grondslagen hebben in de uitvoeringspraktijk een heel andere functie gekregen dan die waarvoor de wetgever ze oorspronkelijk had bedoeld. Oorspronkelijk waren ze bedoeld als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ en om het AWBZ-domein af te bakenen van andere domeinen. Nu is de belangrijkste functie de verschillende doelgroepen strikt van elkaar te onderscheiden. Omdat er altijd overlap was tussen de grondslagen zijn ze daarvoor niet geschikt.
- De definitie van de grondslagen somatische aandoening en lichamelijke handicap zijn voor de indicatiestelling gewijzigd, terwijl de regelgeving (Bza), en de zorgzwaartepakketten zijn gebaseerd op de oude definities. Er is daarom geen eenheid van taal in de keten.
- In de zorgzwaartesystematiek hebben de grondslagen een veel belangrijkere rol gekregen dan bedoeld. Het vaststellen van de “dominante grondslag” diende aanvankelijk slechts praktische doelen, en had geen gevolgen voor de indicatie. Na de invoering van de zorgzwaartebekostiging is de dominante grondslag bepalend voor het te indiceren ZZP.

De verminderde samenhang tussen de verschillende onderdelen van de keten, en de veranderde rol van de grondslagen bij de indicatiestelling uit zich vooral in de problemen die het CVZ in de volgende paragrafen beschrijft.

Het gaat om de volgende zaken:

1. het indiceren van niet passende zorgzwaartepakketten;
2. budgettaire gevolgen;
3. partneropname;
4. mentale problematiek;
5. bevoegdheidsverdeling CIZ en jeugdigen.

De ontstane uitvoeringspraktijk belemmert ook de verdere ontwikkeling van de zorgzwaartebekostiging. Het CVZ gaat ook daar op in.

De aandoening die iemand heeft, zegt niet alles over de soort AWBZ-zorg die nodig is. Ter illustratie:

- *Eenzelfde soort aandoening, bijvoorbeeld een gendefect, kan leiden tot verschillende grondslagen: de grondslag somatiek (ziekte van Pompe), een lichamelijke handicap (ziekte van Duchenne), de grondslag verstandelijke handicap (ziekte van Down), en de grondslag psychiatrie (fragiel X-syndroom) en een zintuiglijke handicap (syndroom van Usher).*
- *Dat twee aandoeningen tot een verschillende grondslag horen, zegt vervolgens weinig over de beperkingen en de benodigde zorg: iemand met de ziekte van Pompe (somatisch) heeft vergelijkbare beperkingen als iemand met de ziekte van Duchenne (lichamelijke handicap). Iemand met het fragiele X-syndroom heeft ook vaak motorische problemen, maar vaak ook verstandelijke beperkingen.*
- *Een bloeding in de hersenen kan leiden tot een lichamelijke handicap, een verstandelijke handicap, of een somatische aandoening. Perinatale bloedingen leiden tot een lichamelijke of verstandelijke handicap, op latere leeftijd tot een somatische aandoening of lichamelijke handicap.*
- *De grondslag kan in de loop der tijd veranderen: een CVA is, zolang verbetering mogelijk is, een somatische aandoening, daarna een lichamelijke handicap. Het verschil daartussen is vooral semantiek.*
- *Voor de vaststelling van de grondslag psychiatrie wordt vaak gerefereerd aan de DSM IV classificatie. Psychogeriatrische problematiek en verstandelijke beperkingen zijn daarin ook vermeld.*

3.b. Indicaties voor niet-passende ZZP's

3.b.1. ZZP's als taal in de keten verstoord

De ZZP's zijn inmiddels de "taal" van de keten van het vaststellen van de ZZP's, de indicatiestelling, tariefvaststelling, zorginkoop, levering, bekostiging en toezicht¹². In elke stap van het uitvoeringsproces is het ZZP de eenheid waarover het gaat. Zoals in paragraaf 2.b. is uitgelegd, is die taal nog gebaseerd op de sectorale indeling.

Het enige doel van de indicatiestelling is vast te stellen welke zorg het meest passend is bij het probleem van de verzekerde¹³.

In de in de praktijk gegroeide indicatiesystematiek bestaat de eerste stap uit het vaststellen van de grondslag. Als eenmaal een grondslag is gekozen, biedt het geautomatiseerde systeem van het CIZ niet meer de mogelijkheid een ZZP uit een andere sector te indiceren.

Het vaststellen van de grondslag vindt plaats op grond van de definities zoals die in de beleidsregels indicatiestelling 2008 zijn geïntroduceerd. De ZZP's zijn echter gebaseerd op de definities van de grondslagen zoals die daarvoor bestonden. Er is daarom geen eenheid van begrippen tussen de beleidsregels voor de indicatiestelling en de ZZP's.

Daardoor komt het frequent voor dat een verzekerde die zonder meer het best geholpen is met verblijf en zorg in een V&V-instelling¹⁴ geen ZZP krijgt geïndiceerd voor die sector, maar voor een lichamelijke handicap. Maar ook komt frequent voor dat iemand die het best past in het profiel van de ZZP's van de sector lichamelijke gehandicapten een indicatie voor een ZZP uit de V&V-reeks krijgt. De indicatiestelling mist daarmee zijn doel.

Zoals uit het kader in de vorige paragraaf blijkt, is er geen vaste relatie tussen de ziekte of aandoening en de benodigde zorg. Zeker als er sprake is van multiproblematiek. De aard van de benodigde zorg hangt van meer factoren af dan de vraag wat de achterliggende aandoening is.

Iemand die op vrij jonge leeftijd een CVA doormaakt, ziet zich geconfronteerd met heel andere problemen dan een oudere persoon die een CVA doormaakt. Hij heeft behoefte aan zorg die is gericht op arbeidsmatige activiteiten of vervanging

¹² formeel zijn de aanspraken nog niet in ZZP's geformuleerd. Er wordt echter gewerkt aan aanpassing van de regelgeving.

¹³ Artikel 9a AWBZ juncto artikel 2 en 13 Zib

¹⁴ Het gaat bijvoorbeeld om oude mensen met een herseninfarct, die vanwege restverschijnselen moeten verblijven in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Zij krijgen echter een indicatie voor een instelling voor lichamenlijk gehandicapten.

daarvan, en op onderhouden en aangaan van sociale contacten buiten de instelling. De aard van het behandel- en begeleidingsplan is dan ook veelal niet alleen op stabilisatie gericht, maar ook op ontwikkeling. De behandeling en begeleiding bij de oudere is vaak meer gericht op stabilisatie en begeleiding bij achteruitgang. De doelen in de cliëntprofielen ZZP-reeksen van de sectoren V&V en lichamelijk gehandicapten verschillen op dat punt dan ook.

De ZZP-systematiek is op die verschillende doelen van de zorg gebaseerd. In de cliëntprofielen staan de doelgroep en de aard van de behandeling en begeleiding beschreven. Die zijn bepalend voor de soort zorg die nodig is, en dus welk ZZP aan de orde is. Niet zozeer de aandoening(en) zelf.

3.b.2. Uitvoeringspraktijk

Geen enkele partij wil dat mensen die het best af zijn in een V&V-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) terecht moeten in een instelling voor lichamelijk gehandicapten (LG). De verzekerde voelt er zich niet op zijn plaats, de zorg is niet passend, en het is duurder (zie paragraaf 3c).

In de praktijk gaan zorgkantoren en aanbieders daar in verschillende regio's verschillend mee om. Vaak hebben zij een work-around rond de formele indicatie ontwikkeld. Als een verzekerde het best op zijn plaats is in een instelling voor lichamelijk gehandicapten, maar een somatische indicatie heeft, zetten zorgkantoor en aanbieder de indicatie om naar ZZP van de passende grondslag.

Dit zogenoemde "omkatten" van indicaties is bij de zorgkantoren niet steeds hetzelfde geregeld. Sommige hanteren een omzettingstabel, op grond waarvan de aanbieder een ander ZZP kan declareren. Andere zorgkantoren geven toestemming nadat de aanbieder voor een individuele bewoner een "omzettingsformulier" heeft ingevuld. Voor aanbieders die met verschillende zorgkantoren te maken hebben, betekent dit dat cliënten met een gelijke indicatie verschillende ZZP's krijgen geleverd.

Soms gebeurt het omkatten in overleg tussen zorgkantoor en aanbieder. Maar ook zijn er situaties waarin de aanbieder feitelijk gedwongen is een ander ZZP te leveren dan het ZZP dat is geïndiceerd.

Het beeld ontstaat¹⁵ dat er een veelheid aan oplossingen is. Soms neemt het zorgkantoor de regie, en zijn er "omzettingstabellen". Meestal levert dat voor de verzekerde minder zorg op dan is geïndiceerd. Ook komt het voor dat zorgkantoren individuele verzekerden verwijzen naar een

¹⁵ Bron: reacties van partijen op een conceptversie van dit rapport

andere instelling dan uit de sector van zijn indicatie.

Soms kiezen instellingen ervoor direct een nieuwe indicatie aan te vragen voor een wel passend ZZP. Een andere keer vindt men de oplossing in aanpassing van de gegevens in de AZR.

Het is de vraag wat dan nog de zin van de indicatiestelling is. Het enige doel van de indicatiestelling is vast te stellen op welke zorg een verzekerde is aangewezen. Afgezien daarvan levert het repareren van niet-passende indicaties nodeloze bureaucratie op.

Het afgeven van een indicatie voor een niet-passend ZZP belemmert ook de keuzevrijheid en de rechtspositie van de verzekerde. Die is voor de levering van de meest passende zorg afhankelijk van de medewerking van aanbieders en zorgkantoren (en toezichthouders) om die indicatie om te zetten in een passende indicatie. Hij kan dat niet afdwingen. De informatieverstrekking naar cliënten is hierbij vaak beperkt¹⁶.

Rechtmatigheid

Ook is het de vraag of dergelijke “work-arounds” rechtmatig zijn. In feite wordt niet de geïndiceerde zorg geleverd, maar andere, meestal minder zorg. Daarnaast is het de vraag in hoeverre een instelling die op grond van de WTZi is toegelaten voor een bepaalde doelgroep, andere doelgroepen mag bedienen¹⁷.

Niet in de laatste plaats levert dit alles onduidelijkheid op in de relatie tussen zorgkantoor en aanbieder. De overeenkomst tussen beide bepaalt vrijwel altijd dat de instelling de geïndiceerde zorg moet leveren. Maar ook dat de instelling zorg moet leveren aan de doelgroep waarvoor zij is toegelaten.

Tenslotte is het de vraag of het zorgkantoor op eigen gezag andere zorg mag toewijzen dan is geïndiceerd. De Centrale Raad van Beroep heeft bepaald dat het indicatieorgaan en het zorgkantoor strikt gescheiden taken hebben. Het zorgkantoor is volgens de Raad zonder meer gehouden aan de gestelde indicatie¹⁸.

¹⁶ Bron: reacties van partijen op het concept van dit rapport.

¹⁷ Bij de generieke omzetting van toelatingen in verband met de invoering van de functiegerichte aanspraken per 1 april 2003 is deze vraag ook aan de orde geweest. Het CVZ, dat toen verantwoordelijk was voor de toelating van instellingen, heeft aangegeven dat de toelating indicatief was. Op beperkte schaal kan ook aan andere doelgroepen zorg worden geleverd. Er is niet vastgesteld wat “beperkte schaal” inhoudt.

¹⁸ Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 1 april 2009, nr07/1689 AWBZ, LJN: BH9439, RZA 2009/51

3.b.3. Zorginkoop en zorglevering “sectorvreemde ZZP’s”

Zorgkantoren kopen zorg in bij aanbieders. Verzekerden met een indicatie kunnen zich tot een gecontracteerde aanbieder wenden voor de levering van de geïndiceerde zorg, voor zover die aanbieder door het zorgkantoor is gecontracteerd.

De toelating voor het bieden van verblijf is gekoppeld aan een bepaalde sector. Ook bij de toelating gelden de oorspronkelijke definities. Een indicatie op grond van de definities die in de beleidsregels indicatiestelling 2008 zijn geïntroduceerd, sorteert niet goed voor op de meest passende sector. De mogelijkheid voor zorgkantoren om zogenoemde “sector-vreemde ZZP’s” in te kopen is beperkt omdat de toelating voor verblijf nog sectoraal is. Een sectorvreemd ZZP is een ZZP voor een andere sector dan waarvoor de instelling is toegelaten.

Zorgkantoren zijn verplicht passende en kwalitatief goede zorg in te kopen. Instellingen zijn bouwkundig op een doelgroep ingericht, en hebben daarvoor de benodigde expertise opgebouwd.

Het leveren van sectorvreemde ZZP’s als reparatie van een niet passende indicatie is een omkering van het systeem. Wat passend is, moet blijken uit de indicatie. Zorgkantoor en aanbieder kunnen de indicatie niet opzij zetten.

De levering van een sectorvreemd ZZP kan op zich heel gewenst zijn. Bijvoorbeeld een oudere verpleegbehoefte verslaafde ex-dakloze. Die is waarschijnlijk veel beter af in de MO-instelling waar hij al verblijft dan in een verzorgingshuis. Het gaat dan echter niet om de reparatie van een verkeerde indicatie, maar om de levering van de (juist geïndiceerde) zorg door een zorginstelling uit een andere sector. Zolang de toelating op grond van de WTZi sectoraal is, en de indicatiestelling feitelijk ook, zal de noodzaak van sectorvreemde zorglevering in specifieke situaties blijven bestaan. Maar dan op inhoudelijke gronden.

Hierboven is beschreven dat zorgkantoren en instellingen een work-around hebben ontwikkeld, zodat de verzekerde een ander ZZP dan het geïndiceerde ontvangt. Meestal met minder zorg. Het ligt echter ook voor de hand dat verzekerden erop staan de geïndiceerde zorg te ontvangen, en niet minder dan dat. Zeker als het gaat om een PGB. Er is dan geen enkele rechtsgrond om dat te weigeren. Dat leidt tot onnodige meerkosten (zie 3c.)

3.c. Budgettaire gevolgen

De tarieven voor de ZZP’s zijn berekend op basis van sectorale budgetneutraliteit. Zoals in paragraaf 2b is uitgelegd, zijn historisch ontstane onevenwichtigheden tussen sectoren in de ZZP-systematiek opgenomen.

De tarieven voor de sector LG zijn substantieel hoger dan die in de sector V&V¹⁹. Ter illustratie:

- *het laagste tarief voor langdurig verblijf binnen de sector V&V is €57,44 en binnen de LG €84,64;*
- *het hoogste tarief van langdurig verblijf voor mensen met ernstige somatische beperkingen in de V&V (VV6) is zonder dagbesteding €138,90. Het hoogste ZZP zonder dagbesteding binnen de LG €162,32;*
- *Mét dagbesteding is dat respectievelijk €162,32 en €194,36;*
- *Als ook behandeling nodig is, zijn de tarieven resp. €162,32 in de V&V en €227,64 in de LG.*

De nieuwe definities hebben tot gevolg dat veel verzekerden die vóór de herdefinitie een V&V indicatie kregen, nu een LG indicatie ontvangen. Dat is een nodeloos dure indicatie.

Het omgekeerde, dat verzekerden die voorheen een LG-indicatie kregen, maar nu een somatische indicatie, komt ook relatief vaak voor. Die indicatie is goedkoper dan een LG-indicatie. Afgezien van de vraag of zij daarmee voldoende zorg krijgen, compenseert dat niet de extra kosten van de ouderen die ten onrechte een LG-indicatie krijgen. Want de populatie ouderen die een te dure (LG)indicatie krijgen, is veel groter dan de populatie lichamelijk gehandicapten die een goedkopere (somatische) indicatie krijgen.

Het feit dat zorgkantoren en aanbieders een work-around voor deze indicaties hebben ontwikkeld (zie 3.a.2.), dempt de budgettaire gevolgen enigszins, maar als het geïndiceerde ZZP wordt verzilverd, treden aanzienlijke, en onnodige meerkosten op.

Als verzekerden hun indicatie willen verzilveren in de vorm van een PGB, is er geen enkele mogelijkheid voor zorgkantoren om een lager PGB te bieden dan waarop de verzekerde op grond van zijn indicatie recht heeft.

Ook vloeit onbedoeld budget van de ene sector naar de andere. De oorspronkelijke sectorbudgetten zijn immers op de oorspronkelijke definities gebaseerd. Het is niet duidelijk in hoeverre dit effect optreedt.

3.d. Partneropname

Vóór de invoering van de functiegerichte aanspraken in 2003, kon de partner van een verzekerde die in het verzorgingshuis werd opgenomen, meeverhuizen naar het verzorgingshuis (partneropname).

¹⁹ Bron: NZa: Beleidsregel CA 395.

In een functiegericht systeem is een onderscheid op grond van het soort instelling niet meer mogelijk. Aanvankelijk (april 2003) maakte de mogelijkheid voor partneropname geen onderdeel uit van het nieuwe Bza. Onder druk van de Tweede Kamer werd partneropname echter al snel weer mogelijk gemaakt. Omdat koppeling aan een soort instelling (verzorgingshuis) niet mogelijk was, werd gekozen voor de koppeling aan de grondslagen voor de sector V&V: de grondslagen somatiek en psychogeriatric. Dat kwam tegemoet aan de bedoeling van de maatregel.

De herdefinitie van de grondslagen heeft tot gevolg dat sommige verzekerden die voorheen samen met hun partner konden verblijven, nu gedwongen zijn hun partner achter te laten. Ze krijgen een grondslag LG. De partners van verzekerden die een grondslag LG krijgen, hebben geen aanspraak om met hun partner mee te verhuizen.

Als een van de partners door ernstige artrose en/of een CVA in een verzorgingshuis moet wonen, zou de partner voorheen zonder meer mee kunnen verhuizen. Ouderen met dergelijke problemen kregen de grondslag somatiek. Nu is dat een lichamelijke handicap, en mag de partner niet mee verhuizen.

3.e. Mentale problematiek

Dit rapport gebruikt de term mentale problematiek als verzamelbegrip voor alle gedragsproblemen en beperkingen die optreden op grond van functiestoornissen in het brein en de psyche: psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen, cognitieve en psychogeriatric problematiek.

3.e.1. Complex van oorzaken

Zeker bij de groep verzekerden die zijn aangewezen op langdurig verblijf in een AWBZ-instelling is er bij mentale problematiek vaak sprake van een complex van oorzaken, waarbij niet is te achterhalen welke problemen voortkomen uit een psychiatrische stoornis, en welke op grond van een andere stoornis of beperking. De verschillende stoornissen grijpen zodanig op elkaar in, dat het onmogelijk is een onderscheid te maken. Een “dominante grondslag” is dan niet te bepalen. Zeker omdat niet steeds dezelfde soort problemen op de voorgrond staan. De “dominante grondslag” kan in de tijd wisselen. Soms frequent.

Verzekerden die zijn aangewezen op zwaardere vormen van verblijf in instellingen voor zintuiglijk of lichamenlijk gehandicapten, hebben relatief vaak ook psychiatrische problemen, cognitieve beperkingen, en/of een verstandelijke handicap. Bij ouderen komen steeds vaker combinaties van verstandelijke handicap of psychiatrische problematiek met psychogeriatric aandoeningen voor. Ook gaan sommige somatische aandoeningen gepaard met psychische

ontregeling, zoals een delier.

Voor een verzekerde met chronisch psychiatrische problematiek die vanwege zijn ouderdom ook lichamelijke beperkingen, "frailty" en dementie ontwikkelt, is niet gemakkelijk uit te maken wat de beste setting is. Vaak is de beste keuze hem niet te laten verhuizen. Maar wat de beste oplossing is, is vaak alleen op individueel niveau te bepalen.

Zeker als er sprake is van complexere problematiek, waarvoor verblijf noodzakelijk is, is de keuze voor één dominante grondslag vaak arbitrair. De (complexe) oorzaak van de problematiek is niet bepalend voor de meest passende zorg, maar het beperkingenpatroon en de aard van het totale beeld. Maar vooral gaat het om de aard en doelstelling van de zorg. Bij cognitieve beperkingen is andere zorg nodig dan bij somatische beperkingen, ook als de achterliggende aandoening dezelfde is.

Dat de dominante grondslag zelf niet persé bepalend is voor de noodzaak van verblijf blijkt uit de cliëntprofielen van zintuiglijk gehandicapten. De intensiteit van hun zorgvraag komt niet in eerste instantie voort uit hun slechthoortheid of doofheid, maar vooral uit hun mentale functioneren.

De grondslagen voor een visuele of auditieve handicap zijn vastgelegd in goed meetbare parameters als visusverlies, verlies van decibellen en afhankelijkheid van hulpmiddelen.

Alleen op grond van functieverlies van de zintuigen is vrijwel niemand op verblijf in een instelling voor zintuiglijk gehandicapten aangewezen. Ook jongere doofblinde mensen blijken bijvoorbeeld goed in staat zelfstandig te wonen. Mensen met ouderdomsdoofblindheid passen vooral in het cliëntprofiel van VV4 (die groep wordt daarin specifiek genoemd), niet in een ZG-profiel.

De noodzaak van verblijf ontstaat vooral door de verstandelijke beperkingen en psychiatrische aandoeningen en het daarmee gepaard gaande regieverlies, die bij sommige ziektebeelden gepaard gaan met zintuiglijke beperkingen. Dat blijkt ook uit de cliëntprofielen van de ZG-sector, waarin, behalve in ZG(visueel)1, steeds sprake is van gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek.

Het individuele beperkingenpatroon en de daarbij benodigde zorg zijn veel bepalender voor het te indiceren ZP dan de grondslag.

3.f. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureau Jeugdzorg

De vervlechting van psychiatrische problematiek met andere aandoeningen, stoornissen en beperkingen, levert ook problemen op voor de bevoegdheidsverdeling tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg.

Als sprake is van een psychiatrische aandoening, moet het Bureau Jeugdzorg indiceren. Als daarnaast sprake is van andere problematiek, zoals een verstandelijke handicap, moet het CIZ voor dát deel van de zorg indiceren. Dit leidt, juist als het om complexere problematiek gaat, tot veel onduidelijkheid over de vraag welke instantie welke zorg moet indiceren, met veel heen- en weerschuiven van dossiers tot gevolg. De problemen zijn in de praktijk vaak niet uit te splitsen naar problemen die voortkomen uit de verstandelijke handicap, en problemen die het gevolg zijn van een psychiatrische aandoening.

De werkafspraken die het CIZ en de BJZ's tot voor kort hadden om elkaars werkterrein af te bakenen, zijn door de Centrale Raad van Beroep onwettig bevonden²⁰. De CRvB stelt dat bij de aanwezigheid van een dubbele grondslag onderlinge afstemming tussen CIZ en BJZ aangewezen is (eventueel met een gezamenlijk onderzoek). De Raad geeft aan dat het mogelijk is een gezamenlijk besluit af te geven, ieder voor de zorg waarvoor hij bevoegd is te indiceren.

De uitspraak veronderstelt dat de zorg die nodig is in verband met de psychiatrische aandoening te onderscheiden is van de zorg die ten gevolge van een andere aandoening (bijvoorbeeld een verstandelijke handicap) nodig is. In de praktijk is dat vaak niet te doen, omdat beide grondslagen op elkaar inwerken.

In de zelfde zaak stelt de CRvB dat, als uit de medische gegevens "blijkt dat de somatische beperkingen een relatie hebben met de complexe psychiatrische problematiek" uitsluitend BJZ bevoegd is.

Het is nog niet duidelijk wat de Raad hiermee bedoelt. Als de Raad alleen doelt op situaties waarin de somatische verschijnselen een uiting zijn van psychiatrische problemen (zoals een conversiestoornis) zijn de gevolgen van deze uitspraak beperkt.

Als is bedoeld dat uitsluitend BJZ bevoegd is om te indiceren als bij een bepaald ziektebeeld zowel psychiatrische als somatische symptomen aanwezig zijn (zoals het fragiele X-syndroom), of als de psychiatrische en somatische

²⁰ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152 met annotatie Tollenaar; zie ook Uitspraken www.cvz.nl - 2010054332 (2010106825); uitspraken www.cvz.nl - 2010057690 (2010084413).

bepkeringen op een andere manier met elkaar zijn verweven, heeft dat grotere uitvoeringsconsequenties. In veel gevallen waarin nu het CIZ (deels) bevoegd is, moet dan BJZ voor het totaal indiceren. Uit de context van het geval waarover de uitspraak van de CRvB gaat, lijkt de Raad een bredere relatie dan alleen conversieproblematiek te bedoelen. Dat zou een verschuiving van werkzaamheden van het CIZ naar de BJZ's betekenen.

3.f.1. Problemen in het sociale systeem

Soms speelt in een gezin of een ander sociaal systeem ook problematiek van de ouder(s) een rol. De problematiek van het kind is dan vaak niet los te zien van die van de ouder. Onvoldoende afstemming in de indicatiestelling en zorgtoeleiding kan ertoe leiden dat er verschillende aanbieders bezig zijn voor het kind en de ouder(s)²¹. Het beoogde doel: "één gezin, één plan"²² is dan niet te realiseren.

²¹ Bron: reactie van de Federatie Opvang op het concept van dit rapport.

²² Alle kansen voor alle kinderen, programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011

4. Oplossingsrichtingen

De zorgzwaartessystematiek is nog in ontwikkeling. De hier gesignaleerde problematiek rond grondslagen belemmert de verdere ontwikkeling die systematiek. Op langere termijn zijn daarom structurele maatregelen nodig. Het gaat dan om verdere harmonisatie van de ZZP's en het aansluiten bij de ICF²³. Het CVZ gaat hieronder eerst in op de langere termijn.

De huidige problematiek is echter zo dringend, dat op korte termijn (zo mogelijk met ingang van 1 januari 2011) oplossingen nodig zijn. De noodzakelijke maatregelen zijn heel eenvoudig, en kunnen voor veel mensen een probleem oplossen. Dat biedt dan gelijk de mogelijkheid om op langere termijn te werken aan verdere verbetering van het systeem, zoals de verdere harmonisering van de ZZP-systematiek en de aanpassing van terminologie.

Die oplossingen voor de korte termijn zijn daarom van groot belang. Het CVZ gaat daar in paragraaf 4b verder op in.

4.a. Langere termijn

4.a.1. Verdere ontwikkeling van de zorgzwaartebekostiging

Voor de intramurale zorg heeft VWS definitief gekozen voor een systeem dat is gebaseerd op de zorgzwaartepakketten. Voor de extramurale zorg onderzoekt het departement de mogelijkheden om tot een vergelijkbare systematiek te komen. De kern van de zorgzwaartessystematiek is dat mensen met een bepaald beperkingenpatroon (cliëntprofiel) zijn aangewezen op een bijpassend zorgarrangement. In het ZZP is dat arrangement globaal beschreven. Concretisering van de zorg vindt plaats in het individuele zorgplan dat de aanbieder en verzekerde in overleg opstellen.

De sectorale indeling van de huidige ZZP's was een noodzakelijke tussenstap om de invoering van de zorgzwaartebekostiging mogelijk te maken. Het is de bedoeling om in de toekomst de ZZP's van de verschillende sectoren te harmoniseren.

Om die harmonisatie mogelijk te maken, is het nodig om de grondslag geen belangrijker rol toe te dichten dan de oorspronkelijke. De huidige strikte koppeling tussen grondslag en een specifieke reeks ZZP's staat de gewenste harmonisatie in de weg.

Daarbij moet op de voorgrond staan dat de zorgzwaarte wordt bepaald door het beperkingenpatroon, maar ook door de sociaal-maatschappelijke situatie van verzekerden. Iemand van

²³ International classification of Functioning, Disability and Health, WHO, Genève, 2001.

30 jaar heeft met gelijke beperkingen nu eenmaal andere zorgvragen dan iemand van 85 jaar.

Als de cliëntprofielen voldoende duidelijk zijn beschreven, is de grondslag niet van doorslaggevend belang. Het vaststellen van het beperkingenpatroon en andere cliëntkenmerken is samen met het doel van de zorg voldoende om het passende zorgpakket te bepalen.

Daarbij is het ook nodig te bepalen welke zorg daadwerkelijk nodig is voor de verschillende (geharmoniseerde) cliëntprofielen. De huidige ZZP's zijn gebaseerd op de in de praktijk geleverde zorg in 2004 en 2005, niet op de werkelijke zorgvraag. Daarvoor is inhoudelijk onderzoek nodig.

4.a.2. Aansluiten bij ICF

De definities van de grondslagen zijn niet scherp, en hebben overlap. Ze zijn niet bedoeld, en ook niet geschikt, om doelgroepen met kenmerkende beperkingenpatronen te beschrijven. Daarnaast zijn de gebruikte termen alleen historisch te begrijpen. Taalkundig zijn ze verwarrend.

Taalkundig, maar ook in medische terminologie is er geen onderscheid tussen de begrippen 'somatisch' en 'lichamelijk'. Het verschil in betekenis bij de grondslagen komt voort uit het feit dat in de verpleeghuissector vanoudsher wordt gesproken over 'somatisch' en 'psychogeriatrisch'. De term 'somatisch' heeft een heel eigen betekenis gekregen, overigens net zoals de term 'lichamelijke handicap'. Daarmee is er een groot risico op semantische discussies over de betekenis van die begrippen.

Voor een duidelijke beschrijving van stoornissen, beperkingen en activiteiten lijkt de ICF het meest geschikt.

De indicatiestelling is al voor een belangrijk deel gebaseerd op de ICF, de cliëntprofielen ook.

Om de eenheid van taal in de keten verder te verbeteren, biedt het meerwaarde om ook in de sfeer van de aanspraken aan te sluiten bij de ICF. Dat biedt mogelijkheden tot een operationelere omschrijving van de aanspraken en de toegangsvoorwaarden dan tot nu toe.

Dat een beschrijving in operationele termen mogelijk is, blijkt uit de formulering van artikel 6 Bza (begeleiding) zoals die vanaf 1 januari 2009 luidt. Weliswaar zijn de gebruikte termen niet helemaal conform de ICF, maar de gekozen systematiek lijkt daar sterk op.

De verschillende elementen ervan zijn in operationele termen vastgelegd:

- Het domein van de zorg is in dit artikel aangegeven door de levenssterreinen van de beperkingen en de

doelstelling van de zorg te benoemen. Ook is operationeel geformuleerd welke soort activiteiten de zorg inhoudt.

- De toegangsvoorwaarde is dat er sprake moet zijn van matige tot ernstige beperkingen. Die zijn in de beleidsregels indicatiestelling operationeel gemaakt.
- De activiteiten die zijn verzekerd zijn scherp beschreven.

Voor het bepalen van de toegang tot de functie begeleiding is de formele grondslag nu al nauwelijks meer van belang. Bepalend zijn de beperkingen op de genoemde levens-terreinen, en de daaruit voortvloeiende behoefte aan ondersteuning bij de activiteiten die zijn verzekerd.

4.b. Oplossingen op korte termijn

In paragraaf 3.a. zijn de drie belangrijkste elementen genoemd die de oorzaak van de gesignaleerde uitvoeringsproblemen zijn. Het gaat om de volgende elementen:

- De grondslagen worden gebruikt voor een ander doel dan oorspronkelijk was bedoeld.
- De definities van de grondslagen in de verschillende fasen in de keten zijn niet hetzelfde.
- De gedwongen keuze voor één dominante grondslag beperkt de mogelijkheid de best passende zorg te bieden.

Vrijwel al deze uitvoeringsproblemen zijn op korte termijn relatief eenvoudig en zonder wijziging in wet- en regelgeving op te lossen. Maar de bevoegdheidsverdeling tussen het CIZ en de BJZ's is alleen met wijziging van de wetgeving adequaat op te lossen.

Kortweg komen die maatregelen op het volgende neer:

- de grondslagen niet te gebruiken om voor te sorteren op de reeks ZZP's die mogelijk is, maar, zoals oorspronkelijk bedoeld, slechts als voorwaarde voor toegang tot de AWBZ;
- Niet de dominante grondslag, maar het cliëntprofiel bepalend te laten zijn voor het te indiceren ZZP.
- Het onderscheid tussen de grondslagen is dan alleen nog indicatief voor de sector waar de verzekerde het best op zijn plek is. Het is dan wel nodig de eenheid van taal in de keten te herstellen door de oorspronkelijke definities van de grondslagen te hanteren;

Het CVZ licht dat hieronder toe.

4.c. Niet passende ZZP's

4.c.1. Cliëntprofiel leidend

In de ZZP-systematiek is het cliëntprofiel bepalend voor het vaststellen van de meest passende zorg. De cliëntprofielen zijn gebaseerd op het beperkingenpatroon van de doelgroepen die in de AWBZ voorkomen. Zeker in de hogere ZZP's gaat het vaak om complexere problematiek, waarbij meer grondslagen tegelijk aan de orde zijn.

Om de meest passende zorg te bepalen is het vooral van belang om vast te stellen welk cliëntprofiel het best past. Het beperkingenpatroon en aard en doel van de benodigde zorg zijn daarvoor veel belangrijker dan de vraag welke grondslag dominant is. Het bepalen van de dominante grondslag is vaak arbitrair²⁴.

4.c.2. Hanteren oorspronkelijke definities

Het is een feit dat de ZZP's gerelateerd zijn aan de sectoren. De grondslagen kunnen daarom wel behulpzaam zijn bij de indicatiestelling. Het geeft een aanwijzing in welke sector de verzekerde waarschijnlijk het best tot zijn recht komt. Het is dan wel belangrijk te beseffen dat de ZZP's zijn gebaseerd op de oorspronkelijke definities van de grondslagen. Als bij de indicatiestelling een andere definitie wordt gebruikt, is het vanzelfsprekend dat niet het meest passende ZZP wordt geïndiceerd. Het ligt dan voor de hand de oorspronkelijke definities (mn van de grondslagen somatiek en lichamelijke handicap te hanteren²⁵.

Voor de extramurale zorg heeft het hanteren van de oude definities geen gevolg. De herdefiniëring van de grondslagen in 2008 was nodig in verband met de pakketmaatregel waarbij de functie individuele ondersteunende begeleiding werd uitgesloten voor de grondslag somatiek.

Die pakketmaatregel is ingetrokken. De nieuwe definitie is daarom voor de extramurale zorg niet meer nodig.

4.d. Budgettaire gevolgen

In paragraaf 3c. beschrijft het CVZ dat de nieuwe definitie van de grondslagen somatiek en lichamelijke handicap leidt tot een groter beslag op het budgettaire kader dan bij het hanteren van de oorspronkelijke definities.

Er treedt vooral een verschuiving op van de goedkopere reeks ZZP's met grondslag somatiek naar de duurdere met grondslag lichamelijke handicap.

²⁴ Uitspraken www.cvz.nl -2010057690 (2010102616).

²⁵ Deze suggestie heeft het CVZ al eerder gedaan in het advies over de beleidsregels indicatiestelling dat het op 18 november 2008 uitbracht aan de staatssecretaris VWS (kenmerk GS/28105111).

Door het indiceren van niet-passende ZZP's te vermijden (zoals in de vorige paragraaf is beschreven), is het daarom mogelijk onnodige kosten te voorkomen.

4.e. Overgangssituatie

Er is nu een groot aantal verzekerden dat met een niet-passend cliëntprofiel in instellingen verblijft. Het is uiteraard nodig dat zij de zorg blijven houden waarop ze inhoudelijk zijn aangewezen. Het aanpassen van hun formele indicatie zal even duren. Daarom is enige coulance in de uitvoeringspraktijk vereist. Omdat die uitvoeringspraktijk heel divers is, zullen zorgkantoren en aanbieders daarvoor passende maatregelen moeten nemen.

4.f. Partneropname

Partneropname is bedoeld voor ouderen waarvan de partner moet gaan verblijven in een zorghuis. Van oudsher waren dat de mensen met een somatische of psychogeriatrische grondslag. Door de definitiewijziging van de somatische grondslag met ingang van 1 januari 2008 is het niet voor alle ouderen mogelijk hun partner mee te laten verhuizen naar de instelling. De noodzaak van die nieuwe definitie is er inmiddels niet meer. Het probleem voor partneropname is uit de wereld door bij de indicatiestelling de definities van voor 2008 te hanteren. De geïndiceerde partner heeft dan immers een somatische aandoening als grondslag, en niet een lichamelijke handicap. In een latere fase moet dan aansluiting worden gezocht bij de ICF-terminologie.

4.g. Bevoegdheidsverdeling CIZ en Bureaus Jeugdzorg

Voor de problemen rond de bevoegdheidsverdeling tussen het CIZ en BIZ ziet het CVZ binnen de bestaande wetgeving geen structurele oplossing.

Niet alleen leidt de bestaande wetgeving ertoe dat juist bij complexere problematiek het CIZ en BIZ beide een indicatie moeten stellen in eenzelfde casus, met veel heen- en weergeschuif van dossier, en dubbel onderzoek tot gevolg²⁶. Ook is de inbedding in de regelgeving van CIZ en BIZ heel verschillend. Het CIZ heeft als opdracht om los van het zorgaanbod en aanpalende voorzieningen de aanspraak op AWBZ-zorg vast te stellen. Bij het BIZ staat de bescherming van het kind voorop, en het heeft een expliciete rol bij de realisatie, monitoring en evaluatie van de zorg.

²⁶ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152 met annotatie Tollenaar, en Uitspraken www.cvz.nl- 2010054332 (2010106825); uitspraken www.cvz.nl - 2010055017 (2010084413).

Deze beide systemen verhouden zich slecht met elkaar. Wetswijziging moet ertoe leiden dat in iedere casus duidelijk is wie de indicatie moet stellen, waarbij dat één instantie moet zijn.

In die uitwerking is ook aandacht nodig voor de situaties waarin zowel ouder als kind problemen hebben, en die problemen met elkaar zijn verweven.

4.g.1. Praktische oplossingen op korte termijn

Op korte termijn is het dan nog noodzakelijk praktische oplossingen te vinden om lacunes in de zorgverlening te voorkomen, en onnodig lange en ingewikkelde procedures te vermijden. Dat is maar deels mogelijk.

Het CIZ en de BJZ's hadden tot voor kort werkafspraken, die inhielden dat als er alléén psychiatrische problematiek aan de orde was, het BJZ zou indiceren, en dat het CIZ zou indiceren voor de totale zorg, als er meer grondslagen aan de orde waren. Die werkafspraken leidden volgens de Centrale Raad van Beroep tot een onwetmatig resultaat. Het CVZ signaleert overigens dat deze werkafspraken nog wel praktisch zijn.

In zijn noot bij deze uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) over de bevoegdheidsverdeling van het CIZ en BJZ²⁷ gaat A. Tollenaar²⁸ op deze problematiek in. Hij suggereert dat creatieve oplossingen nodig zijn. Hij stelt dat niets gemeenten in de weg staat om op grond van artikel 9a AWBZ de indicatiestelling voor jeugdigen aan de bureaus jeugdzorg op te dragen.

Op zich is dat waar. Gemeenten hebben praktisch echter geen bemoeienis met de indicatiestelling. En de BJZ's zijn niet toegerust voor zo'n brede taakstelling: de organisatie is daarvoor niet uitgerust, en ze missen de expertise. Daarbij zijn de BJZ's voor de jeugdzorgindicaties (op grond van psychiatrische problematiek) gehouden aan de procedures van de Wet op de jeugdzorg. Voor de rest zouden ze dan zijn gebonden aan de regels van het Zorgindicatiebesluit. Die twee regimes zijn heel verschillend. Bij een kind met een psychiatrische aandoening én bijvoorbeeld een verstandelijke of lichamelijke handicap, moet BJZ dan twee verschillende procedures toepassen. Ook zijn de BJZ's niet aangesloten op AZR. Een dergelijke maatregel zou dus alleen maar tot meer problemen leiden.

²⁷ AB 2010, 115, Centrale Raad van Beroep (Meervoudige kamer), 17 februari 2010, nr 07/5422 AWBZ, LJN: BL7152.

²⁸ Mr. A Tollenaar is postdoc onderzoeker en universitair docent bij de vakgroep Bestuursrecht & Bestuurskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, en vaste annotator voor Administratiefrechtelijke Beslissingen.

Tollenaar suggereert terloops dat CIZ en BJZ elkaar ook kunnen mandateren voor de indicatiestelling van jeugdigen die meer dan alleen psychiatrische problemen hebben.

Dat is voor de korte termijn de meest haalbare en beste oplossing. In de primaire fase leidt het tot eenzelfde situatie als toen de werkafspraken golden (in feite gaat het om een formalisatie daarvan).

In bezwaar en beroep blijft het probleem bestaan, omdat ieder orgaan voor zijn eigen deel het bezwaar en beroep moet afhandelen. Bij beroep is dan nog een extra complicatie dat de bestuursrechter over besluiten van het CIZ oordeelt, en de kinderrechter over besluiten van BJZ.

Het is de vraag of een werkafpraak waarbij het BJZ alleen de psychiatrische indicaties doet en het CIZ de complexere, wel strookt met het idee van integrale toegang tot zorg, die achter de Wet op de jeugdzorg ligt. Vanuit die integrale benadering zou juist voor de hand liggen dat dan het BJZ de indicatie stelt.

5. Vaststelling advies

Dit advies is vastgesteld op 1 november 2010

College voor zorgverzekeringen

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur