



Beleidsdoorlichting indicatiestelling AWBZ

Periode 2003-2008

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezond-
heid, Welzijn en Sport

Ir. B. Noordhuizen

drs. D. Vijfvinkel

drs. M.L. Hollander

Drs. Zosja Berdowksi

Projectnummer: B3695

Zoetermeer, 15 december 2010

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Achtergrond en opdracht	5
1.2	Onderzoekopzet en fasering	6
1.3	Uitwerking van de onderzoeksvragen	8
1.4	Leeswijzer	11
2	Relevante ontwikkelingen in de AWBZ tot 2003	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Doel van de AWBZ	13
2.3	Ontwikkelingen in het verzekerde pakket tot 2003	13
2.4	Ontwikkelingen in de indicatiestelling tot 2003	15
3	Reconstructie beleid indicatiestelling AWBZ 2003-2008	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Indicatiestelling door RIO's en CIZ (2003 t/m 2008)	20
3.3	Indicatiestelling door Bureaus Jeugdzorg (2005 t/m 2008)	32
3.4	Ontwikkelingen in AWBZ zorgaanspraken	41
4	Instrumenten en werkwijze indicatiestelling	45
4.1	Inleiding	45
4.2	Indicatieprocedure CIZ	45
4.3	Werkwijze van de indicatiesteller CIZ in de praktijk	51
4.4	Indicatie traject voor de jeugd-GGZ bij Bureaus jeugdzorg	60
4.5	Verschillen tussen de indicatiestelling CIZ en BJZ	65
5	Effecten van het indicatiestellingsbeleid	67
5.1	Inleiding	67
5.2	Sectorale benadering hulpvraag	67
5.3	Pluriforme indicatiestelling, in proces en inhoud	74
5.4	Indicatieproces tijdrovend, bureaucratisch en duur	83
5.5	Effecten indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg	90

6	Kosten en bekostiging van het CIZ	98
6.1	Bekostigingsgrondslag van CIZ	98
6.2	Kostenraming door VWS	99
6.3	Inzet van budgetten in de periode 2004-2008	99
6.4	Decompositie van de budgetten	106
6.5	Relatie tussen de grote en kleine geldstroom	107
6.6	De doelmatigheid van de bedrijfsvoering	108
6.7	Conclusie	116
7	Conclusies	119
7.1	Inleiding	119
7.2	Onderzoekperiode 2003-2008, en verder	119
7.3	Centrale onderzoeksvraag	120

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en opdracht

Achtergrond

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Research voor Beleid een beleidsdoorlichting uitgevoerd van de indicatiestelling AWBZ 2003-2008. Beleid, gericht op de realisatie van algemene of operationele doelstellingen, wordt geacht periodiek te worden geëvalueerd in een beleidsdoorlichting, in aansluiting bij de beleidscyclus. Een dergelijke beleidsdoorlichting moet uit de volgende onderdelen bestaan:

- Beschrijving en analyse van het probleem dat aanleiding was voor het beleid
- Beschrijving en motivering van de rol van de rijksoverheid
- Beschrijving van de onderzochte beleidsdoelstellingen
- Beschrijving van de gehanteerde instrumenten en analyse van de maatschappelijke effecten daarvan
- Beschrijving van de budgetten die zijn ingezet.

Met betrekking tot de AWBZ zijn zowel algemene als operationele doelstellingen geformuleerd. De algemene doelstelling luidt als volgt: *Zorgen dat voor mensen met een langdurige of chronische aandoening van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard zorg van goede kwaliteit beschikbaar is en dat deze zorg tegen voor de samenleving aanvaardbare maatschappelijke kosten wordt geleverd* (algemene doelstelling 43.1).

Een beleidsdoorlichting van deze algemene doelstelling zou betekenen dat het hele stelsel van de AWBZ doorgelicht moet worden. Omdat er al diverse stelsevaluaties over de AWBZ beschikbaar zijn, is ervoor gekozen om de beleidsdoorlichting te richten op een operationele doelstelling betreffende de toegankelijkheid van de AWBZ-zorg via de indicatiestelling: *Voor iedere cliënt is de voor hem of haar noodzakelijke zorg beschikbaar* (operationele doelstelling 43.3.2.). Meer specifiek gaat het over het inzetten van indicatiestelling in de AWBZ als instrument om deze doelstelling te bereiken.

Omdat er politiek en maatschappelijk veel belang wordt gehecht aan het vormgeven van de toegang tot de AWBZ door een onafhankelijke, uniforme, objectieve en integrale indicatiestelling wil het ministerie een beleidsdoorlichting naar de indicatiestelling AWBZ laten uitvoeren. De doorlichting is een ex-post onderzoek en heeft betrekking op de periode 2003-2008, een periode waarin de AWBZ-indicatiestelling belangrijke ontwikkelingen, waaronder de start van het functiegericht indiceren en de overgang van RIO's naar CIZ, heeft doorgevoerd.

Opdracht

De evaluatie dient vast te stellen of en hoe het beleid met betrekking tot de indicatiestelling AWBZ in de periode 2003-2008 heeft geleid tot het bereiken van de oorspronkelijke doelstellingen, namelijk

- a. een uniforme, onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor de AWBZ, en
- b. bedoeld gebruik van de AWBZ (cliënten die volgens de wet een recht op zorg hebben, kunnen ook daadwerkelijk aanspraak maken op deze zorg).

De overkoepelende doelstelling kent een onderverdeling in 10 onderzoeksvragen:

Beschrijving en analyse van het probleem dat aanleiding was van het beleid

1. Wat is het probleem dat aanleiding is (geweest) voor het beleid? Is dit probleem nog actueel?
2. Wat is de oorzaak van het probleem?

Beschrijving en motivering van de rol van de rijksoverheid

3. Waarom rekent de overheid het tot haar verantwoordelijkheid om het probleem op te lossen?
4. Waarom heeft de overheid de indicatiestelling AWBZ gecentraliseerd en op het terrein van de jeugdzorg gedecentraliseerd? Hoe is de verantwoordelijkheid vormgegeven en waarom?

Beschrijving van de onderzochte beleidsdoelstellingen

5. Welke doelstelling(en) heeft de overheid geformuleerd voor de oplossing van het probleem? Op grond van welke informatie heeft de overheid beleidsbeslissingen genomen? Welke politieke besluiten zijn achtereenvolgens van invloed geweest op het indicatiestellingbeleid?

Beschrijving van de gehanteerde instrumenten en analyse van de maatschappelijke effecten daarvan

6. Welke instrumenten worden ingezet? Hoe is de samenhang tussen de instrumenten? Is er sprake van overlap? Hoe werkt de indicatiesteller?
7. Wat is het effect van de instrumenten op de geformuleerde doelstellingen?
8. Wat zijn belangrijke positieve en negatieve neveneffecten?
9. Wat is er bekend over de uitvoering van het AWBZ-indicatiebeleid en over de doelmatigheid van de bedrijfsvoering van het CIZ inzake de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ en de overige aan het CIZ opgedragen taken (zoals de registratie t.b.v. de keten, de pilots en de projecten in het kader van de beleidsontwikkeling en de informatievoorziening)?

Beschrijving van de budgetten die zijn ingezet

10. Hoe is de hoogte bepaald van de budgetten die zijn ingezet? Wat is hiervan de onderbouwing? Is er een relatie tussen de grote en de kleine geldstroom en zo ja, welke?

De onderzoeksvragen 1 t/m 5 worden beantwoord in hoofdstuk 2 en 3. De onderzoeksvragen 6 t/m 9 komen aan de orde in hoofdstuk 4 en 5. Onderzoeksvraag 10 ten slotte is het onderwerp van hoofdstuk 6.

1.2 Onderzoeksopzet en fasering

De onderzoeksaanpak valt uiteen in vijf fases die grotendeels volgtijdelijk plaatsvinden:

Fase 1: probleemanalyse;

Fase 2: rol van betrokken actoren;

Fase 3: beleidsdoelstellingen;

Fase 4: ingezette instrumenten, maatschappelijke effecten en toekomst;

Fase 5: de ingezette budgetten.

De onderzoeksfases worden hieronder nader toegelicht.

Fase 1 t/m 3: Beleidsreconstructie

Het eerste deel van het onderzoek behelst een reconstructie van het indicatiestellingsbeleid zoals dat in de periode 2003 t/m 2008 is ontwikkeld en geïmplementeerd. Daarbij staat een aantal kernmaatregelen centraal die de leidraad vormen voor de reconstructie. Daarnaast wordt kort teruggeblikt op de periode vóór 2003 teneinde de ontwikkelingen in de onderzochte periode in een historische context te kunnen plaatsen.

De reconstructie is uitgevoerd aan de hand van documentenanalyse (kamerstukken, (advies)rapportages, etc.) en interviews met beleidsambtenaren die gedurende (een deel van) de onderzochte periode nauw betrokken zijn geweest bij de beschreven beleidsontwikkelingen.

Fase 4: Ingezette instrumenten, maatschappelijke effecten en toekomst

Deze fase bestaat uit een beschrijving van de instrumenten die zijn ingezet om het ontwikkelde beleid te implementeren. Dit betreft zowel het wettelijke/beleidsmatige kader, de werkinstructies en protocollen als de werkwijze in de praktijk. Vervolgens wordt in kaart gebracht in hoeverre het gevoerde beleid en de ingezette instrumenten in de periode 2003 t/m 2008 geleid hebben tot het bereiken van de doelstellingen, en welke overige factoren hierop van invloed zijn.

Hoewel de te onderzoeken periode loopt van 2003 t/m 2008, hebben we in overleg met het ministerie besloten om een kleine 'doorkijk' te geven naar de ontwikkelingen in het indicatiestellingsbeleid en de aanspraken die hierna hebben plaatsgevonden. De reden is dat het beleid zich na 2008 heeft doorontwikkeld en dat bepaalde beleidsproblemen (ook) na 2008 zijn opgepakt. Hiermee willen we vooral de vraag beantwoorden in hoeverre de na 2008 genomen maatregelen bijdragen aan het behalen van de (nog niet gerealiseerde) doelstellingen.

Deze fase is uitgevoerd door middel van documentenanalyse (kamerstukken, (advies)rapportages, evaluaties, etc.), interviews met de betrokken beleidsambtenaar, bestuurders, uitvoerders en stakeholders. Hiernaast zijn zes fictieve indicatieaanvragen ontwikkeld (casussen) die ter beoordeling zijn voorgelegd aan indicatiestellers in 10 CIZ regio's. De casussen zijn verspreid via de CIZ regiomanager om ervoor te zorgen dat iedere casus terecht zou komen bij een indicatiesteller met de benodigde expertise voor deze doelgroep. Voor de beoordeling van de fictieve casussen is een beoordelingsformat ontwikkeld. De indicatiestellers hebben, conform de wettelijke eis, een periode van zes weken gekregen om de casussen te beoordelen. Na het versturen van een reminder zijn in totaal 44 ingevulde beoordelingsformats teruggestuurd. Hiermee zijn twee casussen door acht indicatiestellers beoordeeld en vier casussen door negen indicatiestellers. De ingevulde beoordelingsformats zijn geanalyseerd om in de eerste plaats inzicht te krijgen in de werkwijze van de CIZ indicatiestellers in de praktijk. Waar dit mogelijk is basis van de ingevulde informatie worden daarnaast uitspraken gedaan over de uniformiteit van het resultaat van de indicatiestelling.

Fase 5: De ingezette budgetten

In deze fase worden de budgetten in kaart gebracht die voor de indicatiestelling zijn ingezet. Dit gebeurt op twee niveaus: op het landelijke niveau van de financiering van en controle op het orgaan CIZ; en op het uitvoerende niveau van de inzet en het beheer van de middelen binnen CIZ. Ook wordt in deze fase gekeken naar de doelmatigheid van de bedrijfsvoering van het CIZ. Deze wordt zichtbaar in de samenhang tussen de input (de wetten, regels, indicatiestellers en budgetten) en de output (de concreet geleverde producten

of prestaties van het CIZ). Tenslotte speelt in deze fase de vraag naar de relatie tussen de grote en de kleine geldstroom een rol. Wij interpreteren deze als een vraag naar de beheersbaarheid van de AWBZ-uitgaven door middel van het instrument van de centraal georganiseerde indicatiestelling.

Bronnen die voor deze fase worden gebruikt zijn begrotingen, jaarrekeningen en jaarverslagen, rapportages en monitors van het CIZ, diverse beleidsstukken en onderzoeksrapporten en interviews met beleidsmedewerkers van het Ministerie van VWS en medewerkers van het CIZ.

1.3 Uitwerking van de onderzoeksvragen

In paragraaf 1.1 zijn de onderzoeksvragen weergegeven die de kern vormen van het onderzoek. Om de verschillende onderzoeksfases inhoudelijk richting te kunnen geven, zijn deze vragen door het onderzoeksteam nader uitgewerkt. De concreet uitgewerkte onderzoeksvragen vormen de basis voor de ontwikkelde onderzoeksinstrumenten, te weten de leidraad voor de documentanalyse en de checklists voor de interviews.

In het schema hieronder is per onderdeel van de beleidsdoorlichting weergegeven welke vragen het onderzoeksteam heeft geformuleerd, en in welke fase van het onderzoek deze beantwoord worden.

Beleidsreconstructie	Probleemanalyse
	<ul style="list-style-type: none"> • Welke geconstateerde beleidsproblemen vormden de aanleiding voor de beleidsmaatregelen die genomen zijn in de periode 2003-2008? • Wat zijn de oorzaken van de geconstateerde beleidsproblemen?
	Rol Rijksoverheid en andere actoren
	<ul style="list-style-type: none"> • Welke partij(en) waren probleemeigenaar van het geconstateerde beleidsprobleem? • Welke partijen hebben een rol gekregen bij de oplossing van het probleem en vanuit welke overwegingen? • Welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn aan wie toebedeeld en waarom?
	Beleidsdoelstellingen
	<ul style="list-style-type: none"> • Welke doelen heeft de overheid geformuleerd voor de genomen beleidsmaatregelen (ofwel voor de oplossing van het probleem)? • Hoe heeft de overheid de door haar genomen beleidsbeslissingen gemotiveerd? Welke informatie heeft zij hiervoor gebruikt? • In hoeverre sluiten de geformuleerde doelen aan op de geconstateerde problemen/oorzaken? • Welke aanvullingen of wijzigingen (o.a. politieke besluiten) zijn aangebracht gedurende het besluitvormingsproces over de beleidsmaatregelen (of daarna)? • In hoeverre sluiten de uiteindelijk genomen beleidsbeslissingen aan op de geconstateerde problemen/oorzaken?

Ingezette instrumenten en werkwijze*Instrumenten*

- Hoe ziet het wettelijke/beleidsmatige kader voor de indicatiestelling eruit?
- Welke veranderingen zijn opgetreden in het juridische en beleidsmatige kader waarbinnen indicatiestellers moeten functioneren?
- Welke instrumenten (protocollen en werkinstructies) zijn ontwikkeld om vorm te geven aan het indicatiestellingsproces? Waarom zijn deze ontwikkeld?
- Hoe is de indicatieprocedure vormgegeven, welke varianten bestaan hierbij en in welke gevallen worden deze toegepast?
- Hoe is de vrije, discretionaire ruimte van de indicatiesteller formeel vormgegeven?
- Hoe is de samenhang tussen de ingezette instrumenten? Is er sprake van overlap?
- Bieden de ontwikkelde instrumenten (incl. wet- en regelgeving) en procedures voldoende houvast voor indicatiestellers om hun taak als poortwachter voor de AWBZ adequaat te vervullen?

Werkwijze

- Welk percentage van de aanvragen wordt via welke afhandeltrajecten (directe, verkorte, standaard, of uitgebreide procedure) afgehandeld, en welk deel via de Standaard Indicatieprotocollen (SIP's)?
- Op welke wijze maakt de indicatiesteller in de praktijk gebruik van de ontwikkelde instrumenten en procedures?
- Hoe wordt in de praktijk invulling gegeven aan de vrije, discretionaire ruimte? Zijn hierbij verschillen tussen organisaties?
- Welke andere factoren spelen in de praktijk een rol bij het bepalen van de aanspraak op zorg?
- Welke verschillen zijn bij bovenstaande vragen zichtbaar tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg?

Maatschappelijke effecten van de indicatiestelling

- Wat is het effect van de maatregelen en instrumenten op de geformuleerde doelstellingen (oplossing van het probleem)? In hoeverre zijn de problemen nog actueel?
- In hoeverre hebben de aanpassingen in het stelsel en de genomen maatregelen met betrekking tot de uitvoering bijgedragen aan het bereiken van de algemene en operationele doelstelling?
 - onafhankelijke, uniforme, objectieve en integrale indicatiestelling
 - bedoeld gebruik van de AWBZ
- Welke beleidsinstrumenten, input en uitvoeringspraktijk hebben met name bijgedragen aan het behalen van de doelen? En welke aspecten hebben juist belemmerend gewerkt?
- Welke belangrijke positieve of negatieve neveneffecten zijn opgetreden als gevolg van het ingezette indicatiestellingsbeleid?
- Welke in de periode 2003 t/m 2008 ingezette instrumenten (m.n. wet- en regelgeving) op andere beleidsterreinen hebben belangrijke effecten gehad op de geformuleerde doelstellingen? Gaat het hier om positieve of negatieve effecten?
- Welke in de periode 2003 t/m 2008 optredende overige externe (bijvoorbeeld politieke en maatschappelijke) factoren hebben belangrijke effecten gehad op de geformuleerde doelstellingen? Gaat het hier om positieve of negatieve effecten?

Toekomst

- Welke beleidsbeslissingen met betrekking tot de indicatiestelling AWBZ zijn na 2008 genomen?
- Waarom zijn deze beslissingen genomen en welke doelen zijn geformuleerd?
- Welke effecten van deze beslissingen zijn te verwachten op basis van de resultaten uit de beleidsdoorlichting?
- In hoeverre hebben deze beleidsbeslissingen tot op heden bijgedragen aan het behalen van de (nog niet gerealiseerde) doelstellingen?

Ingezette budgetten

Hoe is de hoogte bepaald van de budgetten die zijn ingezet en wat is hiervan de onderbouwing?

- Welke indicatoren zijn in de periode 2004 – 2008 gebruikt om de hoogte te ramen van het benodigde macrobudget voor een centraal indicatieorgaan?
- In hoeverre en op welke wijze is daarbij rekening gehouden met de kerntaken indicatiestelling en expertisecentrum?
- Is ooit nagegaan of en in hoeverre de ramingen van het eerste uur adequaat zijn gebleken?
- Hebben er in de periode 2004-2008 bijstellingen plaatsgevonden van de ramingsmethoden op basis van de gerealiseerde uitgaven voor de indicatiestelling?

Is er een relatie tussen de grote en de kleine geldstroom en zo ja welke?

- In hoeverre kunnen de AWBZ-uitgaven worden beheerst door het instrument van de centrale indicatiestelling?
- In hoeverre biedt het VWS de mogelijkheid 'aan de knoppen te draaien' en daarmee de kosten te beheersen?

Input en output op uitvoerend niveau: doelmatigheid van de bedrijfsvoering

- Met welk tempo heeft men de beoogde landelijke organisatie naar eigen inzicht optimaal in kunnen richten?
- Welk implementatiebudget was beschikbaar voor de inrichting van de organisatie en op welke wijze is dit ingezet?
- Was de hoogte van het implementatiebudget voldoende voor een adequate inrichting van de organisatie?
- Welke problemen deden zich voor gedurende de inrichting en hoe zijn deze opgelost?
- Is de huidige inrichting en vormgeving naar de mening van CIZ adequaat voor een optimale taakuitoefening? Indien nee, welke wijzigingen zijn gewenst?
- Zijn de huidige budgetten naar mening van het CIZ adequaat voor een optimale taakuitoefening? Indien nee, waarom niet en wat moet er veranderen?
- Welke ontwikkelingen in het functioneren van de instelling in zijn geheel of afdelingen/regio's in het bijzonder hebben zich in de periode 2005-2008 voorgedaan?
- Hoeveel fte is werkzaam binnen CIZ?
- Welke veranderingen hebben de omvang of de samenstelling (naar functiegroep) van het personeel ondergaan in de periode 2005-2010 en waarom?
- Hoeveel fte personeel wordt ingezet voor de landelijke kerntaak indicatiestelling?
- Welk deel van het budget wordt besteed aan de landelijke kerntaak indicatiestelling?
- Welk deel aan de landelijke kerntaak onderzoek en of monitoring?
- Welk deel aan het implementeren van stelselwijzigingen?
- Welk deel van het budget heeft betrekking op het uitvoeren van aanvullende landelijke opdrachten?
- Is informatie beschikbaar over normtijden per soort indicatie?
- Is informatie beschikbaar uit een urenregistratiesysteem over werkelijk bestede uren per product?

1.4 Leeswijzer

Het rapport is opgebouwd uit zes hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat de achtergrond en opzet van het onderzoek, evenals een overzicht van de te beantwoorden onderzoeksvragen. Hoofdstuk 2 bevat een korte beschrijving van de belangrijkste ontwikkelingen in de AWBZ vóór 2003. Hoofdstuk 3 bevat een reconstructie van het indicatiestellingsbeleid zoals dat in de periode 2003 t/m 2008 is ontwikkeld en geïmplementeerd. Daarbij staat een aantal kernmaatregelen centraal die de leidraad vormen voor de reconstructie. Het hoofdstuk bestaat uit twee delen: een deel over de indicatiestelling door de RIO's en het CIZ en deel over de indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg. Aan het einde van elk deel wordt kort de samenhang geschetst tussen de besproken beleidsproblemen, maatregelen en doelstellingen. Hoofdstuk 4 geeft een beknopte beschrijving van het wettelijk kader voor de indicatiestelling AWBZ, de werkwijze van het CIZ en die van de Bureaus Jeugdzorg en de ingezette instrumenten. In hoofdstuk 5 gaan we vervolgens in op de effecten van de ingezette maatregelen en instrumenten op de beleidsdoelstellingen en daarmee op de oplossing van de geconstateerde beleidsproblemen. Hoofdstuk 6 tenslotte gaat in op de kosten van de indicatiestelling zoals deze door het CIZ wordt uitgevoerd.

2 Relevante ontwikkelingen in de AWBZ tot 2003

2.1 Inleiding

Hoewel dit onderzoek zich richt op het indicatiestellingsbeleid voor de AWBZ in de periode 2003 tot 2008 en de effecten hiervan, beginnen we het rapport met een korte beschrijving van de belangrijkste ontwikkelingen in de AWBZ vóór 2003. We gaan achtereenvolgens in op het doel van de AWBZ, op de ontwikkelingen in het verzekerde pakket tot 2003 en op de ontwikkelingen in de indicatiestelling tot 2003. Hiermee bieden we inzicht in de historische context waarbinnen de ontwikkelingen in de indicatiestelling na 2003 hebben plaatsgevonden. In dit hoofdstuk beschrijven we de feitelijke ontwikkeling van de indicatiestelling en de relevante ontwikkelingen in de AWBZ voorafgaand aan de onderzoeksperiode, zoals blijkt uit de verschillende bronnen. Er heeft voor dit hoofdstuk geen primaire dataverzameling plaatsgevonden.

2.2 Doel van de AWBZ

In 1968 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in werking getreden. Aan de invoering van de AWBZ als volksverzekering lag een aantal overwegingen ten grondslag. De eerste was dat iedere burger het risico loopt dat hijzelf of een lid van zijn gezin als gevolg van een langdurige ziekte of handicap geneeskundige verzorging nodig heeft die dermate duur is dat deze niet door het individu bekostigd kan worden. De tweede overweging was dat de kosten voor dergelijke zware geneeskundige zorg niet werden gedekt door de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.

Om het particulier onverzekerbare risico op behoefte aan zware geneeskundige zorg te dekken, werd door de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid gekozen voor een verplichte volksverzekering voor alle Nederlanders: de AWBZ.

De toenmalige kern van de AWBZ is als volgt te definiëren: *Een verplichte volksverzekering die de kosten van zware geneeskundige zorg als gevolg van een langdurige beperking of aandoening vergoedt (mits goedgekeurd door het indicatieorgaan).*

2.3 Ontwikkelingen in het verzekerde pakket tot 2003

Aanvankelijk werd zware geneeskundige zorg als gevolg van een langdurige beperking of aandoening geoperationaliseerd als (langdurige) intramurale zorg: ziekenhuiszorg langer dan 1 jaar en verzorging, verpleging en behandeling in verpleeginrichtingen. De keuze hiervoor werd onder meer bepaald door de destijds slechte kwaliteit van de intramurale voorzieningen en zorgverlening; de AWBZ vormde voor deze sector een kwaliteitsimpuls¹. Al snel bleek de toenemende beschikbaarheid van kwalitatief goede intramurale zorg een aanzuigende werking te hebben.

¹ SER, *Langdurige zorg verzekerd: advies over de toekomst van de AWBZ* (april 2008), bijlage 3.

Van intramuraal naar extramuraal

In de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974, het eerste document waarin een samenhangende visie op de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg werd geboden, werd door de toenmalige staatssecretaris Hendriks dan ook gekozen voor kostenbeheersing. De nota onderstreepte de noodzaak om te investeren in de extramurale zorg om zo de kosten in de hand te kunnen houden en integratie van gehandicapten en chronisch zieken in de samenleving mogelijk te maken. De regering nam een aantal maatregelen om substitutie van dure intramurale zorg naar goedkopere extramurale zorg mogelijk te maken.

Meer variatie in zorgaanbod

Tegelijkertijd werd gestreefd naar het samenstellen van een 'totaalpakket' van lichte en zware, intra- en extramurale voorzieningen gericht op verzorging van mensen met een langdurige aandoening of beperking én ondersteuning bij hun participatie in de maatschappij. Op die manier hoefde nooit zwaardere zorg te worden geïndiceerd dan noodzakelijk. In 1980 werden in dat kader de wijkverpleging, dieetadviesing en moederschapzorg overgeheveld naar de AWBZ, in 1982 gevolgd door de zorg vanuit de Riagg's¹.

Basisverzekering

Toch bleken de kosten nog onvoldoende beheersbaar. In 1987 adviseerde de commissie-Dekker op verzoek van het tweede kabinet-Lubbers over de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Kern van het advies was dat er één basisverzekering voor alle Nederlanders moest komen met een verzekerd basispakket dat 85 procent van de bestaande voorzieningen zou omvatten. Dit zou de samenhang in het aanbod ten goede komen, evenals de beheersbaarheid van de kosten. Waar mogelijk zou marktwerking worden ingevoerd. Na enkele jaren werd het voorstel-Dekker in grote lijnen aanvaard en werd een basispakket van 95 procent vastgesteld, vorm te geven binnen de AWBZ. In de jaren daarna werden onder leiding van staatssecretaris Simons veel voorzieningen overgeheveld naar de AWBZ, totdat in 1992 het plan sneuvelde omdat de politiek onvoldoende vertrouwen had in de mogelijkheden tot kostenbeheersing en omdat ook in de zorg de onvrede over het plan groeide.²

Terug naar de kern

Het 1^e kabinet-Kok hevelde alle eerder overgeheveld zorg weer terug naar de Ziekenfondswet, op de geestelijke gezondheidszorg na. Eind jaren '90 bestond er echter nog altijd behoefte aan meer samenhang in de AWBZ omdat dit de flexibiliteit en doelmatigheid van het aanbod zou vergroten. Daarom werden in 1997 de gezinszorg (dit is samen met het kruiswerk de thuiszorg geworden) en de bejaardenoorden onder de AWBZ gebracht.³

Modernisering AWBZ

Ondanks deze pogingen tot het creëren van meer samenhang werd de systematiek van de AWBZ nog altijd beschouwd als te rigide, te afgebakend en te verkokerd. Hierdoor kwam marktwerking en keuzevrijheid voor cliënten slechts in zeer beperkte mate tot stand en kwam het individuele recht op zorg onvoldoende tot uiting. In de nota 'Zicht op Zorg'

¹ http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/awbz-kompas/hist_achtergrond/index.asp (29-05-2008).

² <http://retro.nrc.nl/W2/Lab/Profiel/Zorgstelsel/basisverzekering.html> (20-04-2010).

³ Vektis, De AWBZ in Nederland: zorgthermometer, winter 2009 (2009).

(1999) was het devies dan ook: meer ontschotting, meer integraliteit en meer samenhang met aanpalende beleidsterreinen¹.

Om de omslag van een sectorale en categoriale oriëntatie van de AWBZ naar een vraaggestuurde AWBZ-zorg een extra impuls te geven, is het Ministerie van VWS in 2001 gestart met het *Groot Project Modernisering AWBZ*. De hoofddoelstellingen van het project waren het centraal stellen van de cliënt en zijn zorgvraag, een betere afstemming tussen zorgaanbieder en zorgvragers en een verbeterde indicatiestelling².

2.4 Ontwikkelingen in de indicatiestelling tot 2003

Tot in het begin van de jaren '90 werden indicaties voor AWBZ-zorg gesteld door gemeentelijke commissies (ingesteld vanuit de toenmalige Wet op de Bejaardenoorden) en zorgaanbieders zelf (via eigen intakebureaus of door individuele zorgverleners). De indicatiestelling maakte integraal onderdeel uit van de zorgtoewijzing en was daardoor als zodanig niet zichtbaar. Ook had het geen formeel karakter of formele status.

Naar een onafhankelijke indicatiestelling

In de jaren '90 nam de vraag naar een meer onafhankelijke vorm van indicatiestelling toe. Hieraan ligt een aantal ontwikkelingen ten grondslag. De eerste is de toenemende extramuralisering, waardoor er steeds meer behoefte kwam aan een ander type zorgaanbod dat flexibel kon worden ingezet. Ook onder zorgaanbieders werd deze behoefte gevoeld. Zonder een proces van zorgvernieuwing kwam dit nieuwe aanbod echter niet goed tot stand. Om zorgvernieuwing te kunnen realiseren werd het belangrijk geacht om eerst de vraag van cliënten helder in beeld te krijgen, zodat vervolgens kon worden bepaald welk aanbod hier het beste op ontwikkeld kon worden. Na de zorgprofessionals pleitten vervolgens ook steeds meer patiënten- en cliëntenorganisaties voor een uniforme en onafhankelijke indicatiestelling, met één loket waar cliënten terecht konden voor zorg, huisvesting en hulpmiddelen.

Het pleidooi voor een onafhankelijke indicatiestelling werd vooral ingegeven door de behoefte om de toegang tot de zorg los te koppelen van het bestaande aanbod, en door de behoefte aan zorg op maat (vraagsturing in plaats van aanbodsturing).³

In 1994 werkte de Commissie-Welschen deze gedachte in haar rapport "Ouderenzorg met toekomst" uit tot de aanbeveling voor één loket voor alle AWBZ-zorg voor ouderen. In 1996 nam de staatssecretaris dit pleidooi over en uitte het voornemen tot invoering van een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling in de sector Verzorging en Verpleging (thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen). De gehanteerde definitie van indicatiestelling was die van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, welke als volgt luidde: *indicatiestelling is het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieveerbare wijze vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang*⁴. Deze definitie is afkomstig uit een adviesrapportage die eveneens uit 1994 stamt. In deze adviesrapportage zijn door de

¹ Ministerie van VWS, Nota 'Zicht op Zorg: Plan van Aanpak Modernisering van de AWBZ' (juni 1999); SER-advies 00/12.

² TK 2000-2001, 26631 nr. 14.

³ TK 2003-2004, 26631 nr. 72.

⁴ A.J.P. Schrijvers, RIO, het jongste kind groeit op. Eindrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit van 1998 (november 2001).

Nationale Raad voor de Volkgezondheid en het College voor Zorgverzekeringen standpunten geformuleerd die betrekking hebben op de functie, de bestuurlijke context, de vormvereisten, het juridisch kader, de financiering en het informatieaspect van indicatiestelling. Ook dit rapport heeft daarmee een belangrijke rol gespeeld in de historische ontwikkeling van de indicatiestelling van AWBZ-zorg in Nederland.

Indicatiestelling onder gemeentelijke verantwoordelijkheid

Om de gewenste objectieve, onafhankelijke, integrale en uniforme indicatiestelling te realiseren werden gemeenten vanaf 1997 verantwoordelijk voor het instellen van Regionale Indicatie Organen (RIO's) om het volledige proces van indicatiestelling uit te voeren. Ook voor de invoering van de PGB-regeling was een objectieve indicatiestelling een noodzakelijke voorwaarde, omdat hierbij geen sprake is van een automatische koppeling tussen vraag en aanbod.

Als resultaat van deze beslissing werden tussen 1997 en 1999 84 RIO's (Regionale Indicatieorganen) gevormd. De RIO's bundelden de indicatiestelling voor de verzorgingshuizen (van oudsher een taak van de gemeenten), de verpleeghuizen (vanaf 1989 opgedragen aan de gemeenten) en de thuiszorg (vanaf 1997). In elke RIO dienden patiënten- of consumentenorganisaties, huisartsen, verzekeraars en gemeenten vertegenwoordigd te zijn¹. Om de integraliteit verder te bevorderen, dienden de RIO's bij de indicatiestelling ook de voorzieningen vanuit de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg), wonen en welzijn te betrekken. Vanaf 1 januari 2002 werden de RIO's daarnaast verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg, en vanaf 1 april 2003 ook voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg.

Het Zorgindicatiebesluit, dat in werking trad op 1 januari 1998, bevatte een nadere omschrijving van het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van de RIO's. De afgegeven indicaties kregen het karakter van een besluit op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht, om zo de positie van de cliënt te verstevigen door de mogelijkheid van bezwaar en beroep. Ook bevatte het Zorgindicatiebesluit een bepaling die het primaat vestigde op extramurale zorg: de zorg thuis werd gezien als voorliggend op intramurale vormen van zorg.

Robuuste RIO's

Eind 2000 startte het Ministerie van VWS onder de naam 'Robuuste RIO's' een drietal verbetertrajecten. Het eerste traject had tot doel een kwaliteitsimpuls te geven aan de indicatiestelling (uniformering, protocollering en deskundigheidsbevordering van de indicatiestellers). Het tweede traject richtte zich op de bedrijfsvoering (bestuur en organisatie, financiering, gegevensregistratie). Het derde traject had tot doel om schaalvergroting en verevening te realiseren zodat cliënten ook daadwerkelijk hun zorg konden effectueren binnen de regio waarin de zorg geïndiceerd was. De opzet was om van circa 80 RIO's terug te gaan naar 55².

¹ Daarnaast geven het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg voor de gehandicaptenzorg en de commissies langdurig zorgafhankelijken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) indicaties af voor respectievelijk de gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Deze organisaties vielen respectievelijk per 1 januari 2002 en per 1 april 2003 onder verantwoordelijkheid van de RIO's.

² Brief van staatssecretaris Vliegthart aan Tweede Kamer, 27 november 2001.

Onvoldoende uniformiteit en sturing

In 2001 verscheen het rapport van de IBO-werkgroep indicatiestelling AWBZ, waaruit bleek dat er nog veel te verbeteren viel bij de RIO's. De IBO werkgroep kwam tot de aanbeveling dat de komende jaren 'een meer uniformerende en objectiverende sturingsfilosofie' nodig is. De IBO werkgroep stelde daarom voor een college in te stellen dat de programmering van de aanbevelingen van de werkgroep voor zijn rekening zou nemen.

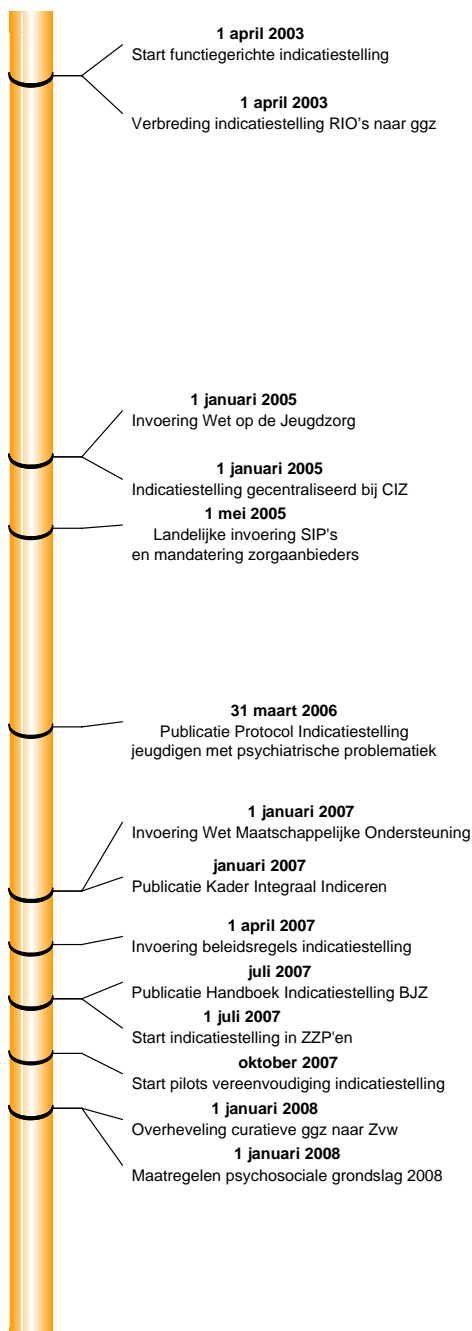
Na twee jaar zou het college zich een oordeel moeten vormen over de vraag of de ontwikkelingen zodanig voorspoedig waren dat indicatiestelling voor AWBZ-zorg onder gemeentelijke verantwoordelijkheid houdbaar bleef¹. Deze commissie werd door de staatssecretaris begin 2002 ingesteld en kreeg de naam 'College Implementatie Indicatiebeleid'. Dit college heeft op verzoek van de toenmalige staatssecretaris haar advies over de plaatsbepaling van de indicatieorganen versneld uitgebracht. Ze kwam in september 2003 tot het oordeel dat de indicatiestelling niet op de huidige wijze onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid moest worden gecontinueerd en dat een andere bestuurlijke inbedding gewenst dan wel noodzakelijk was².

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 156, nr. 1.

² College implementatie indicatiebeleid, *Advies bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling* (september 2003).

3 Reconstructie beleid indicatiestelling AWBZ 2003-2008

3.1 Inleiding



In dit deel van het rapport reconstrueren we de beleidsbeslissingen die genomen zijn op het gebied van de indicatiestelling voor de AWBZ in de periode 2003-2008.

Links op deze pagina is een tijdslijn weergegeven met daarop de beleidsbeslissingen die besproken worden. Dit behelzen zowel maatregelen die primair betrekking hebben op de indicatiestelling als wijzigingen in zorgaanpakken die de indicatiestellingspraktijk hebben beïnvloed. De effecten van deze beslissingen komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

Bij de bespreking van de beleidsbeslissingen gaan we in op de aard en inhoud van de genomen beslissingen, het beleidsprobleem waar de beslissingen op gericht zijn, de doelstellingen en motivering van het beleid, de betrokken partijen en relevante achtergrondinformatie.

De bronnen waarop de in dit deel gepresenteerde informatie gebaseerd is, zijn interviews met betrokken beleidsambtenaren en met een bestuurder van het CIZ. Daarnaast hebben we een uitgebreide documentenstudie uitgevoerd waarbij onder meer kamerstukken, voortgangsrapportages en adviesrapportages zijn bestudeerd.

Van 2003 t/m 2004 zijn de RIO's verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor alle AWBZ-zorg. Vanaf 1 januari 2005 vindt een splitsing van de verantwoordelijkheid plaats: het Centrum Indiciestelling Zorg wordt verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor alle zorgfuncties voor volwassenen, en voor jeugdigen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. De Bureaus Jeugdzorg worden verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. De maatregelen die vanaf 2005 genomen zijn, worden in grote mate beïnvloed door deze taakscheiding. Daarom is ervoor gekozen om de maatregelen gerelateerd aan de Bureaus Jeugdzorg in een aparte paragraaf te behandelen. Ook de ontwikkelingen in aanspraken worden in een afzonderlijke paragraaf besproken.

3.2 Indicatiestelling door RIO's en CIZ (2003 t/m 2008)

3.2.1 Verbreding indicatiestelling GZ en GGZ¹

Achtergrond en beleidsprobleem

Nadat de indicatiestelling voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg was gebundeld bij de RIO's, ontstond al snel discussie over de toegang tot de gehandicaptenzorg (GZ) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Op dat moment werd de indicatiestelling voor de GGZ vaak door de behandelaren zelf uitgevoerd, en in sommige regio's door speciale commissies voor langdurige zorg (LZA-commissies). In de GZ-sector was men op dat moment bezig met een professionalisering van de indicatiestelling door het oprichten van een landelijk centrum indicatiestelling binnen de gehandicaptensector (LCIG).

Ook deze discussie werd gevoed door de behoefte aan een onafhankelijke vraagverduidelijking/indiciestelling, maar ook de behoefte aan ontschotting was een belangrijke drijfveer om de indicatiestelling voor deze zorgvormen ook bij de RIO's onder te brengen. Immers, door de extramuralisering was steeds meer zorg op maat nodig die zich uitstreekte over diverse levensterreinen en soms vanuit verschillende sectoren geleverd moest worden. Hier kon echter geen integrale afweging over gemaakt worden door de verschillende toegangslotketten.

Beleidsbeslissing en doelstellingen

Om de indicatiestelling integraal te maken en zorglevering op maat beter mogelijk te maken, heeft de regering met ingang van 1 januari 2002 de indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg formeel-juridisch onder de verantwoordelijkheid van de RIO's gebracht, en vanaf 1 april 2003 ook de indicatiestelling voor de voor langdurig zorgafhankelijken (LZA) in de GGZ.

Wijzigingen/bijzonderheden gedurende implementatie

In de praktijk is deze bundeling in veel regio's echter niet gerealiseerd. Voor de GGZ-sector had dit te maken met het beperkte succes in het opzetten van LZA-commissies. In de regio's waar dit niet van de grond was gekomen, lukte het gemeenten doorgaans niet om de indicatiestelling/diagnostiek door individuele behandelaars over te nemen. Voor het indiceren van gehandicaptenzorg was de expertise van veel RIO's ontoereikend, waardoor hier voor een mandaatconstructie gekozen is. De LCIG-medewerkers die tot dan toe verantwoordelijk waren geweest voor de indicatiestelling van gehandicapten, gingen door met hun werkzaamheden onder de verantwoordelijkheid van de RIO's. Ook de oorspronkelijke deadline dat uiterlijk per 1 januari 2004 het mandaat van de RIO's aan het LCIG zou aflopen, bleek niet haalbaar. Afhankelijk van de lokale situatie is ook na 2004 gekozen voor het continueren van de mandaatovereenkomst of het op een RIO-locatie uitvoeren van de indicatiestelling. Deze in de praktijk gebrekkige bundeling van indicatiestelling voor alle sectoren van langdurige zorg duurt voort tot de vorming van het CIZ in 2005.

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: TK 24608-1; 6^e voortgangsrapportage Modernisering AWBZ; TK 28657-2; TK 26631-72.

3.2.2 Invoering functiegerichte indicatiestelling¹

Achtergrond en beleidsprobleem

Door de voortgaande extramuralisering van de zorg werd het onderscheid tussen de verschillende, sectoraal georganiseerde vormen van zorg steeds diffuser. De wijze van verzorging was in veel gevallen vergelijkbaar, alleen het type problematiek verschilde.

Door de extramuralisering groeide tevens de behoefte aan het flexibeler in kunnen zetten van het zorgaanbod, om zo thuiswonende cliënten met problematiek op diverse aspecten beter te kunnen ondersteunen. Ook de burger zelf speelde een belangrijke rol in de ontwikkeling naar een flexibilisering van de aanspraken. De maatschappelijke tendens tot autonomie, zeggenschap en keuzevrijheid kwam ook in de zorg steeds meer tot uiting.

Ondanks de pakketuitbreidingen in de jaren '80 en '90, was het onvoldoende gelukt om meer samenhang tussen het zorgaanbod te ontwikkelen. De zorgaanspraken waren teveel gekoppeld aan het bestaande aanbod, waardoor een indicatie bijna automatisch 'voorsorteerde' op een bepaalde sector (en daarbinnen een bepaald type zorg). Hierbij speelde ook een rol dat de RIO's in de indicatiestelling (teveel) rekening hielden met de beschikbaarheid van het aanbod, waardoor de indicatiestelling soms meer het karakter kreeg van zorgtoeleiding dan van vraagverduidelijking. Een achterliggend probleem vormde de wijze waarop de toelating van zorgaanbieders tot de AWBZ-sector was geregeld: alleen aanbieders met een compleet aanbod binnen één sector konden worden toegelaten. Dit verhinderde de benodigde innovatie in de zorg, omdat op die manier alleen totaalpakketten voor bepaalde intramurale doelgroepen tot stand kwamen. De extramurale zorg bestond uit afzonderlijke subsidieregelingen voor afzonderlijke zorgvormen.

Het bestaande systeem kon door deze knelpunten onvoldoende tegemoet komen aan de veranderende zorgvraag. Om het systeem van langdurige zorg te deinstitutionaliseren en te flexibiliseren was het noodzakelijk om de zorgaanspraken anders vorm te geven: niet toegesneden op de sectoren maar op het type zorg dat nodig is.

Rollen en taken van betrokken partijen

Het Ministerie van VWS was als systeemverantwoordelijke voor de AWBZ hoofdeigenaar van het probleem en heeft dan ook het initiatief genomen tot invoering van de functiegerichte aanspraken. In 2002 heeft men in een aantal zogenaamde modeltrajecten proefgedraaid met AWBZ-brede indicatieformulieren, de informatie aan en ondersteuning van cliënten, de uitvoering van de pgb-regeling nieuwe stijl en de heroriëntatie van de zorg in natura met het oog op de vraagsturing. Dit om de implementatie zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen.

Beleidsbeslissing en doelstellingen

Uiteindelijk is op 25 oktober 2002 het Besluit Zorgaanspraken gewijzigd (inclusief een wijziging van het ZIB). Dit gewijzigde besluit is op 1 april 2003 in werking getreden. Hieraan gerelateerde maatregelen zijn de invoering van de functiegerichte bekostiging voor extramurale zorg en de invoering van de Wet toelating Zorginstellingen. Daarmee werd het voor

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: 6^e Voortgangsrapportage modernisering AWBZ; brief van de staatssecretaris dd. 27 november 2001 (kenmerk vws0001674); kabinetsstandpunt t.a.v. IBO indicatiestelling AWBZ; nota 'Zicht op zorg' (1999); TK 26631-14; TK 24608-3.

zorginstellingen gemakkelijker om de markt voor AWBZ-zorg te betreden, wat de keuzevrijheid van cliënten en de concurrentie ten goede zou komen.

Deze beleidsbeslissingen hadden gezamenlijk tot doel om de indicatiestelling meer te richten naar de benodigde zorg en niet naar het (beschikbare) aanbod en daarmee vraagsturing mogelijk te maken, om de keuzevrijheid van cliënten na de indicatiestelling te waarborgen en de mogelijkheden te verruimen, om aanbieders gemakkelijker toe te laten op de AWBZ-markt, om ruimte te creëren voor aanbieders om zich op meerdere AWBZ-cliëntgroepen te richten, om een ruimer zorgaanbod te creëren voor een betere invulling van de zorgvraag en om zo flexibeler tegemoet te kunnen komen aan die zorgvraag.

3.2.3 Centraliseren indicatiestelling: oprichting van het CIZ¹

Zes jaar nadat de RIO's verantwoordelijk werden voor de indicatiestelling voor verpleging, verzorging en thuiszorg en ruim een jaar nadat zij tevens verantwoordelijk waren geworden voor de indicatiestelling voor de GZ en GGZ, werd de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling gecentraliseerd en neergelegd bij een nieuw op te richten organisatie, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Achtergrond en beleidsproblemen

Om deze ontwikkeling te duiden, is het goed de toenmalige overwegingen om deze bevoegdheid juist decentraal neer te leggen nog eens naar voren te halen. De vorming van de RIO's was een politiek-bestuurlijke beslissing die primair werd ingegeven door het advies van de commissie Welschen om de indicatiestelling dichtbij de burger en op maat te organiseren. Dat daarbij sprake zou zijn van enige variatie in werkwijze werd niet als probleem gezien. Een andere motivatie om de verantwoordelijkheid bij gemeenten neer te leggen, was dat zij al verantwoordelijk waren voor de toewijzing van Wvg-voorzieningen aan burgers. Het creëren van meer samenhang tussen extramurale AWBZ-zorg en Wvg-voorzieningen werd als wenselijk gezien. Vanuit de gedachte van integraliteit en ontschotting zijn daar vervolgens de indicatiestelling voor GZ en GGZ aan toegevoegd. Vanaf het begin was duidelijk dat het neerleggen van de indicatiestelling bij RIO's bepaalde problemen op het gebied van sturing en uniformiteit met zich mee zou brengen. Echter, de prioriteit lag bij integraliteit en maatwerk waardoor dit argument zwaarder woog in de besluitvorming.

Tijdens de implementatie van het beleid bleek echter dat veel RIO's onvoldoende slaagden in het realiseren van integraliteit en maatwerk. Vaak bleven binnen RIO's bijvoorbeeld verschillende afdelingen bestaan voor de AWBZ-sectoren, of er was sprake van een mandaatconstructie voor de GZ en GGZ. Ook de afstemming met de Wvg-voorzieningen bleek moeilijk. Vaak lag de verantwoordelijkheid hiervoor op basis van historische ontwikkelingen bij andere gemeentelijke organen (bijvoorbeeld de GGD) en het bleek lastig om dit over te hevelen naar de RIO's. Ook de gewenste intergemeentelijke samenwerking kwam moeilijk van de grond.

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren en een bestuurder van het CIZ zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: TK 26631-61; TK 26631-72, rapport IBO indicatiestelling AWBZ; kabinetsstandpunt t.a.v. rapport IBO indicatiestelling AWBZ.

Daarbij kwam dat de RIO's er niet toe bijdroegen om de wachtlijsten in de zorg weg te werken. In de periode 2000-2002 speelden er diverse rechtszaken die leidden tot jurisprudentie aangaande het karakter van het indicatiebesluit. Dit moest gezien worden als een wettelijke aanspraak, en dus een verzekerd recht. De wachtlijsten werden hiermee een politiek probleem en moesten zo snel mogelijk weggewerkt worden. In veel regio's was echter sprake van onvoldoende afstemming tussen het RIO en het zorgkantoor, waardoor de zorgkantoren (en het ministerie) over onvoldoende sturingsinformatie beschikten met betrekking tot aantallen en typen indicaties (hierbij speelde ook het probleem van pluriformiteit in de door de RIO's gebruikte registratiesystemen). De wachtlijsten konden daardoor niet effectief worden aangepakt.

Daarnaast werd, gegeven het karakter van het indicatiebesluit (het afgegeven recht op zorg), de uniformiteit van indicatiestelling steeds belangrijker. Immers, bij een gebrekkige uniformiteit in het doorlopen van het wegingskader (het trechtermodel) is het uiteindelijke indicatiebesluit gemakkelijker onrechtmatig te verklaren. Al deze knelpunten waren door de pluriformiteit in werkprocessen bij de RIO's niet op te lossen binnen de huidige vormgeving van het systeem.

Een ander probleem waar de RIO's mee kampten, was de financiering van de indicatiestelling. De gemeenten waren zelf verantwoordelijk voor de financiering van de indicatiestelling maar omdat het aantal indicaties niet vooraf vaststond en de uitvoering van de indicatiestelling voor een groot deel gebonden was aan landelijke regelgeving hadden gemeenten zelf onvoldoende mogelijkheden tot beheersing van de kosten. Het gevolg was dat veel RIO's te weinig budget kregen om de indicatiestelling kwalitatief verantwoord uit te voeren.

Beleidsbeslissing

Omdat de oorspronkelijke doelstellingen onvoldoende bereikt werden, maar ook omdat de prioriteit anders was komen te liggen adviseerde het College Implementatie Indicatiebeleid in 2003 dan ook om de indicatiestelling door RIO's niet te continueren maar deze neer te leggen bij een landelijk, centraal aangestuurd orgaan. Het college noemde de knelpunten rond de aansturing als één van de centrale argumenten hiervoor, evenals de problemen rondom de financiering van de RIO's. De staatssecretaris nam het advies van het college over. In verband met het toenemende belang van beheersbaarheid werden toekomstige wijzigingen in het verzekerde pakket als reële mogelijkheid gezien door het ministerie. Met een centraal indicatieorgaan zouden dergelijke pakketwijzigingen effectiever implementeerbaar zijn.

Uiteindelijk is gekozen voor het CIZ als een zelfstandig gepositioneerd uitvoeringsorgaan. Het lag in de bedoeling er de status van privaatrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan aan te geven, de hiervoor vereiste wetgeving is echter nog steeds niet in werking getreden. Omdat de beslissingen van het CIZ worden erkend als beschikking in de zin van de Awb is zij daarmee *de facto* een zelfstandig bestuursorgaan. Het CIZ werd gevormd door het samengaan van de RIO's en het LCIG en moest de volgende kenmerken hebben:

- Werken binnen de kaders van het AWBZ-beleid
- Een klein landelijk bureau dat centraal stuurt en ondersteunt, de kwaliteit bewaakt, de informatievoorziening organiseert en de bedrijfsvoering ondersteunt.
- Het stellen van alle indicaties in de regio
- Het formeren van regionale teams die beschikken over de benodigde deskundigheid
- In de uitvoering waar mogelijk aansluiten bij de lokale lokettenstructuur.

Doelstellingen

De doelstellingen van deze beleidsbeslissing waren het bereiken van meer kwaliteit, uniformiteit en doelmatigheid. De indicaties dienden objectief, onafhankelijk en integraal plaats te vinden. Tevens was het doel om te komen tot een betere regulering van, sturing op en toezicht op de toegang van de AWBZ. De uitvoering moest klantvriendelijker, efficiënter en doeltreffender worden gemaakt en de organisatie en bedrijfsvoering moest worden verbeterd ten opzichte van de RIO's.

3.2.4 Landelijke invoering SIP's / mandatering zorgverleners¹

Achtergrond en beleidsprobleem

De aanloop naar de uiteindelijke landelijke invoering van SIP's en het mandateren van zorgaanbieders om deze in te vullen, heeft zijn oorsprong in de periode vóór het ontstaan van het CIZ. Eind 2000 en begin 2001 wordt er een tweetal moties (Dankers c.s. en Van Vliet c.s.) aangenomen door de Tweede Kamer. De strekking van deze moties is dat de toenmalige RIO's hun indicatiestelling moesten beperken tot de langdurige, complexe zorg. Beide moties zijn ingegeven door de opvatting bij de kamerleden dat de RIO's bureaucratisch werken en dat de indicatiestelling voor kortdurende, enkelvoudige zorg te veel tijd in beslag neemt.

De staatssecretaris komt op grond van interne overwegingen en overleg met betrokken veldpartijen echter tot het oordeel dat een snelle en klantvriendelijke indicatiestelling beter op een andere manier bereikt kan worden dan door mandatering van zorgverleners. Belangrijkste redenen hiervoor zijn dat als zorgaanbieders (huisartsen of ziekenhuizen) de indicatiestelling verplicht op zich moeten nemen, dit leidt tot een hoge mate van belasting met administratieve procedures en de plicht om bezwaar- en beroepsprocedures af te handelen. Ook zou het afbreuk doen aan de laagdrempelige rechtsbescherming die cliënten genieten als zij zich niet in de beslissing van het indicatieorgaan kunnen vinden, evenals aan de keuzevrijheid die cliënten hebben om op basis van gelijkwaardigheid te kiezen voor een PGB of zorg in natura. Ten slotte bleken zorgaanbieders er weinig voor te voelen om de rol van formele indicatiesteller over te nemen.

Aan de motie wordt daarom niet direct gehoor gegeven. Wel wilde de staatssecretaris tegemoet komen aan de onderliggende bedoeling van de motie. De staatssecretaris kiest ervoor om aan te sluiten bij in het veld bestaande initiatieven en deze om te zetten in een richtlijn. Eind 2001 ontwikkelt de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO) de richtlijn 'met spoed indiceren' op basis waarvan RIO's snel en zorgvuldig kunnen indiceren voor enkelvoudige en kortdurende zorgvragen.

De discussie over mandatering is hiermee echter niet verstomd. Er blijft sprake van achterstanden in de indicatiestelling en men blijft op zoek naar mogelijkheden om de RIO's efficiënter te laten opereren. In het *Advies vereenvoudiging indicatiestelling AWBZ* van het College Implementatie Indicatiebeleid, dat in maart 2004 verschijnt, wordt mandatering genoemd als een belangrijke mogelijkheid om tot vereenvoudiging van de uitvoering te komen, zij het weloverwogen en met mate.

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren en een bestuurder van het CIZ zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: Convenant AWBZ 2005-2007; TK 26631-72; TK 24036-225; Eindevaluatie groot project modernisering AWBZ; *Met spoed indiceren* (richtlijn ontwikkeld door LVIO).

De reden dat uiteindelijk gekozen wordt voor mandatering, is dat het beoordelen door een onafhankelijke indicatiesteller van de 'claim' op zorg bij bepaalde, relatief eenvoudige verzorgende handelingen weinig tot geen toegevoegde waarde heeft en ook door met name zorgaanbieders als dermate bureaucratisch en tijdrovend beschouwd wordt dat de energie en tijd die ermee gemoeid zijn niet in verhouding staan tot de opbrengst. Dat komt omdat de afhandelingsroute van een claim (of die nu verkort, standaard of uitgebreid is) voor alle zorgvormen tot hetzelfde type besluit moet leiden; dat maakt dat er veel standaardinformatie benodigd is en er altijd een controle op de aanvraag plaatsvindt. Dit leidde tot een te lange periode tussen aanmelding en start van zorg, een hoge belasting van het CIZ en een verzwakking van de legitimiteit van het CIZ als poortwachter voor de AWBZ. De uitgebreide beoordeling van eenvoudige aanvragen werd namelijk gezien als onnodig. Ook de Tweede Kamer hamerde in dit verband op het beperken van de indicatiestelling tot complexe gevallen en zwaardere vormen van zorg.

Beleidsbeslissing en doelstelling

In augustus 2004 sluit de staatssecretaris van VWS een convenant met vertegenwoordigende organisaties van zorgaanbieders in de sector langdurige zorg. De inhoud van het convenant heeft onder meer betrekking op een verbetering van de indicatiestelling door een vereenvoudiging van de procedures waar mogelijk. De staatssecretaris van VWS geeft hierin aan dat zij aan het CIZ de verplichting oplegt om vóór 1 juli 2005 te komen tot mandaatafspraken met zorgaanbieders voor indicatiebesluiten met een gestandaardiseerd karakter. Ook maakt de staatssecretaris vóór 1 januari 2005 in overleg met het CIZ een plan van aanpak waarin de voorwaarden voor mandateren uiteen worden gezet. Ten slotte wordt vermeld dat de convenantpartners ervan uitgaan dat tenminste 30% tot 50% van alle indicaties via een mandaat aan de zorgaanbieders tot stand zal komen, waardoor de werkdruk voor het CIZ zou dalen en de doorlooptijden van de indicatiestellingen verkort zouden worden.

De zorgvormen waarvoor SIP's zijn ingesteld, zijn zorgvormen die niet chronisch/langdurig zijn, niet complex van aard zijn en waarvan de aanvraagprocedure goed gestandaardiseerd kan worden. Ook zijn het zorgvoorzieningen met een gering 'claimrisico': voorzieningen die mensen niet gaan aanvragen tenzij ze echt nodig zijn. Vaak betreft het zorg in de verpleegkundige sfeer die onderdeel is van een keten, bijvoorbeeld oogdruppelen na een staaroperatie. In het ziekenhuis stelt bijvoorbeeld de transferverpleegkundige vast dat de zorg nodig is, waarmee de noodzaak voor een formele indicatiestelling, ook vanuit het oogpunt van diagnostiek, niet manifest is.

Rollen en taken van betrokken partijen

Het CIZ was feitelijk de primaire probleemeigenaar: het wilde de achterstanden in de indicatiestelling zo snel mogelijk oplossen en het imago van een logge, bureaucratische organisatie van zich afschudden om zo legitimiteit op te bouwen. De Rijksoverheid heeft het CIZ echter formeel de opdracht gegeven om mandaatafspraken te maken met zorgaanbieders over de indicatiestelling (in elk geval indicatiebesluiten met gestandaardiseerd karakter), overigens zonder hiervoor richtlijnen mee te geven. Het CIZ heeft zelf de vertaalslag gemaakt van beleid naar implementatie en uitvoering, en dan met name het opzetten van een geschikte systematiek om de mandatering in de praktijk vorm te geven. Het CIZ heeft in de voorbereiding op de mandatering een aantal standaardindicatieprotocollen (SIP's) ontwikkeld waarmee zorgaanbieders eenvoudig en snel de benodigde zorg kunnen 'indiceren',

waarna de zorg meteen ingezet kan worden. De indicaties worden achteraf steekproefsgewijs getoetst door het CIZ op rechtmatigheid.

Als zorgaanbieders gebruik willen maken van de SIP's, kunnen de zij met het CIZ schriftelijke afspraken hierover maken. Omdat zorgaanbieders dus zelf kunnen beslissen of zij wel of niet gebruik willen maken van de SIP's, ligt de verantwoordelijkheid voor het gebruik van de mogelijkheden die het CIZ biedt, primair bij de zorgaanbieders zelf.

Voortgaande discussie

Sinds het opzetten en implementeren van de mandatering van de indicatiestelling voor dit soort zorgvormen bestaat er discussie over het al dan niet verbreden van de mandatering naar andere typen zorgvormen/sectoren zoals gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Hierover is echter binnen de onderzoeksperiode 2003-2008 geen positieve beslissing genomen. Redenen hiervoor zijn dat deze zorgbehoeften minder objectiveerbaar/onbetwistbaar zijn, meer risico lopen op 'claimgedrag' vanuit cliënten of zorgaanbieders en dat hierbij meer overlap is met zorg en ondersteuning uit andere domeinen en voorliggende voorzieningen. In 2009 heeft de Staatssecretaris van VWS verdere stappen aangekondigd wat betreft de actieve inzet van zorgaanbieders en professionals in het proces van indicatiestelling en in de mandatering van de indicatiestelling voor bepaalde groepen cliënten.¹

3.2.5 Invoering beleidsregels indicatiestelling²

Achtergrond en beleidsprobleem

Het besluit tot centralisering van de indicatiestelling door deze onder te brengen bij het CIZ werd onder andere ingegeven door de behoefte aan een uniforme indicatiestelling. Echter, met de centralisatie was dit niet zonder meer geregeld. De vorming van het CIZ betekende feitelijk een doorstart van de bestaande RIO's onder één vlag en met een centrale aansturing. Om centraal te kunnen aansturen op proces en outcome, was het noodzakelijk om eerst dit proces te omschrijven en te protocolleren.

De eerste stap in dit proces was het ontwikkelen en invoeren van het referentiewerkproces, dat zorgt voor eenzelfde procesgang binnen de organisatie bij het afhandelen van een indicatieaanvraag. Het referentiewerkproces is gebaseerd op het Zorgindicatiebesluit, het landelijk protocol indicatiestelling AWBZ (december 2002) en de door de LVIO ontwikkelde richtlijnen voor indicatiestelling. Ook de resultaten van een onderzoek van het CIZ naar de best practices van de voormalige RIO's in het najaar 2004 zijn erin meegenomen. Na stapsgewijze invoering in alle CIZ-locaties hebben meerdere cycli van evaluatie en bijstelling plaatsgevonden.

¹ Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ. Kamerstuk DLZ-U-2964391. 5 november 2009.

² Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren en een bestuurder van het CIZ zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: 11^e voortgangsrapportage AWBZ; rapport IBO indicatiestelling AWBZ; kabinetsstandpunt t.a.v. rapport IBO indicatiestelling AWBZ; TK 26631-156; protocollen indicatiestelling uit 2005.

Beleidsbeslissing en doelstellingen

De tweede stap in dit proces was het formuleren en invoeren van de beleidsregels voor de indicatiestelling. Nadat het besluit tot centralisering genomen was, heeft de Tweede Kamer zeer actief gestuurd op het landelijk vaststellen van de indicatiecriteria door het Rijk. Ook het CIZ wilde de indicatiecriteria graag uniformeren, en zag landelijke regelgeving als een nuttig instrument hiervoor.

Belangrijke redenen om beleidsregels op te stellen die sturing geven aan het indicatieproces op de verschillende locaties, waren:

- De behoefte aan een strakkere afbakening van de AWBZ met andere terreinen en voorliggende voorzieningen. Op dat punt bestonden grote verschillen in interpretatie tussen de verschillende RIO's.
- De behoefte aan meer gespecificeerde indicatiebesluiten met gebruikmaking van heldere normen. Zo bestonden er vanuit het verleden nog steeds indicatiebesluiten zonder tijdsduur, waardoor onduidelijk was over welke periode het recht op zorg bestond en wanneer iemand opnieuw geïndiceerd zou moeten worden.

Met het invoeren van de beleidsregels werd beoogd dat een meer uniforme, eenduidige en transparante manier van vaststellen van de aanspraak van een cliënt zou plaatsvinden. AWBZ-zorg is een verzekerd recht. Alle burgers in Nederland betalen premie, dus iedereen heeft in principe recht op die zorg maar alleen onder bepaalde condities (de voorwaarden). Het is niet alleen belangrijk dat die voorwaarden goed omschreven zijn (in het Besluit Zorgaanspraken) maar ook dat de aanwezigheid van die voorwaarden uniform getoetst wordt door een 'poortwachter', in dit geval het CIZ.

Rollen en taken van betrokken partijen

De staatssecretaris van VWS heeft het CIZ verzocht indicatiecriteria per functie op te stellen. De protocollen die als bijlagen onder de beleidsregels hangen, zijn ontwikkeld door deskundigen vanuit het Kennisnetwerk Indicatiestelling. Op de werklocaties is bestaande informatie en expertise verzameld en vervolgens geanalyseerd. Hieruit is de meest optimale werkwijze gekozen. De conceptversies of 'werkdOCUMENTEN' zijn ter advisering voorgelegd aan het CVZ, aan het Ministerie van VWS en aan experts. Ook zijn de werkdOCUMENTEN in de Regiegroep Indicatiestelling AWBZ besproken, waarna het commentaar is verwerkt en de protocollen definitief zijn gemaakt. De Raad van Bestuur van het CIZ heeft de protocollen vervolgens vastgesteld. Om te borgen dat de beleidsregels in de dagelijkse werkpraktijk goed zouden worden nageleefd, heeft het CIZ uitgebreide scholings- en opleidingstrajecten voor medewerkers opgezet. Daarnaast heeft het CIZ geïnvesteerd in controle op de uniformiteit en het management in de uitvoering.

Ontwikkeltraject

De inhoud van de protocollen was dus (mede) gebaseerd op de bestaande uitvoeringspraktijk. Het uitgebreide ontwikkeltraject heeft zich vooral gericht op de juiste mate van weergave en detaillering van de gewenste procedures in de regelgeving. Het doel was om de professional een kader mee te geven dat duidelijke richting geeft in de keuze welke factoren te betrekken en hoe deze te wegen om tot een oordeel te komen. Dit moest voldoende sturing en houvast bieden zonder te leiden tot verstarring en rigiditeit in de indicatiestellingsprocedures. Daarnaast werd het proces van totstandkoming gekenmerkt door het zoeken naar een balans tussen de betrokkenheid en invloed van het ministerie in dienst van en onder verantwoordelijkheid van de regering in haar hoedanigheid van medewetgever ener-

zijds en de veldpartijen en professionals anderzijds. Uiteindelijk heeft de staatssecretaris de indicatiecriteria vastgesteld als beleidsregels op basis van artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit¹. Het volledige proces van ontwikkeling van de indicatiecriteria tot invoering van de beleidsregels heeft ongeveer 2 jaar geduurd².

3.2.6 Pilots vereenvoudiging indicatiestelling³

Achtergrond en beleidsprobleem

Tegen de achtergrond van aanhoudende kritiek op de bureaucratische procedures in de indicatiestelling, een hoge productielast bij het CIZ en de wens van VWS om te bezuinigen door het aantal indicaties te verlagen, is eind 2007 gestart met zeven pilots.

De pilots zijn gebaseerd op de indrukken van de staatssecretaris, opgedaan in de '100-dagen tour', een gesprek tussen de staatssecretaris en het CIZ over de mogelijkheden om de indicatiestelling te vereenvoudigen en bestaande voorbeelden uit de praktijk. Daarnaast is het besluit tot vereenvoudiging ingegeven door twee moties die door de Tweede Kamer werden aangenomen: de motie Heerts waarin de Kamer verzoekt om te onderzoeken in hoeverre de dienstverlening aan burgers kan worden verbeterd door over te gaan op één nationale beoordelings- en indicatieorganisatie (en daarover vóór 1 mei 2008 te rapporteren) en de motie Van der Veen die de regering verzoekt om onderzoek te laten uitvoeren om te komen tot een eenvoudige en eenduidige indicatiestelling voor de AWBZ.

Rollen en taken van betrokken partijen

Het ministerie heeft besloten om in de vorm van pilots een aantal initiatieven van het CIZ in de praktijk te toetsen. Het CIZ heeft het voortouw genomen in de inhoudelijke en procedurele vormgeving en uitwerking van de pilots, en de staatssecretaris heeft deze vervolgens overgenomen. In enkele pilots was een belangrijke rol weggelegd voor zorgverleners (zoals de huisartsen).

Beleidsbeslissing en doelstellingen

In de pilots werd getoetst of het mogelijk is om de indicatiestelling te ontbureaucratiseren en de aanmelding van en gegevensuitwisseling van indicaties verder te digitaliseren, en zo de indicatiestelling sneller en eenvoudiger te laten verlopen. Door proef te draaien met verschillende vormen van vereenvoudigde indicatiestelling die op beperkte schaal al in de praktijk werden toegepast, kon worden nagegaan in hoeverre deze werkvormen breed ingezet zouden kunnen worden. Ook konden professionals in het veld ervaring opdoen met de nieuwe werkwijze (ter voorbereiding op eventuele implementatie).

¹ Dit besluit had altijd een bepaling bevat die de Minister de mogelijkheid biedt om nadere regels te stellen aan de wijze waarop geïndiceerd diende te worden (artikel 11). Hier was tot dan toe geen gebruik van gemaakt door het ministerie van VWS omdat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij gemeenten lag. Het was effectief niet te controleren in hoeverre alle RIO's zich aan deze regels hielden (en ook werd uniformiteit in de beginperiode van de RIO's als minder belangrijk gezien).

² Het volledige traject van uniformering en standaardisering van het werkproces is begin 2009 afgerond met het uitbrengen van de Indicatiwijzer.

³ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: TK 26631-227; *Eenvoudig en beter* (CIZ, juni 2008).

Binnen de pilots is geëxperimenteerd met indicatiestelling door verwijzende zorgverleners, het vereenvoudigen van vervolgindicaties en het koppelen van indicatietrajecten voor verschillende voorzieningen.

Het uiteindelijke doel van de pilots was om te komen tot werkwijzen waarin zoveel mogelijk bestaande informatie die al aanwezig is bij zorgprofessionals of andere loketten wordt benut voor de indicatiestelling (vereenvoudigen proces), waarin de administratieve lasten verminderd zijn (vermindering bureaucratie) en waarin het CIZ niet het volledige proces in handen heeft maar aansluit bij de acties van andere partijen in het veld (versnellen proces). Daarbinnen moest wel worden vastgehouden aan de oorspronkelijke doelstellingen van integraliteit, objectiviteit en onafhankelijkheid.

3.2.7 Indiciestelling intramurale zorg in ZZP'en¹

Achtergrond en beleidsprobleem

De invoering van zorgzwaartepakketten (ZPP'en) voor de intramurale zorg is nauw verbonden met de invoering van de functiegerichte bekostiging en indicatiestelling. Ook in de intramurale zorg was sprake van onvoldoende keuzevrijheid, vraagsturing, transparantie over rechten/aanspraken en onvoldoende prikkels voor innovatie in het zorgaanbod. De zorgorganisaties werden gefinancierd naar het aantal plekken ('bedden') dat zij aanboden, en niet naar de zorg die zij aanboden of de kwaliteit hiervan. Er was dus geen differentiatie naar typen zorg die werden aangeboden. Het nadeel hiervan was dat er niet of nauwelijks sturing op de zorginhoud mogelijk was en er weinig mogelijkheden tot kostenbeheersing waren.

Aanvankelijk zou de functiegerichte bekostiging en indicatiestelling ook in de intramurale sector worden ingevoerd. De betrokken veldpartijen waren hier echter sterk op tegen, omdat zij de afstand tussen de 'abstracte' zorgfuncties en het nog altijd sectoraal georiënteerde aanbod te groot achtten om hier in de praktijk goed mee te kunnen werken. In de intramurale zorg waren immers geen bestaande sectorale producten voor handen die na een analyse eenvoudig geclusterd konden worden onder bepaalde AWBZ-brede functies. Ook praktisch gezien bleken er knelpunten. De setting van zorgverlening in een instelling is heel anders dan de één op één zorgverlening in een thuissituatie. Weliswaar 'klopte' de indicatiestelling in functies inhoudelijk gezien, maar de zorgverlener had vaak niet de flexibiliteit om het pakket in precies die verhouding aan te bieden. De bekostiging kwam overeen met de feitelijk geleverde zorg maar week af van de geïndiceerde zorg.

Beleidsbeslissing

Na diverse proeftrajecten heeft de staatssecretaris van VWS daarom besloten het spoor van functiegerichte bekostiging voor intramurale zorg te verlaten en de omvang van de zorgaanpraak op een andere manier te organiseren.

Er is voor gekozen eerst een overzichtelijk aantal AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen (IZA's) op te stellen. Na een ontwikkeltraject van meerdere jaren en diverse praktijktesten bij zorgaanbieders en indicatiestellers is uiteindelijk gekomen tot de zorgzwaartepakketten (ZZP'en).

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren en een bestuurder van het CIZ zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: TK 26631-14; TK 26631-55; TK 26631-162; TK 26631-169.

Een ZPP bestaat uit de cliëntprofielen waarvoor het zorgzwaartepakket geldt, een globale beschrijving van de zorg in termen van functies, de totale omvang van de zorg in uren en een beschrijving van de setting en leveringsvoorwaarde(n). Een cliënt heeft met een zorgzwaartepakket inzicht in de aard en de hoeveelheid zorg waarop hij recht heeft. De cliënt en de zorgaanbieder bepalen in overleg elkaar hoe de zorgaanbieder hieraan invulling zal gaan geven; dat mondt uit in een zorgplan dat cliënt en zorgverlener met elkaar afspreken. Op die manier kunnen zorgverleners (binnen een bepaalde bandbreedte) zelf bepalen hoeveel en welke zorg wordt ingezet, al naar gelang de wensen en behoeften van de cliënt. Voor de indicatiesteller betekent dit dat hij geen uitspraken meer hoeft te doen over de omvang van de verschillende afzonderlijke zorgfuncties. Uiteindelijk bepaalt de cliënt (of zijn wettelijke vertegenwoordiger) of de afgesproken zorg ook is geleverd. Ook in de bekostiging wordt gewerkt met deze pakketten, de zogenaamde 'prestatiebekostiging'. Er wordt niet langer gekeken naar het aantal plaatsen of het aantal bedden, maar naar de (zorgzwaarte van de) cliënten van de instelling. Als cliënten niet tevreden zijn over de zorg die geboden wordt, kunnen zij met hun zorgzwaartepakket verhuizen naar een instelling die wel de gewenste zorg biedt. Zorgaanbieders hebben binnen dit systeem dus ook meer mogelijkheden om voorzieningen voor specifieke cliëntgroepen te organiseren en hiermee cliënten aan te trekken. Door de uniformiteit in de omvang van de indicaties kunnen aanbieders de zorg kwalitatief beter en efficiënter te organiseren.

Rollen en taken van betrokken partijen

Het ontwikkel- en implementatietraject van de ZPP'en is vormgegeven en uitgevoerd in samenwerking met ZN, CTG, CVZ en de brancheorganisaties. Ook het CIZ heeft een belangrijke rol gespeeld in de totstandkoming van de ZPP'en, onder meer door in de praktijk mee te werken aan het testen van de ZPP'en voor de verschillende branches. De resultaten zijn betrokken bij de definitieve invoering van de ZPP'en.

Doelstellingen

De voornaamste doelstellingen van het invoeren van de ZPP'en voor intramurale zorg zijn het bieden van meer keuzevrijheid aan cliënten (zowel op instellingsniveau als op zorgniveau), het verbeteren van de transparantie in de AWBZ, het versterken en verankeren van de positie van de cliënt in zijn relatie met de zorgaanbieder, het verschaffen van inzicht aan de cliënt in zijn individuele zorgaanbod, het stimuleren van innovatie en kwaliteitsverbetering in de intramurale zorg, en een grotere doelmatigheid in de intramurale zorgverlening (kostenbesparing).

3.2.8 Relatie tussen beleidsproblemen, beleidsbeslissingen en doelstellingen

Op grond van de ontwikkelingen zoals beschreven in de vorige paragrafen is de onderstaande tabel opgesteld. Deze tabel geeft de relatie weer zoals we die gevonden hebben tussen het beleidsprobleem, de oorzaken daarvan, de doelstellingen die geformuleerd zijn en de beleidsmaatregelen die genomen zijn om deze doelstellingen te bereiken.

Oorzaken	Beleidsprobleem	Doelstelling(en)	Beleidsmaatregel
<ul style="list-style-type: none"> - Verschillende toegangsloketten tot de geïndiceerde zorg - Wijze van financiering/inkoop van de zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Hulpvraag van cliënten wordt sectoraal beoordeeld, geformuleerd en ingevuld 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrale indicatiestelling en zorglevering op maat - Vraagsturing en betere invulling van de vraag - Stimuleren van innovatie in zorgaanbod - Meer duidelijkheid voor cliënt over te verlenen zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbreding indicatiestelling naar GZ en GGZ - Functiegerichte indicatiestelling (in bekostiging) - Invoering ZZP'en
<ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan sturing op de vormgeving van het indicatiestellingsproces en –organen - Problemen met de financiering van de indicatieorganen 	<ul style="list-style-type: none"> - De indicatiestelling vindt plaats op pluriforme wijze, zowel qua proces als qua inhoudelijke afweging 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectieve, onafhankelijke, uniforme en integrale indicatiestelling - Meer sturingsmogelijkheden op de toegang van de AWBZ - Uniform, eenduidig en transparant indicatieproces 	<ul style="list-style-type: none"> - Centraliseren indicatiestelling - Invoering beleidsregels indicatiestelling
<ul style="list-style-type: none"> - Grote toestroom van te indiceren cliënten - Zwaarte van de claimbeoordeling (en het gebrek aan differentiatie hierin). 	<ul style="list-style-type: none"> - De procedure voor indicatiestelling is tijdrovend, bureaucratisch en duur 	<ul style="list-style-type: none"> - Klantvriendelijkere en efficiëntere uitvoering van de indicatiestelling - Lagere werkdruk voor CIZ (en minder kosten) - Kortere doorlooptijden in de indicatiestelling - Vereenvoudigen en versnellen van indicatieproces - Verminderen van bureaucratie 	<ul style="list-style-type: none"> - Invoering SIP's en mandatering zorgaanbieders - Pilots vereenvoudiging indicatiestelling

De relatie tussen doelstellingen, beleidsprobleem en beleidsmaatregel in beschouwing nemend, concluderen we dat deze logisch op elkaar passen. Dat is goed te zien wanneer de kernwoorden in beleidsprobleem en beleidsmaatregel aan elkaar worden gekoppeld:

- sectoraal → functioneel
- pluriform → gecentraliseerd en geprotocolleerd
- bureaucratisch en tijdrovend → vereenvoudiging en mandatering

Wat echter opvalt is dat bepaalde beleidsmaatregelen een tegengestelde beweging veronderstellen. De beweging naar professionalisering en standaardisering die wordt ingezet met de centralisering van de indicatiestelling, wordt afgezwakt door het mandateren van

zorgaanbieders aangezien dit een risico op variatie in de afweging oplevert. Hierbij moet worden opgemerkt dat het CIZ de indicaties achteraf wel steekproefsgewijs toetst. Ook de integraliteit, een belangrijke doelstelling van de verbreding van de indicatiestelling, komt hiermee theoretisch gezien onder druk te staan omdat de afweging bij SIP's niet integraal plaatsvindt maar gericht is op enkelvoudige zorgbehoeften. In hoofdstuk 5 gaan we uitgebreid op de verschillende aspecten van deze tabel in.

3.3 Indicatiestelling door Bureaus Jeugdzorg (2005 t/m 2008)

In deze paragraaf reconstrueren we de beleidsbeslissingen die genomen zijn op het gebied van de indicatiestelling voor de jeugd-ggz vanaf de invoering van de Wet op de Jeugdzorg, het startpunt van de indicatiestelling voor de jeugd-ggz door de Bureaus Jeugdzorg. Naast de invoering van de Wet op de Jeugdzorg bespreken we drie andere beleidsbeslissingen die betrekking hebben op de indicatiestelling voor jeugd-ggz door de Bureaus Jeugdzorg.

3.3.1 Invoering Wet op de Jeugdzorg¹

Achtergrond en beleidsprobleem

De jeugdzorg behelst een breed scala van gespecialiseerde voorzieningen voor kinderen en ouders met (ernstige) opgroei- en opvoedingsproblemen. Het betreft zowel vrijwillige hulpverlening als gedwongen interventies om hulp in het belang van de jeugdige mogelijk te maken (jeugdbescherming). Het omvat voorzieningen op het terrein van de jeugdhulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, voorzieningen voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten, (gezins)voogdij-instellingen, justitiële jeugdinrichtingen, Raden voor de Kinderbescherming en jeugdreclassering.

Tot aan de invoering van de Wet op de Jeugdzorg op 1 januari 2005 beschikte nagenoeg elke type voorziening over een eigen ingang, sturing (o.m. wet- en regelgeving) en financiering.

Deze versnippering over (te) veel verschillende instellingen, sectoren en circuits leidde in de praktijk tot een aantal problemen:

- De toegang tot de jeugdzorg was in de praktijk niet eenduidig; indicatiestelling en zorgtoewijzing verschilden per (deel) sector
- De positie van de cliënt was onvoldoende verankerd door een te grote mate van aanbodsturing en onvoldoende transparantie over aard en kwaliteit van de hulpverlening.
- Jeugdigen met problemen op het grensvlak van verschillende sectoren dreigden tussen wal en schip te vallen.
- Er waren onvoldoende kwantitatieve data beschikbaar op basis waarvan de Rijksoverheid adequaat kon sturen op het realiseren van goede zorg voor jeugdigen.

Met het regeringsstandpunt *Regie in de jeugdzorg* werd in 1994 een vernieuwing in gang gezet om hierin verbetering aan te brengen. Ondanks diverse maatregelen en initiatieven om de beoogde verbeteringen te verwezenlijken, lukte dit onvoldoende: de bestaande wet-

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren zijn voor dit deel de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: Evaluatie Wet op de Jeugdzorg (BMC 2009); *Van antwoord naar vraag: een nieuw zicht op de jeugdzorg* (Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg 1999);

en regelgeving belemmerde de vernieuwing van de jeugdzorg, en de beoogde samenhang en afstemming kon niet volledig bereikt worden door de versnipperde aansturing en financiering.

Beleidsbeslissing

Eind jaren '90 werd geconcludeerd dat een nieuwe wet- en regelgeving noodzakelijk was om de beoogde samenhang, transparantie, kwaliteit en uniformiteit te realiseren. In het Regeerakkoord van 1998 werd hierover het volgende opgenomen:

Er komt een nieuwe wet op de Jeugdzorg met een eenduidige aansturing en financiering (VWS deel, Jeugd-GGZ-AWBZ deel, Justitie deel). Alle met het proces Regie in de Jeugdzorg geboekte vooruitgang wordt in deze wetgeving verankerd. Het Bureau Jeugdzorg, zijnde één loket voor de jeugdhulpverlening, wordt een onafhankelijke rechtspersoon, onder één gezag met één financiering. Functionarissen van Bureaus Jeugdzorg werken intensief samen met de scholen in hun regio: zo vormen zij de noodzakelijke verbinding tussen onderwijs, jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg. Op basis van de voorgestelde veranderingen in wet- en regelgeving en de inzet van extra middelen wordt met de provincies en de grote steden een resultaatverplichting overeengekomen die zal leiden tot de gewenste verbeteringen in het beleid.

Het Ministerie van VWS is systeemverantwoordelijke en maakt de wet- en regelgeving met betrekking tot de jeugdzorg. Om het ontwikkeltraject verder vorm te geven, is in het voorjaar van 1999 door de staatssecretaris van VWS en de staatssecretaris van Justitie de Adviescommissie Wet op de jeugdzorg ingesteld. Aan deze adviescommissie is gevraagd een advies te formuleren over de reikwijdte van de voorgestelde Wet op de jeugdzorg met als belangrijke aandachtspunten de sturing en de financiering van de jeugdzorg. De staatssecretaris nam veel van de aanbevelingen over en verwerkte deze in het beleidskader voor de nieuwe wet, dat in juni 2000 aan de Kamer werd aangeboden. Andere belangrijke bronnen voor het uitwerken van het beleidskader waren de bereikte resultaten van *Regie in de jeugdzorg*, het eindadvies van de projectgroep Toegang¹ en de inbreng van belangenorganisaties en medeoverheden. Enkele belangrijke centrale beleidskeuzes die in het beleidskader zijn gepresenteerd, zijn:

- Introductie van een recht op jeugdzorg (binnen bepaalde kaders)
- Eén toegang tot de jeugdzorg via het Bureau Jeugdzorg, onder verantwoordelijkheid van provincies.
- Introduceren van het screenings-, indicatie en zorgtoewijzingsbesluit
- Ongewijzigde financiering en aansturing
- Eén Stichting Bureau Jeugdzorg per provincie of grootstedelijke regio
- De financiers van het zorgaanbod, provincies en zorgverzekeraars, scheppen de condities dat geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk kan worden geleverd
- Zorgaanbieders worden verplicht intersectoraal samen te werken voor die cliënten die een sector overschrijdende hulpvraag hebben
- Modulaire inrichting van het zorgaanbod en zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen
- Ondersteuning en begeleiding door de casemanager binnen het Bureau Jeugdzorg
- Het formuleren van één geïntegreerd hulpverleningsplan voor de cliënt.

¹ Projectgroep Toegang, 'Toegang tot de jeugdzorg: eindadvies' (1999); Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg, 'Van antwoord naar vraag: een nieuw zicht op de jeugdzorg' (1999); *Verkeerd verbonden: naar houdbare voorzieningen in de jeugdzorg* (Taskforce Linschoten 2008); Regeerakkoord 2008; TK 26816-13; Memorie van Toelichting bij de Wet op de Jeugdzorg.

Rollen en taken van betrokken partijen

De provincies werden aangewezen als verantwoordelijke voor het organiseren van een goede toegang en van voldoende aanbod van jeugdzorg dat aansluit op de vraag. Belangrijke overwegingen hierbij waren dat de provincies al verantwoordelijk waren voor de advies- en meldpunten kindermishandeling (AMK's) en de vrijwillige jeugdzorg, dat de provincies over de vereiste schaalgrootte beschikten voor de uitvoering van een dergelijke wet en omdat de arrondissementen (die een belangrijke rol speelden in de zorg vanuit een justitieel kader) veel gelijkenis vertoonden met de provinciegrenzen. Bovendien sloot de provinciale schaalgrootte ook relatief goed aan bij de omvang van de bestaande ggz-regio's. Dit was met name belangrijk voor een goede aansluiting en afstemming met het werkveld. Ten slotte hadden de provincies op andere terreinen al ruime ervaring opgedaan met het opzetten van overlegstructuren om verschillende partijen bij elkaar te krijgen en hun beleid op elkaar te laten afstemmen¹.

De Bureaus Jeugdzorg werden door de staatssecretaris aangewezen als centrale speler in de toekomstige Wet; zij vormen de toegangspoort tot de verschillende zorgvormen. Hier is voor gekozen omdat er in een aantal regio's al Bureaus Jeugdzorg waren opgericht en hier in de landelijke ontwikkeling goed op aangesloten kon worden. Wel is de gedaante van de Bureaus Jeugdzorg met de invoering van de nieuwe wet sterk gewijzigd: er moest één stichting komen per provincie met één bestuur en een uniforme werkwijze. Vóór de invoering van de wet was dit veel vrijer en waren er per regio soms meerdere bureaus. Verder werden in het Uitvoeringsbesluit van de wet specifieke eisen gesteld aan de te volgen procedure. Daarbinnen bleven de Bureaus Jeugdzorg echter vrij om hun eigen werkwijze en structuur te kiezen.

Het Ministerie van VWS is financieel verantwoordelijk voor dat deel van de indicatiestelling bij BJJ's dat gericht is op de jeugd-ggz (omdat dit tot de AWBZ behoort). Het budget hiervoor werd vanuit de ggz-sector overgeheveld naar de Bureaus Jeugdzorg.

Doelstellingen

De centrale doelstellingen van de nieuwe Wet op Jeugdzorg waren:

- Eén toegang tot alle vormen van jeugdzorg
- Een integrale beoordeling van de problematiek
- Een onafhankelijke en objectieve beoordeling van de aanspraak op jeugdzorg
- een versterking van de positie van de cliënt (meer vraagsturing).
- Het creëren van een samenhangend zorgaanbod (sectoroverstijgend)
- Samenhang en afstemming tussen de verschillende jeugdzorgdomeinen
- Verankering van het recht op jeugdzorg

Het besluit om de gescheiden financiering en aansturing te laten voortbestaan, is in dat opzicht een opvallende beslissing. Immers, de gescheiden aansturing en financiering werd gezien als één van de belangrijkste problemen in het realiseren van vernieuwing in de jeugdzorg onder de oude wet. Verwacht werd echter dat de verplichting tot intersectorale samenwerking, het modulair opbouwen van het aanbod en de centrale toegang voldoende prikkels zouden bieden om toch deze afstemming en samenhang te realiseren. Daarbij speelde ook de lopende discussie over de modernisering van de AWBZ een rol, evenals de

¹ Bijvoorbeeld op het gebied van ruimtelijke ordening.

gevoelde nadelen van het onderbrengen van jeugd-ggz en de overige jeugdzorg onder één van beide stelsels.

Wijzigingen gedurende het besluitvormingstraject

Gedurende het besluitvormingstraject over de wet is een aantal wijzigingen doorgevoerd die later een grote invloed zouden blijken te hebben op de uitwerking van de wet in de praktijk. De eerste is dat de toegang tot de jeugd-ggz via de huisartsen bleef bestaan, op aandringen van de ggz-sector. De tweede was dat de overheveling van de indicatiestelling voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren (jeugd-lvg) van het CIZ naar de BJZ's werd uitgesteld en uiteindelijk niet gerealiseerd werd.

Een koerswijziging die zich pas na de invoering van de wet heeft voorgedaan, is dat in 2008 de kortdurende, op genezing gerichte ggz vanuit de AWBZ werd overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet waardoor er een financieel schot bijkwam, en de Bureaus Jeugdzorg vaststellen dat een vorm van zorg nodig is, waarna de zorgverzekeraar op basis van het verzekeringspakket van de cliënt beslist of de cliënt deze zorg krijgt.

3.3.2 Implementatie Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek¹

Achtergrond en beleidsprobleem

Ruim een half jaar na de invoering van de Wet op Jeugdzorg boden de ministers van VWS en Justitie de eerste voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer aan. Hieruit bleek dat de indicatiestelling voor de jeugd-ggz door het Bureau Jeugdzorg en de aansluiting met de jeugd-ggz instellingen verbetering behoefde. De belangrijkste problemen waren een te lange totale doorlooptijd van aanmelding bij BJZ tot aanvang van de behandeling, onvoldoende afstemming tussen het indicatiebesluit en het behandelplan en onvoldoende terugkoppeling van vervolggegevens door de zorgaanbieders richting Bureau Jeugdzorg.

Deze problemen werden veroorzaakt doordat de Bureaus Jeugdzorg veelal een te globaal indicatiebesluit afgaven, dat feitelijk uitsluitend een sectorkeuze behelsde en onvoldoende informatie bood voor de zorgaanbieders om te starten met een behandeling. Daardoor voerden de zorgaanbieders vaak zelf opnieuw een diagnostisch onderzoek uit wat het feitelijk aanvangen van de behandeling vertraagde. Er werd door de Bureaus Jeugdzorg wel geprobeerd om gedragswetenschappers uit de jeugd-ggz sector bij de indicatiestelling te betrekken maar dit lukte onvoldoende omdat de arbeidsvoorwaarden bij de Bureaus Jeugdzorg veel slechter waren. Daarnaast zagen de jeugd-ggz instellingen Bureau Jeugdzorg veelal niet als casemanager of was de invulling van die rol voor hen onduidelijk. Daardoor ontbrak bij de instellingen de motivatie om gegevens over het vervolgtraject (behandeling, overplaatsing, wachtlijst, etc.) terug te koppelen aan de Bureaus Jeugdzorg. Ten slotte slaagden de Bureaus Jeugdzorg en de jeugd-ggz instellingen er onvoldoende in om tot effectieve afspraken te komen over de afstemming van werkprocessen, gedeelde werkwijzen, instrumenten, multidisciplinair overleg, onderlinge consultatie en kennisoverdracht. Bij dit alles speelde tevens een rol dat het grootste deel van de toeleiding naar de jeugd-ggz nog

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren zijn voor dit deel de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: TK 29815-85; *Evaluatie Wet op de Jeugdzorg* (BMC 2009); *Verkeerd verbonden: naar houdbare voorzieningen in de jeugdzorg* (Taskforce Linschoten 2008).

altijd direct via de huisarts verliep, waardoor de gevoelde noodzaak om tot een goede samenwerking met de Bureaus Jeugdzorg te komen niet aanwezig was.

Beleidsbeslissing en doelstellingen

De staatssecretaris gaf daarom opdracht aan het Interprovinciaal Overleg om in overleg met betrokken partijen een indicatieprotocol op te stellen. Het protocol is uiteindelijk op 31 maart 2006 vastgesteld en bestaat uit drie delen:

1. Inhoudelijke voorschriften m.b.t. het werkproces van de Bureaus Jeugdzorg zoals beschreven in hun referentiewerkmodel (verzamelen informatie, diagnostische instrumenten, verkorte procedures).
2. Eisen aan de deskundigheid van BJZ-medewerkers en gedragswetenschappers die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek.
3. Informatie die uitgewisseld moet worden tussen BJZ's en jeugd-ggz instellingen.

Het protocol had tot doel om de Bureaus Jeugdzorg kwalitatief goede indicaties te laten stellen voor jeugd-ggz die ten minste een vaststelling van de aard en ernst van de psychiatrische problematiek bevatten, en om ervoor te zorgen dat de Bureaus Jeugdzorg de uitvoering van de behandeling konden volgen en zo hun casemanagementtaak beter zouden kunnen vervullen.

Rollen en taken van betrokken partijen

De staatssecretaris gaf de opdracht tot ontwikkeling van het protocol en verleende hieraan financiële steun. Het IPO ontwikkelde het protocol in samenwerking met ZN, MOgroep, GGZ-Nederland, NVO/NIP en CIZ, en droeg zorg voor de implementatie van het protocol in de praktijk. Het was aan de Bureaus Jeugdzorg en de jeugd-ggz instellingen om het protocol in de praktijk na te leven.

Bijzonderheden gedurende de implementatie

In 2008 kwam na het verschijnen van het *Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg* (zie paragraaf 3.3.3.) een vervolg op het indicatieprotocol: de 'werkinstructie jeugd-ggz'. Deze werd opgesteld door de MO-groep Jeugdzorg in reactie op de overheveling van de op genezing gerichte ggz van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW), waardoor de Bureaus Jeugdzorg werden genoodzaakt om hun indicatiebeleid aan te passen. Zij moesten vanaf dat moment een onderscheid gaan maken binnen de psychiatrische problematiek op basis van de verwachte behandelbaarheid c.q. tijdsduur van de problematiek. Voor behandelingen in het kader van de ZVW kan BJZ uitsluitend vaststellen dat een zorgbehoefte bestaat en bepaalt de zorgverzekeraar op basis van het verzekeringspakket de zorg die vergoed wordt.

Hierdoor ontstond veel onduidelijkheid bij zorgverzekeraars, aanbieders en indicatiestellers over de grenzen tussen behandelbare zorg, onbehandelbare zorg en jeugdzorg. Ook de adviezen van de Taskforce Linschoten waren een stimulans om tot nadere werkinstructies te komen over de afbakening tussen de diverse sectoren. Met de werkinstructie werd getracht meer duidelijkheid te schetsen en de problemen in de praktijk zoveel mogelijk te ondervan-

gen. Dit werkdocument werd opgesteld op basis van de werkinstructie van het CIZ, waarbij een vertaalslag werd gemaakt van volwassenen naar kinderen¹.

3.3.3 Publicatie Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg²

Achtergrond en beleidsprobleem

In de Wet op de Jeugdzorg is ervoor gekozen om de indicatiestelling voor jeugd-ggz bij de Bureaus Jeugdzorg neer te leggen, met het doel om een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg te realiseren door een optimale samenhang in indicatiestelling en zorgverlening. Uniformiteit in de indicatiestellingsprocedure werd als ondergeschikt hieraan beschouwd. Na de invoering van de Wet op de Jeugdzorg werd dit echter steeds belangrijker, onder meer vanuit het oogpunt van sturing op de toegang en daarmee de beheersbaarheid van de AWBZ.

Belangrijk in dit verband is dat de Wet op de Jeugdzorg geen recht op ggz vestigt. Dat recht kan alleen gevestigd worden op grond van de wet- en regelgeving van de AWBZ (en nu ook Zvw). De Wet op de Jeugdzorg regelt alleen de condities waaronder verdere analyses gedaan moeten worden richting het jeugdzorgregime of richting het AWBZ-regime. Dat betekent dat indien jeugd-ggz gewenst is, de Bureaus Jeugdzorg voor de daadwerkelijke indicatiestelling gebruik moeten maken van de AWBZ-beleidsregels of moeten verwijzen naar de Zvw.

Hoewel het indicatieprotocol uit maart 2006 (zie paragraaf 3.3.2) bedoeld was als leidraad voor indicatiestelling op het terrein van jeugd-ggz, bood het onvoldoende houvast voor indicatiestellers om adequaat vast te stellen in hoeverre sprake is van een psychiatrische aandoening (en dus aanspraak op de AWBZ). Daarnaast was er sprake van praktische problemen in de indicatiestelling, door het ontbreken van goede protocollering voor de brede werkpraktijk. Verschillende medewerkers indiceerden op verschillende manieren en met gebruikmaking van verschillende diagnostische instrumenten. Vanwege onvoldoende structurele differentiatie in de procedure op basis van bijvoorbeeld urgentie of zwaarte van de problematiek, duurden veel indicatietrajecten bovendien te lang en waren ondoelmatig. Gecombineerd met de voortdurende onduidelijkheid over de eisen waaraan een indicatiebesluit in de ogen van (ggz-)zorgaanbieders diende te voldoen, leidde dit tot grote verschillen in de kwaliteit en inhoud van indicatiebesluiten, lange doorlooptijden en uiteindelijk onvoldoende bruikbaarheid voor zorgaanbieders.

Rollen en taken van betrokken partijen

De Bureaus Jeugdzorg zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de indicatiestelling volgens de daarvoor geldende wet- en regelgeving. Ook zijn zij wettelijk verplicht om de kwaliteit van de uitvoering systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Eind 2005 hebben de Bureaus Jeugdzorg in het manifest *Focus op cliëntbelang* de verbetering van de

¹ Op dat moment was al bekend dat de AWBZ-pakketmaatregelen ingevoerd zouden worden en dus is hierop in de inhoud geanticipeerd door het onderscheid tussen lichte en zware beperkingen helder te maken.

² Naast interviews met beleidsambtenaren zijn voor dit deel de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: *Evaluatie Wet op de Jeugdzorg* (BMC 2009); TK 29815-85; *Handboek indicatiestelling Jeugdzorg* (MO-groep Jeugdzorg 2007); *Met het oog op kwaliteit: landelijk onderzoek naar de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling door Bureaus Jeugdzorg* (Inspectie Jeugdzorg 2007).

kwaliteit van de indicatiestelling als prioriteit benoemd. Om hieraan vorm te geven, is door de Bureaus Jeugdzorg het project Opstellen Criteria Bureaus jeugdzorg (OCB) gestart. Binnen OCB werd gewerkt aan uniformering van de indicatiestelling door het formuleren van standaard criteria, instrumenten en handelingen. Door de toegenomen druk vanuit de rijksoverheid om de indicatiestellingsprocedure meer uniform te maken, kreeg dit ook binnen het Interprovinciaal Overleg (IPO) hoge prioriteit. Daarom is het IPO een breder traject gestart, het Verbetertraject Indiciestelling Bureaus Jeugdzorg (VIB). De resultaten van het project OCB zijn hierin opgenomen. Het VIB had tot doel zoveel mogelijk eenheid van werken te bewerkstelligen binnen alle Bureaus Jeugdzorg.

Beleidsbeslissing en doelstellingen

Het belangrijkste resultaat van het VIB-traject is het *Handboek indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*, uitgegeven door de MO-groep Jeugdzorg in 2007. Hierin zijn de kwaliteitscriteria opgenomen waaraan ieder Bureau Jeugdzorg moet voldoen. Bedoeling hiervan was uniformering van inhoudelijke criteria bij belangrijke beslissingen tijdens het indicatieproces te bewerkstelligen, evenals het gebruik van een algemeen geaccepteerde set instrumenten. Hiermee werd een omslag beoogd van indicatie middels een ongestructureerd klinisch oordeel naar indicatie als een gestructureerd professioneel oordeel.

Bijzonderheden gedurende implementatie

Twee jaar na het verschijnen van het Handboek is implementatie van de normen en werkprocessen uit het VIB-traject bij op alle Bureaus Jeugdzorg op één na door middel van een externe audit vastgesteld. Om te leren werken met het handboek hebben veel bureaus een scholings- en implementatietraject gevolgd.

3.3.4 Kader integraal indiceren¹

Achtergrond en beleidsprobleem

Het beleidsprobleem dat aanleiding gaf tot het ontwikkelen van het kader integraal indiceren was de overlap in doelgroep van de Bureaus Jeugdzorg, het CIZ en de indicatieorganen van het speciaal onderwijs, met name op de clusters 3 en 4 (verstandelijke/lichamelijke problematiek en gedragsproblematiek). De eisen om toegelaten te worden tot zorg en de eisen om toegelaten te worden tot speciaal onderwijs vertonen veel gelijkenis. Echter, de procedures om tot een diagnose dan wel indicatie te komen, verschillen aanzienlijk.

In eerste instantie werd gekozen voor het verkennen van de mogelijkheid om de procedures voor indicatiestelling in wet- en regelgeving te harmoniseren zodat cliënten maar één keer geïndiceerd hoefden te worden. Dit bleek echter niet mogelijk omdat de eisen die vanuit de Wet op de Jeugdzorg, de AWBZ en de Wet op de Expertisecentra teveel van elkaar verschillen. Er zou een wetwijziging nodig zijn en dat werd niet als opportuun gezien door de verantwoordelijke partijen. Daarom is gekozen voor een meer informele route, waarbij

¹ Naast interviews met betrokken beleidsambtenaren zijn voor deze paragraaf de volgende schriftelijke bronnen gebruikt: TK 29284-23; Kader Integraal Indiceren (november 2006); Slotrapportage. Implementeren kader integraal indiceren: september 2007 – februari 2009 (Partners in Jeugdbeleid, maart 2009).

de indicerende partijen in het veld gestimuleerd zouden worden om op regionaal niveau tot afstemming en samenwerking te komen.

Beleidsbeslissing en doelstellingen

In het kader van Operatie JONG werden tussen september 2005 en september 2006 de eerste ervaringen opgedaan met integrale indicaties voor speciaal onderwijs, jeugdzorg en AWBZ-zorg. Op basis van de praktijkervaringen in 7 pilots is toen het Kader Integraal Indiceren ontwikkeld. Het kader dient als werkwijze voor uitvoeringsorganisaties (CIZ, BJJ en speciaal onderwijs) in het geval een kind voor meerdere indicaties in aanmerking komt. In het kader staat dat de indicatieorganen afspraken moeten maken over zeven thema's: signalering van gecombineerde zorgvragen, invulling rol trajectbegeleider, informatie-uitwisseling, consultatie, bevorderen van een samenhangend aanbod, kennismanagement en kwaliteitsborging.

Het is ingestoken als een laagdrempelige maatregel. Het kader bevat geen uitgewerkte instructies of voorbeelden van hoe de samenwerking vormgegeven zou kunnen worden. Het eigen inzicht en initiatief van veldpartijen is leidend, onder meer omdat de werkpraktijk tussen en binnen de indicatieorganen dermate van elkaar verschilt dat geen uniforme richtlijnen of handreikingen te formuleren zijn.

Het kader integraal indiceren moest leiden tot een brede toepassing van meer integrale indicatiestelling in de drie sectoren. Dit zou winst opleveren voor ouders en kinderen in termen van vermindering van administratieve lasten, kortere doorlooptijden en het meer integraal in beeld brengen van de zorgbehoefte (wat de basis vormt voor een meer integraal zorgaanbod). Voor de organisaties die te maken hadden met indiceren zou het kansen creëren voor efficiencywinst.

Informatie waarop de ontwikkeling van het kader is gebaseerd, zijn onderzoek naar veel voorkomende combinaties van zorg- en onderwijsindicaties, modellen en afspraken die ontwikkeld zijn vanuit de praktijk in enkele regio's waar indicatieorganen van speciaal onderwijs, jeugdzorg en AWBZ-zorg samenwerken en de resultaten van pilots in enkele regio's in het land.

Bijzonderheden gedurende implementatie

Om de implementatie te stimuleren is tevens een implementatietraject uitgezet. Belangrijke onderdelen hiervan vormden het samenbrengen van betrokken partijen in projectgroepen en ontwikkelteams, het organiseren van startbijeenkomsten en het gezamenlijk opstellen van stappenplannen. Ook werd er een toolkit met handreikingen ontwikkeld.

De indicatieorganen waren zelf verantwoordelijk voor de implementatie en uitvoering van het kader, waarbij ervoor gekozen is om geen van de partijen als primair verantwoordelijke aan te wijzen. Ook waren er geen sanctiemaatregelen wanneer indicatieorganen de samenwerking niet aan (willen) gaan. Dit leidde ertoe dat in veel gevallen niemand de regionale projectleiding op zich nam. Uiteindelijk is door de provincies externe projectleiding gefinancierd. Eind 2008 bleek dat nog in geen enkele provincie/stadsregio alle afspraken provinciebreed in de praktijk werden gebracht, en daarom is per provincies/stadsregio ook voor 2009 een projectleider aangesteld om verdere implementatie en verspreiding van de gemaakte afspraken te begeleiden.

Rollen en taken betrokken partijen

Het kader integraal indiceren is het resultaat van het thema Harmonisering indicatiestellingen. Dit thema is uitgevoerd als onderdeel van Operatie JONG, onder verantwoordelijkheid

van de Ministeries van VWS en OCW. Deze ministeries hebben regelmatig overlegd met de landelijke kernspelers IPO, MO-groep Jeugdzorg, MEE, LCTI, WEC-raad, CIZ en ZN om draagvlak te creëren voor het kader. Deze partijen hebben begin 2007 aangegeven het ingezette proces van integraal indiceren te ondersteunen. Op initiatief van de Ministeries van OCW en VWS is in 2007 het kader integraal indiceren ontwikkeld. De Ministeries van Jeugd&Gezin, OCW, VWS en het IPO verstrekten in september 2007 aan Partners in Jeugd-beleid de opdracht om het kader landelijk te implementeren.

3.3.5 Relatie tussen beleidsproblemen, beleidsbeslissingen en doelstellingen

Op grond van de ontwikkelingen zoals beschreven in de vorige paragrafen is de onderstaande tabel opgesteld. Deze tabel geeft de relatie weer zoals we die gevonden hebben tussen het beleidsprobleem, de oorzaken hiervan, de doelstellingen die aan de hand daarvan geformuleerd zijn en de beleidsmaatregelen die zijn genomen om de doelstellingen te behalen.

Oorzaken	Beleidsprobleem	Doelstelling(en)	Beleidsmaatregel
<ul style="list-style-type: none"> - Elke jeugdzorg voorziening beschikt over eigen toegang, sturing en financiering 	<ul style="list-style-type: none"> - Ongelijksoortige indicatiestelling - Aanbodsturing - Geen transparantie over aard en kwaliteit van zorg - met problemen op grensvlak tussen wal en schip - Onvoldoende sturing op adequaat totaalaanbod 	<ul style="list-style-type: none"> - Onafhankelijke, objectieve, uniforme en integrale beoordeling - Vraagsturing - Samenhangend zorgaanbod - Afstemming tussen domeinen 	<ul style="list-style-type: none"> - Invoering Wet op de Jeugdzorg
<ul style="list-style-type: none"> - Afgifte van globale indicatiebesluiten door BJZ - Grote toegang via huisartsen tot jeugd-ggz - Geen afstemming en terugkoppeling tussen BJZ en jeugd-ggz 	<ul style="list-style-type: none"> - Lange doorlooptijden - Geen koppeling tussen besluit en behandelplan - Geen terugkoppeling van vervolggegevens naar BJZ 	<ul style="list-style-type: none"> - Kwalitatief goede indicatiestelling met duiding van problematiek - Uitwisseling van informatie tussen BJZ en jeugd-ggz 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatieprotocol jeugdigen met ggz-problematiek
<ul style="list-style-type: none"> - Indicatieprotocol biedt onvoldoende houvast voor diagnose van psychiatrische aandoening - Geen protocollering van werkwijze - Onvoldoende differentiatie in procedures 	<ul style="list-style-type: none"> - Grote verschillen in kwaliteit en inhoud van de indicaties - Lange doorlooptijden - Indicaties zijn onvoldoende bruikbaar voor zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik van uniforme inhoudelijke criteria - Eenduidig gebruik van diagnostische instrumenten 	<ul style="list-style-type: none"> - Handboek indicatiestelling BJZ
<ul style="list-style-type: none"> - Grote overlap in doelgroepen en beoordelingscriteria tussen speciaal onderwijs, CIZ en BJZ - Verschillende eisen t.a.v. de indicatiestelling 	<ul style="list-style-type: none"> - Inefficiëntie in de indicatiestelling door het meerdere malen doorlopen van vergelijkbare indicatieprocessen - Administratieve belasting voor de cliënt (kind & ouders) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermindering van administratieve belasting en doorlooptijd - Meer integrale vraagverheldering - Efficiencywinst 	<ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkeling en implementatie kader integraal indiceren

Bij de indicatie door de Bureaus Jeugdzorg is de relatie tussen de beleidsdoelstellingen, beleidsproblemen en beleidsmaatregelen niet altijd volledig consistent. Zo zorgt invoering van de Wet op de Jeugdzorg er weliswaar voor dat de toegang tot de verschillende jeugdzorgvoorzieningen gebundeld wordt, maar de pluriforme aansturing en financiering blijft bestaan. Dat is opvallend aangezien dit als één van de belangrijkste oorzaken van de beleidsproblemen werd gezien. Daarnaast blijft de mogelijkheid tot toegang via de huisarts bestaan, waarmee de toegang niet volledig gebundeld wordt. Ten slotte zijn de Bureaus Jeugdzorg vanuit de wet relatief vrij om hun eigen werkwijze te bepalen terwijl één van de doelstellingen was om een meer objectieve en uniforme toegang te realiseren. Ditzelfde zien we terug bij de maatregel om een indicatieprotocol in te stellen: de grote toestroom van cliënten via de huisarts is één van de oorzaken van de beleidsproblemen maar wordt door de beleidsmaatregel niet weggenomen of verminderd. Daarnaast is het protocol gericht op de Bureaus Jeugdzorg terwijl een deel van het probleem bij de zorgaanbieders ligt (zij koppelen onvoldoende informatie terug aan de Bureaus Jeugdzorg). In hoofdstuk 5 gaan we nader in op de mate waarin de ingezette beleidsmaatregelen invloed hebben gehad op de geformuleerde beleidsdoelstellingen.

3.4 Ontwikkelingen in AWBZ zorgaanspraken

In dit hoofdstuk zijn de beleidsbeslissingen besproken die primair betrekking hadden op de indicatiestelling. In de bestudeerde periode zijn echter ook diverse beleidsbeslissingen genomen die weliswaar niet het indicatiestellingsbeleid betreffen, maar hier wel een invloed op hebben gehad. Het gaat hier om maatregelen die invloed hebben op de reikwijdte van de AWBZ, ofwel de zorgaanspraken:

- Invoering Wet Maatschappelijke Ondersteuning – 1 januari 2007
- Overheveling van de op genezing gerichte ggz vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet – 1 januari 2008
- Schrappen van de psychosociale en somatische grondslag voor de functie ondersteunende begeleiding algemeen (OB-alg) – 1 januari 2008

Hierna worden deze drie maatregelen kort omschreven.

3.4.1 Invoering Wet Maatschappelijke Ondersteuning (1 januari 2007)

Vanaf 2004 heeft het Ministerie van VWS voorbereidingen getroffen voor de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), die uiteindelijk op 1 januari 2007 is ingevoerd. Met de invoering van deze wet beoogde het ministerie een duidelijkere scheiding aan te brengen tussen enerzijds de zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is, en anderzijds de ondersteuning van burgers die in bepaalde situaties niet goed in staat zijn om zelf (of samen met anderen) oplossingen te realiseren voor minder zware ondersteuningsbehoeften. Ook beoogde het ministerie te komen tot een goed samenhangend stelsel van ondersteuning, dichtbij de burger georganiseerd en aangeboden, dat aansluit bij de éénloket-gedachte. Hiermee zou ten slotte ook de financiële houdbaarheid van – en daarmee de solidariteit met – de langdurige zorg vergroot worden. Deze doelstellingen zouden onder meer worden bereikt door het uit de AWBZ schrappen van de op ondersteuning gericht

aanspraken voor mensen die niet voor verblijf geïndiceerd zijn. Het merendeel van deze aanspraken zou onderdeel worden van de Wmo, zo ook de huishoudelijke verzorging. Dit betekent dat na de overheveling, cliënten niet langer aanspraak kunnen maken op huishoudelijke verzorging, en dat het CIZ niet langer verantwoordelijk is voor het indiceren van huishoudelijke verzorging.

De Wmo bepaalt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het ondersteunen van burgers bij hun maatschappelijke participatie. Er zijn negen prestatievelden geformuleerd waarop gemeenten moeten aangeven welk beleid zij gaan voeren. De Wmo is een kaderwet, die gemeenten een grote mate van beleidsvrijheid biedt. Het uitgangspunt van de Wmo is horizontale verantwoording: de gemeenten leggen over hun beleid en de uitvoering hiervan verantwoording af aan hun eigen burgers en gemeenteraad. Wel bevat de Wmo een compensatieplicht: de gemeente is gehouden om voorzieningen te treffen voor mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem, een psychosociaal probleem en voor mantelzorgers. Deze voorzieningen dienen hun beperkingen in zelfredzaamheid te compenseren en hen in staat te stellen een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.

Hoewel de overheveling op lokaal niveau tot meer samenhang leidt, betekent het voor bepaalde cliëntgroepen een extra knip in hun zorgvoorzieningen. Zij moeten naar twee verschillende loketten (CIZ en Wmo-loket) voor het aanvragen van de benodigde ondersteuning.

3.4.2 Overheveling van de op genezing gerichte ggz vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (1 januari 2008)

Naast het invoeren van de Wmo was ook de overheveling van de op genezing gerichte ggz van de AWBZ naar de Zvw één van de maatregelen waarmee de staatssecretaris een scherpere scheiding wilde aanbrengen tussen lichtere, kortdurende vormen van zorg en zware chronische zorg. Andere doelstellingen van deze maatregel waren het creëren van meer samenhang binnen de curatieve zorg, door het verdwijnen van het bestaande financiële schot tussen verschillende onderdelen van curatieve zorg en het creëren van meer samenhang binnen de zorg in de AWBZ (door deze toe te spitsen op langdurige zware zorg). Onder curatieve zorg wordt verstaan alle vormen van extramurale, op genezing gerichte zorg en intramurale zorg als deze korter duurt dan één jaar. De intra- en extramurale ggz die niet op genezing gericht is, blijft in de AWBZ (evenals de op genezing gerichte intramurale ggz langer dan één jaar).

De formeel-juridische overheveling is per 1 januari 2006 doorgevoerd, maar in eerste instantie werd een bedrag uit het zorgverzekeringsfonds overgeheveld naar de AWBZ ter dekking van de ggz. Tot twee keer toe is de daadwerkelijke overheveling uitgesteld; deze is uiteindelijk per 1 januari 2008 gerealiseerd (gelijktijdig met de invoering van de DBC-declaratie).

De overheveling van de curatieve ggz naar de Zorgverzekeringswet betekent dat het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg niet meer voor deze zorgvormen geen toegangspoort meer zijn. Op basis van het verzekeringspakket van de cliënt bepaalt de zorgverzekeraar of hij de kosten voor psychische zorg vergoedt. In de praktijk betekent dit dat de indicatiestellers eerst moeten beoordelen in welke sector een cliënt thuishoort. Pas daarna kan de eigenlijke indicatiestelling starten (indien de cliënt binnen de AWBZ geholpen moet worden).

3.4.3 Maatregelen psychosociale grondslag (1 januari 2008 en 1 januari 2009)

Uit het oogpunt van kostenbeheersing in de AWBZ is ervoor gekozen om de grondslag psychosociaal voor een aantal AWBZ-functies te schrappen. Daarbij is gekozen voor een gefaseerde invoering:

- De eerste maatregel is dat met ingang van 1 januari 2008 de psychosociale en somatische grondslag is geschrapt voor de functie ondersteunende begeleiding algemeen.
- De tweede maatregel is dat met ingang van 1 januari 2009 de grondslag psychosociaal ook is geschrapt voor de functies ondersteunende begeleiding dagbesteding en persoonlijke verzorging.

Het verwachte gevolg van de maatregel was dat mensen met psychosociale problemen vaker een beroep zouden doen op voorzieningen die op grond van de Wmo door gemeenten worden gefinancierd. Het overwegende deel van deze mensen zou behoren tot de doelgroep van instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. De staatssecretaris heeft het bedrag dat door het schrappen van de grondslag vrijkwam, overgeheveld naar de gemeenten zodat zij zelf deze voorzieningen kunnen creëren. Een deel hiervan is beschikbaar voor de centrumgemeenten (regionale initiatiefnemers voor prestatievelden 7, 8 en 9) en een deel voor alle gemeenten.

Door het schrappen van de grondslag psychosociaal voor ondersteunende begeleiding en persoonlijke verzorging kunnen mensen vanuit de AWBZ geen aanspraak meer op deze functies maken. Het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg kunnen daardoor geen indicaties meer afgeven voor deze zorgfuncties aan mensen met deze grondslag.

4 Instrumenten en werkwijze indicatiestelling

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de instrumenten en de werkwijze van de indicatiestelling om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Deze instrumenten en werkwijze staan echter beschreven in tal van gedetailleerde documenten en protocollen. Wij beperken ons hier tot het schetsen van de ontwikkelingen op hoofdlijnen.

We gaan daarbij allereerst in op het wettelijk en beleidsmatig kader voor de indicatiestelling AWBZ en (de ontwikkeling van) de indicatieprocedure van het CIZ (4.2). Deze informatie is gebaseerd op documentanalyse en interviews met het Kenniscentrum en CIZ regio-managers. Daarna beschrijven we de werkwijze van CIZ indicatiestellers in de praktijk aan de hand van de fictieve casussen die door indicatiestellers zijn beoordeeld (4.3). In de beschrijving van de indicatieprocedure en de werkwijze van de indicatiestellers gaan we uit van de huidige praktijk¹.

In dit hoofdstuk beschrijven we verder de werkwijze van de Bureaus Jeugdzorg (4.4) en benoemen we de belangrijkste verschillen tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg wat betreft de ingezette instrumenten en de werkwijze bij de indicatiestelling voor de AWBZ.

4.2 Indicatieprocedure CIZ

In deze paragraaf beschrijven we het wettelijk en beleidsmatig kader van de indicatiestelling door het CIZ. Vervolgens beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen in de indicatieprocedure sinds de oprichting van het CIZ in 2005 en, op hoofdlijnen, de huidige procedure voor de AWBZ indicatiestelling door het CIZ.

4.2.1 Wettelijk en beleidsmatig kader indicatiestelling CIZ

Het Besluit Zorgaanspraken AWBZ beschrijft de zorg waarop aanspraak bestaat krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het Zorgindicatiebesluit (ZIB) regelt de toegang tot de AWBZ door middel van het instellen van indicatieorganen en het vaststellen van regels met betrekking tot hun werkerrein, samenstelling en werkwijze. In artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit is opgenomen dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de bevoegdheid heeft om beleidsregels te stellen over de wijze waarop het indicatieorgaan zijn activiteiten uitvoert. Deze beleidsregels zijn neergelegd in de regeling beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Het CIZ dient deze beleidsregels te hanteren bij het vaststellen van de aanvraag en de omvang van de aanspraak van een verzekerde op zorg vanuit de AWBZ.

¹ Dit is noodzakelijk, aangezien het (vrijwel) onmogelijk is indicatiestellers nu fictieve casussen te laten beoordelen op basis van de situatie aan het einde van de onderzoeksperiode, bijna twee jaar geleden.

4.2.2 Ontwikkeling van de indicatieprocedure op hoofdlijnen

Van RIO's naar CIZ

In de periode 2003 tot 2005 bestonden er circa 80 RIO's, die onderling verschilden in de indicatieprocedure en de instrumenten die zij hanteerden. Na de oprichting van het CIZ in 2005 was er sprake van een even groot aantal 'teams' die gewerkt hadden onder leiding van de verschillende gemeenten. Bij deze start van het CIZ was er geen beschikking over gezamenlijk gehanteerde instrumenten waar indicatiestellers zich naar konden richten in hun werkzaamheden. Er was in deze periode geen sprake van een uniforme werkwijze. De weg naar standaardisatie werd gecompliceerd door de lopende contracten die gemeenten hadden met onder meer zorgaanbieders. Bij de overgang van RIO's naar CIZ heeft het CIZ de bestaande contracten overgenomen. Het CIZ is nog lange tijd 'belast' geweest met deze oude maar nog steeds geldende contracten tussen gemeenten en zorgaanbieders. Zo dienden bijvoorbeeld juridische afspraken dat aanbieders direct opname in een verpleeg- of verzorgingshuis konden bewerkstellingen en achteraf een indicatie aanvragen contractueel nog lang te worden opgevolgd. In nog niet alle CIZ regio's zijn de afspraken uit deze periode inmiddels beëindigd.

Beginperiode CIZ: Referentiewerkproces, SIP's, Protocol Gebruikelijke Zorg

In de beginjaren van het CIZ werden bij de indicatiestelling vaak instrumenten uit de handelpraktijk gebruikt, zoals een screeningsinstrument voor cognitieve beperkingen. De gebruikte instrumenten verschilden zoals gezegd tussen de CIZ locaties. In deze beginperiode is sterk ingezet op de ontwikkeling van instrumenten die moesten bijdragen aan de uniformering en protocollering van de indicatieprocedure. Vanaf 2004 is door het oprichtingsbestuur van het CIZ gewerkt aan het vormgeven van een uniform indicatiestellingsproces voor alle CIZ locaties, het Referentiewerkproces. Bij de ontwikkeling hiervan is deels voortgebouwd op het eerder genoemde project 'Robuuste RIO's'. Bij de start van het CIZ was het Referentiewerkproces echter nog niet klaar om geïmplementeerd te worden. Het Referentiewerkproces is vervolgens verder ontwikkeld, mede op basis van de best practices van de verschillende CIZ locaties. Het Referentiewerkproces is vanaf het derde kwartaal 2005 tot het derde kwartaal 2006 in de CIZ regio's gefaseerd geïmplementeerd.¹

Vanaf 2005 zijn de standaardindicatieprotocollen (SIP's) ingevoerd waarmee zorgaanbieders op eenvoudige wijze een indicatiestelling voor cliënten kunnen aanvragen.

Ook is in april 2005 het Protocol Gebruikelijke Zorg (GZ) ingevoerd. Dit protocol verving het 'Werkdocument Gebruikelijke Zorg' uit de tijd van de RIO's. Bij het opstellen van het Protocol Gebruikelijke Zorg is de beschikbare jurisprudentie en adviezen van het CVZ over indicatiegeschillen aangaande gebruikelijke zorg meegenomen. In het Protocol GZ is het begrip gebruikelijke zorg nader uitgewerkt en zijn richtlijnen opgenomen over het bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een aanspraak op zorg vanuit de AWBZ.

Uitrol van één softwaresysteem

Een praktisch maar belangrijk aspect bij de uniformering van het primaire proces was de keuze voor één softwaresysteem (GINO) voor alle CIZ locaties. Hierdoor kunnen gegevens

¹ Stand van zaken brief over CIZ en voorwaarden zbo-status. DBO-CB-U-2682921. Juni 2006.

tussen locaties eenvoudig worden uitgewisseld. Het gebruik van dit softwaresysteem is vanaf 2006 uitgerold over de CIZ locaties. Vanaf juli 2007 werken alle CIZ locaties met GINO.

Project Uniformering Primair Proces (UPP)

In 2009 is gestart met het project Uniformering Primair Proces (UPP). Het doel van dit project was om de werkzaamheden binnen het CIZ verder te uniformeren en te automatiseren, zodat uiteindelijk dezelfde werkzaamheden door alle medewerkers op alle locaties hetzelfde worden uitgevoerd.¹ Hiervoor zijn vanuit de CIZ locaties 'best practices' in beeld gebracht voor de kernwerkzaamheden van het CIZ. Hierbij ging het onder meer om het verzamelen van cliëntgegevens, het plannen van indicatieaanvragen en het afhandelen van bezwaren. Op basis van de 'best practices' worden aanpassingen in het primair proces ontwikkeld die moeten leiden tot onder andere meer uniformiteit en efficiëntie.

Het voorlopige eindresultaat van de uniformering en protocollering van de indicatieprocedure is vastgelegd in de CIZ Indicatiewijzer die begin 2009 is gepubliceerd. De mate waarin de uniformering van de indicatiestelling gevorderd is wordt besproken in paragraaf 5.3.1.

4.2.3 Huidige indicatieprocedure op hoofdlijnen²

De indicatieaanvraag

Ongeveer driekwart van de aanvragen om AWBZ-zorg betreft een cliënt die reeds bij de organisatie bekend is, zo stelt het CIZ. In 2008 betrof 18% van de afgegeven positieve indicatiebesluiten een voor het CIZ nieuwe cliënt.³

Een beperkt deel van de indicaties wordt aangevraagd door de cliënt zelf of door iemand uit zijn/haar omgeving. Het CIZ ziet dat zo'n driekwart van de aanvragen door de zorgaanbieder wordt aangevraagd, namens de cliënt.

Een aanvraag kan schriftelijk of telefonisch worden ingediend. Het indienen van een telefonische aanvraag wordt door het CIZ niet gestimuleerd omdat bij de aanvraag de handtekening van de cliënt benodigd is. Vanaf 1 januari 2010 is het voor cliënten (of hun familie of contactpersoon) mogelijk om via internet een aanvraag in te dienen. Voor zorgaanbieders bestond deze mogelijkheid al. Sinds april 2010 kunnen cliënten hun digitale aanvraag ondertekenen met DigiD. In 2009 werd ruim 65% van alle indicatieaanvragen via internet ingediend.⁴

Screenen en plannen door het frontoffice

Indicaties komen binnen bij het frontoffice. Hier wordt een eerste beoordeling uitgevoerd en wordt bepaald of de aanvraag direct administratief kan worden afgehandeld of dat deze moet worden ingepland bij een indicatiesteller. Het inplannen van de aanvraag gebeurt bij een indicatiesteller die kennis heeft over de doelgroep waar de cliënt toe behoort, aldus het

¹ CIZ jaarverslag 2009.

² De CIZ Indicatiewijzer bevat een uitgebreide beschrijving van de indicatiestelling door het CIZ.

³ CIZ Trendrapportage Landelijke indicatiestelling AWBZ 2009.

⁴ CIZ. Factsheet Indicaties aanvragen via www.ciz.nl. Mei 2010.

CIZ. CIZ indicatiestellers hebben een Hbo-opleiding gevolgd in de richting gezondheidszorg. Daarnaast benadrukt het CIZ dat de indicatiestellers beschikken over werkervaring in de gezondheidszorg in de richting van de doelgroep(en) waarvoor zij indiceren.

Verschillende afhandeltrajecten voor verschillende situaties

Aanvragen die door een zorgaanbieder zijn aangevraagd via een standaardindicatieprotocol (SIP) worden administratief afgehandeld en achteraf via een aselecte steekproef getoetst. In 2008 betrof 19% van de positieve indicatiebesluiten een SIP.¹

Daarnaast hanteert het CIZ verschillende afhandeltrajecten (procedures) voor verschillende type aanvragen die niet via een SIP zijn ingediend.

- Directe procedure: geprotocolleerde administratieve afhandeling van de indicatieaanvraag op basis van de beschikbare gegevens. De aanvraag wordt niet beoordeeld door een indicatiesteller.
- Verkorte procedure: beoordeling van de aanvraag door een indicatiesteller op basis van dossieronderzoek en/of telefonisch onderzoek. Hierbij wordt niet persoonlijk gesproken met de cliënt.
- Standaard procedure: voor de beoordeling van de aanvraag door een indicatiesteller wordt gesproken met de cliënt middels een huisbezoek of spreekuurgesprek.
- Uitgebreide procedure: voor beoordeling van de casus wordt aanvullende medische informatie aangevraagd bij de behandelaar en/of wordt binnen het CIZ door een multidisciplinair team overlegd. De procedure wordt ingezet voor complexe aanvragen en/of aanvragen die een grote claim leggen op de AWBZ.

In 2009 was de verhouding van de afhandeltrajecten over de gerealiseerde indicaties als volgt²:

- Directe procedure: 34,0%
- Verkorte procedure: 53,2%
- Standaard procedure: 3,4%
- Uitgebreide procedure: 9,3%

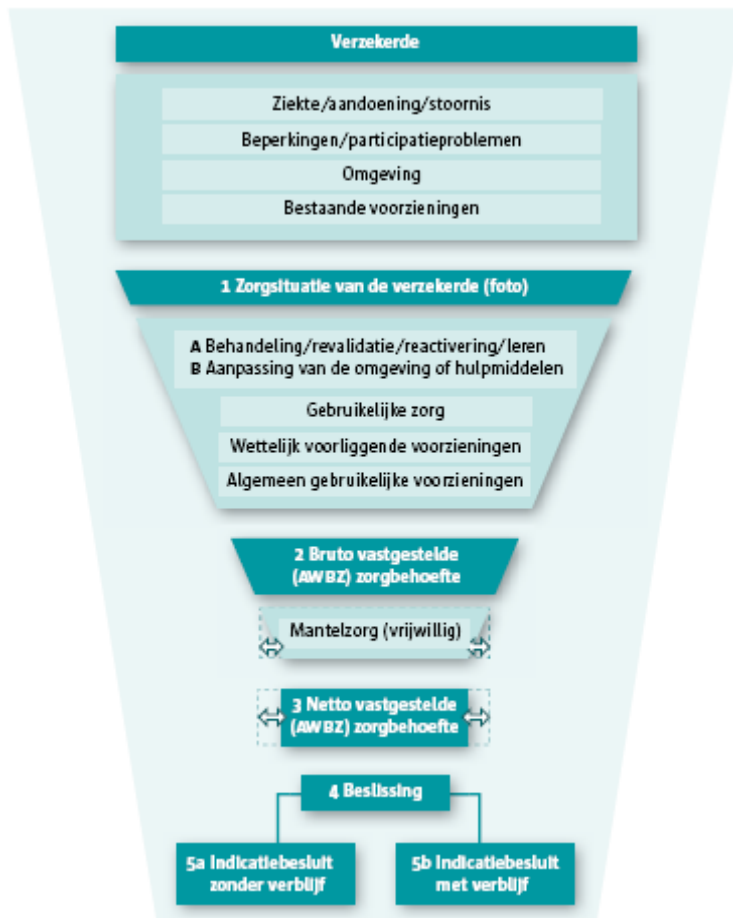
Afwegingskader voor de beoordeling van de aanspraak

Het CIZ hanteert voor het bepalen van de te indiceren zorg een afwegingskader: het trechtermodel. Hierbij worden achtereenvolgens de beperkingen van de cliënt, de zorgsituatie van de cliënt, de bruto vastgestelde zorgbehoefte, de netto vastgestelde zorgbehoefte en de noodzaak voor een indicatie met of zonder Verblijf in kaart gebracht.

¹ CIZ Trendrapportage Landelijke indicatiestelling AWBZ 2008.

² Cijfers aangeleverd door het CIZ.

Figuur 4.1 Trechtermodel van het CIZ voor het bepalen van de te indiceren zorg¹



1. de zorgsituatie van de cliënt ('foto')

Voorwaarde voor het afgeven van een AWBZ-indicatie is dat de cliënt één of meerdere grondslagen heeft. De grondslagen die aanspraak geven op de AWBZ zijn vastgelegd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het CIZ gebruikt voor de indicatie een formulierenset die gebaseerd is op:

- a. de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),
- b. de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) voor het bepalen van ziektes en aandoeningen,
- c. de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

¹ Bron: CIZ Indicatiewijzer versie 3.0.

De stoornissen, beperkingen en participatieproblemen van de cliënt worden gescoord op een vierpuntsschaal (0 tot en met 3) van licht naar zwaar. Hiernaast wordt de omgeving van de cliënt in kaart gebracht op die aspecten:

- de aard en de omvang van de zorg die wordt geleverd in de vorm van gebruikelijke zorg en mantelzorg
- de gezondheid, belasting en toekomstige zorgmogelijkheden van de gebruikelijke zorg en de eventuele mantelzorg;
- de huidige woonsituatie van de cliënt, woonproblemen en eventuele verhuiswens.

De bovenstaande stappen leiden tot het vaststellen van de zorgsituatie van de cliënt ('foto') met daarbij ten minste één grondslag (voorwaarde voor aanspraak AWBZ), zichtbaar gemaakte scores op de onderzochte stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

2. Bruto vastgestelde (AWBZ) zorgbehoefte

Vervolgens brengt het CIZ in kaart aan welk deel van de zorgbehoefte van de cliënt tegemoet gekomen kan worden door middel van:

- adequate reeds gebruikte of nieuwe oplossingen via behandeling (al dan niet uit de AWBZ), revalidatie, reactivering en/of leren;
- gebruikelijke zorg (door partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten);
- wettelijk voorliggende voorzieningen (zoals de Zorgverzekeringswet);
- algemeen gebruikelijke voorzieningen (zoals een boodschappendienst).

De zorgbehoefte die overblijft, is de bruto vastgestelde (AWBZ) zorgbehoefte. Met behulp van de formulierenset wordt door de indicatiesteller vastgesteld wat de aard, de omvang, de geldigheidsduur en de leveringsvoorwaarden van de benodigde zorg zijn.

De leveringsvoorwaarde(n) is een advies aan het zorgkantoor (en via deze weg aan de zorgaanbieder) over de manier waarop de zorgverlening plaats zou moeten vinden. Hierbij wordt gekeken naar twee aspecten: de mate van planbaarheid van de zorg voor de cliënt en de benodigde nabijheid van de zorgverlener ten opzichte van de cliënt. De combinatie van deze twee aspecten leidt tot omschrijving van vijf verschillende leveringsvoorwaarden (A, B1, B2, C en D) die een oplopende 'zwaarte' vertegenwoordigen. Bij leveringsvoorwaarde A wordt geadviseerd zorg te verlenen op tijden die vooraf zijn gepland en afgesproken met de cliënt. Bij leveringsvoorwaarde D wordt de aanwezigheid van een zorgverlener 24 uur per dag dichtbij de cliënt geadviseerd, om gevaar voor de cliënt te voorkomen.

De leveringsvoorwaarde(n) voor zorg die tijdens het indicatieproces in beeld worden gebracht, behoren niet tot het indicatiebesluit. Hiertegen is dan ook geen bezwaar en beroep mogelijk.

3. Netto vastgestelde (AWBZ) zorgbehoefte

Het CIZ brengt vervolgens in beeld wat het compenserende vermogen is van de mantelzorg die de cliënt ontvangt. De netto zorgbehoefte van de cliënt is de bruto zorgbehoefte met aftrek van de aanwezige mantelzorg. De cliënt krijgt een AWBZ-indicatie op basis van zijn/haar netto zorgbehoefte. Mantelzorg gebeurt op basis van vrijwilligheid.

4. Beslissing AWBZ-zorg met of zonder verblijf

Er bestaat aanspraak op AWBZ-zorg met Verblijf wanneer de zorg die de cliënt nodig heeft 'noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht'. De leveringsvoorwaarde voor de zorg is reeds vastgesteld in stap 2.

5. Indicatiebesluit

Op basis van de vastgestelde netto zorgbehoefte van de cliënt neemt de indicatiesteller een besluit over de AWBZ-zorg waar de cliënt aanspraak op kan maken. Het indicatiebesluit bevat, op grond van het Zorgindicatiebesluit, de grondslag(en), de functie(s), de omvang en de geldigheidsduur van de indicatie. Hiernaast worden de leveringsvoorwaarde geregistreerd. Voor cliënten met een intramurale indicatie geeft het CIZ sinds 1 juli 2007 AWBZ-indicaties af in de vorm van een ZorgZwaartePakket (ZZP).

Het indicatiebesluit is een besluit waartegen bezwaar en beroep mogelijk is op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Het CIZ signaleert dat iedere beleidswijziging die zich in de afgelopen periode heeft voorgedaan, heeft geleid tot een (tijdelijke) toename in het aantal ingediende bezwaren.

4.3 Werkwijze van de indicatiesteller CIZ in de praktijk

4.3.1 Inleiding

In dit onderzoek zijn zes fictieve casussen van cliënten met diverse beperkingen en hulpvragen voorgelegd aan tien indicatiestellers van verschillende CIZ-locaties. De indicatiestellers hebben hun werkwijze bij het beoordelen van deze aanvragen vastgelegd in een beoordelingsformat dat voor dit onderzoek is ontwikkeld. Op basis van de ingevulde beoordelingsformats bespreken we in deze paragraaf per stap in het indicatieproces de werkwijze van de responderende indicatiestellers, eventuele opvallende verschillen hierin en de motivatie voor deze verschillen.¹

4.3.2 Ontvangst van de aanvraag en in behandeling nemen

Indicatieaanvragen worden door medewerkers in het front/backoffice van de CIZ locatie ingepland bij de indicatiesteller. Op het moment dat de indicatiesteller de aanvraag voor de eerste keer bekijkt, controleert hij of er op basis van de ingevulde ziekte(n), aandoeningen en beperkingen een grondslag bestaat voor AWBZ-zorg, of het aanvraagformulier volledig is ingevuld en is ondertekend.² Een klein deel van de betrokken indicatiestellers meldt expli-

¹ Het gebruik van fictieve casussen leidt ertoe dat de indicatiestellers bij de beoordeling niet in staat waren aanvullende informatie op te vragen, wat in de praktijk vaak wel mogelijk is. Aan de indicatiestellers is gevraagd indien zij aannames hebben gedaan om de beoordeling van de casus te voltooien, deze aannames in het beoordelingsformulier aan te geven. Verschillen in gedane aannames tussen indicatiestellers leiden ertoe dat de (fictieve) indicatiebesluiten voor dezelfde casus niet zondermeer met elkaar vergeleken kunnen worden.

² Indicatieestellers zijn zowel mannen als vrouwen. Voor de leesbaarheid wordt in paragraaf de aanduiding 'hij' gebruikt voor alle indicatiestellers.

ciet dat hij controleert of hij beschikt over de juiste expertise voor het behandelen van deze aanvraag. Indien niet aan de bovenstaande criteria wordt voldaan, stuurt de indicatiesteller de aanvraag terug naar de planner. In de praktijk is de aanvraag op deze criteria al getoetst door de front/backofficemedewerkers.

Indicatiestellers verschillen in hoe uitgebreid zij de indicatieaanvraag bekijken voordat zij beginnen aan de inhoudelijke afweging. De meerderheid van de responderende indicatiestellers screent de indicatieaanvraag alvast inhoudelijk om voor zichzelf een beeld te krijgen van de situatie van de cliënt (aanwezige grondslag(en)), aandoeningen, beperkingen en in mindere mate de zorgvraag). Ongeveer de helft van deze indicatiestellers bekijkt op dit moment al of er schriftelijk aanvullende informatie moet worden opgevraagd of telefonische interviews moeten worden gepland. Hiermee zeggen de indicatiestellers te proberen een vlotte afhandeling van de aanvraag te bevorderen.

Eén van de fictieve casussen betrof een eerste aanvraag voor verblijf. Eén van de acht indicatiestellers die deze casus hebben beoordeeld, meldde te controleren of cliënt akkoord gaat met een verblijfsindicatie.

De doorlooptijd van de stap van ontvangst van de aanvraag tot aan de start van de inhoudelijke beoordeling varieert tussen deze indicatiestellers van 5 tot 15 minuten.

4.3.3 In kaart brengen situatie van de verzekerde

Bekijken van de aanvraag en aantekeningen maken

Indicatiestellers verschillen in de manier waarop zij de aanvraag benaderen. Ruim de helft van de responderende indicatiestellers leest de aanvraag eerst helemaal door. De andere indicatiestellers filteren eerst informatie uit de aanvraag waarbij met name wordt gelet op de bestaande beperkingen. Uitzondering hierop is de casus van een kind met complexe problematiek. Deze wordt door alle indicatiestellers eerst helemaal doorgelezen.

Bijna alle betrokken indicatiestellers maken bij het lezen voor zichzelf aantekeningen. Dit doen zij veelal op papier (op de uitgeprinte aanvraag of soms op een kladblok) en een enkele indicatiesteller in GINO. Indicatiestellers maken vooral aantekeningen om de aanvraag voor zichzelf te structureren en om vragen die bij hen naar boven komen bij het lezen van de aanvraag vast te leggen. Veel betrokken indicatiestellers melden dat ze de aantekeningen later gebruiken als hulpmiddel voor zichzelf bij het telefonisch opvragen van aanvullende informatie.

Relevante informatie voor het vaststellen van de situatie cliënt

De responderende indicatiestellers zijn voor alle casussen grotendeels eensgezind over de vraag of er relevante informatie ontbreekt om de situatie van de cliënt in kaart te brengen. Hierbij speelt mee dat een deel van de indicatiestellers als aanname heeft dat recente medische informatie en/of een behandelplan bij de aanvraag reeds is meegestuurd. Indicatiestellers die hier niet van uitgaan, vragen alsnog deze gegevens alsnog op. Een beperkt deel van de indicatiestellers verzamelt op dit moment in het indicatieproces reeds informatie over de eventueel aanwezige mantelzorg.

Er is bij enkele casussen variatie zichtbaar in de breedte waarin indicatiestellers aanvullende informatie opvragen, met name of naast de medische gegevens ook informatie wordt ingewonnen over de thuissituatie van de cliënt en de ondersteuning die de cliënt hier krijgt ('Hoe gaat het huishouden?' 'Is er hulp bij de administratie/regelingen?').

Bij de beoordeling van de casussen komen de betrokken indicatiestellers op basis van de beschikbare gegevens tot eensluidende conclusies ten aanzien van de omgeving en de voorzieningen die al worden gebruikt.

De conclusies over de situatie van de cliënt worden vastgelegd in GINO, de indicatiestellers verwijzen hierbij naar dezelfde velden in dit softwaresysteem.

Ingezette instrumenten

Aan de deelnemende indicatiestellers is gevraagd welke instrumenten zij gebruiken om de situatie van de cliënt in kaart te brengen. Hierbij wordt in wisselende combinaties het trechtermodel, GINO en de Indicatiewijzer genoemd. Het trechtermodel is opgenomen in de Indicatiewijzer en verwerkt in GINO. De indicatiestellers baseren zich daarmee op hetzelfde afwegingskader.

Doorlooptijd van deze stap

De doorlooptijd van deze stap varieert tussen casussen en ook binnen casussen. Dit laatste wordt mede veroorzaakt doordat de indicatiestellers andere aannames maken over het wel of niet reeds aangeleverd zijn van medische gegevens en/of een behandelplan.

4.3.4 In kaart brengen oplossingen anders dan AWBZ-zorg

Bij het in kaart brengen van mogelijke oplossingen voor de hulpvraag van de cliënt, anders dan AWBZ-zorg, gaan de responderende indicatiestellers uit van de diagnose en de stoornissen en beperkingen die in de vorige stap in beeld zijn gebracht.

Mogelijkheden voor behandeling, revalidatie, reactiveren en leren

Om de mogelijkheden voor behandeling, revalidatie, reactiveren en leren voor de cliënt in kaart te brengen, stellen deze indicatiestellers zichzelf grotendeels dezelfde vragen:

- Is behandeling al maximaal benut?
- Is er sprake van een chronische/langdurige situatie?
- Wat is de leeftijd van de cliënt?
- Wat mag verwacht worden van de leerbaarheid van de cliënt?

Binnen alle casussen komen de responderende indicatiestellers tot overeenkomstige conclusies over de mogelijkheden van de cliënt voor behandeling, revalidatie, reactiveren en leren.

Informatiebronnen over wettelijk en algemeen gebruikelijke voorzieningen

Voor de bestaande wettelijke voorliggende voorzieningen raadplegen de indicatiestellers de CIZ Indicatiewijzer en, in mindere mate, de beleidsregels. Om inzicht te krijgen in het aanbod aan algemeen voorliggende voorzieningen in de omgeving van de cliënt raadplegen indicatiestellers verschillende bronnen. Hierbij worden met name de sociale kaart van de gemeente, internet en vragen stellen aan collega's genoemd.

Op basis van de informatie in de casussen komen de betrokken indicatiestellers tot dezelfde conclusies over de aanwezigheid van gebruikelijke zorg en de mogelijkheden voor aanpassing van de omgeving of hulpmiddelen, wettelijk voorliggende voorzieningen en algemeen gebruikelijke voorzieningen als alternatief voor AWBZ-zorg.

Naast deze conclusies noemt een klein deel van deze indicatiestellers mogelijkheden voor (voornamelijk welzijns-)voorzieningen die niet leiden tot verminderde inzet van AWBZ-zorg, maar die wel bevorderend kunnen zijn voor het welzijn van een cliënt (voorbeeld een maatjesproject). Het is niet duidelijk of deze informatie ook wordt gecommuniceerd richting de cliënt.

Conclusie ten aanzien van de bruto zorgbehoefte

Bij de afronding van deze stap stelt de indicatiesteller de bruto zorgbehoefte van de cliënt vast (de zorgbehoefte onder mantelzorg). De vastgestelde bruto zorgbehoefte zijn bij de betrokken indicatiestellers vrijwel gelijk wat betreft de vastgestelde grondslag. Bij één casus zijn zowel aandoeningen en beperkingen aanwezig die kunnen leiden tot een somatische grondslag, als aandoeningen en beperkingen die aanleiding geven voor een psychogeriatrische grondslag. Op basis van de gegeven informatie neigt een deel van de indicatiestellers meer naar een psychogeriatrische grondslag en een iets kleiner deel van de indicatiestellers naar een somatische grondslag. Alle indicatiestellers geven echter aan dat zij in de praktijk aanvullende medische informatie zouden opvragen bij de behandeld arts om de afweging voor de grondslag onderbouwd te kunnen maken.

Bij de casussen waar losse functies worden bepaald (en geen ZZP), zijn deze functies grotendeels eensluidend. Bij een casus van de GGZ cliënt wordt door twee indicatiestellers naast Begeleiding Individueel ook Begeleiding Groep weergegeven bij de bruto zorgbehoefte. In de beleidsregels AWBZ is opgenomen dat Begeleiding in groepsverband voorliggend is op Begeleiding individueel als hetzelfde doel wordt beoogd, behalve wanneer er medische contra-indicaties zijn voor Begeleiding in groepsverband. Op basis van de beschikbare informatie in de fictieve casusbeschrijving zijn de indicatiestellers tot verschillende conclusies gekomen ten aanzien van de mogelijkheden voor deze cliënt om deel te nemen aan Begeleiding in groepsverband.

In de klassen die bij de functies worden vermeld, is een variatie tussen de responderende indicatiestellers zichtbaar van één klasse en, in enkele gevallen, twee klassen. Deze variatie komt deels voort uit aannames over de casus die door de indicatiestellers worden gedaan en lijken deels het gevolg te zijn van verschillen in interpretaties van de gegevens in de casus. Op basis van de gegeven motivering van vastgestelde bruto zorgbehoefte wordt niet helder waardoor de verschillen in klasse precies worden bepaald.

Bij één van de casussen waar een ZZP wordt geïndiceerd varieert dit tussen een ZZPVG02 en een ZZPVG03.¹ Dit verschil komt voort uit een verschil in aannames over de beperkingen die de cliënt in het dagelijks leven ervaart als gevolg van zijn verstandelijke beperking. De responderende indicatiestellers gaan er vanuit dat in de praktijk een psychodiagnostisch onderzoek is toegevoegd aan de aanvraag of vragen dit zelf op bij de behandelaar.

¹ Indien een indicatie wordt gesteld voor intramurale zorg geeft het softwareprogramma GINO op basis van de ingevoerde gegevens een ZZP aan. Het CIZ merkt op dat indien de indicatiesteller afwijkt van dit ZZP, dit altijd wordt besproken in het multidisciplinair overleg (MDO).

De bruto zorgbehoefte wordt vastgelegd in GINO (B10).

Doorlooptijd van deze stap

De doorlooptijd van deze stap varieert binnen de casussen en de verschillende indicatiestellers van 5 tot 20 minuten.

4.3.5 In kaart brengen eventueel aanwezige mantelzorg

Moment waarop aanwezige mantelzorg in kaart wordt gebracht

Het in kaart brengen van de aanwezige mantelzorg is in het trechtermodel opgenomen als aparte stap in de afweging. In de praktijk brengt ongeveer de helft van de indicatiestellers de aanwezige mantelzorg al (voor een deel) in beeld bij het in kaart brengen van de situatie van de cliënt.

Afweging wel of geen gesprek met de mantelzorger

Of bij de indicatiestelling gesproken wordt met de mantelzorger zelf hangt volgens de betrokken indicatiestellers sterk af van de situatie. De meeste indicatiestellers doen dit alleen wanneer er onduidelijkheden of onvolledigheden in de beschikbare informatie zijn die de mantelzorger zou kunnen aanvullen. Dit kan volgens indicatiestellers met name het geval zijn wanneer de cliënt zijn of haar situatie niet goed kan inschatten of kan verwoorden (bijvoorbeeld als gevolg van cognitieve of communicatieproblemen).

Hiernaast kiezen bijna alle responderende indicatiestellers voor een gesprek met de mantelzorger zelf wanneer de beschikbare informatie in de aanvraag wijst op (dreigende) overbelasting van de mantelzorger. Een beperkt aantal indicatiestellers geeft er de voorkeur aan ook zonder directe signalen van overbelasting, een gesprek aan te gaan met de mantelzorger om de mate waarin hij of zij wordt belast goed in beeld te krijgen.

Vorm en inhoud van het gesprek met de mantelzorger

Het gesprek met de mantelzorger vindt bijna altijd telefonisch plaats, tenzij de mantelzorger al aanwezig is bij een huisbezoek, aldus de indicatiestellers. Opvallend zijn verschillen in opvatting tussen de betrokken indicatiestellers over het spreken met de mantelzorger in afwezigheid van de cliënt. Meerdere indicatiestellers regelen een apart telefoongesprek met de mantelzorg als de indicatiesteller in die specifieke situatie de indruk heeft dat de mantelzorger dan vrijer kan praten ('kan vertellen hoe de situatie echt is'). Een andere indicatiesteller vindt het niet correct om in afwezigheid van de cliënt over zijn/haar situatie te spreken met de mantelzorger.

Indien een gesprek met de mantelzorger plaatsvindt, vragen indicatiestellers naar de taken die de mantelzorger verricht, de momenten waarop de mantelzorger beschikbaar is, of de mantelzorg zich (over)belast voelt en of de mantelzorger in de toekomst deze hulp wil blijven bieden.

Criteria beoordelen draagkracht mantelzorger

Of er voldoende draagkracht aanwezig is bij de mantelzorgers wordt door de betrokken indicatiestellers voornamelijk bepaald door te kijken naar de aanwezigheid van fysieke en/of psychische problemen bij de mantelzorger, zoals vermoeidheid, slapeloosheid en/of neerslachtigheid. Daarnaast wordt door een beperkt deel van de betrokken indicatiesteller aan

de mantelzorger gevraagd of deze nog toekomt aan zijn of haar eigen werk/huishouden, en of er ruimte voor vrijetijdsbesteding.

Indicatiestellers benadrukken in het beoordelingsformat veelal dat mantelzorg vrijwillig is: een mantelzorger die de taken die hij/zij heeft overgenomen niet langer kan of wil uitvoeren is hiertoe niet verplicht. In dit geval moeten de taken die de mantelzorger verzorgde en onder de AWBZ vallen, door de AWBZ worden overgenomen.

Op basis van de fictieve casussen komen de responderende indicatiestellers tot grotendeels eensluidende conclusies over de inzetbaarheid van de aanwezige mantelzorg. Deze conclusies worden vastgelegd in GINO.

Ingezette instrumenten

Voor het in kaart brengen van de inzetbaarheid van de aanwezige mantelzorg baseren indicatiestellers zich op de informatie in de aanvraag en, indien dit gevoerd wordt, het gesprek met de mantelzorger. Voor het bepalen of er sprake is van overbelasting gebruiken veel indicatiestellers de 'richtlijnen voor onderzoeken overbelasting' die zijn opgenomen in de CIZ Indicatiewijzer. Als instrumenten worden ook enkele keren GINO en de werkinstructie mantelzorg genoemd.

Doorlooptijd van deze stap

De doorlooptijd van deze stap bij verschillende indicatiesteller binnen één casus loopt uiteen van 5 tot 20 minuten. Dit hangt samen met de verschillen tussen indicatiestellers of zij wel of niet spreken met de mantelzorger.

4.3.6 Bepalen leveringsvoorwaarde

Informatie uit aanvraag relevant voor leveringsvoorwaarde

Bij het bepalen van de leveringsvoorwaarde stellen de responderende indicatiestellers zichzelf de volgende vragen: Is er behoefte aan permanent toezicht/kan de cliënt alleen zijn? Vraagt de cliënt zelf om hulp/heeft de cliënt regie? Is er behoefte aan onplanbare zorg? De mate van planbaarheid van de zorg en de mate waarin de cliënt behoefte heeft aan continu toezicht (samenhangend met de mate waarin de cliënt regie heeft of een gevaar kan vormen voor zichzelf) zijn de criteria die door alle responderende indicatiestellers worden gebruikt.

Behoeft aan aanvullende informatie

Bij het merendeel van de casussen had (bijna) geen van de betrokken indicatiestellers aanvullende informatie nodig voor het bepalen van de leveringsvoorwaarde. Bij twee casussen wensten (bijna) alle indicatiestellers meer medisch onderbouwde informatie over het huidige functioneren van de cliënt om de vragen die hierboven zijn gesteld te kunnen beantwoorden.

Ingezette instrumenten

Voor het bepalen van de leveringsvoorwaarde wordt door de responderende indicatiestellers met name gebruik gemaakt van de CIZ Indicatiewijzer, waarin een toelichting over de vijf bestaande leveringsvoorwaarden is opgenomen. In mindere mate worden ook hier het trechtermodel, GINO, de beleidsregels en de werkinstructies genoemd.

Conclusie ten aanzien van de leveringsvoorwaarde

De eensgezindheid tussen de tien indicatiestellers over de vastgestelde leveringsvoorwaarde is sterk afhankelijk van de casus. Bij drie casussen is het oordeel over de vastgestelde leveringsvoorwaarde eensluidend. In één casus ligt het verschil in interpretatie bij de vraag of een beschermende woonomgeving nodig is voor een GGZ cliënt in een instabiele situatie. Indicatiestellers nadrukken dat de afweging afhankelijk is de informatie die zij in de praktijk bij de behandelaar zouden opvragen.

Een brancheorganisatie merkt op dat de overgangen tussen de verschillende leveringsvoorwaarden soms een grijs gebied vormen. In de praktijk is niet altijd goed vast te stellen of een cliënt wel of geen beschermde woonvorm nodig heeft, zo stelt deze partij. Ook kan de behoefte van de cliënt aan een beschermende woonvorm in de loop van de behandeling veranderen, zo is de ervaring.

Bij twee casussen wordt zowel leveringsvoorwaarde C als leveringsvoorwaarde D door meerdere indicatiestellers vastgesteld. Bij beide casussen zien alle indicatiestellers noodzaak tot voortdurend toezicht. De keuze voor leveringsvoorwaarde C of leveringsvoorwaarde D wordt bij beide casussen bepaald door de vraag of de indicatiesteller verwacht dat direct ingrijpen in geval van gevaar voor de cliënt noodzakelijk is. Op dit punt verschillen de interpretaties door de indicatiestellers van de beschikbare informatie.

Zorg met of zonder Verblijf

Alle betrokken indicatiestellers maken de afweging voor zorg met of zonder Verblijf op basis van dezelfde criteria. Indien een cliënt behoefte heeft aan een beschermende woonomgeving, een therapeutische leefomgeving en/of aan onplanbare zorg leidt dit tot een indicatie met Verblijf. Bij een casus van een GGZ cliënt maken indicatiestellers verschillende keuzes ten aanzien van zorg met of zonder Verblijf. Dit komt voort uit een verschil in leveringsvoorwaarde die wordt vastgesteld. Dit komt, zoals hierboven beschreven, weer voort uit een verschil in aannames over de casus, waarvoor in de praktijk bij een behandelaar informatie zou worden opgevraagd.

Bij een casus waarin sprake is van een eerste aanvraag voor een verblijfsindicatie merken meerdere indicatiestellers spontaan op dat alle eerste aanvragen voor een verblijfsindicatie in een multidisciplinair overleg (MDO) beoordeeld moeten worden.

Doorlooptijd van deze stap

De tijd die de betrokken indicatiestellers nodig hebben voor bepalen van de leveringsvoorwaarde varieert tussen de casussen van enkele tot 10 minuten. Binnen de casussen is er weinig spreiding in de doorlooptijd.

4.3.7 Aanmaken indicatiebesluit en inlichten cliënt

Wijze waarop cliënt wordt ingelicht over indicatiebesluit

De deelnemende indicatiestellers is gevraagd of de cliënt naast de brief nog op een andere wijze op hoogte wordt gesteld van het indicatiebesluit. Enkele indicatiestellers melden dat volgens de werkinstructies bij een eerste aanvraag altijd telefonisch contact met de cliënt of de contactpersoon moet worden opgenomen. Bij de betreffende casussen voeren bijna alle indicatiestellers die ook zo uit. Een uitzondering vormt een casus van een GGZ cliënt

bij wie de situatie niet stabiel is en waarbij geen contactpersoon behalve de behandelaar bekend is. Iets meer dan de helft van de responderende indicatiestellers meldt dat zij in de praktijk (waarschijnlijk) de behandelaar zouden bellen. Meerdere indicatiestellers noemen de diagnose van de cliënt als expliciete reden om niet met de cliënt te bellen. Hieruit blijkt dat deze indicatiestellers een eigen afweging maken van de situatie om te bepalen of en met wie zij bellen over het vastgestelde indicatiebesluit. Indien het geen eerste aanvraag betreft, wordt door indicatiestellers enkel het indicatiebesluit verstuurd.

Doorlooptijd van deze stap

De tijd die nodig is voor het doorlopen van deze stap is logischerwijs afhankelijk van de keuze van de betreffende indicatiesteller om de cliënt (of diens contactpersoon) wel of niet in een telefoongesprek in te lichten. De aangegeven doorlooptijden lopen uiteen van enkele minuten tot een half uur.

Afgegeven indicatiebesluit

De verschillen in de indicatie die uiteindelijk door de indicatiesteller wordt afgegeven, zijn grotendeels al besproken bij de vastgestelde bruto zorgbehoefte. Bij twee casussen is er verschil tussen indicatiesteller in de leveringsvoorwaarde die wordt geïndiceerd, gebaseerd op de interpretatie van de indicatiesteller of direct ingrijpen bij gevaar al dan niet noodzakelijk is. Bij één casus is er verschil in de leveringsvoorwaarde en daarmee zorg met of zonder Verblijf op basis van aannames of een beschermde woonomgeving voor de cliënt noodzakelijk is.

4.3.8 Werkwijze in de praktijk op hoofdlijnen

Naast het voorleggen van casussen aan indicatiestellers is ook in interviews met managers van CIZ-locaties ingegaan op, meer in overstijgende zin, de praktijk van de indicatiestelling. In deze paragraaf gaan we in op een aantal aspecten die deze managers naar voren brachten.

Helderheid en eenduidigheid regels

Het wettelijk kader, de beleidsregels en CIZ Indicatielijzer met daarin het trechtermodel, bieden indicatiestellers volgens het CIZ veelal voldoende handvatten om hun taak als poortwachter voor de AWBZ adequaat uit te voeren. In de praktijk van de indicatiestelling worden door CIZ managers geen instrumenten gemist.

Wel plaatsen meerdere respondenten kanttekeningen bij de helderheid en eenduidig van de geldende regels en criteria:

- Meerdere CIZ managers ervaren dat er nog te veel ruimte zit in de beleidsregels. Als voorbeeld wordt gegeven de term 'ernstig beperkt', wat is dan ernstig? Daarbij zijn de scheidslijnen tussen grondslagen niet altijd voldoende helder, zo zien CIZ regiomanagers in de praktijk. Een voorbeeld hiervan is het onderscheid tussen de grondslag lichamelijke beperking en de grondslag somatische beperking of aandoening.
- Het afwegingskader voor het bepalen van de dominante grondslag leidt soms tot discussies tussen indicatiestellers en verschillen in interpretatie van de regels. Dit terwijl de dominante grondslag die wordt vastgesteld sterk bepalend is voor de zorg die een cliënt via het zorgkantoor uiteindelijk geleverd kan krijgen.

- Een ander aspect waar nog onduidelijkheid bestaat is de afbakening tussen de AWBZ en de Zvw, met name het onderscheid tussen handelingen die vallen onder de AWBZ functie verpleging en medisch specialistische zorg vanuit de Zvw.
- Tenslotte is de afbakening tussen de AWBZ en de jeugdzorg onvoldoende uitgekristalliseerd. Binnen de regio's zijn door het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg afspraken gemaakt om te voorkomen dat cliënten tussen beide instanties heen en weer worden geschoven.

Vrije, discretionaire ruimte¹

Binnen de vastgelegde werkwijze hebben indicatiestellers de bevoegdheid om gemotiveerd af te wijken van de geldende voorschriften indien deze zouden leiden tot een indicatie die niet voldoende aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Dit wordt de vrije, discretionaire bevoegdheid of vrije, discretionaire ruimte genoemd.

Het gebruik van deze vrije, discretionaire bevoegdheid bij het stellen van een indicatie is door het CIZ met regels ingekaderd. Zo hebben indicatiestellers bij het gebruik van de vrije, discretionaire bevoegdheid altijd de verplichting de afwijking te motiveren. Deze beargumenteerde motivatie dient in het computersysteem te worden vastgelegd. Voor alle ondervraagde CIZ regio's geldt dat al deze indicaties intern worden getoetst door in een multidisciplinair overleg (MDO). De samenstelling van dit MDO verschilt per regio. In het MDO is in ieder geval een arts of medisch adviseur vertegenwoordigd, met daarbij vaak een senior indicatiesteller ('kennisdrager') en/of een kwaliteitsmedewerker. In het MDO wordt de motivatie van de indicatiesteller om af te wijken van de geldende regels beoordeeld en bepaald of deze afwijking echt noodzakelijk is.

De vrije, discretionaire ruimte wordt volgens de CIZ regiomanagers in zeer beperkte mate gebruikt. Het gaat volgens hen dan om complexe situaties waarbij de geldende regels niet leiden tot een indicatie die qua omvang en/of inhoud voldoende aansluit bij de zorgvraag van de cliënt. De regiomanagers zien dit met name bij cliënten met meerdere grondslagen. De indicatiesteller dient dan te bepalen wat de dominante grondslag is. Afwijking van de geldende regels komt ook vaker voor bij indicaties voor kinderen en, in minder mate, voor GGZ cliënten.

Uitgangspunt bij de afwijkingen van de regels dient volgens het CIZ steeds te zijn dat de cliënt terecht komt bij de zorg die hij/zij echt nodig heeft. Daarvoor dient de indicatiesteller zijn kennis en expertise in te zetten en 'zijn gezond verstand te gebruiken'. Eén CIZ regiomanager merkt op dat de vrije, discretionaire ruimte ook gebruikt kan worden om te komen tot een afbouwregeling voor cliënten die in het verleden heel ruim zijn beoordeeld en volgens de nu geldende regels veel minder zorg geïndiceerd zouden krijgen. Uitgangspunt bij deze aanpak is het voorkomen van groot (financieel) leed bij de cliënt.

Overigens wordt door regiomanagers van het CIZ verschillend gekeken naar het toekomstige noodzaak van de discretionaire ruimte. Het merendeel van de regiomanagers ziet de discretionaire ruimte als een blijvend relevant element in het proces van indicatiestelling. De discretionaire ruimte wordt omschreven als hét middel voor indicatiestellers om op basis van hun kennis en expertise zorg te dragen voor maatwerk in die situaties waar de geldende regels niet toereikend zijn. Enkele regiomanagers verwachten dat, naar mate de werk-

¹ In de CIZ Indicatiewijzer wordt hiervoor de term 'inherente afwijkingsbevoegdheid' gehanteerd.

wijze van het CIZ verder wordt doorontwikkeld, de discretionaire ruimte op termijn kleiner of zelfs overbodig zal worden.

Andere factoren bij vaststellen van de indicatie

Naast de vastgelegde regels bij de indicatiestelling en de vrije, discretionaire ruimte voor indicatiestellers zijn er in de interviews met CIZ regiomanagers drie factoren naar voren gekomen die op enkele locaties en in enkele gevallen invloed hebben op de indicatie die wordt gesteld:

1. Wachtlijsten voor zorg

Enkele CIZ managers melden dat bij het bestaan van lange wachtlijsten voor een bepaalde vorm van zorg de indicatie kan worden aangepast om ervoor te zorgen dat een cliënt niet lang van zorg verstoken blijft. Lange wachtlijsten voor zorg worden met name gesignaleerd voor cliënten met een 'laag' ZZP (ZZP2-ZZP3). Het wel of niet bestaan van aanzienlijke wachtlijsten verschilt per regio. Overigens stelt het overgrote deel van de CIZ managers dat het aanpassen van indicaties omwille van de beschikbaarheid van zorgaanbod op hun locaties niet meer voorkomt.

2. De specifieke wens van de cliënt voor een bepaalde zorgaanbieder

Het komt voor dat een cliënt een zeer sterke voorkeur heeft voor een bepaalde aanbieder, bijvoorbeeld omdat dit de enige aanbieder is in het dorp van de cliënt. Op het moment dat een cliënt daar met zijn of haar indicatie niet terecht kan omdat het zorgkantoor geen inkoopafspraken heeft met de gewenste zorgaanbieder over de zorg die geïndiceerd is, dan kan bij enkele CIZ locaties de indicatie hierop worden aangepast. Dit geldt met name voor intramurale zorg. Hierbij weegt het feit dat de cliënt in de eigen bekende woonomgeving en/of in de buurt van familie en vrienden kan blijven voor het CIZ zwaar mee.

3. Indicaties op het grensvlak van AWBZ en jeugdzorg

Zowel het CIZ als Bureaus Jeugdzorg signaleren dat een cliënt die formeel als jeugd-GGZ cliënt geïndiceerd zou moeten worden door het Bureau Jeugdzorg in een beperkt aantal gevallen beter geholpen is met een indicatie door het CIZ. Dit omdat het aanbod in de AWBZ beter aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt of omdat er binnen de AWBZ aanbod beschikbaar terwijl er de jeugdzorg kampt met wachtlijsten. Een jeugd-GGZ cliënt kan dan in enkele regio's als GZ cliënt worden geïndiceerd door het CIZ.

Het CVZ wijst op het risico van verschuiving van kosten van de jeugdzorg naar de AWBZ als gevolg van een onduidelijke afbakening tussen beide, het bestaan van wachtlijsten in de jeugdzorg en het verschil in budgetverantwoordelijkheid tussen de Bureaus Jeugdzorg (voor de jeugdzorg) en het CIZ (voor de AWBZ).¹

4.4 Indicatietraject voor de jeugd-GGZ bij Bureaus jeugdzorg

Op dit moment voeren de Bureaus Jeugdzorg het indicatietraject voor de grondslag jeugd-GGZ voor een deel uit zoals dit is vastgelegd in het Handboek Indicatiestelling voor Bureau Jeugdzorg, het Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek en de

¹ Brief CVZ kenmerk GS/28060762, september 2008.

werkinstructie voor de jeugd-GGZ die is voortgekomen uit het Protocol, zo blijkt uit de interviews met de MOgroep en drie Bureaus Jeugdzorg. Deze paragraaf is gebaseerd op deze schriftelijke bronnen en op interviews met de MOgroep en drie Bureaus Jeugdzorg.

4.4.1 Wettelijk en beleidsmatig kader indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg

Op 1 januari 2005 is de Wet op de Jeugdzorg in werking getreden. Hiermee zijn de Bureaus Jeugdzorg verantwoordelijk geworden voor de indicatiestelling voor AWBZ-zorg voor cliënten jeugd-GGZ¹. Regels voor de uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg zijn vastgelegd in het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg. In artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit is de mogelijkheid van een rechtstreekse verwijzing door de huisarts naar de geestelijke gezondheidszorg vastgesteld.

De Bureaus Jeugdzorg hebben de vrijheid om zelf regels voor de indicatiestelling te formuleren:

- Als gevolg van het feit dat de Bureaus Jeugdzorg de AWBZ indicatiestelling voor de jeugd-GGZ uitvoeren vanuit de Wet op de Jeugdzorg en niet vanuit de AWBZ, is het Zorgindicatiebesluit (ZIB) op hen niet van toepassing. Hierdoor gelden de voorschriften in het Zorgindicatiebesluit over de wijze waarop de indicatiestelling moet worden uitgevoerd niet voor de Bureaus Jeugdzorg.
- De bevoegdheid van de Staatssecretaris om beleidsregels op te stellen voor de uitvoering van de indicatiestelling is gebaseerd op artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit. De beleidsregels indicatiestelling AWBZ gelden hiermee evenmin voor de Bureaus Jeugdzorg.
- De adviesprocedure van artikel 58 AWBZ is niet van toepassing op de indicaties gesteld door de Bureaus Jeugdzorg. Het CVZ heeft bij bezwaren tegen indicaties gesteld door de Bureaus Jeugdzorg dan ook geen adviserende rol.²

4.4.2 Aanmelding en acceptatie

Nadat een aanmelding is gedaan bij Bureau Jeugdzorg volgt een fase van aanmelding en acceptatie. In deze fase worden achtereenvolgens:

- de gegevens van de aanmelder van de aanvraag geregistreerd
- vastgesteld of Bureau Jeugdzorg de juiste organisatie voor het behandelen van de aanvraag
- vastgesteld tot welk domein de problematiek in de aanvraag behoort
- de aard en de urgentie van de problematiek beoordeeld
- vastgesteld wat het vervolgtraject dient te zijn.

¹ Voor jeugdigen met gedragsproblemen ontstaat aanspraak op AWBZ zorg wanneer deze gedragsproblemen (mede) veroorzaakt worden door een psychiatrische aandoening of beperking waarvoor een psychiatrische aanpak nodig is.

² Brief Indicatiestelling AWBZ, GS/28060762. CVZ. September 2008.

Wanneer behoefte bestaat aan jeugd-GGZ vanuit de AWBZ dient Bureau Jeugdzorg een indicatie te stellen. De kenmerken van de indicatiesteller verschillen per Bureau Jeugdzorg, zo stelt de MOgroep. Sommige BJZ's werken met een team van specialisten die enkel de indicaties jeugd-GGZ uitvoeren. Bij andere BJZ's kunnen alle medewerkers een indicatie jeugd-GGZ uitvoeren.

In het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg worden drie indicatietrajecten onderscheiden, die hieronder worden toegelicht. De keuze voor een bepaald indicatietraject is niet definitief. Indien in de loop van de indicatiestelling blijkt dat een ander indicatietraject beter aansluit bij de situatie, kan worden overgestapt naar dit indicatietraject.

Hier volgt een korte beschrijving van de drie indicatietrajecten op basis van het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg:

- **Indicatietraject I**
 - Bedoeld voor enkelvoudige problematiek die primair is gerelateerd aan de jeugdige of aan de opvoedproblematiek.
 - De motivatie bij de ouder(s) en de jeugdige is groot
 - Het probleembesef bij betrokkene(n) is goed
 - Eén of twee gesprekken met de cliënt en de ouder(s)
 - Doorlooptijd maximaal 2 weken
- **Indicatietraject II**
 - Bedoeld voor meervoudige problematiek. Er is een probleem gerelateerd aan de jeugdige én er zijn problemen gerelateerd aan het gezin en de opvoeding en/of aan de omgeving van de jeugdige. Indicatietraject II wordt ook ingezet voor enkelvoudige problematiek waarneer de motivatie en/of het probleembesef laag is
 - Er is zicht op de probleemgebieden en hun onderlinge verwevenheid. Er is zicht op de invloed die de problemen hebben op de jeugdige
 - Doorlooptijd gemiddeld 2 weken
 - Huisbezoek mogelijk
 - Minimaal één (telefonisch)gesprek met een externe bron (bijvoorbeeld de school of een arts of zorgverlener)
 - Mogelijkheid om aanvraag voor te leggen in multidisciplinair overleg
- **Indicatietraject III**
 - Bedoeld voor de multiprobleemsituaties
 - Er is geen zicht op de probleemgebieden en/of hun onderlinge verwevenheid.
 - Er is onvoldoende zicht op de invloed die de problemen hebben op de jeugdige.
 - Er is sprake van ambiguïteit over de samenhang en de oorzaken van de problematiek.
 - Het probleembesef en de motivatie bij betrokkenen is laag
 - Doorlooptijd ongeveer 4 weken
 - Onderzoeksplan moet besproken worden met gedragswetenschapper
 - Drie gesprekken met jeugdige en ouder(s)
 - (telefonische) gesprekken met externe bronnen
 - Standaardgebruik van LIRIK. Met dit instrument wordt de mate van veiligheid van de jeugdige in kaart gebracht.

Per indicatietraject zijn bij bovenstaande activiteiten en een doorlooptijd beschreven. Indien nodig kan hiervan in de praktijk worden afgeweken.

4.4.3 Stappen in het indicatietraject

In de uitvoering van de indicatiestelling worden in het Handboek zes stappen onderscheiden:

- **Stap 1: Opstellen onderzoeksplan**

De indicatiesteller stelt een onderzoeksplan op voor het behandelen van de aanvraag. Het onderzoeksplan bevat de hypothese(s) die de indicatiesteller opstelt, een beschrijving van de informatie die verzameld moet worden om de hypothese(s) te kunnen toetsen, de bronnen die de indicatiesteller wil raadplegen (zoals de cliënt, de ouders, de huisarts, etc.) en de instrumenten die de indicatiesteller wil gaan inzetten.

- **Stap 2: Verzamelen, analyseren en toetsen informatie**

In deze stap wordt het onderzoeksplan uit de eerste stap uitgevoerd en worden de gestelde hypothese(s) aangenomen of verworpen. In het 'Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek' zijn specifieke activiteiten en instrumenten opgenomen die uitgevoerd en ingezet moeten worden wanneer psychiatrische problematiek wordt vermoed (zie onder aan deze paragraaf). Stap 2 eindigt wanneer er voldoende informatie is om een diagnostisch beeld op te stellen (stap 3).

- **Stap 3: Opstellen diagnostisch beeld**

Een diagnostisch beeld is breder dan een diagnose en beschrijft hoe de jeugdige en het gezin functioneren, welke problemen zij ervaren en welke factoren hierbij een rol spelen (te weten opvoedings-, ontwikkelings- en psychosociale problemen). Deze brede manier van kijken is kenmerkend voor de werkwijze van de Bureaus Jeugdzorg. Bij het opstellen van het diagnostisch beeld wordt vastgesteld of er sprake is psychiatrische problematiek die aanspraak heeft op de AWBZ.

- **Stap 4: Formuleren doelen voor de zorg**

In stap 4 staan de volgende vragen centraal: Wat is de gewenste situatie waarin de zorg kan stoppen? En welke doelen moeten daarvoor behaald zijn ten opzichte van de jeugdige, de ouder(s) en de omgeving?

Er worden doelen geformuleerd gericht op de jeugdige, op de ouder(s) en op de omgeving. De doelen die in het indicatietraject worden opgesteld, worden door de zorgaanbieder in een later stadium gebruikt om werkdoelen voor de hulpverlening te formuleren.

- **Stap 5: Vaststellen benodigde zorg**

In deze stap moet door de medewerker BJZ worden vastgesteld of inderdaad geïndiceerde jeugd-ggz nodig is zo ja, welke functie(s) nodig is/zijn en wat de benodigde omvang is per functie. In het Protocol zijn de AWBZ-functies waarvoor Bureau Jeugdzorg op basis van grondslag jeugd-GGZ kan indiceren vastgelegd, samen met de klassen die mogelijk zijn voor deze functie en indien van toepassing de mogelijke leveringsvoorwaarden en leveringsvormen (zorg in natura/PGB).

De medewerker BJZ beoordeelt het aantal uur zorg waar een kind recht op heeft per functie met behulp van het instrument ^{quick}STEP. Dit instrument bestaat uit vier schalen waarop de ernst van de problematiek wordt gescoord.

Het Beperkingenscoreformulier van het CIZ is omgezet en aangepast voor de jeugd-GGZ en opgenomen in de werkinstructie Indiciestelling voor de jeugd-GGZ in 2009.

▪ **Stap 6: Opstellen (ontwerp)indicatiebesluit**

Nadat is vastgesteld dat inzet van jeugd-GGZ nodig is, wordt dit vastgelegd in een ontwerpindicatiebesluit samen met de benodigde omvang van de zorg. Vervolgens dient het ontwerpindicatiebesluit door de medewerker BJZ besproken te worden met een gedragsdeskundige voordat het indicatiebesluit definitief wordt gemaakt.

De formats die gebruikt worden voor het indicatiebesluit verschillen tussen de Bureaus Jeugdzorg. Dit komt volgens de MOgroep voort uit het feit dat de eisen die vanuit de AWBZ aan een indicatiebesluit worden gesteld, verschillen van de eisen die hieraan vanuit de Wet op de jeugdzorg worden gesteld. Het ene Bureau jeugdzorg heeft ervoor gekozen overwegend de eisen van de Wet op de jeugdzorg aan te houden, het andere Bureau Jeugdzorg heeft het indicatiebesluit meer aangepast aan de eisen vanuit de AWBZ, aldus de MOgroep. Ook zien zij veel tussenvormen wat betreft de vormgeving van het indicatiebesluit. In het indicatiebesluit AWBZ jeugd-GGZ wordt volgens de brancheorganisatie in ieder geval opgenomen:

- de diagnose/ het beeld van de cliënt;
- de doelen van de zorg;
- welke zorg benodigd is vanuit welk kader;
- hoe lang de zorg gegeven moet worden en
- op wie de zorg zich moet richten.

Specifieke activiteiten en instrumenten bij indicatietraject jeugd-GGZ

Nadat een aanvraag is binnengekomen wordt in de aanmelding en acceptatie fase een eerste analyse uitgevoerd van de hulpvraag en de aard van de problematiek. Wanneer op dit moment het vermoeden ontstaat dat er sprake is van psychiatrische problematiek bij de jeugdige dient de indicatiemedewerker vast te stellen of hiervan inderdaad sprake is. Hiervoor moet ten eerste de aard van de problematiek bij de jeugdige worden vastgesteld. Op basis van het Protocol kunnen Bureaus Jeugdzorg hierbij kiezen tussen twee instrumenten: het Screeningsinstrument PSYchische stoornissen (SPsy) of de Child Behaviour Checklist (CBCL). De keuze voor één van beide instrumenten dienen de Bureaus Jeugdzorg te maken in overleg met de jeugd-GGZ aanbieders in hun provincie. In de praktijk hebben alle Bureaus Jeugdzorg op één na gekozen voor het gebruik van de Child Behaviour Checklist (CBCL).

Ten tweede wordt de ernst van de vastgestelde problematiek in kaart gebracht. De ernst van de problematiek wordt bepaald door twee factoren: 1) de duur en de zwaarte van de problemen en 2) de mate waarin deze problemen belemmerd zijn voor de jeugdige zelf en/of belastend zijn voor de omgeving. In het Protocol wordt voor het vaststellen van de ernst van de problematiek geen instrument beschreven.

Inzet van de gedragswetenschapper in het indicatietraject

Aan de Bureaus Jeugdzorg zijn gedragswetenschappers verbonden die beschikken over kennis van en ervaring met de diagnostiek en behandeling van jeugdigen met psychiatri-

sche problematiek. In het Handboek is opgenomen dat de medewerker die de indicatie stelt het diagnostisch beeld, de doelen van de zorg, de benodigde zorg en het ontwerpindicatiebesluit met een gedragswetenschapper bespreekt.¹ Het moment in het indicatietraject wanneer dit overleg moet plaats vinden is niet vastgelegd. Dit is mogelijk per stap, maar ook is mogelijk over alle onderwerpen in één keer te overleggen nadat de medewerker het ontwerpindicatiebesluit heeft opgesteld. De gedragswetenschapper toetst op basis van de informatie die in het indicatietraject is verzameld of juist is vastgesteld dat er sprake is van psychiatrische problematiek en of de zorg in het ontwerpindicatiebesluit passend is. Hierna kan het indicatiebesluit definitief worden gemaakt.

In de praktijk zien de geïnterviewde partijen dat Bureaus Jeugdzorg verschillen in het moment of de momenten waarop de gedragswetenschapper wordt ingezet in het indicatietraject. Deze vrijheid hebben de Bureaus Jeugdzorg ook op basis van het Handboek. Voor de brancheorganisatie is onduidelijk of in de praktijk alle ontwerpindicatiebesluiten worden getoetst door een gedragswetenschapper, zoals het Handboek voorschrijft. De rol van de gedragswetenschapper verschilt per Bureau Jeugdzorg van adviserende tot controlerende, zo blijkt uit de interviews.

4.5 Verschillen tussen de indicatiestelling CIZ en BJZ

Uit de voorgaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat er belangrijke verschillen bestaan tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg wat betreft de werkwijze en de instrumenten die worden gehanteerd bij de indicatiestelling. Deze verschillen zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op het verschil in wettelijk en beleidsmatig kader waarbinnen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg de indicatiestelling uitvoeren. Hieronder volgt een opsomming van de belangrijkste verschillen in de werkwijze en de gehanteerde instrumenten. Hierbij wordt met nadruk niet beoogd een oordeel uit te spreken over de werkwijze van één van beide organisaties.

- De Bureaus Jeugdzorg voeren de indicatiestelling voor de jeugd-GGZ uit met een brede blik op de levenssituatie van de cliënt, het gezin en de omgeving van het gezin. Het CIZ kijkt minder breed en meer toegespitst op de (medische) zorgvraag van de cliënt. Hierbij worden de omgeving van de cliënt en de bestaande voorzieningen in kaart gebracht voor zover dit direct invloed heeft op de zorg die benodigd is vanuit de AWBZ.
- Uitgangspunt voor de indicatiestelling door het CIZ is het afwegingskader (trechtermodel) dat is opgenomen in de CIZ Indicatielijzer. Dit afwegingskader komt voort uit de AWBZ beleidsregels en wordt niet gehanteerd door de Bureaus Jeugdzorg.
- Het indicatieproces voor het CIZ is in de loop van de onderzoeksperiode geüniformeerd en uiteindelijk vastgelegd in de CIZ Indicatielijzer in 2009. De uniformiteit van het indicatietraject bij de Bureaus Jeugdzorg is in de onderzoeksperiode sterk toegenomen. Op één na, werken alle Bureaus Jeugdzorg volgens het indicatietraject dat is opgenomen in

¹ Binnen een indicatietraject III dient tevens het onderzoeksplan met de gedragswetenschapper te worden besproken. Bron: Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek maart 2006.

het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (2007) en volgen zij de werkinstructie Jeugd-GGZ die in 2008 is uitgebracht.¹ Er zijn verschillen zichtbaar tussen de Bureaus Jeugdzorg in de rol van de gedragswetenschapper bij de instelling en het moment of de momenten waarop hij/zij bij het indicatieproces wordt betrokken. Het Handboek geeft voor deze verschillen ook ruimte.

- Door de Bureaus Jeugdzorg wordt bij vrijwel alle indicaties in tenminste één face-to-face gesprek met de cliënt en/of zijn/haar ouder(s) gevoerd. Een face-to-face gesprek met de cliënt maakt bij het CIZ niet standaard onderdeel uit van het indicatieproces. Het CIZ beoogt op deze wijze onnodige belasting van de cliënt te voorkomen en het indicatieproces sneller en efficiënter te laten verlopen.
- Binnen het CIZ zijn indicatiestellers actief voor één of enkele specifieke doelgroepen. Bureaus Jeugdzorg verschillen onderling of zij voor de indicatiestelling jeugd-GGZ specialisten of generalisten inzetten.
- Kenmerkend voor het indicatietraject bij de Bureaus Jeugdzorg is de inzet van een gedragswetenschapper voordat een definitieve indicatie wordt afgegeven. Het moment in het indicatietraject waarop de gedragswetenschapper wordt ingezet en de rol die deze professional heeft (meer adviserend of meer controlerend) verschilt per Bureau Jeugdzorg.
- De Bureaus Jeugdzorg hebben voor het vaststellen of er sprake is van psychiatrische problematiek de keuze uit twee verschillende instrumenten. De Wet op de jeugdzorg biedt hiervoor de ruimte en schrijft de BJZ's voor dat zij de keuze voor één van beide instrumenten dienen te maken in samenspraak met de zorgaanbieders in hun regio. Voor het CIZ geldt dat de instrumenten die worden gebruikt landelijk zijn geüniformeerd en vastgelegd. Zorgaanbieders hebben geen stem in welke instrumenten worden toegepast door het CIZ.
- Het CIZ maakt gebruik van een landelijk format voor het indicatiebesluit. Bij de Bureaus Jeugdzorg zijn er onderlinge verschillen in de formats voor de indicatiebesluiten die worden gebruikt. Deze verschillen komen volgens de brancheorganisatie voort uit verschillen tussen de BJZ's in de manier waarop zij omgaan met de verschillende eisen die vanuit de AWBZ en de Wet op de jeugdzorg aan het indicatiebesluit worden gesteld.

¹ In 2009 en 2010 zijn nieuwe versies van deze werkinstructie uitgebracht die worden gebruikt door de Bureaus Jeugdzorg.

5 Effecten van het indicatiestellingsbeleid

5.1 Inleiding

In hoofdstuk drie is een reconstructie gepresenteerd van het indicatiestellingbeleid voor de AWBZ in de periode 2003-2008. Hierbij zijn een drietal centrale beleidsproblemen gedefinieerd ten aanzien van de indicatiestelling voor de AWBZ. Voor ieder beleidsprobleem zijn beleidsdoelstellingen verwoord die een oplossing zouden moeten geven voor het betreffende beleidsprobleem, met bijbehorende beleidsmaatregelen (zie de tabel in paragraaf 3.2.8). In dit hoofdstuk verwijst de titel van de paragrafen naar het beleidsprobleem dat in de betreffende paragraaf wordt besproken.

Per beleidsdoelstelling gaan we in op de ingezette maatregelen en instrumenten en de uiteindelijke effecten van de aanpassingen in het indicatiestellingbeleid op het geconstateerde beleidsprobleem. In dit hoofdstuk komen ook andere contextfactoren aan de orde, die invloed hebben (gehad) op het betreffende beleidsprobleem.

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de bestudeerde documenten, interviews met beleidsmedewerkers, CIZ regiomanagers, Bureaus Jeugdzorg en informatie van indicatiestellers. Op basis van deze informatie hebben we, in gearceerde tekstblokken, (deel)conclusies geformuleerd over de betreffende onderwerpen.

5.2 Sectorale benadering hulpvraag

Oorzaken	Beleidsprobleem	Doelstelling(en)	Beleidsmaatregel
<ul style="list-style-type: none">- Verschillende toegangsketens tot de geïndiceerde zorg- Wijze van financiering/inkoop van de zorg	<ul style="list-style-type: none">- Hulpvraag van cliënten wordt sectoraal beoordeeld, geformuleerd en ingevuld	<ul style="list-style-type: none">- Integrale indicatiestelling en zorglevering op maat- Vraagsturing en betere invulling van de vraag- Stimuleren van innovatie in zorgaanbod- Meer duidelijkheid voor cliënt over te verlenen zorg	<ul style="list-style-type: none">- Verbreding indicatiestelling naar GZ en GGZ- Functiegerichte indicatiestelling (in bekostiging)- Invoering ZZP'en

Een belangrijk beleidsprobleem bij de start van de onderzoeksperiode was dat de hulpvraag van cliënten sectoraal werd beoordeeld, geformuleerd en ingevuld. Om hierin verbetering te brengen werden de volgende beleidsdoelstellingen geformuleerd:

- 1 Integrale indicatiestelling en zorglevering op maat
- 2 Vraagsturing en betere invulling van de vraag
- 3 Stimuleren van innovatie in zorgaanbod
- 4 Meer duidelijkheid voor de cliënt over te verlenen zorg

5.2.1 Integrale indicatiestelling en zorglevering op maat

Een belangrijk beleidsprobleem bij de start van de onderzoeksperiode was dat de hulpvraag van cliënten sectoraal werd beoordeeld, geformuleerd en ingevuld. Door verschillende maatregelen is getracht integrale indicatiestelling en zorgverlening op maat te bevorderen. De bundeling van de indicatiestelling in het CIZ heeft hieraan een belangrijke bijdrage geleverd. De zorglevering op maat is theoretisch gezien verbeterd door functiegerichte aanspraken te formuleren, in de praktijk doen zich hierbij echter knelpunten voor als gevolg van de koppeling tussen de vastgestelde dominante grondslag en de financiering van de zorg.

Standaardisatie en versnelling van de procedures, bijvoorbeeld door SIP's, leidt tot vermindering van de integrale beoordeling. Ook de overheveling van taken naar de Wmo leidt tot minder integraliteit, waarbij de afstemming tussen het CIZ en de gemeenten regioafhankelijk is. Dit geldt ook voor de afstemming tussen CIZ-locaties en Bureaus Jeugdzorg. Afstemming met aanpalende terreinen, zoals werk en onderwijs, staat nog in de kinderschoenen.

Oprichting CIZ

Een eerste stap naar een integrale afweging in de indicatiestelling was het samenbrengen van de toegangslotketten voor de AWBZ. Na formele verbreding van de indicatiestelling voor GZ en GGZ onder de RIO's in 2002 en 2003, werd de bundeling van de indicatiestelling voor alle sectoren van langdurige zorg in 2005 feitelijk gerealiseerd met de oprichting van het CIZ.

Functiegerichte indicatiestelling

Een volgende maatregel was de invoering van de functiegerichte indicatiestelling. Hierdoor werd niet langer vanuit het bestaande aanbod geïndiceerd, maar gekeken naar de verschillende terreinen waarop een cliënt een zorgbehoefte kan hebben. De functiegerichte aanspraken werden gezien als bouwstenen waarmee alle combinaties van zorg die een cliënt nodig zou kunnen hebben gemaakt (levering van een zorgpakket op maat) en gefinancierd zouden kunnen worden. Dit bleek in de praktijk echter te complex. De invoering van de ZZP'en voor de intramurale zorg kan in dit licht gezien worden als een tussenstap. Voor ieder sector binnen de AWBZ zijn apart ZZP'en ontwikkeld met daarbij behorende aparte prijsstellingen.

Meerdere grondslagen

Een knelpunt ten aanzien van zorglevering op maat doet zich voor bij cliënten met meerdere grondslagen. Tijdens het indicatieproces bepaalt het CIZ voor de cliënt de dominante grondslag. Als gevolg van de koppeling van de financiering van de zorgaanbieders aan grondslagen, is de door het CIZ vastgestelde dominante grondslag vervolgens bepalend voor de zorg die de cliënt kan verkrijgen via het zorgkantoor.

In de praktijk komt het voor dat een andere, niet-dominante, grondslag toegang geeft tot (intramurale) zorg die beter aansluit bij de zorgvraag van de cliënt. In de praktijk gebruiken indicatiestellers hiervoor soms de vrije discretionaire ruimte (zie paragraaf 4.3.8). Deze problematiek wordt vooral naar voren gebracht voor cliënten met zowel GGZ problematiek als een verstandelijke handicap. Ook voor cliënten met niet-aangeboren hersenenletsel zou de koppeling tussen de vastgestelde dominante grondslag en de financiering van de

zorg volgens enkele zorgaanbieders knelpunten opleveren, juist omdat deze cliënten te maken heeft met een mix van beperkingen als gevolg van het hersenletsel.

SIP's

Vanuit het streven naar integraliteit kan een kanttekening geplaatst worden bij het gebruik van de Standaard Indicatie Protocollen (SIP's). Standaard Indicatie Protocollen (SIP's) zorgen ervoor dat cliënten met een enkelvoudige zorgbehoefte op een sneller en efficiëntere wijze een indicatie kunnen krijgen. De keerzijde hiervan is dat de situatie van de cliënt bij indicatiestelling niet meer integraal in beeld wordt gebracht. Hierdoor is het mogelijk dat andere aspecten in de situatie van de cliënt die invloed hebben op de zorgvraag onvoldoende worden gesignaleerd, wat vervolgens de zorglevering op maat kan belemmeren. Een CIZ manager merkt hierover op dat wanneer voor een cliënt meerdere SIP's achter elkaar worden aangevraagd de cliëntsituatie door het CIZ alsnog breed in kaart wordt gebracht.

Afstemming CIZ-BJZ

Het CIZ stelt de indicaties voor het grootste deel van de AWBZ. De Bureaus Jeugdzorg zijn verantwoordelijk voor de indicaties voor de jeugd-GGZ. In theorie bepaalt het IQ en de dominante grondslag van de cliënt welke organisatie de indicatie dient te stellen. In de praktijk blijkt deze taakafbakening echter niet altijd voldoende helder, met name omdat aan het begin van een indicatietraject soms lastig vast te stellen is of de problematiek van een jeugdige voortvloeit uit een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of een combinatie van beide.

Het CIZ en Bureaus Jeugdzorg signaleren dat hierdoor tot recent dossiers tussen beide organisaties heen en weer werden geschoven. Hierbij wordt ook gewezen op de hoge werkdruk binnen beide organisaties en de wachtlijsten bij de Bureaus Jeugdzorg, wat het doorschuiven van werk naar een andere organisatie aantrekkelijk zou maken.

Om situaties waarin cliënten van de ene naar de andere organisatie werden gestuurd aan te pakken en in de toekomst te voorkomen zijn door het CIZ en de Bureaus jeugdzorg werkafspraken gemaakt. Deze werkafspraken verschillen per regio. Zo vindt in de ene regio wel en in de andere regio geen structureel overleg plaats. De intensiteit van de gemaakte afspraken lijkt mede af te hangen van de contacten die reeds vanuit het verleden bestonden tussen het CIZ en het Bureau Jeugdzorg in die regio. CIZ regiomanagers stellen dat de gemaakte werkafspraken over het algemeen hebben geleid tot meer duidelijkheid voor beide organisaties en een beter werkbare situatie. Er blijven in de praktijk echter twijfelgevallen bestaan waarvoor snel overleg nodig is. In meerdere regio's zijn door het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg vaste contactpersonen aangewezen om snel duidelijke afspraken over deze grensgevallen.

Om te zorgen voor een integrale AWBZ indicatie voor cliënten met zowel een grondslag jeugd-GGZ als een andere grondslag (bijvoorbeeld een lichtverstandelijke beperking) is door Bureaus Jeugdzorg en het CIZ de werkafpraak gemaakt dat het CIZ de indicatiestellingen uitvoert voor cliënten met een dubbele grondslag. In maart 2010 heeft de Centrale Raad van Beroep deze werkafpraak echter strijdig verklaard met bevoegdheidsverdeling tussen beide organisaties op basis van de AWBZ en de Wet op de jeugdzorg.¹

¹ BL7152, Centrale Raad van Beroep, 07/5422 AWBZ.

AWBZ versus Wmo-functies

Met de overheveling van huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo is de indicatiestelling hiervoor los komen te staan van de indicatiestelling van de resterende AWBZ functies. De mate waarin er afstemming is tussen indicatiestellers AWBZ en indicatiestellers Wmo verschilt per regio. Mogelijkheden voor 'uitruil' van functies is in veel gevallen verminderd. Cliëntenorganisaties en zorgaanbieders zien dit in de praktijk als een belemmering voor de zorglevering op maat. Voor de toekomst vrezen zij voor een (verder) afname van de integraliteit indien in de toekomst meer onderdelen van de AWBZ zullen worden gedecentraliseerd.

Aanpalende terreinen

Naast de integraliteit van de indicatiestelling binnen de AWBZ wordt door zorgaanbieders en vooral ook cliëntenorganisaties aangedrongen op meer integraliteit tussen de indicatiestelling voor de AWBZ en die voor aanpalende terreinen. Door middel van het hanteren van het trechtermodel brengt het CIZ in het indicatieproces in beeld welke algemene en voorliggende voorzieningen er zijn. Het CIZ heeft in dit geval een verwijzende rol richting bijvoorbeeld de Wmo, maar er is geen sprake van een integrale indicatiestelling.

De integraliteit van de indicatiestelling AWBZ met andere aanpalende terreinen, zoals onderwijs en arbeid, staat nog in de kinderschoenen. Een aanzet voor verdere ontwikkeling is gegeven met het programma Stroomlijning indicatieprocessen (Stip) en het Kader Integraal Indiceren. Binnen dit eerstgenoemde programma zijn onder meer de pilots Gezamenlijke Beoordeling uitgevoerd in gemeenten Doetinchem en Leeuwarden waaraan de gemeenten, het UWV, het UWV werkbedrijf en het CIZ hebben deelgenomen.¹ Aan het programma STIP is een vervolg gegeven onder meer in de vorm van 15 lokale initiatieven voor gezamenlijke beoordeling.²

¹ Evaluatie pilots Gezamenlijke Beoordeling. Juni 2009. Research voor Beleid i.o.v. het Ministerie van VWS.

² Resultaten Programma Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid. Brief aan de Tweede Kamer van de Staatssecretarissen van SZW en VWS. RUA/UO/09/26675. 7 december 2009.

5.2.2 Vraagsturing en betere invulling van de vraag

Een tweede doelstelling van het beleid was de indicatiestelling meer te richten naar de zorg die cliënt nodig heeft in plaats van naar het beschikbare aanbod, met andere woorden om te komen meer vraagsturing bij de indicatiestelling. De kanteling van aanbod naar vraaggestuurde zorg is, ondanks de functiegerichte indicatiestelling, nog niet volledig gerealiseerd. De vastgestelde dominante grondslag heeft invloed op het palet aan zorgaanbieders waar de cliënt zorg in natura van kan ontvangen, als gevolg van inkoopafspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders.

Het verduidelijken van de vraag van de cliënt is deels verankerd in instrumenten en werkinstructies van het CIZ maar wordt volgens cliëntenorganisaties in een deel van de gevallen belemmerd door het toepassen van telefonische indicaties.

De mate van vraagverduidelijking is daarnaast afhankelijk van de kwaliteit van zorgaanbieders die aanvragen indienen. De mogelijkheid te kiezen voor een persoonsgebonden budget heeft substantieel bijgedragen aan meer vraagsturing en aan een betere invulling van weinig voorkomende zorgvragen.

Functiegerichte indicatiestelling

Bij het bereiken van meer vraagsturing staat de invoering van de functiegerichte aanspraken als maatregel centraal. Hierdoor kan (kunnen) één of meerdere functies worden geïndiceerd die samen de zorgbehoefte van de cliënt omvatten in plaats dat een cliënt wordt geïndiceerd voor een bepaald aanbod, zoals opname in een verplegende instelling. De uiteindelijke kanteling van aanbodsturing naar vraagsturing binnen de AWBZ die werd beoogd, is op dit moment echter nog niet volledig gerealiseerd. Het aanbodgericht denken is blijven bestaan door de koppeling van de grondslagen aan de financiering van de intramurale zorg. Het vaststellen van een grondslag van een cliënt van belang aangezien dit een voorwaarde is voor het hebben van een aanspraak op de AWBZ. Door de koppeling aan de financiering van de intramurale zorg bepaalt de vastgestelde dominante grondslag van een cliënt bij welke zorgaanbieders hij/zij zorg kan krijgen, ook als aanbod van een zorgaanbieder in een andere sector beter past bij zijn of haar zorgbehoefte. Dit onderwerp komt in dit hoofdstuk bij het bespreken van meerdere beleidsdoelstellingen terug.

De vraag achter de vraag

Een voorwaarde voor vraagsturing is dat de vraag van de cliënt goed in beeld wordt gebracht. De vraag waarmee cliënten aankloppen bij het CIZ is niet altijd even duidelijk. Zo kan een cliënt zeggen dat hij naar het verzorgingshuis wil, terwijl hij in feite behoefte blijkt te hebben aan hulp bij persoonlijke verzorging. Het is de taak van het CIZ om 'de vraag achter de vraag' helder te krijgen. Het CIZ stelt dat zij met de huidige instrumenten en werkinstructies beter in staat is de achterliggende vraag van de cliënt scherp te krijgen dan aan bij de start van de organisatie. Cliëntenorganisaties beamen dit maar stellen tegelijk dat verdere verbetering nodig is. Een kritiekpunt van cliëntenorganisaties zijn de telefonische indicaties waarbij sommige cliënten zich beter zouden voordoende dan ze zijn en zo doende hun eigenlijke zorgbehoefte onvoldoende wordt gesignaleerd. Op dit punt is het spanningsveld zichtbaar tussen enerzijds de wens om sneller en eenvoudiger te indiceren en de cliënt niet onnodig te belasten met een huisbezoek, en anderzijds de doelstelling om de vraag achter de vraag scherp in beeld te brengen.

Ook speelt mee dat driekwart van de aanvragen door de zorgaanbieder wordt ingediend namens de cliënt. Belangrijk is dan dat de zorgaanbieder de zorgvraag van de cliënt goed in kaart heeft gebracht.

PGB

Een andere factor die invloed heeft op de invulling van de vraag van de cliënt is het persoonsgebonden budget (PGB). Cliënten hebben op basis van hun indicatiebesluit, afgegeven door een onafhankelijk indicatieorgaan, de keuze tussen zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB). De mogelijkheid om te kiezen voor een PGB voor zorg uit de AWBZ bestaat reeds 15 jaar.¹ Het PGB draagt als een instrument bij aan meer vraagsturing in de zorg. Met het PGB kan de cliënt zorg inkopen die past bij zijn/haar zorgvraag en leef-situatie, onafhankelijk van de inkoopafspraken die door het zorgkantoor zijn gemaakt met zorgaanbieders. De cliënt kan zo zelf ook passend aanbod inkopen voor specifieke, weinig voorkomende zorgvragen.

5.2.3 Stimuleren van innovatie in zorgaanbod

Aan het begin van de onderzoeksperiode was er behoefte aan meer innovatie en differentiatie in het zorgbod, met als uiteindelijk doel het beschikbaar krijgen van flexibel zorgaanbod dat beter aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. De invoering van het functiegericht indiceren heeft ertoe geleid dat de mogelijkheden voor nieuwe toetreders zijn toegenomen. De markt blijkt voor nieuwe toetreders echter niet gemakkelijk toegankelijk en een deel van de nieuwkomers verdwijnt weer snel. Bestaande aanbieders ervaren belemmeringen bij de ontwikkelingen van innovaties zoals versnippering van en onzekerheid over financiering en traditioneel handelende zorgkantoren. Innovatie van zorgaanbod is, concluderend, beperkt gerealiseerd.

Functiegerichte indicatiestelling

Een belemmerende factor voor differentiatie in het aanbod was de wijze waarop voor zorgaanbieders de toegang tot de AWBZ was geregeld. Enkel aanbieders met een compleet aanbod binnen één sector werden toegelaten tot de AWBZ. De invoering van de functiegerichte aanspraken bracht hierin verandering. Zorgaanbieders kunnen vanaf dit moment ook voor losse functies worden toegelaten en deze aanbieden aan de cliënt in plaats van een compleet pakket. De achterliggende gedachte was dat hierdoor meer gevarieerd en uitgebreider zorgaanbod binnen de AWBZ zou ontstaan.

Nieuwe toetreders en schaalvergroting

De afgelopen periode zijn steeds meer nieuwe toetreders op de markt gekomen, maar veel van deze aanbieders verdwijnen ook weer snel, aldus een respondent van een cliëntenorganisatie. Het verkrijgen van een naamsbekendheid en een stevige positie tussen zorgaanbieders die al langere tijd vertegenwoordigd zijn in een wijk of dorp kan voor zorgaanbieders lastig zijn. Het Ministerie van VWS signaleert daarnaast dat de invoering van de functiegerichte aanspraken heeft geleid tot fusies en schaalvergroting, waardoor het aantal zorgaanbieders waaruit een cliënt kan kiezen in de praktijk ingeperkt is.

¹ Per Saldo.

PGB

Het persoonsgebonden budget (PGB) functioneert in deze context als een instrument voor zorginnovatie waarmee cliënten zorg kunnen inkopen die aansluit bij hun behoeften en leefsituatie, ook wanneer er slechts een beperkte vraag is deze specifieke vorm van zorg.

Stimuleren van innovatie

Zorgaanbieders werden lange tijd te weinig gestimuleerd om te innoveren. Een uiting hiervan is dat zorgaanbieders de winst die gemaakt werd met innovaties dienen afdragen, in plaats van dat ze dit opnieuw konden investeren. Daarnaast hebben zorgkantoren een belangrijke rol aangezien zij bepalen of nieuw ontwikkelde vormen van zorg van voldoende kwaliteit zijn en zo ja, of zij deze zorg willen inkopen. Meerdere betrokken partijen constateren dat er door zorgkantoren over het algemeen nog redelijk 'traditioneel' wordt gecontracteerd en er slechts een beperkte ruimte is voor innovatie.

Onzekerheid bij aanbieders

Veranderingen in de beleidsregels en het omschreven AWBZ-pakket die hebben plaatsgevonden, en mogelijk in de toekomst gaan plaatsvinden, leiden tot onzekerheid bij aanbieders over de toekomstige financiering van nieuw te ontwikkelen zorgaanbod. Dit belemmert innovatie. Ook versnippering in de financiering (met name AWBZ en Wmo) en schotten tussen de grondslagen vormen voor zorgaanbieders belemmerende factoren om vernieuwend aanbod te realiseren.

5.2.4 Meer duidelijkheid voor de cliënt over te verlenen zorg

Eén van de beleidsdoelstellingen om de hulpvraag van cliënten minder sectoraal in te vullen is geweest het scheppen van meer duidelijkheid voor de cliënt over de te verlenen zorg. Deze doelstelling is niet volledig gerealiseerd. Hierbij spelen twee factoren een belemmerende rol: onduidelijkheid over de inhoud van het indicatiebesluit en onduidelijkheid over de inhoud van de functies in de AWBZ. Het taalgebruik van het indicatiebesluit is niet voldoende toegankelijk en de beschrijving in termen van breed gedefinieerde 'functies' sluit niet aan bij de belevingswereld van de cliënt.

Onduidelijkheid over de inhoud van het indicatiebesluit

In de afgelopen jaren is geïnvesteerd in het begrijpelijker maken van het indicatiebesluit en tot zekere hoogte is hierin vooruitgang geboekt. Knelpunt in dit proces is de juridische status van het indicatiebesluit. Deze juridische status maakt bepaalde – slechte toegankelijke – formuleringen en teksten in het indicatiebesluit noodzakelijk. Een mogelijkheid die door meerdere partijen is geopperd is het toevoegen van een aparte 'bijsluiter' bij het indicatiebesluit waarin inhoud van het indicatiebesluit in begrijpelijke taal wordt uitgelegd. Dit aparte document heeft geen juridische status en hierop is geen bezwaar en beroep mogelijk. Het CVZ in adviserende haar rol in bezwaarprocedures over zorgaanbieders op grond van de AWBZ en cliëntenorganisaties signaleren dat een inhoudelijke motivatie bij het indicatiebesluit regelmatig ontbreekt of ontoereikend is. De cliënt krijgt hierdoor onvoldoende zicht op het verband tussen zijn/haar zorgvraag en de geïndiceerde functie(s). Naast het taalgebruik sluit ook de inhoud van het indicatiebesluit onvoldoende aan bij de leefwereld van de cliënt. Een indicatiebesluit geeft het recht op zorg weer in de vorm van één of meerdere functies met bijbehorende klasse(n) of een ZZP. Echter, een cliënt denkt

niet in functies, maar wil antwoord krijgen op zijn of haar praktische vraag: 'komt er nu iedere dag iemand om mij te wassen?' of 'kan ik nu naar het verzorgingshuis in mijn woonplaats?'. Kortom, het indicatiebesluit geeft een aanspraak weer, terwijl de cliënt wil weten wat er in de praktijk gaat gebeuren.

Onduidelijkheid over de inhoud van de AWBZ

Een onderliggend probleem wat betreft de duidelijkheid voor de cliënt over de te verlenen zorg is de onduidelijkheid over de inhoud van de functies in de AWBZ. De AWBZ is geen 'glasheldere' polis. Functies zijn breed gedefinieerd, waardoor voor cliënten onduidelijk is waar je nu feitelijk recht op hebt als een bepaalde functie is toegekend.

Een voorbeeld: een cliënt met een visuele beperking heeft hulp nodig om te leren gaan met zijn computer omdat hij slechter is gaan zien. Het CIZ geeft een indicatie af voor behandeling. De cliënt gaat naar de zorgaanbieder maar deze geeft behandeling die niet aansluit op de zorgvraag, bijvoorbeeld leren koken met slecht zicht of het overnemen van computertaken zonder het aanleren van nieuwe vaardigheden. De cliënt is hiermee niet geholpen met zijn oorspronkelijke hulpvraag. Meerdere geïnterviewde partijen zijn van mening dat het indicatiebesluit cliënten onvoldoende handvatten biedt om bij zorgaanbieders die zorg af te dwingen die aansluit bij hun hulpvraag.

Pakketmaatregelen

De AWBZ pakketmaatregelen, net buiten de onderzoeksperiode 2003-2008, hebben in de optiek van het CIZ bijgedragen aan meer duidelijkheid over de reikwijdte van de inhoud van de AWBZ. Per 1 januari 2009 kunnen mensen met een 'lichte beperking' niet langer aanspraak kunnen maken op begeleiding uit de AWBZ. Ook is de participatiedoelstelling geschrapt, wat betekent dat begeleiding op grond van de AWBZ alleen nog mogelijk is als het bijdraagt aan de zelfredzaamheid van de cliënt. Deze wijzigingen hebben een einde gemaakt aan veel onduidelijkheid die bij verschillende partijen bestond rond de oude functies activerende en ondersteunende begeleiding.

5.3 Pluriforme indicatiestelling, in proces en inhoud

<i>Oorzaken</i>	<i>Beleidsprobleem</i>	<i>Doelstelling(en)</i>	<i>Beleidsmaatregel</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan sturing op de vormgeving van het indicatiestellingsproces en –organen - Problemen met de financiering van de indicatieorganen 	<ul style="list-style-type: none"> - De indicatiestelling vindt plaats op pluriforme wijze, zowel qua proces als qua inhoudelijke afweging 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectieve, onafhankelijke, uniforme en integrale indicatiestelling - Meer sturingsmogelijkheden op de toegang van de AWBZ - Uniform, eenduidig en transparant indicatieproces 	<ul style="list-style-type: none"> - Centraliseren indicatiestelling - Invoering beleidsregels indicatiestelling

Vóór de oprichting van het CIZ bestonden er circa 80 RIO's die door de gemeenten werden aangestuurd en verschilden in de wijze waarop zij de indicatiestelling uitvoerden. Deze pluriformiteit in zowel proces als inhoud is onwenselijk vanuit het oogpunt van rechtsgelijkheid van cliënten. Het indicatiebesluit is immers een wettelijk besluit dat de aanspraak van de cliënt op zorg vaststelt.

Om het probleem van de pluriforme indicatiestelling aan te pakken zijn drie beleidsdoelstellingen geformuleerd:

- 1 Objectieve, onafhankelijke, uniforme en integrale indicatiestelling
- 2 Meer sturingsmogelijkheden op de toegang van de AWBZ
- 3 Uniform, eenduidig en transparant indicatieproces.

5.3.1 Objectieve, onafhankelijke, uniforme en integrale indicatiestelling

Het uiteindelijke doel van het gevoerde beleid in de periode 2003-2008 was te komen tot een objectieve, onafhankelijke, uniforme en integrale indicatiestelling die bijdraagt aan het bedoeld gebruik van de AWBZ. De regelgeving en protocollering van de indicatiestelling hebben geleid tot een toename van de objectiviteit van de indicatiestelling. Daarbij blijft altijd sprake van subjectieve (af rondings)verschillen. Het CIZ heeft nog lang te maken gehad met afspraken met zorgaanbieders over directe toeleiding tot zorg. Dit heeft de onafhankelijke indicatiestelling belemmerd. De ontwikkelingen rond indicaties door zorgaanbieders staan op gespannen voet met onafhankelijkheid.

Verder is er in sommige situaties sprake van zorgaanbieders die druk uitoefenen op indicatiestellers om hogere ZZP's te indiceren of zodanig te indiceren dat wachtlijsten worden verkort of voorkomen. Afwijking van de regels wordt door het CIZ gesignaleerd en in specifieke gevallen geaccepteerd als het ten goede komt aan de cliënt.

De uniformiteit van het werkproces van de indicatiestelling is door de oprichting van het CIZ en de daaropvolgende inzet op dit onderwerp sterk toegenomen. Ook ICT-ontwikkelingen hebben positief bijgedragen aan de uniformiteit. De nadruk ligt nu op het verder verbeteren van de uniformiteit van de uitvoering. Zo leiden bijvoorbeeld de complexiteit van werkinstructies en het protocol Gebruikelijke Zorg tot verschillen in werkwijze tussen indicatiestellers. Naast de vastgestelde criteria is verder, binnen de indicatiestelling, enige ruimte voor eigen interpretatie en afweging door de indicatiesteller. Individuele toetsing, waaraan het CIZ momenteel werkt, kan bijdragen aan uniformiteit van de uitvoering. Ook de integraliteit is, zoals in eerdere paragrafen beschreven, door de oprichting van het CIZ toegenomen.

In deze paragraaf beschrijven we in hoeverre die indicatiestelling door het CIZ op dit moment objectief, onafhankelijk, uniform en integraal is vormgegeven.

Objectieve indicatiestelling

Regelgeving en protocollering

Met een objectieve indicatiestelling bedoelen we een indicatiestelling die niet wordt beïnvloed door subjectieve factoren. De regelgeving ten aanzien van de indicatiestelling (Zorgindicatiebesluit (ZIB), beleidsregels indicatiestelling AWBZ) en de protocollering van deze indicatiestelling (protocol Gebruikelijk Zorg en de werkinstructies) hebben ertoe geleid dat de objectiviteit van de indicatiestelling is toegenomen. De geobjectiverde werkwijze en criteria voor de indicatiestelling zijn uiteindelijk samengebracht in de CIZ Indicatiewijzer.

Ruimte voor subjectiviteit

De indicatiestelling is hiermee in de optiek van het CIZ zo objectief mogelijk vormgegeven. In de praktijk blijven echter altijd subjectieve afwegingen van de indicatiesteller een rol spelen. Indicatiestelling is 'mensenwerk'. Dit verschil in subjectieve afwegingen tussen indicatiestellers kan leiden tot kleine verschillen in met name de klasse die wordt toegekend. 'De ene indicatiesteller rondt eerder naar boven af, de andere eerder naar beneden' zo omschreef een CIZ regiomanager dit verschil.

Onafhankelijke indicatiestelling

Afspraken met zorgaanbieders

Een onafhankelijke indicatiestelling is een indicatiestelling die niet wordt beïnvloed door belangen anders dan het belang van de cliënt om zorg geïndiceerd te krijgen die aansluit bij zijn/haar zorgbehoefte. Naast de cliënt hebben ook zorgaanbieders een belang bij de indicatie die wordt gesteld. Al vóór de oprichting van de RIO's pleitten cliëntenorganisaties voor een indicatiestelling die onafhankelijk is van de zorgaanbieder. Onafhankelijkheid van zorgaanbieders en eventuele andere belanghebbenden is vanaf de oprichting een speerpunt voor het CIZ en een bron voor de legitimiteit voor de organisatie.

In de tijd van de RIO's bestonden er veel afspraken tussen de RIO's en de zorgaanbieders in de regio's. Het CIZ was bij haar oprichting verplicht deze langlopende contractuele afspraken over te nemen. Deze afspraken zijn nu voor een groot deel beëindigd. Verschillende CIZ regio's hebben hierbij een verschillende aanpak gekozen, van het geleidelijk afbouwen van de bestaande afspraken tot het op één moment beëindigen van alle afspraken. Nog niet alle afspraken met zorgaanbieders zijn beëindigd. In deze zin is er nog niet in alle CIZ regio's sprake van een volledig onafhankelijke indicatiestelling. Hiernaast kan een kritische kanttekening geplaatst worden bij de ontwikkeling waarin zorgaanbieders in toenemende mate actief zijn in het proces van indicatiestelling en waarbij indicaties achteraf steekproefsgewijs worden getoetst door het CIZ. Deze toenemende rol van zorgaanbieders in het indicatieproces kan op gespannen voet komen te staan met de wens de indicatiestelling voor de AWBZ te laten uitvoeren door een onafhankelijk indicatiorgaan.

Druk door zorgaanbieders

Het CIZ ervaart in de praktijk dat zorgaanbieders druk uitoefenen op indicatiestellers. Hierbij gaat het enerzijds om vragen die voortkomen uit het bestaan van wachtlijsten (de vraag een spoedindicatie af te geven op het moment dat er een bed vrij komt of een andere vorm van zorg te indiceren waarvoor geen wachtlijst bestaat). Anderzijds zijn er vragen die voortkomen uit financieringsoverwegingen, met name de vraag om een hoger ZZP af te geven. De uniformering en protocollering van indicatieproces heeft een basis gelegd voor een onafhankelijke indicatiestelling. De ontwikkelde werkinstructies staan los van het aanbod. De onafhankelijkheid van de indicatiestelling is echter ook afhankelijk van de individuele indicatiesteller. In de praktijk merken CIZ managers dat sommige indicatiestellers beter bestand zijn tegen druk vanuit zorgaanbieders dan anderen. Dit komt bijvoorbeeld aan het licht wanneer een zorgaanbieder steeds nadrukkelijk naar dezelfde indicatiesteller blijft vragen. Indicatiestellers zijn op dit punt nadrukkelijk geïnstrueerd. Blijvende aandacht voor dit onderwerp is echter op zijn plaats. Ditzelfde geldt voor druk die door PGB bemiddelingsbureaus wordt uitgevoerd op individuele indicatiestellers.

Afwijking van de regels

In de interviews met CIZ regiomanagers zijn drie situaties genoemd waarin in enkele regio's kan worden afgeweken van de uitkomsten van de indicatie.

De geschetste situaties zijn:

- Wachtlijsten voor zorg. Een enkele CIZ manager geeft aan dat in enkele gevallen de indicatie dusdanig kan worden aangepast dat een cliënt niet lang van zorg verstoken blijft. Wachtlijsten worden vooral gesignaleerd voor 'lage' ZZP'en (ZZP2-ZZP3).
- De heel specifieke wens van de cliënt voor een bepaalde zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat dit de enige aanbieder is in het dorp van de cliënt. Als een cliënt daar met zijn of haar indicatie niet terecht kan, omdat de gewenste zorgaanbieder andere afspraken heeft gemaakt het zorgkantoor, kan bij enkele CIZ locaties de indicatiestelling hierop worden aangepast. Het gaat hierbij voornamelijk om intramurale zorg. Het feit dat de cliënt in de eigen bekende woonomgeving en/of in de buurt van familie en vrienden kan blijven wegen bij de afweging voor het CIZ dan zwaar mee.
- Grensgevallen AWBZ en jeugdzorg. Indien de AWBZ beschikbaar aanbod heeft voor de cliënt of aanbod heeft dat beter aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt kan in enkele regio's AWBZ zorg worden toegewezen aan een cliënt die formeel wellicht onder jeugdzorg zou vallen.

Uniforme indicatiestelling

Een uniforme indicatiestelling houdt in dat de indicatiestelling wordt uitgevoerd volgens een vastgesteld stramien dat gelijk is voor alle CIZ locaties. De uniformiteit van de indicatiestelling is van groot belang omdat een indicatiebesluit door het CIZ een rechtsgeldig karakter heeft. Een uniforme indicatiestelling is dan ook noodzakelijk voor de rechtsgelijkheid van cliënten.

Oprichting CIZ

Een cruciaal moment in de ontwikkeling naar een uniforme indicatiestelling is de oprichting van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Alle geïnterviewde partijen zijn het erover eens dat de mate van uniformering die nu bereikt is, niet bereikt had kunnen worden zonder de instelling van een landelijk indicatieorgaan voor bijna de gehele AWBZ. Vóór de oprichting van het CIZ verschilden de circa 80 RIO's sterk in hun werkproces. Bij de oprichting van het CIZ in 2005 lag er dan ook een grote uitdaging om te komen tot een uniform werkproces op alle locaties. Deze uniformering heeft dan ook tijd gekost. Belangrijke instrumenten voor de uniformering waren de Beleidsregels AWBZ, het Referentiewerkproces, de ingevoerde protocollen en werkinstructies, en later de CIZ Indicatiwijzer. Daarnaast heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft een rol gespeeld bij de uniformering van het werkproces door middel van haar adviesrol bij bezwaren tegen afgegeven indicatiebesluiten.

Met het project Uniform Primair Proces (UPP) dat in 2009 is gestart, heeft het CIZ onder meer ingezet op het versterken van de centrale sturing vanuit het hoofdkantoor.

Instrumenten die door het CIZ worden ingezet om te komen tot meer uniformiteit in de uitvoering van de indicatiestelling zijn casuïstiekbeprekingen en het multidisciplinair overleg (MDO). Indien er na bespreking van een casus in het MDO nog twijfels bestaan over de casus is overleg met het landelijk bureau mogelijk. Op de CIZ-locaties wordt verder gewerkt aan het uniformeren van het werkproces door middel van teamoverleggen ('hoe werkt het

in de praktijk, waar loop je tegen aan?') en kennisdragersoverleggen, waarin ervaren indicatiestellers hun kennis delen met collega's.

Complexe werkinstructies GZ

De uniformiteit van de uitvoering hangt onder meer af van de mate waarin het indicatieproces eenduidig is vormgegeven waardoor onduidelijkheden en interpretatieverschillen worden voorkomen. Belangrijke constatering die eerder zijn beschreven, zijn dat indicatiestellers soms onduidelijkheden ervaren in complexe werkinstructies en in het Protocol Gebruikelijke Zorg. Verschillen in werkwijze zijn ook volgens CIZ regiomanagers het gevolg van verschillen in de mate van bekendheid met en acceptatie van de werkinstructies bij verschillende indicatiestellers. Deze verschillen zijn mede veroorzaakt door het grote aantal wijzigingen dat zich in korte tijd heeft voorgedaan. Het kost tijd en inzet om wijzigingen in de praktijk te laten landen bij alle indicatiestellers. Hierbij moet niet alleen aandacht worden besteed aan het aanleren van nieuwe werkwijzen, maar ook aan het afleren van oude werkwijzen.

Individuele toetsing

Bij de herindicaties voor de AWBZ pakketmaatregelen is door het CIZ sterk getoetst op de uniformiteit van de uitvoering van de indicatiestelling. CIZ regiomanagers zien een mogelijke meerwaarde van het invoeren van een vorm van interne toetsing op de uitvoering van de indicatiestelling voor ook de reguliere indicaties. Het CIZ werkt op dit moment aan het individueel toetsen van indicatiestellers om zo vast te kunnen stellen of zij het huidige werkproces voldoende beheersen. In een aantal regio's worden standaard alle indicatiestellers individueel getoetst, in andere regio's gebeurt dit alleen indien er twijfels zijn over de beheersing van het werkproces door een bepaalde indicatiesteller. Waar nodig worden scholingstrajecten ingezet om indicatiestellers op het gewenste niveau te krijgen. In een aantal gevallen wordt gebruik gemaakt van herplaatsingstrajecten indien blijkt dat medewerkers niet (meer) op de juiste plek zitten. Overigens is blijvende aandacht voor de uniformiteit van het werkproces noodzakelijk. Waar mensen werken worden toch weer nieuwe 'tussenweggetjes' bedacht, zo wordt dit door een CIZ manager verwoord.

Eigen interpretatie

Naast de vastgestelde criteria is er binnen de indicatiestelling ruimte voor eigen interpretatie en afweging door de indicatiesteller. Juist deze afweging wordt gemaakt in het hoofd van de indicatiesteller en wordt niet zichtbaar in het softwaresysteem waar het CIZ mee werkt. In de optiek van het CIZ en zorgaanbieders hoort enige ruimte voor eigen afwegingen bij de indicatiestelling. De indicatiestellers kunnen hier gebruik maken van hun professionaliteit, deskundigheid en ervaring om de indicatie beter af te stemmen op de specifieke situatie van de cliënt. De variatie in de afwegingen die indicatiestellers maken is met name terug te zien in de klasse die wordt geïndiceerd (zie hierboven 'objectieve indicatiestelling'). Voor grotere afwijkingen van de vastgestelde regels in specifieke gevallen beschikken de indicatiestellers over de discretionaire bevoegdheid.

Indicatiestelling voor kinderen

Interpretatieverschillen tussen indicatiestellers worden door CIZ regiomanagers vaker gesignaleerd bij de indicatiestelling voor kinderen. De indicatiestelling voor kinderen wordt door indicatiestellers als ingewikkelder ervaren dan de indicatiestelling voor volwassenen om verschillende redenen:

- De diagnostiek voor kinderen is ingewikkelder omdat kinderen nog niet zijn uitontwikkeld en de ontwikkeling per kind anders verloopt. Ook kunnen kinderen met dezelfde diagnose sterk van elkaar verschillen in hun functioneren.
- Het vaststellen van wat gebruikelijke zorg is en wat niet wordt door indicatiestellers voor kinderen als lastiger ervaren dan voor volwassenen.
- Bij indicaties voor kinderen met ernstige beperkingen kunnen ook emoties van de indicatiesteller een rol gaan spelen.

ICT-ontwikkelingen

Bij het werken aan een uniform werkproces hebben ICT ontwikkelingen een praktische maar belangrijke rol gespeeld. De meest up-to-date versie van de werkinstructies en nu de CIZ Indicatiewijzer is voor alle indicatiestellers te raadplegen op het intranet. Wijzigingen worden gecommuniceerd aan de rayons en meteen verwerkt in de werkinstructies op intranet. CIZ regiomanagers wijzen hiernaast op het belang van de interne auditing. De uniformiteit in het proces van indicatiestelling wordt getoetst zowel op het niveau van de CIZ regio's als landelijk. Deze auditing zorgt voor de borging van ingevoerde wijzigingen. Dit is van groot belang om deze wijzigingen ook daadwerkelijk te laten landen bij de indicatiestellers.

Andere belemmeringen

Belemmerde factoren voor een uniforme uitvoering van de indicatiestelling door het CIZ zijn verder nog:

- Bestaande afspraken tussen het CIZ en zorgaanbieders die doorlopen vanuit de tijd van de RIO's (zie vorige paragraaf).
- De grote stroom van indicatieaanvragen, enkele grote projecten en de vele wijzigingen waarmee het CIZ in haar vijfjarig bestaan is geconfronteerd, hebben als gevolg dat er nog weinig rust is geweest binnen de organisatie.
- Samenhangend met het bovenstaande punt is er een behoorlijk verloop geweest van indicatiestellers. Ook zijn voor projecten, zoals het project non-indicaties, tijdelijke medewerkers aangetrokken, die na een korte periode weer de organisaties verlieten. Dit belemmert het ontwikkelen van een eigen organisatiecultuur.

Integrale indicatiestelling

In paragraaf 5.2.1 is uitgebreid ingegaan op de integraliteit van de indicatiestelling. Met de oprichting van het CIZ als centraal indicatieorgaan voor alle sectoren (uitgezonderd de jeugd-GGZ) en de invoering van de functiegerichte aanspraken is de integraliteit van de indicatiestelling binnen de AWBZ sterk verbeterd.

5.3.2 Meer sturingsmogelijkheden op de toegang van de AWBZ

De basis voor sturing op de toegang tot de AWBZ ligt in de zorgaanspraken, die wettelijk zijn vastgelegd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Met de oprichting van het CIZ is een landelijk indicatiestellingsorgaan tot stand gebracht dat op basis van de wettelijke bepalingen de toegang tot de AWBZ beheert. De oprichting van het CIZ heeft via twee wegen de sturingsmogelijkheden van de overheid op de toegang tot de AWBZ verbeterd; er is door landelijke rapportages meer zicht op de indicatie van AWBZ-zorg en wijzigingen in beleid zijn eenvoudiger, centraal, door te voeren.

Landelijke informatie

Ten eerste levert het CIZ landelijke informatie op over de doelgroepen die gebruik maken van de AWBZ, hun omvang en hun aanspraak bij de AWBZ. Sinds de oprichting van het Kenniscentrum in 2009 brengt het CIZ een jaarlijkse Trendrapportage Landelijke Indicatiestelling uit en een tweejaarlijkse Beleidsmonitor met uitsplitsing van gegevens uit de Trendrapportage. Door de informatie die het CIZ oplevert is meer inzichtelijk geworden welke indicaties worden afgegeven, voor welke doelgroepen ze worden afgegeven en welke combinaties van functies vaker voorkomen. Deze gegevens kunnen een belangrijke rol spelen als input voor beleidsdiscussies over de inrichting van de AWBZ. Zo kan nu vooraf worden geanalyseerd welke groepen cliënten (kenmerken en omvang) gevolgen zullen ondergaan van aanpassingen van een bepaalde aanspraak.

Wijzigingen doorvoeren

Ten tweede maakt het CIZ, als landelijke uitvoerder van de indicatiestelling voor (het overgrote deel van) de AWBZ het doorvoeren van wijzigingen in de aanspraken eenvoudiger. In de optiek van meerdere betrokken partijen zouden de invoering van de ZZP'en, de overheveling van de huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo en later de AWBZ pakketmaatregelen überhaupt niet mogelijk waren geweest zonder het bestaan van deze landelijke toegangspoort tot de AWBZ.

5.3.3 Uniform, eenduidig en transparant indicatieproces

De oprichting van het CIZ heeft uiteindelijk geleid tot een uniform vastgesteld indicatieproces binnen het CIZ. De eenduidigheid van dit indicatieproces is door protocollering sterk toegenomen. Een gesignaleerd neveneffect van de verregaande protocollering bij het CIZ is het risico dat te weinig naar de individuele situatie van cliënten wordt gekeken. De transparantie van het proces is sterk verbeterd door de komst van de CIZ Indicatiewijzer (januari 2009). De cliënt heeft echter vaak geen goed zicht op het indicatieproces, onder andere doordat driekwart van de indicaties namens de cliënt wordt aangevraagd door de zorgaanbieder. Als extra aandachtspunt worden hierbij de telefonische indicaties benoemd, waarbij cliënten niet altijd goed op de hoogte zouden zijn van de organisatie met wie zij spreken en het doel van het gesprek.

De formele taakverdeling tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg blijkt in de praktijk onvoldoende helder. Om deze reden zijn in de regio's werkafspraken gemaakt tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg.

Uniform indicatieproces

In paragraaf 5.3.1 is reeds de uniformiteit, in de zin van eenvormigheid, van het indicatieproces binnen het CIZ besproken. Dit indicatieproces heeft vorm gekregen door met name de invoering beleidsregels indicatiestelling, het Referentiewerkproces, de werkinstructies en het in 2009 gestarte UPP-project (uniformering primair proces). Uniformiteit van het indicatieproces binnen alle CIZ locaties is nu grotendeels behaald. Door middel van interne auditing wordt deze uniformiteit landelijk gemonitord en waar nodig verbeterd.

Individuele situatie

Er is ook een tegengeluid te horen tegen de verdergaande protocollering van de indicatiestelling. Meerdere partijen stellen dat in de praktijk te weinig naar de individuele situatie van de cliënt wordt gekeken en de cliënt zich moet aanpassen aan het systeem in plaats van andersom. Het risico hierbij is dat de zorg die de cliënt geïndiceerd krijgt onvoldoende aansluit bij zijn/haar zorgbehoefte.

Jeugd-GGZ

De uniformiteit van het werkproces geldt niet voor de gehele AWBZ. Het indicatieproces van de Bureaus jeugdzorg voor de indicaties jeugd-GGZ en het indicatieproces van het CIZ voor de overige AWBZ-indicaties verschillen van elkaar (zie paragraaf 4.3).

Eenduidig indicatieproces

Protocollering

Met de term 'eenduidig' wordt hier bedoeld 'slechts voor één uitleg vatbaar'. De beleidsdoelstelling was te komen tot een indicatieproces waarin de regels niet voor velerlei interpretaties vatbaar zijn en daardoor in de praktijk niet makkelijk op een verschillende manier kunnen worden toegepast. Met de protocollering van het werkproces is de eenduidigheid hiervan verbeterd. Met behulp van auditing en casuïstiekbesprekingen worden verschillen in de interpretaties van de regels gesignaleerd. Deze verschillen kunnen vervolgens worden aangepakt door scholing van medewerkers en/of het wijzigen van werkinstructies.

Verschillen in de praktijk

De eenduidigheid van het werkproces is sinds de oprichting van het CIZ aanzienlijk verbeterd. Toch komen in de praktijk nog verschillen in inzicht voor. Deels is dit te wijten aan het werkveld van het CIZ, waarin de praktijk kan afwijken van de gestelde regels. Verschillen in inzicht komen in de praktijk echter ook voort uit de complexiteit van de werkinstructies en verschillen in de interpretatie van het Protocol Gebruikelijke Zorg.

Taakverdeling CIZ - Jeugdzorg

Een ander belangrijk aspect van eenduidigheid ligt bij de taakverdeling tussen het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg. Formeel bepaalt het IQ en de dominante grondslag van de cliënt of een indicatie door het CIZ dan wel het Bureau Jeugdzorg dient te worden gesteld. In de praktijk ervaren beide organisaties echter dat aan het begin van het indicatietraject niet voor alle cliënten eenvoudig kan worden vastgesteld welke organisatie de indicatie zou moeten stellen. Het CIZ en Bureaus Jeugdzorg hebben onderlinge afspraken gemaakt om de afbakening in de praktijk te verhelderen en te voorkomen dat cliënten 'over de schutting worden gegooid'. De invulling van deze afspraken verschilt tussen de CIZ regio's, van overleg op managementniveau tot veelvuldig overleg op uitvoerend niveau en het individueel 'koppelen' van indicatiestellers uit beide organisaties aan elkaar. In één geïnterviewde re-

gio werden tot 1 januari 2009 de indicaties voor de jeugd-GGZ nog uitgevoerd door het CIZ. Door de gemaakte afspraken zou volgens de CIZ regiomanagers op dit moment het heen en weer schuiven van dossiers, ook wel aangeduid met de term 'ping-pong cliënten', niet of nauwelijks meer voorkomen.

Transparant indicatieproces

De transparantie van het indicatiestellingsproces is af te meten aan de mate waarin het voor alle betrokken partijen helder is hoe het proces verloopt.

CIZ Indicatielijzer

Deze transparantie is verbeterd door centralisering van de indicatiestelling bij het CIZ en de daaropvolgende uniformering van de indicatiestelling, en met name ook door de komst van de CIZ Indicatielijzer per 1 januari 2009. In de CIZ Indicatielijzer staat de werkwijze van het CIZ beschreven. De Indicatielijzer bevat een beschrijving van de belangrijke definities en begrippen binnen de indicatiestelling en van het afwegingskader dat bij de indicatiestelling wordt toegepast door het CIZ (het trechtermodel). Tevens wordt per ABWZ functie een toelichting gegeven op de toepassing van dit trechtermodel en specifieke onderwerpen en afwegingen die spelen bij de indicatiestelling voor deze functie.

De 'taal van het CIZ'

Het indicatieproces is voor zorgaanbieders voldoende helder, mits zij zich verdiepen in de werkwijze van het CIZ. Zorgaanbiedersorganisaties merken op dat zij verwacht worden 'de taal van het CIZ' te leren spreken en de wijze waarop zij namens de cliënt (her)indicaties aanvragen hierop af te stemmen. Dit is een leerproces. Ook CIZ managers signaleren dat zorgaanbieders steeds beter leren hoe het indicatieproces verloopt. Zorgaanbieders weten daardoor beter welke informatie zij dienen aan te leveren aan het CIZ en dit komt de efficiëntie van het indicatieproces ten goede. Aan de andere kant zouden zorgaanbieders met hun kennis over de werkwijze van het CIZ kunnen pogen de uitkomst van het indicatietraject in hun eigen voordeel te beïnvloeden. Hier is een signalerende rol weggelegd voor het CIZ.

Helderheid voor de cliënt

Cliëntenorganisaties plaatsen kritische kanttekeningen bij de transparantie van het indicatieproces. Hierbij speelt mee dat ruim driekwart van de indicaties namens de cliënt wordt aangevraagd door de zorgaanbieder. Deze tussenstap leidt er vaak toe dat de cliënt weinig tot geen zicht meer heeft op het indicatieproces. Ook zonder deze tussenstap is het indicatieproces voor lang niet alle cliënten begrijpelijk. Als extra aandachtspunt worden hierbij de telefonische indicaties benoemd, waarbij cliënten niet altijd begrijpen met wie zij spreken of wat het doel is van het telefoongesprek. Dit signaal ten aanzien van telefonische indicaties komt overeen met resultaten uit eerdere onderzoeken van Research voor Beleid naar de indicatiestelling voor hulp bij het huishouden en de herindicaties bij de AWBZ-pakketmaatregelen.¹

¹ Indicatiestelling hulp bij het huishouden Augustus 2007. Research voor Beleid i.o.v. het Ministerie van VWS. Gevolgen van de AWBZ-pakketmaatregelen. Onderzoek onder chronisch zieken, ouderen, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten. Februari 2010. Van Klaveren, Noordhuizen en van Vree. Research voor Beleid i.o.v. landelijke cliëntenorganisaties en ouderenbonden.

5.4 Indicatieproces tijdrovend, bureaucratisch en duur

Oorzaken	Beleidsprobleem	Doelstelling(en)	Beleidsmaatregel
<ul style="list-style-type: none"> - Grote toestroom van te indiceren cliënten - Zwaarte van de claimbeoordeling (en het gebrek aan differentiatie hierin). 	<ul style="list-style-type: none"> - De procedure voor indicatiestelling is tijdrovend, bureaucratisch en duur 	<ul style="list-style-type: none"> - Klantvriendelijkere en efficiëntere uitvoering van de indicatiestelling - Lagere werkdruk voor CIZ (en minder kosten) - Kortere doorlooptijden in de indicatiestelling - Vereenvoudigen en versnellen van indicatieproces - Verminderen van bureaucratie 	<ul style="list-style-type: none"> - Invoering SIP's en mandatering zorgaanbieders - Pilots vereenvoudiging indicatiestelling

Hoewel er draagvlak bestond voor een objectieve en onafhankelijke indicatiestelling voor de AWBZ bij zowel de politiek als partijen in het veld, werd benadrukt dat deze indicatiestelling eenvoudig, snel en niet te kostbaar diende te zijn. Het CIZ werd al heel vroeg in haar bestaan geconfronteerd met kritiek op deze punten. Om hierin verbetering aan te brengen werden de volgende doelstellingen geformuleerd:

- 1 Klantvriendelijkere en efficiëntere uitvoering van de indicatiestelling
- 2 Lagere werkdruk voor CIZ (en minder kosten)
- 3 Kortere doorlooptijden in de indicatiestelling
- 4 Vereenvoudigen en versnellen van indicatieproces
- 5 Verminderen van bureaucratie

In de onderstaande subparagrafen worden deze vijf doelstellingen achtereenvolgens besproken. Ten aanzien van de kostbaarheid van de indicatiestelling, wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op de ontwikkeling van de kosten per indicatie binnen de onderzoeksperiode.

5.4.1 Klantvriendelijkere en efficiëntere uitvoering van de indicatiestelling

Al vóór de invoering van het CIZ, in de periode van de RIO's, wordt vanuit de Tweede Kamer gewezen op het belang van een klantvriendelijke en snelle indicatiestelling (Moties Dankers C.S. en Van vliet C.S.). De SIP's hebben een positieve bijdrage geleverd aan klantvriendelijkheid aangezien na het invullen van de digitale applicatie door de zorgaanbieder direct gestart kan worden met zorglevering. Ook de eerder beschreven instrumenten voor vereenvoudiging en versnelling van het proces vormen onderdeel van een efficiëntere uitvoering. De bejegening van cliënten kan gezien worden als ontwikkelpunt van het CIZ. De telefonische bereikbaarheid van het CIZ is met een 0900-nummer verbeterd. De verder ontwikkelde website biedt cliënten veel informatie.

SIP's

Een belangrijk instrument hiervoor is de landelijke invoering van de standaardindicatieprotocollen (SIP's). Deze protocollen bevatten een beperkt aantal kernvragen op basis waarvan de aard en de omvang van de aanspraak en de geldigheidsduur van de indicatie in kaart wordt gebracht. Er zijn uitsluitend SIP's beschikbaar voor niet complexe en goed gestandaardiseerde zorgsituaties. Het aantal beschikbare SIP's is in de loop van de tijd uitgebreid. Per april 2010 zijn er 29 SIP's, waarvan het merendeel voor verpleging en verzorging.¹ Na het invullen van een SIP via de digitale AanmeldFunctionaliteit (AF) van het CIZ kan de zorgbieder direct starten met het leveren van zorg aan de cliënt. De ingevulde SIP's worden door het CIZ administratief afgehandeld en achteraf steekproefsgewijs getoetst.

Efficiëntie

De doelstelling te komen tot een efficiëntere uitvoering van het indicatiestelling, waarbij de cliënt snel en met zo min mogelijk administratieve belasting een indicatie ontvangt, houdt verband met de doelstellingen van het vereenvoudigen en versnellen van het indicatieproces (paragraaf 5.4.4) en het verminderen van bureaucratie (paragraaf 5.4.5). Ook heeft klantvriendelijk een duidelijke relatie met de link transparantie van het indicatieproces. De CIZ Indicatiewijzer is in dit opzicht een belangrijk instrument (zie verder paragraaf 5.3.3). het CIZ ziet zelf nog een verbetermogelijkheid in het bieden van meer duidelijkheid voor cliënten over waar hun aanvraag op dat moment staat in het indicatieproces.

Bejegening, bereikbaarheid en informatievoorziening

Andere aspecten van klantvriendelijkheid zijn bejegening, telefonische bereikbaarheid en de volledigheid en helderheid van de informatievoorziening. Cliëntenorganisaties zien een lichte verbetering in de wijze waarop cliënten door indicatiestellers worden bejegend. Toch wordt de bejegening door drie CIZ regiomanagers aangeduid als ontwikkelpunt voor een deel van hun medewerkers. Hierbij hechten zij er vooral belang aan dat medewerkers zich meer inleven in de situatie van de cliënt, bijvoorbeeld wat een langere doorlooptijd betekent voor het dagelijks leven van de cliënt. Er zijn plannen om te investeren in trainingen ter verbetering van de gesprekstechnieken van medewerkers.

¹ www.ciz.nl

Geruime tijd was er kritiek op de telefonische bereikbaarheid van het CIZ. Om de bereikbaarheid en informatievoorziening te verbeteren is eind 2008 een landelijk 0900-nummer geopend. Cliënten kunnen via dit telefoonnummer vragen stellen over de indicatiestelling en de aanspraak op zorg vanuit de AWBZ. Cliëntenorganisaties zien ook hier verbetering, maar merken op dat het soms nog lang duurt voordat cliënten antwoord krijgen op hun vraag of terecht kunnen voor een afspraak.

Ten bate van de informatievoorziening is tevens de website van het CIZ is verder ontwikkeld en zijn folders beschikbaar over diverse onderwerpen. Het helderder maken van standaardbrieven en mogelijk het bijsluiten van een toelichting bij het indicatiebesluit (zie paragraaf 5.3.1) zouden verder kunnen bijdragen aan de klantvriendelijkheid. In 2009 heeft het CIZ gewerkt aan een nieuw aanvraagformulier dat, in de ervaring van het CIZ, toegankelijker is voor cliënten.

Het CIZ ervaart daarnaast dat de nieuwe mogelijkheid voor cliënten om zelf een indicatie aan te vragen via internet zeer positief wordt ontvangen. Een CIZ regiomanager waarschuwt dat het streven naar een efficiënte uitvoering op bepaalde punten kan conflicteren met de klantvriendelijkheid. Zo worden cliënten die telefonisch een vraag stellen volgens deze regiomanager al snel doorverwezen naar de website van het CIZ (de maximumduur van een telefoongesprek is drie minuten aldus deze regiomanager). Dit antwoord sluit echter niet altijd aan bij de mogelijkheden en de behoefte van de cliënt.

5.4.2 Lagere werkdruk voor CIZ (en minder kosten)

In samenhang met de doelstelling van een efficiëntere indicatiestelling is in de onderzoeksperiode gestreefd naar het verminderen van de werkdruk voor het CIZ en het verminderen van de kosten voor de indicatiestelling. De werkzaamheden voor het CIZ per indicatie zijn in deze periode afgenomen. Het aantal FTE indicatiestellers is echter ook afgenomen. Door veranderingen in beleid, bijvoorbeeld de AWBZ-pakketmaatregelen, heeft het CIZ tijdelijk extra taken moeten uitvoeren. De ervaren werkdruk is per saldo niet verminderd.

De ontwikkeling van de ingezette budgetten voor de indicatiestelling worden in het volgende hoofdstuk beschreven.

Caseload indicatiestellers

Bij de werkdruk voor de indicatiestellers spelen meerdere aspecten een rol. Uiteraard is de werkdruk deels afhankelijk van het aantal beschikbare indicatiestellers in verhouding tot de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd. Door de invoering van de SIP's en de AanmeldFunctionaliteit en het vaker gebruik maken van een telefonische indicatie in plaats van een huisbezoek, is de omvang van het werk voor het CIZ per indicatie afgenomen. In 2010 zijn hier de herindicaties via taakmandaat (HiT) bijgekomen. Het aantal FTE indicatiestellers is echter ook verminderd, aldus de CIZ regiomanagers. Daarnaast lijkt op basis van de interviews met CIZ regiomanagers de verhouding tussen de werkvoorraad en het aantal beschikbare indicatiestellers te variëren tussen de regio's.

Wijzigingen door beleidsveranderingen

Naast de werkvoorraad en het aantal beschikbare FTE spelen nog andere factoren een belangrijke rol bij de werkdruk die door CIZ medewerkers wordt ervaren. Het CIZ heeft in haar vijfjarig bestaan een grote hoeveelheid wijzigingen doorgemaakt. Ook zijn naast de lopende werkzaamheden enkele grote projecten uitgevoerd, zoals het project non-indicaties en later de herindicaties voor de AWBZ pakketmaatregelen. Deze turbulentie is een belangrijke bron van werkdruk geweest voor indicatiestellers. Verschillende partijen merken op dat het CIZ tijdens haar bestaan nog geen periode van rust heeft gekend. Ook het negatieve imago van het CIZ in de samenleving en de veelal niet positieve media-aandacht hebben bijgedragen aan de ervaren werkdruk. Over het geheel genomen is door bijna alle CIZ locatiemanagers geen vermindering van de werkdruk voor de indicatiestellers ervaren in de loop van de onderzoeksperiode.

5.4.3 Kortere doorlooptijden in de indicatiestelling

In de tijd van de RIO's kon de tijd tussen het aanvragen van een indicatie door een cliënt en de afgifte van het indicatiebesluit (de doorlooptijd) oplopen tot enkele maanden en zelfs tot een half jaar. De cliënt moest hierdoor te lang wachten op zorg. Een van de doelstellingen van het gevoerde beleid in de periode 2003-2008 was dan ook het verkorten van deze doorlooptijd. Het CIZ voldoet nog niet aan de eisen die door het ministerie van VWS worden gesteld. Oorzaken van langere doorlooptijden kunnen zijn de afhankelijkheid van informatie van derden, piekbelasting of andere projecten die het reguliere werk doorkruisen.

Normtijden

Aan het einde van de onderzoeksperiode werd 86% van de aanvragen door het CIZ binnen zes weken afgegeven.¹ In 2009 is 87% van de indicaties afgehandeld binnen een periode van 6 weken.² Dit is de maximale periode voor het afgeven van een indicatiebesluit op basis van het Zorgindicatiebesluit. Ondanks dat de doorlooptijd van indicaties ten opzichte van de start van de onderzoeksperiode is afgenomen, voldoet het CIZ hiermee nog niet aan de eisen die door het Ministerie van VWS worden gesteld aan het tijdig afgeven van indicaties (maximaal 10% van de indicaties duurt langer zes weken). Ook cliëntenorganisaties wijzen erop dat indicaties soms nog te lang op zich laten wachten en er in bepaalde regio's wachtlijsten voor de indicatiestelling bestaan.

Informatie van derden

Wanneer de doorlooptijd langer is dan zes weken wordt dit volgens het CIZ veelal veroorzaakt doordat informatie die is opgevraagd bij derden, vaak artsen of medisch adviseurs, enige tijd op zich laat wachten. Ook heeft het CIZ te maken met jaarlijks terugkomende piekbelasting na de zomer en na Nieuwjaar. Piekbelasting wordt ook veroorzaakt door extra werkzaamheden zoals bij het project non-indicaties (2008/2009) en de herindicaties in het kader van de AWBZ pakketmaatregelen (2009/2010). Tenslotte hebben wijzigingen in de werkwijze een tijdelijke negatieve invloed op de doorlooptijden, enerzijds omdat indicatiestellers trainingen dienen te volgen waardoor zij minder inzetbaar zijn voor het primaire

¹ Percentage voor het laatste kwartaal van 2008. Bron: CIZ jaarverslag 2008.

² CIZ Vierde kwartaalrapportage 2009.

proces en anderzijds omdat indicatiestellers moeten wennen het werken met de nieuwe regels.

Verwachting

Met de lijn die is uitgezet voor de toekomst verandert de rol van het CIZ van uitvoerder naar toezichthouder. Het CIZ zal in de toekomst voorlopig de eerste indicatie voor een cliënt en de complexe indicaties zelf uitvoeren.¹ Daarnaast controleert het CIZ steekproefsgewijs de herindicaties die worden uitgevoerd door de zorgaanbieders. Dit zal betekenen dat het CIZ veel minder indicaties hoeft te stellen. Wel mag verwacht worden dat als gevolg van deze splitsing van taken de gemiddelde doorlooptijd van de indicaties zal toeneemen.

5.4.4 Vereenvoudigen en versnellen van het indicatieproces

In het begin van de onderzoeksperiode werd de indicatiestelling ervaren als tijdrovend en omslachtig. Om deze reden is gestreefd naar het vereenvoudigen en versnellen van het indicatieproces. Vooral de laatste jaren van de onderzoeksperiode is hard gewerkt aan het vereenvoudigen en versnellen van het indicatieproces. De pilots Flexibilisering werkprocessen (FWP) en gedetacheerd werken in grote gezondheidscentra zijn geslaagd. Na 2008 is verder gewerkt aan de FWP en andere instrumenten, zoals de mogelijkheid voor cliënten om zelf een indicatie aan te vragen via de website van het CIZ. Het verdere vereenvoudigen van de indicatiestelling is een doorgaand proces. Voor de toekomst worden in dit opzicht door betrokken partijen positieve effecten verwacht van de verdere verschuiving van de rol van het CIZ van uitvoerder naar toetser, meer en beter gebruik van digitale mogelijkheden voor het aanvragen van een indicatie en zelfindicatie, het verder verhelderen van aanvraagformulieren en het mogelijk vrijgeven van bepaalde indicaties

Pilots

Hiervoor heeft het CIZ in de periode september 2007 tot mei 2008 drie pilots uitgevoerd²:

- Flexibilisering werkprocessen (FWP);
- Indicatiestelling door huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen;
- Gedetacheerd werken in grote gezondheidscentra.

Vernieuwend in de pilot Flexibilisering werkprocessen (FWP) was dat het CIZ niet langer iedere aanvraag zelf onderzoekt. Naast de SIP's kunnen vanaf dit moment ook eenvoudige aanvragen kunnen worden afgehandeld door de zorgaanbieder, waarna het CIZ de aanvragen direct omzet in een indicatiebesluit. De aanvragen worden vervolgens door het CIZ via een aselechte steekproef getoetst. De uitkomsten van deze toetsing zijn teruggekoppeld aan de zorgaanbieders om zo een leereffect te bewerkstelligen. De eerste resultaten van het project waren positief. De nieuwe werkwijze leidde tot een eenvoudiger en snellere afhandeling van de aanvragen. Wel bleek uit de toetsing dat teveel onjuiste indicaties werden af-

¹ Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ. Kamerstuk DLZ-U-2964391. 5 november 2009.

² CIZ: Eenvoudig en beter. Beschrijving en evaluatie van indiceren in het kader van de pilots 'Eenvoudig en beter' uitgevoerd door het CIZ.

gegeven (zowel onjuiste functie als onjuiste klasse). Om deze reden is gekozen voor een doorontwikkeling van de systematiek.

Het doel van de tweede pilot was te onderzoeken in hoeverre huisartsen, praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen eenvoudig AWBZ-indicaties zouden kunnen uitvoeren. In de pilot bleek er weinig draagvlak te zijn onder huisartsen voor deze vorm van indiceren. De systematiek die zij moeten volgen bij de indicatiestelling is voor huisartsen ingewikkeld en tijdrovend, terwijl het aantal keer dat zij een indicatie voor een cliënt zouden moeten stellen beperkt is. Huisartsen en praktijkondersteuners blijken in de praktijk eenvoudig contact op te nemen met een zorgaanbieder, die vervolgens (met toestemming van de cliënt) de indicatieaanvraag bij het CIZ oppakt. Aan de pilot is geen vervolg gegeven. Wijkverpleegkundigen in dienst van een thuiszorgorganisatie kunnen via de website van het CIZ indicaties aanvragen.

De derde pilot, waarbij CIZ indicatiestellers gedetacheerd werkten in grote gezondheidscentra, heeft wel positieve resultaten opgeleverd. Met name het persoonlijke contact met CIZ indicatiestellers werd door zorgprofessionals erg gewaardeerd. Hierdoor konden zorgprofessionals direct vragen stellen aan het CIZ en werd de benodigde informatie over de cliënt direct uitgewisseld. In de pilot konden aanvragen sneller en eenvoudiger worden afgehandeld.

Aanvullende stappen

Naast de bovenstaande drie pilots zijn binnen het project 'Eenvoudig en beter' nog andere stappen gezet om te komen tot een eenvoudiger en sneller indicatiestelling. Eind 2008 is een landelijk informatienummer geopend om de telefonische bereikbaarheid van het CIZ te verbeteren (paragraaf 5.4.1). De activiteiten gericht op een integrale indicatiestelling van de AWBZ met aanpalende terreinen (Wmo, jeugdzorg en onderwijs), waaronder het Kader Integraal Indiceren, zijn besproken in paragraaf 5.2.1. Ten slotte is het vanaf januari 2010 is het voor cliënten mogelijk om zelf een AWBZ-indicatie aan te vragen via de website van het CIZ. Ook wordt gewerkt aan het mogelijk maken van zelf-indicatie door cliënten via internet. Voor het geleidelijk uitbouwen van de mogelijkheden voor zelf-indicatie is de uitwerking van risico- en cliëntprofielen van belang, mede om in te schatten welke typen cliënten in staat zijn hiervan gebruik te maken.¹

¹ Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ. Kamerstuk DLZ-U-2964391. 5 november 2009.

5.4.5 Verminderen van bureaucratie

Eén van de doelstelling is geweest de bureaucratie terug te dringen. Stroomlijnen en vereenvoudigen van processen heeft hieraan bijgedragen. Alle partijen erkennen dat er nog verdere winst te behalen is ten aanzien van het verminderen van de bureaucratie bij de CIZ indicatiestelling. In deze zin worden positieve effecten verwacht van de toekomstige verschuiving van de rol van het CIZ van uitvoerder naar toetser, het afgeven van indicaties met een onbepaalde geldigheidsduur voor cliënten met specifieke aandoeningen en de andere aangekondigde maatregelen die in de vorige paragraaf zijn genoemd. Ook het uitwisselen van gegevens tussen organisaties kan bijdragen aan vermindering van bureaucratie.

Bureaucratie

Al kort na de oprichting van het CIZ kampte de organisatie met het imago van een logge, bureaucratische organisatie. Aanhoudende kritiek op de omslachtige procedures bij het CIZ leidde ertoe dat de legitimiteit van het CIZ als poortwachter van de AWBZ onder druk kwam te staan. De organisatie was immers opgericht om de toegang tot de AWBZ te controleren en zo het bedoeld gebruik van de wet te bevorderen, niet als hindernis voor cliënten die aanspraak hebben op zorg. Om deze reden werd als doelstelling geformuleerd de bureaucratie bij de indicatiestelling te verminderen. Ook de bredere (politieke) aandacht voor verminderen van administratieve lasten en regeldruk heeft bijgedragen aan het draagvlak voor deze doelstelling. Om de doelstelling te bereiken zijn verschillende stappen gezet. De acties die in bovenstaande paragraaf staan beschreven met als doel de stroomlijning en vereenvoudiging van de indicatiestelling, leiden eveneens tot vermindering van de bureaucratie. Verder heeft het project Regelhulp ervoor gezorgd dat cliënten via één website met één formulier voorzieningen kunnen aanvragen bij het CIZ, het UWV, het UWV Werkbedrijf en een aantal gemeenten.

Uitwisselen van gegevens

Meerdere betrokken partijen wijzen erop dat flinke winst behaald zou kunnen worden door het uitwisselen van gegevens van cliënten tussen organisaties. Binnen het programma Stroomlijning Indicatieprocessen in Zorg en Sociale zekerheid (Stip), waar ook Regelhulp deel van uit maakt, zijn twee pilots uitgevoerd waar door het UWV, UWV werkbedrijf, CIZ, MEE en de gemeente op één locatie werd samengewerkt om cliënten met meervoudige hulpvragen een betere dienstverlening te bieden. De organisaties binnen de pilots deelden, na toestemming van de cliënt, cliëntgegevens met elkaar. Cliënten in de pilot hebben minder vaak dezelfde gegevens aan moeten leveren en zijn minder tijd kwijt te zijn geweest aan de indicatieprocedure dan cliënten buiten de pilot. Wel ervoeren de meeste indicatiestellers binnen de pilot meer tijd kwijt te zijn per cliënt dan in de reguliere situatie.¹ De betrokken Ministerie van VWS en SZW werken op dit moment aan verdere ontwikkeling van gezamenlijke beoordeling en gegevensuitwisseling.²

¹ Evaluatie pilots Gezamenlijke Beoordeling. Juni 2009. Research voor Beleid i.o.v. het ministerie van VWS.

² Resultaten Programma Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid. Brief aan de Tweede Kamer van de Staatssecretarissen van SZW en VWS. RUA/UO/09/26675. 7 december 2009.

Tevens is in de periode september 2007 tot maart 2009 gewerkt aan het bereiken van integrale indicatie door CIZ (AWBZ), BJZ (jeugdzorg) en speciaal onderwijs binnen het landelijk Kader Integraal indiceren.¹

Recente maatregelen

Per 1 januari 2010 zijn twee nieuwe instrumenten ingezet die bijdragen aan het verminderen van de bureaucratie, te weten de mogelijkheid voor cliënten of hun contactpersoon om via internet een AWBZ indicatie aan te vragen en de Herindicaties via Taakmandaat (HiT's). Herindicaties vormen de overgrote meerderheid van het totaal aantal indicatieaanvragen. Met een HiT kan een zorgaanbieder, die hierover afspraken heeft gemaakt met het CIZ, eenvoudig en snel een herindicatie aanvragen en de zorg continueren. Een herindicatie via taakmandaat is alleen mogelijk voor aantal omschreven doelgroepen die langdurige zorg nodig hebben en waarbij geen of weinig verandering in de situatie wordt verwacht. Dit geldt bijvoorbeeld voor herindicaties voor persoonlijke verzorging bij cliënten ouder dan 60 jaar. Een risico bij het laten uitvoeren van herindicaties door de zorgaanbieders is dat door de zorgaanbieder wellicht minder kijkt naar zorgfuncties die de zorgaanbieder niet kan leveren en naar aanpalende terreinen, dan het CIZ dit zou doen.

5.5 Effecten indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg

5.5.1 Inleiding

Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg (Wjz) in 2005 zijn de Bureaus jeugdzorg verantwoordelijk geworden voor de indicatiestelling van een onderdeel van de AWBZ, te weten de jeugd-GGZ. In paragraaf 3.3 zijn de beleidsbeslissingen besproken die zijn genomen ten aanzien van de indicatiestelling voor de jeugd-GGZ vanaf 2005 tot 2008.

Hierbij is reeds vastgesteld dat de geconstateerde beleidsproblemen, de geformuleerde beleidsdoelstellingen en de ingezette maatregelen niet altijd geheel op elkaar aansloten. Zo is de pluriforme aansturing en financiering van verschillende jeugdzorgvoorzieningen met de invoering van de Wet op de jeugdzorg niet aangepakt. Ook is de toegang tot de jeugdzorg niet volledig gebundeld aangezien toegang tot de jeugd-GGZ via de huisartsen nog steeds mogelijk is.

In het rapport van de Taskforce Linschoten² (2008) en de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg³ (2009) is aan het einde van de onderzoeksperiode al aandacht besteed aan de indicatiestelling voor de jeugd-GGZ en de knelpunten die zich hierbij voordoen. In deze paragraaf bespreken we beknopt in hoeverre de beleidsproblemen die in paragraaf 3.3. zijn geformuleerd, zijn opgelost. De informatie in deze paragraaf is gebaseerd op documentanalyse en interviews met drie Bureaus Jeugdzorg en de MOgroep.

De indicatiestelling voor de jeugd-GGZ door de Bureaus Jeugdzorg vormt niet de kern van dit onderzoek. Om deze reden heeft er over dit onderwerp beperkte dataverzameling plaats-

¹ www.integraalindiceren.info

² Verkeerd verbonden: naar houdbare voorzieningen in de jeugdzorg. Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ, 2008.

³ Evaluatie Wet op de jeugdzorg. BMC, 2009.

gevonden en is voor een deel gebruik gemaakt van reeds bestaande documenten en rapporten. De aldus verkregen informatie is niet op alle punten volledig helder en eenduidig.

5.5.2 Objectieve, uniforme, integrale en onafhankelijke beoordeling van aanvragen

Objectieve beoordeling

Zowel in de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg als in de interviews met betrokken partijen wordt het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (2007) aangewezen als belangrijk instrument voor een objectieve indicatiestelling. In het Handboek worden drie verschillende afhandelingstrajecten beschreven, inclusief de criteria voor ieder afhandelingstraject, een opsomming van (mogelijke) activiteiten en een richtlijn voor de doorlooptijd van het indicatietraject. De geïnterviewde partijen benadrukken dat de objectiviteit van de indicatiestelling sterk is toegenomen met de invoering van het Handboek en later de werkinstructie jeugd-GGZ, maar dat er in het huidige uitvoeringspraktijk ruimte is gebleven voor enige mate van subjectiviteit vanuit de medewerker die de indicatie uitvoert ('het is mensenwerk').

Door één van de geïnterviewde Bureaus Jeugdzorg wordt ten aanzien van een objectieve beoordeling van de aanvraag een risico gesignaleerd op het moment dat de medewerker die de aanvraag beoordeelt het gezin al een lange tijd kent. Deze medewerker zou op zo'n moment te betrokken kunnen raken bij de cliënt en het gezin om op basis van uitsluitend de vastgelegde objectieve criteria vast te stellen op welke zorg de cliënt recht heeft (in tegenstelling tot de zorg die de cliënt en het gezin in de praktijk nodig heeft, wat vanuit de Wet op de jeugdzorg het uitgangspunt is voor het werk van de Bureaus Jeugdzorg). De voortdurende betrokkenheid van de Bureaus Jeugdzorg bij hun cliënten na afloop van het indicatietraject, in de vorm van casemanager, is een fundamenteel verschil in de taakomschrijving tussen de Bureaus Jeugdzorg en het CIZ.

Uniforme beoordeling/gebruik uniforme inhoudelijke criteria

Zoals in paragraaf 3.3. is beschreven is in 2006 het Verbetertraject Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (VIB) gestart. Dit verbetertraject had als doel de indicatiestelling te uniformeren en standaardiseren. Een belangrijk resultaat van het VIB-traject is het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg. Het Handboek bevat kwaliteitscriteria waaraan ieder Bureau Jeugdzorg moet voldoen en een set algemeen geaccepteerde instrumenten. Ieder Bureau Jeugdzorg bepaalt zelf of de inzet van deze instrumenten door de indicatiestellers verplicht of facultatief is, zo blijkt uit de interviews. Op dit moment hebben de Bureaus Jeugdzorg, op één na, de ontwikkelde normen en werkprocessen geïmplementeerd. Uit de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg (2009) bleek dat 93% van de Bureaus Jeugdzorg zegt gebruik te maken van het Handboek. Ook in de werkinstructie jeugd-GGZ (2008) zijn inhoudelijke criteria voor de indicatiestelling jeugd-GGZ neergelegd. Deze inhoudelijke criteria worden volgens de geïnterviewde partijen door alle Bureaus Jeugdzorg toegepast. Uit de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg komt echter naar voren dat door tweederde van de Bureaus Jeugdzorg niet altijd wordt gewerkt met een eenduidig instrument voor het bepalen van de ernst en de omvang van de problematiek. Daarbij komt dat de Bureaus Jeugdzorg, wanneer zij diagnostische instrumenten inzetten, niet allemaal dezelfde instrumenten inzetten (zie 'eenduidig gebruik diagnostische instrumenten').

Vanuit de Wet op de jeugdzorg hebben Bureaus Jeugdzorg relatief veel vrijheid om hun eigen werkwijze te bepalen. Daarnaast wordt de werkwijze van een Bureau Jeugdzorg mede ingegeven door het provinciaal beleid. Provincies verschillen in de prioriteiten die ze stellen ten aanzien van de jeugdzorg, waardoor ook bij de Bureaus Jeugdzorg onderlinge verschillen ontstaan, aldus de respondenten. Verschillen in de vormgeving van het indicatietraject zijn met name zichtbaar in de rol van gedragswetenschappers bij de indicatiestelling en het moment waarop zij bij de beoordeling betrokken worden. Het format waarmee informatie wordt doorgegeven aan onder andere zorgaanbieders en het format voor het indicatiebesluit zelf varieert (zie paragraaf 4.4). Formeel moet ieder concept-indicatiebesluit gezien worden door een gedragswetenschapper die het indicatiebesluit voorziet van een advies. Er is geen duidelijk zicht op of dit in de praktijk ook in alle gevallen gebeurt.

Een ander aspect dat speelt ten aanzien van de uniforme toegang tot de jeugd-GGZ is dat de mogelijkheid voor huisartsen om direct te verwijzen naar een zorgaanbieder nog steeds bestaat. De geïnterviewde partijen signaleren dat een substantieel deel van de cliënten jeugd-GGZ direct via de huisarts terecht komt bij de zorgaanbieders. Een relatief grote aanbieder van jeugd-GGZ zorg concludeert op basis van haar registratiegegevens dat twee-derde van de cliënten bij hen binnenkomt via de huisarts. Deze zorgaanbieder ziet hierin zowel een voordeel als een nadeel. Het traject via de huisarts verloopt sneller dan het traject via Bureau Jeugdzorg. De betreffende zorgaanbieder ziet als keerzijde van dit traject dat door de huisarts veel minder informatie over de cliënt en diens problematiek wordt aangeleverd dan door Bureau Jeugdzorg.

Een cliëntenorganisatie signaleert dat met name kinderen van hoogopgeleide ouders direct worden doorverwezen door de huisarts.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat van een geheel uniforme beoordeling van aanvragen door alle Bureaus Jeugdzorg (nog) geen sprake is. In hoofdstuk 4 is reeds geconcludeerd dat er verschillen bestaan in zowel het proces als de inhoud van de indicatiestelling zoals deze wordt uitgevoerd door respectievelijk het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg (zie ook hoofdstuk 4). Na het verschijnen van het rapport van de Taskforce Linschoten (2008) is door de MOgroep Jeugdzorg samen met het CIZ gewerkt aan de werkinstructie jeugd-GGZ waarbij vanuit de werkinstructies van het CIZ een ver-
taalslag is gemaakt van volwassen naar kinderen (zie ook paragraaf 3.3.2).

Integrale beoordeling

Waar het doel is te komen tot een integrale beoordeling van aanvragen zijn twee aspecten van belang, namelijk ten eerste de indicatiestelling voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ en ten tweede de integrale beoordeling van aanvragen jeugd-GGZ met andere vormen van AWBZ-zorg en speciaal onderwijs.

Ten eerste is dit de integrale indicatiestelling voor jeugdigen met zowel een licht verstandelijke beperking (jeugd-LVG) als psychiatrische problematiek (jeugd-GGZ), een combinatie die betrokken partijen in de praktijk regelmatig zien. Bij de invoering van de Wet op de jeugdzorg was voorzien dat ook de indicatiestelling voor jeugd-LVG zou worden ondergebracht bij de Bureaus Jeugdzorg. Dit is in de praktijk echter niet gebeurd.

De afbakening tussen de bevoegdheid van het CIZ voor de indicatiestelling voor cliënten jeugd-LVG en de bevoegdheid van de Bureaus Jeugdzorg voor cliënten jeugd-GGZ wordt op dit punt door beide organisaties als onduidelijk ervaren. Een belangrijke reden hiervoor is dat niet alle cliënten aan het begin van het indicatietraject eenduidig te identificeren zijn als behorend tot de doelgroep jeugd-LVG of tot de doelgroep jeugd-GGZ, zo blijkt in de praktijk. Het CIZ en Bureaus Jeugdzorg hebben onderlinge afspraken gemaakt om deze afbakening in de praktijk te verhelderen (zie ook paragraaf 5.3.3).

Daarnaast leidt de huidige bevoegdheidsverdeling ertoe dat voor cliënten met zowel een grondslag jeugd-GGZ als een andere AWBZ-grondslag, zoals een lichtverstandelijke beperking, beide organisaties een indicatiestelling moeten uitvoeren. In de praktijk betekent dit dat voor één cliënt twee indicatieprocedures moeten worden doorlopen en twee indicatiebesluiten worden afgegeven, met daarin mogelijke overlap in functies. Om deze situatie te voorkomen is door Bureaus Jeugdzorg en het CIZ de werkafpraak gemaakt dat het CIZ de indicatiestellingen uitvoert voor cliënten met een dubbele grondslag. Op deze wijze is er in de praktijk gezorgd voor een integrale indicatiestelling voor cliënten met een dubbele grondslag jeugd-LVG en jeugd-GGZ. In maart 2010 heeft de Centrale Raad van Beroep deze werkafpraak echter strijdig verklaard met bevoegdheidsverdeling tussen beide organisaties op basis van de AWBZ en de Wet op de jeugdzorg.¹ Op dit moment wordt nagedacht over de consequenties van deze uitspraak, aldus de MOgroep.

De geïnterviewde Bureaus Jeugdzorg zijn van mening dat een daadwerkelijke integrale beoordeling van aanvragen pas mogelijk is wanneer ook de indicatiestelling voor jeugdige lichtverstandelijk gehandicapten onder de verantwoordelijkheid van de Bureaus Jeugdzorg wordt gebracht. In de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg wordt dit knelpunt erkend. Eén van de aanbevelingen in de evaluatie is dan ook de indicatiestelling voor de LVG-jeugd over te hevelen van het CIZ naar de Bureaus Jeugdzorg, waarbij volgens de uitvoerders van de evaluatie moet worden overwogen dit te doen voor de gehele IQ-range van 50 tot 85.

Naast een integrale beoordeling van aanvragen jeugd-LVG en jeugd-GGZ was een doelstelling van het gevoerde beleid in de onderzoeksperiode te komen tot een integrale beoordeling van aanvragen voor jeugd-GGZ waarbij ook behoefte bestaat aan andere vormen van AWBZ-zorg en/of aan speciaal onderwijs. Op de mate waarin deze doelstelling is bereikt, wordt hieronder verder in gegaan onder het kopje 'integrale vraagverheldering'.

Onafhankelijke beoordeling

Een centrale doelstelling voor de indicatiestelling voor de AWBZ, en daarmee voor de jeugd-GGZ, is dat de beoordeling van de indicatieaanvragen wordt uitgevoerd onafhankelijk van belangen van derden, zoals zorgaanbieders en zorgkantoren. Bij de onafhankelijke beoordeling van aanvragen door de Bureaus Jeugdzorg kan een kanttekening worden geplaatst op basis van de constatering in de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg dat diagnostisch onderzoek door Bureaus Jeugdzorg regelmatig wordt uitbesteed aan GGZ-instellingen. Hiervoor wordt gekozen omdat niet alle Bureaus Jeugdzorg gedragswetenschappers in dienst hebben die bevoegd zijn om classificerende diagnostiek te verrichten.²

¹ BL7152, Centrale Raad van Beroep, 07/5422 AWBZ.

² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vragen uit de algemene commissie Jeugd en Gezin over de brief van 27 januari 2009 inzake de aanbieding van het rapport van de Taskforce Linschoten. Brief aan de Tweede Kamer. Den Haag, 2009.

Voor de jeugd-GGZ geldt dat de indicatiediagnostiek in principe wordt uitgevoerd door de Bureaus Jeugdzorg. Dit kan afhankelijk van de aanvraag en het betreffende Bureau Jeugdzorg worden aangevuld met diagnostisch onderzoek dat bij zorgaanbieders wordt ingekocht, zo stelt de MOgroep.

Het vaststellen van de aard en de omvang van de problematiek van de cliënt is een belangrijk onderdeel van de indicatiestelling. Op het moment dat dit onderdeel van de indicatiestelling bij een belanghebbende zorgaanbieder wordt neergelegd, is er geen sprake van een volledig onafhankelijke beoordeling van de aanvraag.

5.5.3 Kwalitatief goede indicatiestelling met duiding van de problematiek

In de eerste voortgangsrapportage over de Wet op de jeugdzorg (2006) werd geconstateerd dat het indicatiebesluit dat werd afgegeven door de Bureaus Jeugdzorg te globaal was, feitelijk enkel een sectorkeuze aangaf en zorgaanbieders niet voldoende informatie om te starten met de zorgverlening (zie paragraaf 3.3.2). Met de invoering van het Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek werd beoogd de Bureaus Jeugdzorg kwalitatief goede indicatiebesluiten te laten afgeven met daarin ten minste een vaststelling van de aard en de ernst van de psychiatrische problematiek. Met deze indicatiebesluiten als leidraad zouden de Bureaus Jeugdzorg de uitvoering van de behandeling moeten kunnen volgen en zo een betere invulling kunnen geven aan hun casemanagementtaak. De Taskforce Linschoten signaleert in haar rapport (2008) dat voor de indicatiestelling op het terrein van de GGZ specifieke deskundigheid gevraagd wordt van de Bureaus Jeugdzorg die niet bij alle Bureaus Jeugdzorg in voldoende mate aanwezig is en die in een aantal gevallen wordt ingehuurd bij GGZ-zorgaanbieders.¹ De MOgroep is van mening dat deze doelstelling inmiddels wel is behaald en verwijst hierbij naar rapport van 'Partners in Jeugdbeleid'.²

5.5.4 Afstemming tussen jeugdzorgdomeinen

De beleidsdoelstelling om te komen tot meer afstemming tussen de jeugdzorg en de aangrenzende jeugdzorgdomeinen, zoals jeugdhulpverlening en jeugdreclassering, kwam voort uit het beleidsprobleem dat jeugdigen met problemen op het grensvlak van verschillende domeinen tussen wal en schip dreigden te vallen. De geïnterviewde respondenten zien in de praktijk dat de afstemming tussen de verschillende jeugdzorgdomeinen nog onvoldoende van de grond komt. De verschillende bronnen waaruit deze jeugdzorg wordt gefinancierd, worden hierbij als belangrijkste oorzaak aangewezen.

In de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg wordt eveneens geconstateerd dat deze doelstelling nog niet is behaald. Hoewel in de evaluatie hier en daar positieve ervaringen worden gesignaleerd met het verbeteren van de aansluiting tussen verschillende domeinen, is er nog steeds sprake van overlap tussen verschillende domeinen en met elkaar conflicte-

¹ Verkeerd verbonden: naar houdbare voorzieningen in de jeugdzorg. Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ, 2008.

² Onderzoek beschrijvende diagnostiek bij indicaties jeugd-GGZ door Bureaus Jeugdzorg. Partners in Jeugdbeleid, december 2009.

rende regels. Hierbij wordt specifiek gewezen op de moeizame ontwikkeling van zorgketens waarin provinciaal gefinancierde jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ met elkaar zouden moeten samenwerken rond gedeelde cliënten.

5.5.5 Betere uitwisseling van informatie tussen BJZ's en zorgaanbieders

Anders dan het CIZ hebben de Bureaus Jeugdzorg na de indicatiestelling nog een rol in het volgen van de cliënt. Hiervoor hebben zij informatie nodig van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld over het bestaan van wachtlijsten of het beëindigen van de zorg aan een cliënt. Zorgaanbieders op hun beurt hadden in het verleden onvoldoende houvast aan het indicatiebesluit dat werd afgegeven door de Bureaus Jeugdzorg om te starten met een behandeling. Verbetering van de gebrekkige uitwisseling van informatie tussen de BJZ's en de zorgaanbieders was een van de beoogde effecten van de invoering van het Indicatieprotocol Jeugdigen met psychiatrische problematiek (maart 2006). In deel 3 van dit Indicatieprotocol zijn richtlijnen vastgelegd voor de uitwisseling van cliëntinformatie tussen de BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ. Hierbij is aandacht besteed aan de informatie die door BJZ's wordt verzameld en dient te worden verstrekt aan de aanbieders, het gebruik van deze informatie door aanbieders en de terugkoppeling van informatie over de verleende zorg door zorgaanbieders aan de BJZ's. Hiermee ligt op papier een basis een betere uitwisseling van informatie tussen BJZ's en aanbieders jeugd-GGZ. In de praktijk verloopt deze uitwisseling nog niet vlekkeloos en is nog veel verbetering mogelijk, zo ervaart één van de geïnterviewde Bureaus Jeugdzorg. Deze respondent signaleert terughoudendheid bij behandelaars bij het delen van behandelinformatie met het Bureau Jeugdzorg uit (onterechte) zorg om privacyregelgeving te schenden.

5.5.6 Vraagsturing en indicatiestelling

Met de invoering van de Wet op de jeugdzorg werd onder andere een omslag van aanbodsturing naar meer vraagsturing beoogd. Om vraaggestuurd te kunnen werken is het van belang dat de vraag van de cliënt integraal in beeld wordt gebracht. Op dit moment is de doelstelling om te komen tot meer integrale vraagverheldering nog onvoldoende bereikt (zie 'meer integrale vraagverheldering'). In de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg wordt geconcludeerd dat er met de invoering van de wet wel meer aandacht is gekomen voor de vraag van de cliënt. Zo blijkt uit de evaluatie dat door tweederde van de Bureaus Jeugdzorg het indicatiebesluit altijd wordt opgesteld in samenspraak met de cliënt. Daartegenover staat dat de evaluatie en de geïnterviewde partijen in onderhavig onderzoek kritisch zijn over de aansluiting tussen het bestaande aanbod en de hulpvraag van de cliënten. Het zorgaanbod past zich beperkt aan aan de vraag uit de regio, zo blijkt uit de evaluatie. Bij de geïnterviewde partijen bestaat de indruk dat cliënten uitwijken naar een persoonsgebonden budget (PGB) omdat het bestaande aanbod niet afdoende aansluit bij hun behoefte of omdat er sprake is van wachtlijsten voor zorg in natura. Dit signaal uit de praktijk hangt samen met het feit dat er nog onvoldoende sturing bestaat op een adequaat totaal aanbod van zorg (zie 'samenhangend zorgaanbod').

5.5.7 Samenhangend zorgaanbod

Eén van de doelstellingen die werd beoogd met de invoering van de Wet op de jeugdzorg was het creëren van een samenhangend, sectoroverstijgend zorgaanbod. Zorgaanbieders zouden binnen de nieuwe wet worden verplicht intersectoraal samen te werken voor cliënten die een sectoroverstijgende hulpvraag hebben. De brancheorganisatie constateert dat een echt samenhangend zorgaanbod nog niet is gerealiseerd. Ook bij deze doelstelling vormen de verschillende financieringsbronnen voor verschillende vormen van jeugdzorg een belemmering, aldus de respondent.

In de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg wordt eveneens geconcludeerd dat de samenwerking tussen en binnen deelsectoren van de jeugdzorg nog niet goed van de grond is gekomen. Ook hier worden verschillen in de (financiële) regels ten aanzien van onder meer bekostiging en verantwoording en concurrentie tussen partijen als belangrijke redenen aangewezen. De conclusie kan worden getrokken dat het systeem nog niet de juiste prikkels bevat om ketensamenwerking te bevorderen en dat de verschillen in regels tussen de deelsectoren een sectoroverstijgende, cliëntgerichte samenwerking belemmeren, zo stelt de evaluatie.

5.5.8 Eenduidig gebruik van diagnostische instrumenten

Het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg dat in 2007 is uitgekomen, bevat een uitgewerkte beschrijving van de diagnostische instrumenten die Bureaus Jeugdzorg tot hun beschikking hebben bij de indicatiestelling.¹ De Bureaus Jeugdzorg kunnen zelf bepalen of zij het gebruik van deze instrumenten door indicatiestellers facultatief laten dan wel verplicht stellen, aldus de MOgroep. Bij de indicatiestelling voor de jeugd-GGZ kunnen Bureaus Jeugdzorg voor het vaststellen van de aard van de problematiek kiezen tussen het Screeningsinstrument PSYchische stoornissen (SPsy) of de Child Behaviour Checklist (CBCL). De Bureaus Jeugdzorg dienen deze keuze te overleggen met de jeugd-GGZ aanbieders in hun provincie. Samenvattend kan gesteld worden dat in de onderzoeksperiode meer duidelijkheid is gecreëerd ten aanzien van de diagnostische instrumenten die de Bureaus Jeugdzorg ter beschikking staan, maar dat er op dit moment geen sprake is van een eenduidige keuze voor een bepaald instrument.

5.5.9 Meer integrale vraagverheldering

Eén van de geconstateerde beleidsproblemen was dat voor een cliënt met problemen op verschillende terreinen door meerdere indicatieorganen meerdere indicatieprocedures werden doorlopen. Deze situatie wordt veroorzaakt door overlap in doelgroepen tussen het CIZ, de Bureaus Jeugdzorg en het speciaal onderwijs, met name voor de zogenaamde clusters 3 en 4 (verstandelijk/lichamelijke problematiek en gedragsproblematiek). Er waren gelijkenissen tussen de criteria voor toelating tot zorg en tot onderwijs, de procedures om toelating te verkrijgen verschilden in 2005 echter aanzienlijk.

Om te komen tot meer integrale vraagverheldering is in de onderzoeksperiode het Kader Integraal Indiceren ontwikkeld. Paragraaf 3.3.4 geeft een toelichting op de dit kader en de

¹ Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (versie 2.0) mei 2010.

implementatie hiervan. Kenmerkend voor de implementatie was dat de betrokken indicatieorganen zelf verantwoordelijk waren voor de implementatie en de uitvoering van het kader, en dat er geen primair verantwoordelijke partij is aangewezen. Eind 2008 werden in geen van de provincies/stadsregio's alle gemaakte afspraken in de praktijk gebracht. Om deze reden is, na afloop van de onderzoeksperiode, in 2009 een centrale projectleider aangesteld om deze implementatie te bevorderen. De beleidsdoelstelling om te komen tot een meer integrale vraagverheldering is binnen de onderzoeksperiode niet behaald. De implementatie van het Kader Integraal Indiceren is in 2009 voortgezet. Het Ministerie van VWS meldt dat in 2010 in alle provincies/stadsregio's afspraken in de praktijk worden gebracht.

5.5.10 Vermindering administratieve lasten en doorlooptijd, en efficiëntiewinst

Samenhangend met een meer integrale vraagverheldering werd met de implementatie van het Kader Integraal Indiceren tevens een vermindering van administratieve lasten, een verkorting van de doorlooptijd en het behalen van efficiëntiewinst beoogd. De afspraken die onderling gemaakt worden tussen het CIZ, de Bureaus Jeugdzorg en het speciaal onderwijs over samenwerking en verdeling van verantwoordelijkheden zouden er immers toe moeten leiden dat minder werkzaamheden dubbel worden uitgevoerd. De implementatie van het Kader Integraal Indiceren heeft echter in de onderzoeksperiode niet in alle regio's voldoende plaatsgevonden, zo luidt ook de conclusie in de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg (2009). De geïnterviewde partijen ervaren in de praktijk nog geen duidelijke vermindering van administratieve lasten, doorlooptijden of efficiëntiewinst.

Bij dit onderwerp wordt door Bureaus Jeugdzorg opgemerkt dat meer inzet van ICT toepassingen een positieve bijdrage zou kunnen leveren aan de bovenstaande doelstellingen. Door het CIZ en Bureaus Jeugdzorg wordt op dit moment gewerkt aan het aansluiten van het registratiesysteem van de Bureaus Jeugdzorg (IJ) op de AZR systematiek waar het CIZ mee werkt. Deze aansluiting zou gerealiseerd moeten worden in 2011, aldus de MOgroep.

Ten aanzien van de vermindering van de doorlooptijden merken Bureaus Jeugdzorg op dat zij in de afgelopen tijd te maken hebben gekregen met extra belasting door de invoering van nieuwe regelingen die leiden tot extra indicatieaanvragen, namelijk het Mantelzorgcompliment, de regeling TOG en de WTCG. De vastgestelde maximaal toegestane doorlooptijd vanaf de aanmelding bij Bureau Jeugdzorg tot aan de afgifte van het indicatiebesluit is acht weken. Op momenten dat veel indicatieaanvragen binnen komen bij de Bureaus Jeugdzorg (piekdrukke) ontstaan nog steeds wachtlijsten voor de indicatiestelling.

Los van de indicatiestelling, bestaan er wachtlijsten voor zowel provinciaal gefinancierde vormen van jeugdzorg als voor AWBZ-instellingen. Cliënten krijgen na de afgifte van het indicatiebesluit te maken met een wachttijd voordat de behandeling kan starten. Om deze wachttijd te overbruggen wordt in de praktijk vaak overbruggingszorg ingezet, in de vorm van een PGB of zorg in natura.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat het probleem van de lange doorlooptijden tussen aanmelding bij het BIZ en de start van de zorgverlening nog steeds actueel is.

6 Kosten en bekostiging van het CIZ

In dit hoofdstuk staan de ingezette budgetten centraal (zie onderzoeksvraag 10 van paragraaf 1.1). De inzet van budgetten is uitgewerkt in een aantal onderzoeksvragen over drie thema's:

- Hoe is de hoogte bepaald van de budgetten die zijn ingezet en wat is hiervan de onderbouwing?
- Is er een relatie tussen de grote en de kleine geldstroom en zo ja, welke?
- Wat is bekend over de doelmatigheid van de bedrijfsvoering?

In paragraaf 1.3 zijn voor elk van deze thema's meer specifieke onderzoeksvragen opgenomen.

Het hoofdstuk start met de manier waarop de hoogte van de benodigde budgetten zijn bepaald en de onderbouwing van deze budgetten. Het centrale indicatieorgaan CIZ wordt bekostigd via subsidiëring door het ministerie van VWS (paragraaf 6.1). De wijze waarop VWS de benodigde budgetten voor indicatiestelling heeft geraamd staat in paragraaf 6.2. De inzet van budgetten in de periode 2004-2008 is weergegeven in de volgende paragraaf 6.3. In paragraaf 6.4 worden ingezette budgetten verdeeld naar budgetten voor de landelijke taakuitvoering enerzijds en budgetten voor de opbouw en inrichting van de nieuwe organisatie anderzijds. In paragraaf 6.5 wordt aandacht besteed aan de relatie tussen de grote en kleine geldstroom. Paragraaf 6.6 gaat in op de doelmatigheid van de bedrijfsvoering door CIZ. Het hoofdstuk sluit af met de conclusies in paragraaf 6.7.

6.1 Bekostigingsgrondslag van CIZ

De landelijke organisatie CIZ is een zelfstandige juridische rechtspersoon, die gesubsidieerd wordt door VWS. De Directie Langdurige Zorg geeft uitvoering aan de subsidiebeschikkingen op basis van de volgende juridische grondslagen:

- De Kaderwet volksgezondheidssubsidies (tot 1 januari 2007);
- De Kaderwet VWS subsidies (vanaf 1 januari 2007);
- Het Besluit volksgezondheidssubsidies (tot 1 januari 2007);
- De subsidieregeling volksgezondheid (tot 1 januari 2007);
- De subsidieregeling VWS subsidies (vanaf 1 januari 2007).

Op basis van de voornoemde wet- en regelgeving komt CIZ in aanmerking voor twee soorten subsidies:

- de instellingssubsidie, die bedoeld is om de kosten van structurele activiteiten van een instelling te dekken voor telkens een periode van één boekjaar en
- projectsubsidies, die zijn bedoeld voor het dekken van de kosten voor activiteiten met een tijdelijk karakter op basis van een concreet projectplan.

Het uitvoeren van de indicatiestelling AWBZ is een activiteit die bekostigd wordt met behulp van de instellingssubsidie. Incidentele activiteiten zoals bij voorbeeld het wegwerken van de legitimatielijsten GGZ, worden bekostigd met behulp van projectsubsidies.

6.2 Kostenraming door VWS

Voorafgaand aan de oprichting van een centraal indicatieorgaan met ingang van 1 januari 2005 heeft de VNG een tweetal benchmarkonderzoeken verricht naar de wijze waarop de RIO's uitvoering gaven aan de indicatiestelling AWBZ en de kosten die daarmee gepaard gingen. Op basis van deze onderzoeken heeft VWS kengetallen vastgesteld over het te verwachten aantal indicaties per inwoner en over het gemiddelde aantal indicaties per fte. Met behulp van deze beide kengetallen kon worden geraamd hoeveel formatie er nodig is voor de centrale indicatiestelling. Bij de bepaling van het aantal benodigde regionale kantoren voor de indicatiestelling is aansluiting gezocht bij de werkgebieden van de zorgkantoren. De landelijke organisatie dient te gaan bestaan uit één hoofdkantoor met daaronder 16 uitvoeringskantoren.

In 2004 heeft de staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de verwachte kosten van de gecentraliseerde indicatiestellingen AWBZ¹. De staatssecretaris verwachtte dat er bij de centralisering van de RIO's naar CIZ in 2005 al een efficiencyslag gemaakt zou kunnen worden van 11%. De VNG becijferde in 2004 de totale uitvoeringskosten van de RIO's op € 163 mln. Voor 2005 raamde VWS de kosten voor de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ op € 157 miljoen. Van dat bedrag was € 145 miljoen bedoeld voor de V&V² indicaties AWBZ en de rest (€ 12 miljoen) was bedoeld voor de indicaties voor gehandicaptenzorg en de indicaties GGZ. Na het doorvoeren van de gestandaardiseerde en vereenvoudigde werkwijze verwachtte VWS de uitvoeringskosten verder te reduceren. Volgens de raming werd in de periode 2005-2007 een afname van de kosten voor de centrale indicatiestelling verwacht van 9,6% bij ongewijzigd beleid³. In 2007 zouden de uitvoeringskosten dan zijn gedaald naar € 142 mln (inclusief indicaties GGZ en GZ). De optimale inrichting van de indicatieprocessen zou naar verwachting zijn bereikt vanaf 2007.

6.3 Inzet van budgetten in de periode 2004-2008

In de volgende paragrafen is voor elk begrotingsjaar beschreven hoe het proces van subsidieaanvraag tot en met de definitieve beschikking is verlopen.

Het jaar 2004

In het jaar 2004 wordt CIZ opgericht. Vanaf 1 januari 2005 start CIZ met de indicaties AWBZ, die voorheen door de RIO's werden uitgevoerd. Het eerste jaar 2004 wordt benut om een goed inzicht te krijgen in de startsituatie van waaruit CIZ zal moeten worden opgebouwd. In 2004 zijn er ongeveer 80 onafhankelijke RIO's met elk hun eigen statuten, bedrijfsprocessen, informatiesystemen en formatieregels. In het rapport "Tien RIO's in kengetallen" wordt duidelijk hoe groot de verschillen tussen de RIO's zijn. In tabel 6.1 zijn enkele kengetallen van de RIO's voor 2003 en 2004 opgenomen.

¹ TK 2003-2004, 26 631, nr. 95.

² Verpleging en Verzorging.

³ De reductiepercentages zijn niet nader onderbouwd.

Tabel 6.1 Enkele kengetallen van de RIO's in 2003 en 2004

Onderwerp	Kengetal
<i>Productie</i>	
productie in 2003	913.000 indicaties, waarvan 94.000 indicaties VVG
productie in 2004	948.000 indicaties, waarvan 110.000 VVG
aantal fte	2250 fte primair proces en 400 fte overhead
aantal indicaties per indicatieadviseur	607
<i>Lasten</i>	
lasten in 2003 en 2004	€ 167 miljoen en € 182 miljoen
verwachte lasten AWBZ in 2005	€ 159 miljoen
Boekwaarde van gebouwen	€ 11 miljoen
<i>Gemiddelde doorlooptijden en achterstanden</i>	
RIO's zonder achterstand	12; geen achterstand
RIO's met gemiddelde doorlooptijd van 2-4 weken	37; achterstand van enkele weken
RIO's met gemiddelde doorlooptijd van 4-6 weken	7; achterstand zo groot als werkvoorraad
RIO's met gemiddelde doorlooptijd van > 6 weken	12; zeer grote achterstand
<i>Productiekosten per indicatie per RIO</i>	
gemiddelde kosten per indicatie	minimum € 125,6, maximum € 191,1 gemiddeld € 171,8

Bron: CIZ (2004), Rapportage boedelbeschrijving RIO's en LCIG

In het overzicht in tabel is te zien dat de verschillen in werkwijzen tussen de RIO's zich manifesteren in verschillen in doorlooptijden van de indicatiestelling, verschillen in achterstanden in de verwerking van indicatieaanvragen, verschillen in gerealiseerde kosten per type indicatie en verschillen in keuze voor het type indicatieprocedure. Er zijn regio's waar vooral verkorte of standaardprocedures worden gebruikt, maar er zijn ook regio's die vooral uitgebreide procedures inzetten. Bij de korte procedures gaat het vooral om een administratieve verwerking en bij de standaardprocedure is er intensiever contact met de cliënt in de vorm van bijvoorbeeld een huisbezoek. Uit de grote verschillen tussen de regio's kan worden afgeleid dat er een behoorlijke inspanning geleverd zal moeten worden om alle regio's op dezelfde manier te laten werken.

Op basis van de inventarisatie van de RIO's raamt CIZ het budget dat voor het eerste begrotingsjaar nodig zal zijn om de centrale indicatiestelling uit te voeren. CIZ gaat daarbij uit van het verwachte aantal indicaties in het komende jaar, vermenigvuldigd met de gemiddeld gerealiseerde kostprijs in 2004.

Het jaar 2005

In september 2004 dient CIZ de eerste aanvraag voor een instellingssubsidie voor het boekjaar 2005 in. Deze aanvraag van € 168,5 miljoen wordt vier keer afgewezen door VWS, omdat de aanvraag niet voldoet aan de daartoe gestelde vereisten, zo vermelden de schriftelijke reacties van VWS¹. De vijfde versie leidt tot een positieve beschikking over de gevraagde instellingssubsidie van € 159 miljoen². De door CIZ begrote kosten voor de uitvoering van de AWBZ indicatiestelling zijn iets hoger dan VWS in 2004 had geraamd (€ 157

¹ CIZ was het in aanvang niet eens met de eisen die VWS stelde aan de begroting en aan het tijdpad. CIZ baseerde haar begrotingen daarom op de eigen eisen en inzichten over het kostenniveau, de kostprijs en het tijdpad voor afbouw.

² Brief van maart 2005 VWS met het kenmerk DVVD/IND-2577944.

miljoen). VWS accepteert de begrote uitvoeringskosten omdat het eerste boekjaar nog een overgangsjaar is. Aan de subsidieverstrekking is wel een aantal voorwaarden verbonden die ertoe moeten bijdragen dat VWS goed zicht heeft op de vorderingen van de organisatieontwikkeling. De volgende subsidievoorwaarden zijn genoemd:

- CIZ moet in 2005 een uniforme indicatiestelling en uniforme werkprocessen ontwikkelen, zodat de instellingssubsidie voor de jaren 2006 en volgend kan worden bepaald op basis van de P*Q systematiek: voorgenomen aantallen indicaties (Q) tegen een vaste prijs (P).
- Elk kwartaal informeert CIZ VWS over de organisatieontwikkeling, de gerealiseerde productie en de doorlooptijden van de indicaties per regio, de personeelsformatie per regio onderscheiden naar primair proces en overhead, het ziekteverzuim en een prognose voor de eindejaarsverwachting.
- Het samenvoegen van de bedrijfsadministratie en het informatiesysteem
- Het zodanig inrichten van de financiële administratie dat de AWBZ-indicaties zijn gescheiden van de indicaties in opdracht van gemeenten.

In de loop van 2005 blijkt dat CIZ wegens het ontbreken van een uniforme en landelijke registratie niet kan voldoen aan de informatievereisten van VWS. In 2005 is een start gemaakt met alle zaken, genoemd in de subsidievoorwaarden van 2005, maar geen van de onderdelen is eind 2005 volledig gerealiseerd. Een en ander impliceert dat CIZ niet precies weet welk deel van de indicatieaanvragen AWBZ betroffen en welk deel de overige indicaties. Ook is niet precies duidelijk welk deel van de inzet van personeel en middelen is gebruikt voor de ABWZ indicaties en welk deel voor incidentele projecten. Een deel van het personeel (50 fte) is in 2005 boventallig verklaard wegens de beoogde terugloop van de formatie. Het boventallige personeel is gefinancierd met de projectgelden voor het sociaal plan, terwijl zij wel deelnemen aan het reguliere proces van indicatiestelling. In het accountantsverslag van het boekjaar 2005 is een aantal tekortkomingen in de interne beheersing geconstateerd, bij voorbeeld de afwezigheid van de aansluiting tussen de gerealiseerde productie en de omzet. Op basis van de geconstateerde zwakheden in de interne beheersing en aansturing van de regio's en de onzekerheden in de externe informatievoorziening constateert de accountant dat verscherping op deze terreinen noodzakelijk is¹.

Bij de eindafrekening van de instellingsubsidie en projectsubsidies voor het boekjaar 2005² toont VWS tevredenheid met de voortgang rond de ontwikkeling van protocollen en indicatiecriteria, de ontwikkeling van referentiewerkprocessen, de kwartaalrapportages, het aantal gerealiseerde indicaties en de afhandelingstermijn van de indicatiestellingen. VWS constateert dat de voorziene ontwikkeling van een kostprijsmodel nog niet is gerealiseerd. VWS meent dat het kostprijsmodel een belangrijk hulpmiddel is voor de subsidievaststelling. VWS heeft er begrip voor dat er nog een jaar extra ontwikkeltijd nodig is voordat het kostprijsmodel er is.

¹ PriceWaterhouseCoopers, De lat voortdurend hoger, Accountantsverslag boekjaar 2005 Centrum Indicatiestelling Zorg, april 2006

² Brief van oktober 2006 VWS met het kenmerk DLZ/FPB-2711151

Het jaar 2006

In september 2005 dient CIZ een aanvraag van € 159,4 miljoen voor de indicatiestellingen ABWZ 2006 in¹. Ofschoon de subsidieaanvraag nog niet voldoet aan alle vereisten beschikt VWS positief². Een belangrijk punt van kritiek betreft het scheiden van de indicaties AWBZ en de overige indicaties. Wegens het ontbreken van een gescheiden administratie en personeelsinzet heeft CIZ een schatting gemaakt van het aandeel AWBZ in de begroting. Bij de uitwerking van deze schatting zijn alle overheadkosten aan de AWBZ indicaties toegerekend. Bovendien is het onderscheid naar kostensoorten (personeel, huisvesting, materieel) onvoldoende helder en volledig. Voorts achtte VWS het verwachte aantal indicaties aan de hoge kant.

In januari 2006 dient CIZ een aangepaste begroting in van € 156 mln. voor de instellingssubsidie van dat jaar³. Van dit bedrag is € 2 mln. bedoeld voor de uitvoering van het sociaal plan.

VWS past op het aangevraagde budget een korting van 3% toe. Voorts wordt een bedrag van € 1,1 mln. toegevoegd aan de subsidie voor de loonindexering van dat jaar, waarmee het budget voor indicatiestelling ABWZ neerkomt op € 152,9 miljoen (inclusief € 2 mln. voor het sociaal plan)⁴. Bij de tweede kwartaalrapportage blijkt dat CIZ er niet in zal slagen om de indicatiestelling uit te voeren binnen het gesubsidieerde bedrag, omdat het aantal aanvragen hoger is dan werd verwacht. De toegekende subsidie voor 2006 wordt dan verhoogd naar € 160,5 miljoen⁵. Bij de beslissing over de subsidieverhoging constateert VWS dat de prijs per indicatie van het meerwerk niet lager is dan de indicatieprijs van de al toegekende subsidie, terwijl de overheadkosten van CIZ ongewijzigd blijven. Volgens CIZ kan geen korting worden gegeven op het meerwerk, omdat dit uitgevoerd moet worden door inhuur van relatief dure externe krachten.

Voor 2006 is er geen inzage geweest in de managementletter bij de jaarrekening. Van dat jaar is voor dit onderzoek wel een accountantsrapport ingezien van het project "transitie"⁶. In de toelichting wordt geadviseerd om de voor het project gedeclareerde personele kosten in mindering te brengen van de instellingsubsidie, omdat deze kosten anders dubbel bekostigd zouden zijn.

Het jaar 2007

Voor het begrotingsjaar 2007 verwacht VWS een aanmerkelijke verlaging van de kosten voor AWBZ indicaties, omdat de indicaties voor huishoudelijke hulp zijn overgeheveld naar de Wmo en daarmee onder de verantwoordelijkheid van gemeenten komen te vallen. Bij de opstelling van een eerste begroting voor 2007 calculeert CIZ dat de door VWS verwachte daling van de kosten zeer waarschijnlijk niet zal plaatsvinden omdat

- de uitname van de WMO-indicaties vooral de goedkopere indicaties betreffen en
- CIZ een toename van de aanvragen voor indicatiestellingen AWBZ signaleert⁷.

¹ Begroting CIZ 2006, september 2005

² Brief van november 2005 VWS met het kenmerk DLZ-ZI/2656456.

³ Brief van januari 2006 CIZ met het kenmerk VWS06,002/rvb/lwb

⁴ Brief van maart 2006 VWS met het kenmerk DLZ/ZI-2656456

⁵ Brief van oktober 2006 VWS met het kenmerk DLZ/FPB-2719062

⁶ PriceWaterhouseCoopers, 29 december 2006, accountantsverklaring van de einddeclaratie van het project "transitie CIZ"

⁷ Notitie herindicatie CIZ begroting 2007 AWBZ, CIZ oktober 2006

Door de toename van de aanvragen AWBZ indicaties wordt de kostenreductie wegens uitname van de Wmo indicaties volgens CIZ geheel teniet gedaan. CIZ begroot de instellingssubsidie voor indicatiestelling AWBZ 2007 dan ook op € 145,4 mln¹. VWS kent in eerste instantie uitsluitend een subsidie toe voor de AWBZ indicering, verminderd met de uitname van WMO indicaties (€ 128 mln.)². Tijdens het bestuurlijk overleg van juli 2007 wordt duidelijk dat de verwachte toename van het aantal aanvragen indicaties AWBZ zich inderdaad voor blijkt te doen en VWS besluit in augustus 2007 om het subsidiebedrag naar € 135 miljoen³ te verhogen. In november 2007 verhoogt VWS de instellingsubsidie nog eens met € 9 miljoen⁴. Een maand later deelt CIZ mee in liquiditeitsproblemen te komen wegens de invoering van de WMO. CIZ voert wel de WMO indicaties uit voor de gemeenten, maar gemeenten gaan pas met grote vertraging over tot betaling van de facturen. Hoewel duidelijk is dat het betalingsgedrag van gemeenten een belangrijke oorzaak is van de ontstane problematiek voelt VWS zich genoodzaakt om de instellingsubsidie voor de derde achtereenvolgende keer te verhogen met € 10 miljoen naar € 154 miljoen. Het niet subsidiabel stellen van de gemaakte kosten zal ertoe leiden dat er een niet meer te compenseren negatief vermogen ontstaat, wat een gezonde bedrijfsvoering in de weg zal staan zo redeneert VWS⁵. Om dergelijke problemen in de toekomst te voorkomen wordt met het Ministerie van Financiën geregeld dat CIZ toegang krijgt tot kredietfaciliteiten. Voorts dringt VWS er nog eens op aan om de indicatiestellingen AWBZ stringenter te gaan scheiden van de indicatiestellingen in opdracht van derden.

In november 2007 heeft het accountantskantoor PriceWaterhouseCoopers de besteding van de projectgelden die CIZ in de periode 2004-2007 heeft ontvangen gecontroleerd. Uit deze controle blijkt dat het interne beheer gedurende de gehele periode 2004-2007 niet op orde is. Zowel het financiële beheer als het projectbeheer vertonen zodanige zwakheden dat niet op empirische gronden is vast te stellen of de gedeclareerde kosten en activiteiten daadwerkelijk zijn gemaakt en uitgevoerd.

Op basis van het accountantsrapport over de gerealiseerde projecten tot 2007 kan worden geconcludeerd, dat binnen CIZ niet alleen het onderscheid tussen AWBZ-gerelateerde taken en WMO-gerelateerde taken niet is vast te stellen. Ook het onderscheid tussen de gemaakte kosten in het kader van de reguliere instellingsubsidie enerzijds en projectsubsidies anderzijds kan niet empirisch worden onderbouwd. Voorts kan op basis van het accountantsrapport worden geconcludeerd dat de in 2005 gesignaleerde gebrekkige aansluiting tussen de financiële administratie en de werkprocessen in 2007 nog niet zijn opgelost.

Het jaar 2008

Gegeven de financiële problemen van 2007 en de invulling van de taakstelling vanuit het Coalitieakkoord (februari 2007) is besloten om in juni 2007 een TaskForce VWS/CIZ (trekker CIZ) te formeren met als opdracht verschillende scenario's voor de toekomst te ontwikkelen. Een en ander heeft geleid tot het opstellen van het Financieel Perspectief 2008-2011⁶. Doelstelling is om in de planperiode de volgende doelen na te streven:

¹ Het begrote bedrag van €149,7 mln. is verminderd met 3% besparingen (€ 4,3 mln.)

² Brief van 26 januari 2007 VWS met het kenmerk DLZ/ZI-U-2738428

³ Brief van augustus 2007 VWS met het kenmerk DLZ/ZI-U-2794071

⁴ Brief van november 2007 VWS met het kenmerk DLZ/ZI-U-2811874

⁵ Brief van december 2007 VWS met het kenmerk DLZ/ZI-U-2823022

⁶ CIZ, Financieel perspectief 2008-2011, 6 december 2007.

- een effectievere en efficiëntere uitvoering van de indicatiestelling AWBZ;
- het succesvol afronden van het fusieproces CIZ;
- het hanteren van realistische gegevens over het aantal indicaties (Q), de te hanteren (kost)prijs(systematiek) (P) en de benodigde investeringen (in projecten en activa) voor het realiseren van de beoogde taakstellingen van VWS;
- het kwalitatief versterken van de indicatietaak en het realiseren van de efficiencytaakstelling in 2011.

De ramingen uit het financieel perspectief 2008-2011 dienen als referentiepunten bij de op te stellen begrotingen en rekeningen voor deze zelfde periode. Voor het begrotingsjaar 2008 vraagt CIZ een instellingssubsidie aan van € 174,6 miljoen. VWS besluit in eerste instantie om € 150,5 miljoen te honoreren voor het primaire proces van indicatiestelling, vermeerderd met € 2,5 miljoen OVA 2007 en € 10,6 miljoen voor de activiteiten 'going concern', 'eenvoudig en beter' en 'business case'¹. In juli 2008 verzoekt CIZ om een aanvullende subsidie van € 11 miljoen omdat de kosten van een aantal in gang gezette kwaliteitsverbeteringen tegenvallen, omdat er meerkosten zijn voor de informatievoorziening aan zorgkantoren en om non-indicaties weg te werken. Uit de jaarrekening 2008 blijkt dat CIZ de indicaties ABWZ voor € 148,7 miljoen heeft gerealiseerd. De lagere uitvoeringskosten zijn vooral veroorzaakt door een verminderde inzet van extern ingehuurd personeel. Uit de toelichting op de meerkosten bij projecten blijkt dat CIZ tekorten voorziet bij de projecten die gericht zijn op het aanbrengen van verbeteringen in de werkwijze en de organisatie.

6.3.1 Samengevat overzicht van budgetinzet 2004-2008

In Tabel 6.2 is voor de periode 2004-2008 een overzicht gemaakt van:

- de ramingen van de benodigde instellingsubsidie door VWS
- de door CIZ gehanteerde begroting bij de eerste aanvraag van een instellingsubsidie voor de jaren 2004 tot en met 2008
- voorlopige en definitieve beschikkingen van de instellingsubsidie door VWS3
- de gerealiseerde inkomsten van de instellingsubsidie AWBZ volgens de jaarrekeningen van CIZ
- de gerealiseerde inkomsten van incidentele projectsubsidies. De uitvoering van de projecten kan over meerdere boekjaren gespreid zijn. In tabel 6.2 is de projectsubsidie verantwoord in het jaar waarin de subsidie verstrekt is.

Het totaal van de subsidie AWBZ omvat de definitief beschikte instellingsubsidie, vermeerderd met additionele projectsubsidies van dat zelfde jaar. In de laatste regel van de tabel zijn de bedragen voor loonindexering (OVA) voor de jaren 2005-2008 afgetrokken van het totale subsidiebedrag.

¹ Brief van december 2007 VWS met het kenmerk LZ/SFI-1107757.

² CIZ, subsidieaanvragen 2004 t/m 2008.

³ VWS, subsidiebeschikkingen 2004 t/m 2009.

Tabel 6.2 Beoogde en gerealiseerde subsidies voor centrale indicatie¹ AWBZ

	2004	2005	2006	2007	2008	2008 t.o.v. 2005
<i>Raming instellingssubsidie (x € miljoen)</i>						
Raming kosten indicatiestelling door VNG	163					
Raming instellingssubsidie door VWS in 2004		157,0	147,0	142,0	142,0	-9,6%
<i>Instellingsubsidies (x € miljoen)</i>						
Begroting bij subsidieaanvraag CIZ	21,9	168,5	159,4	145,4	174,6	+3,6%
Voorlopige beschikking VWS	16,6	159,0	152,9	128,0	163,6	+2,9%
Jaarrekening CIZ	17,9	166,4	160,5	154,0	191,2	+14,9%
Definitieve beschikking VWS	17,9	166,4	160,5	154,0	191,2	+14,9%
<i>Additionele projectsubsidies (x € miljoen)</i>						
Jaar van ontvangst projectsubsidies	9,4	12,0	7,4	6,6		
<i>Totaal ontvangen subsidies (x € miljoen)</i>						
Loonindexering (OVA)		-1,1	-1,2	-2,5	-5,7	
Totaal ontvangen subsidies excl. loonindexering	177,3	166,8	158,1	158,1	185,5	+4,6%

Bronnen: *begrotingen en rekeningen CIZ: eerst ingediende begroting en door de accountant gecontroleerde rekening CIZ voor de jaren 2004 tot en met 2008. Voorlopige en definitieve beschikkingen VWS: brieven van VWS aan CIZ met de briefnummers: AWBZ/2479078, AWBZ/2484649, DLZ/FPB-2711151, DLZ/SFU-2888453, DLZ/ZI-2656456, DLZ/ZI-2805099, DLZ/ZI-2823022, DLZ/ZI-U-2738428, DLZ/ZI-U-279407, DLZ/ZI-U-2811874, DLZ-SFI-2845650, DVVO/FPB-2615991, DVVO/IND-2569642, DVVO/IND-2577944, DVVO/IND-2647011, SP/11798/2008, SP/12850/2008, SP/22513/2009. Projectsubsidies: Jaarrekeningen CIZ 2004-2008, accountantsverklaring projectsubsidies legitimatielijsten en nonindicaties (30 nov 2007) en transitiekosten (dec 2006).*

Elk jaar is de voorlopige beschikking over de instellingssubsidie lager dan de door CIZ ingediende begroting. De initiële beschikking is doorgaans lager dan de begroting omdat:

- VWS zelf dan wel de Tweede Kamer heeft aangedrongen op een kostenreductie of omdat
- CIZ binnen de instellingsbegroting een of meer projecten nog onvoldoende onderbouwd had geraamd.

Elk jaar is het totaal van de definitieve instellingenbeschikking hoger dan de voorlopige instellingssubsidie. De belangrijkste redenen van het hogere definitieve subsidiebedrag zijn:

- In de loop van het jaar zijn additionele subsidies toegevoegd aan de instellingssubsidie
- CIZ meldt tekorten in de uitvoeringskosten
- Het aantal te realiseren indicaties is hoger dan werd verwacht
- In de loop van het jaar vindt loonindexering plaats.

Zowel de begrotingen en rekeningen als de beschikkingen vertonen in de periode 2005-2007 een neergaande trend, die in 2008 wordt doorbroken. Ook nadat de extra bedragen voor loonindexering zijn afgetrokken van de definitieve subsidies is er sprake van een toename van de kosten in 2008 ten opzichte van 2005.

Uit het overzicht van de inzet van budgetten in tabel 6.2 kan nog niet worden afgeleid of de gerealiseerde kosten voor de indicatiestelling AWBZ nu wel of niet zijn afgenomen in de loop van de periode 2004-2008. Dat komt doordat de ingezette budgetten niet alleen be-

¹ De tabel heeft betrekking op alle landelijke indicatiestellingen van CIZ (zowel V&V als GZ en GGZ)

doeld zijn voor de indicatiestellingen, maar ook voor allerhande andere activiteiten. Zo moesten de RIO's worden losgeweekt van de gemeentes en overgedragen aan CIZ, de centrale organisatie moest worden ingericht, de administraties moesten samensmelten tot één geheel en er moest gewerkt worden aan het standaardiseren en uniformeren van de werkprocessen. Voorts moesten additionele indicaties worden uitgevoerd om de achterstanden uit het verleden in te lopen en om personen die wel gebruik maakten van AWBZ-zorg alsnog te indiceren (project non-indicaties). In de volgende paragraaf zijn de ingezette budgetten verdeeld in budgetten die bedoeld zijn voor de uitvoering van de wettelijke kerntaken van CIZ en budgetten voor alle overige zaken.

6.4 Decompositie van de budgetten

Gedurende de gehele periode 2004-2008 heeft VWS budgetten beschikbaar gesteld die bedoeld waren voor de afbouw van de RIO's, de opbouw van de centrale organisatie, het uniformeren en standaardiseren van de werkprocessen, of het legitimeren van non-indicaties. In sommige gevallen besluit VWS dergelijke incidentele subsidies te kenschetsen als een incidentele toevoeging aan de instellingssubsidie en in andere gevallen is de aanvraag voor incidentele subsidies gekenschetst als projectsubsidie. Voor de twee soorten subsidies gelden andere richtlijnen voor verantwoording en andere doorlooptijden. In onderstaande Tabel 6.3 zijn zowel de projectsubsidies als de instellingssubsidies voor de periode 2004- 2008 onderverdeeld naar het oogmerk waarvoor de subsidie is aangevraagd en beschikt.

Tabel 6.3 Oogmerk van de verstrekte instellingssubsidie en projectsubsidies ten behoeve van de centrale indicatiestelling AWBZ in de periode 2004-2008 (bedragen x € mln.)

Totaal subsidies landelijke indicatiestelling AWBZ						2008
	2004	2005	2006	2007	2008	t.o.v. 2005
<i>Instellingssubsidie</i> CIZ voor landelijke indicatiestelling	17,9	166,4	160,5	154,0	191,2	
<i>waarvan bedoeld voor:</i>						
- structurele wettelijke taken indicatiestelling AWBZ	17,9	148,9	160,5	154,0	159,9	
- wettelijke taak indicatiestelling AWBZ excl. loonindexering		147,8	159,3	151,5	154,2	+ 4,3 %
<i>Projecten binnen de instellingssubsidie:</i>						
- nonindicaties / legitimatielijsten en overige additionele indicaties					3,2	
- kwaliteitverbetering en aanpassing aan veranderingen		8,0			13,0	
- sociaal plan, afbouw RIO's en opbouw CIZ		9,5			3,2	
- voorbereiding pakketmaatregelen 2009					11,9	
<i>Additioneel: incidentele projectsubsidies voor:</i>						
- nonindicaties / legitimatielijsten en overige additionele indicaties	3,6	8,0	7,4	6,6		
- opbouw, kwaliteitverbetering en aanpassingen aan veranderingen	5,8	4,0				
Totaal structurele en incidentele subsidies	27,3	178,4	167,9	160,6	191,2	
aandeel incidenteel van structureel	34%	17%	4%	4%	16%	

Bronnen rekeningen CIZ voor de jaren 2004 tot en met 2008. Voorlopige en definitieve beschikkingen VWS: brieven van VWS aan CIZ met de briefnummers: AWBZ/2479078, AWBZ/2484649, DLZ/FPB-2711151, DLZ/SFU-2888453, DLZ/ZI-2656456, DLZ/ZI-2805099, DLZ/ZI-2823022, DLZ/ZI-U-2738428, DLZ/ZI-U-279407, DLZ/ZI-U-2811874, DLZ-SFI-2845650, DVVO/FPB-2615991, DVVO/IND-2569642, DVVO/IND-2577944, DVVO/IND-2647011, SP/11798/2008, SP/12850/2008, SP/22513/2009.

In de bovenstaande tabel is te zien dat het budget dat bedoeld is voor de uitvoering van de wettelijke taak indicatiestelling AWBZ exclusief de tussentijdse loonindexeringen € 147,8 miljoen is in 2005. In de jaren daarna gaat het budget soms omhoog en soms weer iets omlaag. In 2008 is het budget voor de AWBZ indicatiestelling € 154,2 miljoen. In 2008 is het budget 4,3% hoger dan in het startjaar 2005.

Voor de gehele periode 2004-2008 is er een totaal budget van € 725,2 miljoen ingezet. Hiervan was € 641,2 ofwel 88,3% bedoeld voor de uitvoering van de landelijke kerntaken indicatiestelling en onderzoek/monitor. Voor het uitvoeren van additionele indicaties zoals nonindicaties en legitimatielijsten was € 28,9 miljoen ofwel 4% van het totale budget bestemd. Voor de afbouw van RIO's, de opbouw van de landelijke organisatie, het standaardiseren en uniformeren van werkprocessen en het aanpassen van de organisatie aan de veranderde regelgeving binnen de AWBZ (WMO, pakketmaatregelen) was € 55 miljoen ofwel 7,6% bedoeld. Het budget voor de opbouw van de organisatie en voor de standaardisering van de werkprocessen is in werkelijkheid iets meer bescheiden in omvang omdat een deel van dit budget is toegekend in de vorm van een korting op de aangevraagde subsidie voor indicatiestellingen (€ 17 miljoen in 2005) en een deel in 2008 is toegekend, maar in 2009 pas zal worden ingezet (€ 11,9 miljoen in 2008). Wanneer we deze beide budgetten buiten beschouwing laten dan is in de periode 2004-2008 in totaal € 26 miljoen ofwel 3,6% van het totale budget bestemd voor opbouw, afbouw, standaardisering van de werkprocessen en aanpassingen aan veranderde wetgeving.

Sinds haar oprichting heeft CIZ continu reorganisaties meegemaakt. Van ongeveer 80 RIO's is overgegaan naar 16 regio's in 6 districten. Voorts werkt CIZ in opdracht van VWS vele beleidswijzigingen uit (bv. SIP's, en ZZP's) en voert deze door in de eigen organisatie. In 2009 heeft de invoering van de Pakketmaatregelen Begeleiding (voorbereid in 2008) bijna geleid tot een organisatie naast de bestaande CIZ organisatie, teneinde de 120.000 herindicaties te kunnen uitvoeren. Het gaat bij de wenselijke veranderingen niet alleen om het implementatiebudget maar ook om de ruimte (tijd, een stabiele omgeving en knowhow) om de inrichting te kunnen volbrengen.

6.5 Relatie tussen de grote en kleine geldstroom

De zorgvraag van de aanvrager kan worden gezien als een subjectieve zorgvraag. Indicatiestelling is erop gericht om deze subjectieve zorgvraag te objectiveren en om te zetten in een manifeste zorgvraag. Daarnaast moet de indicatiesteller in staat zijn eventuele latente zorgvraag te herkennen. De geobjectiveerde zorgvraag inclusief de latente zorgvraag bepaalt de uiteindelijke zorgvraag en wordt na toetsing aan de documenten en de beleidsregels (o.a. afbakening aanspraken, inschatting gebruikelijke zorg) omgezet in een gelegiti-meerde indicatie (naar functies en klassen). CIZ heeft deze werkwijze neergelegd in de Indicatiwijzer van december 2009 (het trechtermodel). Vervolgens wordt deze indicatie verder in de keten uitgezet via bemiddeling en zorgtoewijzing/PGB-toewijzing door het zorgkantoor, de levering van de zorg door zorgaanbieders, en de heffing van eigen bijdrage bij de cliënt door het CAK. De kleine geldstroom van de indicatiestelling is daarmee een belangrijk instrument om de subjectieve zorgvraag op een onafhankelijke wijze te vertalen naar een geobjectiveerd recht op zorg. Voordat de centrale indicatiestelling werd doorgevoerd waren er personen die gebruik maakten van de AWBZ-zorg zonder daarvoor geïndiceerd te zijn. Al deze personen zijn inmiddels wel geïndiceerd.

In de volgende tabel is een overzicht gemaakt van de gerealiseerde uitgaven aan AWBZ-zorg (grote geldstroom) en de gerealiseerde subsidieverstrekking aan CIZ (kleine geldstroom¹) voor de periode 2005-2008. In deze periode is de omvang van de grote geldstroom rond 22 tot 23 miljard. Tot 2007 neemt de omvang van de grote geldstroom toe en daarna neemt die af. Het aandeel van de kleine geldstroom ten opzichte van de grote geldstroom is 8 promille in 2005. Daarna daalt het aandeel kleine geldstroom naar 7 promille om in 2008 weer toe te nemen naar 9 promille. Bij het vaststellen van de omvang van de kleine geldstroom is hier uitgegaan van alle aan CIZ toegekende subsidies in het kader van de uitvoering van de AWBZ (inclusief projectsubsidies dus).

Tabel 6.4 Omvang en verhouding grote en kleine geldstroom AWBZ

Geldstroom	2005	2006	2007	2008
Grote geldstroom (x € mln.)	22.144	22.938	22.967	22.031
Kleine geldstroom CIZ (x € mln.)	178	168	161	191
aandeel klein van groot (promille)	8	7	7	9
Euro's zorg per euro indicatiestelling	124	137	143	115

Bron grote geldstroom: College voor Zorgverzekeraars, exploitatie AWBZ 2001-2009; kleine geldstroom (zie tabel 6.2)

6.6 De doelmatigheid van de bedrijfsvoering

Deze paragraaf gaat in op het derde onderzoeksthema, de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. Voorwaarde om een doelmatige bedrijfsvoering te kunnen realiseren is dat er eerst een bedrijf moet zijn. Wij richten ons dus eerst op de opbouw van de landelijke organisatie.

6.6.1 Het opbouwen van de landelijke organisatie

Door VWS beoogde organisatiestructuur en tempo van de opbouw

Op 10 juni 2004 heeft de staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de beoogde organisatiestructuur en het beoogde tempo van de opbouw². De beoogde organisatiestructuur omvat één hoofdkantoor en 16 regionale uitvoeringskantoren die elk een werkgebied hebben van ongeveer 1 miljoen inwoners. De grenzen van de regionale uitvoeringskantoren sluiten aan bij de grenzen van de zorgregio's. Elk regionaal kantoor heeft een formatie van ongeveer 150 fte. Deze formatie is voldoende omvangrijk om per uitvoeringskantoor jaarlijks 60.000 tot 70.000 indicatieaanvragen af te handelen inclusief bezwaar en beroep, zo werd verwacht.

Voor het opbouwen van de centrale organisatie die op een geprotocolleerde en gestandaardiseerde wijze de indicatiestelling uitvoert, voorziet VWS een invoeringstermijn van vier jaar. Gedurende deze termijn zijn de volgende stappen voorzien:

¹ Naast de kleine geldstroom van de indicatiestelling is er nog de kleine geldstroom van de beheerskosten voor de zorgtoewijzing door de zorgkantoren. Deze kleine geldstroom is volgens CVZ € 143 miljoen in 2005 en € 139 miljoen in 2008. Dit is jaarlijks 6 promille van de grote geldstroom.

² TK, 2003-2004, 26 631, nr. 95.

1. Transitie van de RIO's van gemeenten naar uitvoeringskantoren van de landelijke organisatie in 2004;
2. Het op peil houden van de LCIG taken gedurende de opbouwfase;
3. Het starten met indicatiebesluiten AWBZ-zorg door de centrale organisatie CIZ in 2005;
4. Het standaardiseren van de indicatieprocessen in 2006;
5. Het zodanig vereenvoudigen van de indicatiestellingen dat in 2006 sprake is van een kostenreductie;
6. Een verdere optimalisatie van het efficiënt verwerken van de indicaties is voorzien in 2007.

Door CIZ gerealiseerde opbouw

Het centrale indicatieorgaan gaat op 1 april 2004 van start met de instelling van een operationeel bestuur. Het indicatieorgaan de Stichting Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) werd daarbij als juridisch vehikel gebruikt. Op 24 mei 2004 heeft het LCIG zijn statuten veranderd, zodat CIZ daarin op kon gaan.

Tussen eind april en september 2004 heeft het operationeel bestuur zich geconcentreerd op de boedelbeschrijving van de circa 80 RIO's in vijf categorieën: organisatie, productie, medewerkers, productiemiddelen en de financiën. Voorts zijn er gesprekken met gemeenten gevoerd over de ontvlechting van de RIO's. Eind september kan CIZ dan een onderbouwde schatting maken van de frictiekosten die gepaard gaan met de overname van de RIO's. De overname loopt door tot 2006. Groningen en Den Haag waren de laatste gemeenten die hun personeel hebben overgedragen aan CIZ¹.

Tabel 6.5 Beoogd en gerealiseerd tempo van de opbouw

Fasen in de opbouw	Beoogd tempo	Gerealiseerd tempo
1. transitie van RIO's	2004	2006
2. op peil houden LCIG taken	Continu	Continu
3. start met indicatiebesluiten AWBZ-zorg	2005	2005
4. standaardiseren indicatieprocessen	2006	2007
5. vereenvoudigen indicatiestellingen	2007	Deels gerealiseerd
6. kostenreductie indicaties gerealiseerd	2007	Deels gerealiseerd

Om de uitvoering van de indicatiestellingen op peil te houden en tegelijkertijd de beoogde centrale organisatie op te bouwen wordt tijdelijk extra extern personeel ingehuurd. De continuïteit van de indicatiestellingen AWBZ en LCIG was daarmee gegarandeerd.

In 2005 is gestart met het vormen van de regiokantoren en de verdere inrichting van het centrale bureau. Er zijn 16 regio's met elk een regiodirecteur, die elke maand verantwoording afleggen aan de raad van bestuur over de prestaties van de onder hen ressorterende kantoren. Daartoe zijn in 2005 resultaatovereenkomsten afgesloten met de regiodirecteuren. Ook zijn er jaarplannen opgesteld voor alle managers in de 16 regio's. Met de overdracht van het personeel van de voormalige RIO's naar CIZ is CIZ in de gelegenheid om per 1 januari 2005 uitvoering te geven aan de indicatiestelling voor AWBZ-zorg. In dat jaar is

¹ Jaarverslag 2006 Centrum Indicatiestelling zorg, Driebergen Rijssenburg, april 2007.

ook gestart met het standaardiseren van de administraties, het financieel scheiden van de administraties voor indicatiestellingen AWBZ en overig, het opstellen van een veranderagenda en een sociaal plan in verband met de voorziene terugloop van het aantal fte¹.

In 2006 en 2007 is het aantal locaties teruggebracht. Om de efficiency van de werkwijze te kunnen verbeteren is CIZ van plan om meer bruikbare managementinformatie te vergaren op de terreinen van kwaliteit, doelmatigheid, klanttevredenheid en medewerkertevredenheid.

Het realiseren van een vereenvoudigde werkwijze start in 2005 met het invoeren van een referentiewerkproces. De uitrol over de 16 regio's vond gefaseerd plaats in 2005 en 2006. De werking van deze werkwijze is geëvalueerd door een externe partij. Gebleken is toen dat de logistieke stappen in het werkproces nog niet optimaal verlopen: als twee of meer medewerkers betrokken zijn bij een indicatiebesluit is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden nog niet sluitend. De standaardisering start eveneens in 2005 met de ontwikkeling en invoering van 19 standaard indicatie protocollen (SIPs) en in 2006 zijn er nog 2 bijgekomen. Met zorgaanbieders is een convenant afgesloten over het gebruik van de SIPs.

Problemen tijdens de opbouw

Vanaf het moment dat CIZ zicht begint te krijgen op de aard, werkwijze en juridische inbedding van de RIO's meent CIZ dat het door VWS beoogde tempo van de opbouw en de beoogde kostenreducties voor 2005 niet reëel zijn. Dit verschil in inzicht is een van de redenen waarom het zo lang duurt voordat CIZ en VWS in 2005 overeenstemming bereiken over het benodigde budget.

Naast de ongunstige statsituatie waren er nog andere oorzaken die ertoe hebben bijgedragen dat er onvoldoende ruimte was om de organisatie op een succesvolle wijze snel en optimaal in te richten. CIZ noemt daarvoor nu de volgende externe en interne oorzaken.

Externe oorzaken

De afsplitsing van (delen van) AWBZ-functies naar de nieuwe WMO per 1-1-2007 en de daarop volgende geleidelijke verzelfstandiging van de Divisie MO vanaf begin 2008 heeft intern veel onrust gegeven, mede omdat een heel ander marktgedrag nodig is naar alle afzonderlijke gemeenten, die variëren in de breedte en diepte van het pakket van indicatieadviesdiensten en de wijze van aanbesteding daarbij. Daarnaast heeft de wettelijke invoering van de zorgzwaartepakketten (ZZP) en het verwerken van de zogenaamde legitimatielijsten (mensen die gebruik maken van AWBZ zorg zonder geldige indicatie) tot nieuwe werkwijzen geleid die tijd, energie en aanpassing van systemen vergden, aldus CIZ.

Interne oorzaken

De overgang in 2007 naar één systeem voor indicatiestelling (GINO) heeft voor veel problemen gezorgd waardoor de werkvoorraad onacceptabel opliep. Het wegwerken van deze achterstand heeft in het verdere verloop van dat jaar de hoogste prioriteit gekregen waardoor de verdere inrichting van de organisatie stagneerde.

¹ Jaarverslag 2005, Centrum Indicatiestelling zorg, Driebergen Rijssenburg 2005.

Daarnaast is gestart met de opschaling waarbij de oorspronkelijke RIO's samengevoegd werden tot één CIZ dat bestaat uit 16 regio's en een Landelijk Bureau. De RIO's die al enkele jaren zelfstandig opereerden zijn overgegaan in een landelijke organisatie waarbij het nieuw opgerichte Landelijke Bureau het beleid moest bepalen. Deze constructie was – zo meent CIZ nu - suboptimaal. In 2007 werd de naam Landelijk bureau gewijzigd in hoofdkantoor en werden gelijktijdig 6 districten gevormd waarin de voormalige 16 regio's werden ondergebracht. Dit heeft geleid tot een verbetering van de samenwerking en het verder standaardiseren van de indicatiestelling.

De externe en interne problemen tijdens de opbouwfase hebben er volgens CIZ toe geleid dat de vormgeving en inrichting van een landelijke organisatie die goed geëquipeerd is om zijn wettelijke taken optimaal uit te voeren nog niet helemaal klaar is. Op dit moment is er al wel een groot aantal maatregelen gerealiseerd die de vormgeving en inrichting van CIZ positief hebben beïnvloed. CIZ noemt de volgende maatregelen:

- De overgang naar één systeem voor de primaire indicatiestelling (2006 en 2007)
- Het starten van de digitale aanmeldfunctionaliteit in 2008
- CIZ Indicatiwijzer (laatst geactualiseerd in december 2009)
- Uniformering van het primaire proces (2009 en 2010)
- Het uitfaseren van de districtdirectie (eind 2009) en de opschaling naar Units (derde kwartaal 2010)
- Het via interne budgetreallocatie separaat financieren van het Kenniscentrum (opgericht per 1 juni 2009)
- Bovenregionaal werken van medewerkers sinds oktober 2010. Dit houdt in dat verwerkingsachterstanden in de ene regio worden verholpen met behulp van personeel uit een andere regio.

6.6.2 De personeelsinzet

Personele kosten zijn de belangrijkste kostendrager van de AWBZ indicatiestelling. Bij de voorspelling van de kostenreductie door VWS werd dan ook een afname van de benodigde formatie verwacht.

Door VWS beoogde personeelsinzet

In 2004 verwachtte VWS dat er 2400 fte personeel nodig zou zijn voor de gecentraliseerde organisatie indicatiestellingen AWBZ¹. Daarvan zouden 1600 fte nodig zijn voor het uitvoeringsproces van de indicatiestelling. Als gevolg van de standaardisering en vereenvoudiging van de werkprocessen kan de benodigde formatie afnemen van 1600 fte in 2005 naar 1836 fte in 2008 (zie tabel 6.6). Door de standaardisering en vereenvoudiging van de indicatiestelling wordt het mogelijk om per fte meer indicatieaanvragen af te handelen. Het aantal afgehandelde indicaties per fte indicatiesteller neemt dan ook toe van 650 indicaties per fte in 2005 naar 850 indicaties in 2007 zo werd verwacht.

¹ TK 2003-2004, 26 631, nr. 95

Tabel 6.6 Beoogde en gerealiseerde personeelsinzet¹ centrale indicatiestelling AWBZ

Personeelsinzet	2004	2005	2006	2007	2008	2008 t.o.v. 2005
<i>Beoogde personeelsinzet VWS in 2004</i>						
fte: 150 per regiokantoor (16)		2.400		1.836	1.836	-24%
Fte indicatiestellers AWBZ		1.600		1.224	1.224	-24%
Aantal indicaties AWBZ x 1000		1.040		1.040	1.040	0%
Aantal indicaties per fte AWBZ		433		566	566	+31%
<i>Gerealiseerde personeelsinzet CIZ</i>						
fte CIZ totaal	2.762	2.377	2.339	2.333	2.248	
fte CIZ AWBZ	2.486	2.139	2.105	2.100	1.882	-12%
Waarvan: fte indicatiesteller AWBZ	1.454	1.251	1.206	1.139	970	-22%
Aantal indicaties AWBZ x 1000	838	941	996	936	950	+1%
Aantal indicaties per fte AWBZ	337	440	473	446	505	+15%

Bronnen: beoogde personeelsinzet: TK 2003-2004, 26 631, nr. 95;

Realisatie 2004: Rapportage boedelbeschrijving RIO's en LCIG, okt 2004.

Realisaties 2005-2009: jaargemiddelden van de kwartaalrapportages 2005-2009, CIZ

Fte indicatiesteller 2007 en 2008: ontvangen van CIZ;

Fte indicatiesteller 2005, 2006 en 2009 geraamd op basis van verhouding 2007 en 2008. FTE indicatiestellers AWBZ geraamd.

Toelichting: fte CIZ totaal = fte AWBZ + fte Wmo; fte CIZ AWBZ = fte dat uitsluitend werkzaam is t.b.v. de AWBZ taken.

Gerealiseerde personeelsinzet CIZ

In de periode 2005-2008 voert CIZ een personeelsreductie door van 12% op de AWBZ-formatie. Deze afname is geringer dan de reductie van 24% die werd verwacht. De totale formatie AWBZ is in 2008 nog iets hoger (1882 fte) dan door VWS werd verwacht (1836 fte). Bij de raming door VWS werd uitgegaan van een gelijkblijvend aantal indicaties. In de periode 2005-2008 nam het aantal gerealiseerde indicaties in werkelijkheid toe met 1%.

De verwachte efficiencyverbetering bij het uitvoeren van de indicatieaanvragen is iets minder sterk dan werd verwacht. VWS verwachtte een toename van de productiviteit per fte van 31% in 2008 ten opzichte van 2005. In werkelijkheid nam de productiviteit toe met 15% per fte in 2008 ten opzichte van 2005. De gerealiseerde productiviteit per fte is in 2008 iets lager (505 indicaties per fte per jaar) dan destijds door VWS werd geraamd (566 indicaties per fte).

Samenstelling van het personeel naar functie

Voor het startjaar 2004 zijn de functies binnen de RIO's geïnventariseerd. Met de zittende formatie van de RIO's per 31 december 2004 ging CIZ per 1 januari 2005 van start. Voor de jaren 2007 en 2008 heeft CIZ een overzicht gegeven van de functies van het personeel in deze beide jaren. Daardoor ontstaat zicht op veranderingen in het functiehuis tussen 2004 en 2008 (tabel 6.7).

¹ Tot de formatie is gerekend alle personeel met een vast of tijdelijk contract dat in dienst is bij de RIO's/het LCIG (2004) dan wel CIZ (2005 en verder). Tijdelijk ingehuurd of gedetacheerd personeel is niet tot de formatie gerekend.

Tabel 6.7 Formatie centrale indicatiestelling AWBZ naar functiegroep

	2004	2007	2008	2004	2007	2008
Front office	287	240	189	12%	11%	10%
Back office	284	305	308	11%	15%	16%
Indicatieadviseurs	1454	1139	970	58%	54%	52%
Specialisten	79	77	75	3%	4%	4%
Management en staf in de regio's	383	239	204	15%	11%	11%
Management en staf centraal	0	101	136	0%	5%	7%
Totaal formatie AWBZ	2486	2100	1882	100%	100%	100%

Bron: 2004: Rapportage boedelbeschrijving RIO's; 2007 en 2008: informatie van CIZ; aantallen fte zijn gewogen naar gemiddelde jaarbezetting 2007 en 2008

Uit de functieverhuizing tussen 2004 en 2007/08 kan worden afgeleid dat het aandeel indicatiestellers en front office werkers afnam en het aandeel backoffice medewerkers en centrale management en staffuncties toenamen. Deze taakverschuiving sluit aan bij de centralisering van de indicatiestelling en bij de sterkere nadruk op informatieverstrekking en de introductie van de SIPs. De overhead nam toe van 15% van de formatie in 2004 naar 18% van de formatie in 2008. De verwachting dat er met een centralisering van de indicatiestelling minder overhead nodig zou zijn is dus niet uitgekomen.

Personele kosten

Gedurende de gehele periode 2005-2008 maakt CIZ naast personeel, dat in dienst is bij het indicatieorgaan ook gebruik van extern ingehuurd personeel. De formatie externe inhuur is niet inbegrepen in het formatieoverzicht. In de volgende tabel is daarom een overzicht gegeven van alle personele kosten samen (inclusief inhuur en inclusief personeel op projecten). Nadat alle personele kosten die te maken hebben met de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ bij elkaar zijn geteld is dit totaalbedrag vertaald naar het prijspeil van het jaar 2008. Door alle jaren op hetzelfde prijspeil te brengen zijn de jaren onderling beter vergelijkbaar.

Tabel 6.8 Personele lasten volgens jaarrekeningen CIZ (gebaseerd op prijspeil 2008)

	2004	2005	2006	2007	2008	2008 t.o.v. 2005
personele lasten x € 1.000						
<u>personeel indicatiestelling AWBZ</u>						
salaris, pensioen en sociale lasten (incl. LCIG)	127.176	104.732	106.542	111.181	111.942	
Overig	9.465	9.407	8.491	7.225	7.484	
inhuur personeel	6.564	17.518	22.445	27.370	18.110	
subtotaal personeel indicatiestelling	143.205	131.657	137.477	145.775	137.535	
af: personele lasten WMO (2004: WvG)	-17.933	-12528	-14.455	-25.413	-29.081	
<i>subtotaal personeel indicatiestelling AWBZ</i>	<i>125.272</i>	<i>119.129</i>	<i>123.022</i>	<i>120.362</i>	<i>108.454</i>	
<u>personeel projecten AWBZ</u>						
salaris, pensioen en sociale lasten		2.753	2.509	1.632	265	
inhuur personeel		8.447	6.071	2.916	3.712	
<i>subtotaal personeel projecten</i>		<i>11.200</i>	<i>8.581</i>	<i>4.548</i>	<i>3.977</i>	
salaris en beloning bestuur en toezichhouders	186	312	356	402	537	
<i>totaal personele lasten CIZ</i>	<i>125.459</i>	<i>130.641</i>	<i>131.959</i>	<i>125.312</i>	<i>112.968</i>	
af: loonindexering		-1.118	-1.207	-2.540	-5.661	
<i>totaal personele lasten prijspeil 2008</i>	<i>132.078</i>	<i>136.357</i>	<i>137.651</i>	<i>129.249</i>	<i>112.968</i>	-17%
totale formatie AWBZ	2.486	2.139	2.105	2.100	1.882	-12%
personele lasten per fte	53,1	63,7	65,4	61,5	60,0	-6%

Bron: 2004: rapportage boedelbeschrijving RIO's; Jaarrekeningen CIZ 2005 tot en met 2008

In 2005 was het totaal van de personele lasten voor de AWBZ taak van CIZ € 136 miljoen (prijspeil 2008). Dit bedrag neemt in 2006 licht toe en daalt daarna tot € 112 miljoen in 2008. Dit is een reële daling van de personele lasten met 17% in 2008 ten opzichte van 2005. De totale formatie daalt in dezelfde periode iets minder sterk dan de personele lasten, namelijk met 12%. De reële kosten namen af van € 63.700 per fte in 2005 naar € 60.000 per fte in 2008, een reële afname van 6%.

Normtijden en soorten indicaties

In een aantal jaarstukken is geconstateerd dat CIZ normtijden hanteert per soort indicatie. Ook zijn er normtijden voor het ramen van de benodigde personeelsinzet in het primaire proces. In de volgende **Tabel 6.9** is een overzicht gemaakt van de normtijden per type indicatie in 2005 en van de begrote kosten per type indicatie in 2005, 2006 en 2008. Uit de normtijden en begrote kosten per type indicatie is af te lezen dat er twee categorieën van indicaties zijn: de relatief eenvoudig af te handelen aanvragen, die weinig tijd nodig hebben en relatief goedkoop zijn en de aanvragen, die een meer complexe afhandeling vereisen waar dan ook meer tijd en geld mee is gemoeid. Bij de duurdere indicaties verricht CIZ zelf onderzoek en bij de goedkopere is alleen sprake van administratieve verwerking en toetsing achteraf.

Tabel 6.9 Begrote normtijden en begrote kostprijs per type indicatie in 2005, 2006 en 2008

<i>type indicatie</i>	2005 normtijd uur	2005 kostprijs €	2006 kostprijs €	2008 Kostprijs €
<i>eenvoudige indicaties</i>				
Direct	1,0	51	60	27
Verkort en vervallen	1,3	99	96	98
<i>complexe indicaties</i>				
Standaard en afgebroken	3,0	204	192	247
Uitgebreid	5,0	335	321	368
bezwaar en overig	7,0	416	398	490

Bron: Begroting CIZ 2005, 2006 en 2008

In de volgende tabel zijn de productievolumina eenvoudige en complexe indicaties gegeven voor de jaren 2004-2008. In het jaar 2004 betreft het de productiecijfers van de RIO's. Vanaf 2005 gaat het om de productiecijfers van CIZ, zoals vermeld in de kwartaalrapportages van het vierde kwartaal. Op basis van de productievolumina in tabel 6.10 en de normkosten in tabel 6.9 zijn gemiddelde begrote kosten per indicatie af te leiden. Deze zijn weergegeven in de laatste twee regels van de tabel.

Tabel 6.10 Type indicatie in de periode 2004-2008

<i>Type indicatie</i>	2004	2005	2006	2008
Direct	10%	9%	5%	29%
Verkort (en vervallen)	37%	37%	35%	49%
<i>subtotaal eenvoudige indicaties</i>	<i>47%</i>	<i>46%</i>	<i>40%</i>	<i>78%</i>
Standaard (en afgebroken)	39%	40%	50%	11%
Uitgebreid	14%	13%	10%	8%
Bezwaar en overig	0%	0%	0%	4%
<i>subtotaal complexe indicaties</i>	<i>53%</i>	<i>54%</i>	<i>60%</i>	<i>23%</i>
Begrote kosten per indicatie op basis van p*q (tabel 6.9*tabel 6.10)		166	165	112
Begrote kosten 2008 t.o.v 2005				-32%

Bron: 2003 en 2004: rapportage boedelbeschrijving RIO's; 2005-2009: kwartaalrapportages CIZ

In 2005 betreft 46% van de indicaties een eenvoudige indicatie, die een normtijd kennen van 1 uur tot 1,25 uur. In 2008 betreft 78% van de uitgevoerde indicaties een eenvoudige indicatie. In 2009 loopt dit verder op naar 87%. Op basis van de gerealiseerde typen indicaties in 2005 en 2008 zou – bij een gelijkblijvend prijspeil – de gemiddelde prijs per indicatie moeten dalen met circa 30% tussen 2005 en 2008. Deze kostenreductie maakt duidelijk welk een belangrijke invloed de introductie van standaardisering en de doorvoering van de SIP's kunnen hebben voor de kosten van de centrale indicatiestelling.

De samenstelling van de productievolumina en de kosten naar soort indicatie hebben betrekking op de begrotingsramingen van CIZ. In de volgende tabel is de aandacht verlegd naar de gerealiseerde kosten en naar de gerealiseerde aantallen indicaties. In de periode 2005-2008 varieert het aantal gerealiseerde indicaties AWBZ van 936 duizend tot 996 dui-

zend. De gerealiseerde kosten voor de indicaties zijn afkomstig uit tabel 6.3, waar de kosten voor de kerntaak zijn geïsoleerd van de kosten voor allerlei projecten.

Tabel 6.11 Gerealiseerde volumina indicatieprocedures AWBZ en gerealiseerde kosten voor de indicatiestelling (prijspeil 2008)

	2004	2005	2006	2007	2008	2008 t.o.v. 2005
<i>Indicatieprocedures</i>						
Indicatieprocedures AWBZ	838.082	949.702	1.032.702	956.532	979.916	
gelegitimeerde non-indicaties	-	8.250	36.650	20.200	30.000	
Totaal indicaties AWBZ	838.082	941.452	996.052	936.332	949.916	+0,9%
<i>kosten reguliere indicaties</i>						
totale kosten x € mln	148,3	148,9	160,5	154,0	159,2	
kosten per indicatiebesluit x €	177	158	161	164	168	
<i>- idem, prijspeil 2008 x €</i>						
totale kosten x € mln	158,7	157,0	167,9	157,1	159,2	+1%
kosten per indicatie €	189	167	169	168	168	+1%

Bron: 2004: rapportage boedelbeschrijving RIO's, jaarrekeningen CIZ 2005-2008

Toelichting: Tot een indicatieprocedure behoren alle aanvragen (dus inclusief vervallen, afgebroken en afgewezen indicatiebesluiten AWBZ)

In 2005 is de prijs voor één indicatie gemiddeld € 167,- (prijspeil 2008). In 2006 nemen de gemiddelde kosten per indicatie iets toe. In 2007 en in 2008 zijn de gemiddelde kosten per indicatie € 168,-. In 2008 zijn de gemiddelde gerealiseerde kosten per indicatie 1% hoger dan in 2005.

De ontwikkeling van de gerealiseerde kosten is anders dan op grond van het veranderde aandeel begrote eenvoudige indicaties uit tabel 6.10 zou kunnen worden verwacht. Volgens de door CIZ begrote volumina en normtijden was een kostendaling voorzien van 30% in 2008 ten opzichte van 2005. In 2008 is de gemiddelde kostprijs per indicatie begroot op € 112. Volgens de rekeningen is 1% kostenreductie gerealiseerd. In 2008 is een gemiddelde kostprijs gerealiseerd van € 168 per indicatie. Het kostenperspectief aan de begrotingszijde is dus veel optimistischer dan achteraf uit de realisaties blijkt.

6.7 Conclusie

Bepaling van de hoogte van de ingezette budgetten en de onderbouwing daarvan

De hoogte van het benodigde landelijke budget is vooraf bepaald met behulp van benchmarkonderzoeken onder de voormalige RIO's. Omdat was voorzien in een standaardisering en uniformering van de indicatiestelling en omdat er minder kantoren met bijbehorende managers zouden komen, is voor de periode 2005-2008 voorzien in een reductie van het benodigde budget voor indicatiestelling. Bij het vaststellen van deze reductieverwachtingen en van de termijn die nodig was om de standaardisering te realiseren is verondersteld dat de beleidscontext en de aantallen indicaties gelijk zouden blijven. CIZ heeft zich vanaf het eerste jaar in 2005 verzet tegen de beoogde reductiedoelstelling in dat jaar, maar vond geen weerklank bij VWS. Dat kwam onder andere omdat er vanuit de Tweede Kamer aangedrongen werd op kostenreducties.

Van 2005 tot en met 2008 is de hoogte van het benodigde budget door CIZ geraamd op basis van een P x Q systematiek. Uit accountantsrapporten in 2005 en 2007 blijkt dat deze systematiek niet functioneert zoals in de subsidievoorwaarden was afgesproken, omdat er geen aansluiting is tussen de financiële administratie en de bedrijfsprocessen. De tekortschietende interne financiële beheerstructuur van CIZ leidt ertoe dat de werkelijke kosten voor incidentele projecten en voor de WMO taken niet op basis van empirisch toetsbare feiten kunnen worden vastgesteld en verantwoord. In het derde kwartaal van 2008 zijn de WMO taken adequaat gescheiden van de AWBZ taken. Het kostenmodel dat moet leiden tot betrouwbare P x Q begrotingen en realisaties is in 2008 nog niet tot ontwikkeling gebracht.

Relatie tussen grote en kleine geldstroom

In de periode 2005-2008 zijn alle volwassen personen die gebruik maken van de AWBZ zorg geïndiceerd. CIZ heeft daarmee een landelijk dekkend beeld van de toegang tot AWBZ zorg. De verhouding tussen kleine en grote geldstroom schommelt in de periode 2005-2008 tussen 7 promille en 9 promille.

Doelmatigheid van de bedrijfsvoering

Er is sprake van een doelmatige bedrijfsvoering wanneer de in 2004 beoogde kostenreductie van een landelijke indicatiestelling is gerealiseerd binnen de daartoe gestelde termijn. Bij het formuleren van deze doelstelling in 2004 is uitgegaan van gelijkblijvende aantallen indicaties en een gelijkblijvende beleidscontext. In werkelijkheid was er sprake van een turbulente beleidscontext en van toenemende aantallen indicaties. Verschillen in productievolumina en verschillen in taakuitvoering als gevolg van beleidswijziging zijn belangrijke oorzaken van kostenverschillen. In paragraaf 6.6 zijn de gerealiseerde kosten voor indicatiestelling en de gerealiseerde inzet van personeel zoveel mogelijk geïsoleerd van de veranderde beleidscontext. De volgende bevindingen uit paragraaf 6.6 wijzen op de ontwikkeling van de doelmatigheid van de bedrijfsvoering tussen 2005 en 2008:

- Er was sprake van een reductie van de personeelsformatie met 12%; de beoogde reductie was 24%
- De reductie van de formatieomvang wordt deels teniet gedaan door veranderingen in het functiehuis. De overhead stijgt van 15% op 1 januari 2005 naar 18% in 2008.
- In de periode 2005-2008 was er sprake van een toename van de productiviteit per fte met 15%; de beoogde toename was 31%.
- De verbeterde productiviteit wordt deels teniet gedaan door de inzet van extern ingehuurd personeel, dat geen deel uitmaakt van de formatie.
- Na correctie voor beleidswijzigingen, loonindexering en verschillen in aantallen indicaties per jaar is er sprake van een kostenstijging van 1% per indicatie in de periode 2005-2008; beoogde werd een kostendaling van 9,6% per indicatie.
- De kostenstijging per indicatie hangt samen met de toegenomen overhead en met de (relatief dure) externe inhuur van personeel. Deze beide factoren dragen ertoe bij dat de voordelen, behaald uit de personeelsreductie en de standaardisering weer komen te vervallen.

7 Conclusies

7.1 Inleiding

In dit onderzoek is een beleidsdoorlichting uitgevoerd voor de indicatiestelling AWBZ voor de periode 2003-2008, met een doorkijk naar 2009 en 2010. Op basis van documentanalyses en interviews is allereerst een reconstructie gemaakt van de belangrijkste ontwikkelingen in het indicatiestellingsbeleid in deze periode. Hiermee is inzicht gegeven in de belangrijkste beleidsproblemen die in de onderzoeksperiode speelden, de oorzaken van deze problemen, de geformuleerde beleidsdoelstellingen en de beleidsmaatregelen die zijn ingezet om deze doelstellingen te behalen. Hierna hebben we de instrumenten en de werkwijze van de indicatiestelling beschreven, om vervolgens in te kunnen gaan op mate waarin de geformuleerde beleidsdoelstellingen aan het einde van de onderzoeksperiode en op dit moment zijn behaald.

De focus van het onderzoek ligt op de indicatiestelling door het CIZ, aangezien dit het grootste deel van de gestelde AWBZ indicaties betreft. De rapportage over de indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg is voor een groot deel gebaseerd op enkele belangwekkende onderzoeken (Taskforce Linschoten 2008, evaluatie van de Wet op de jeugdzorg 2009) en voor een beperkt deel op primaire dataverzameling bij Bureaus Jeugdzorg en de brancheorganisatie.

In dit rapport en in de conclusies wordt per onderwerp een aparte beschrijving gegeven van de situatie bij het CIZ en de Bureaus Jeugdzorg. De reden hiervoor is dat er aanzienlijke verschillen bestaan in de wijze waarop de indicatiestelling door beide organisaties is vormgegeven, mede als gevolg van een verschil in wettelijk en beleidsmatig kader.

7.2 Onderzoekperiode 2003-2008, en verder

In dit onderzoek zijn de ontwikkelingen beschreven in de indicatiestelling ABWZ in de periode 2003-2008, een periode waarin de AWBZ-indicatiestelling belangrijke ontwikkelingen, waaronder de start van het functiegericht indiceren en de overgang van RIO's naar CIZ, heeft doorgemaakt. In de onderzoeksperiode, en deels daarna, is een breed pakket aan maatregelen genomen met als doel de gesignaleerde beleidsproblemen ten aanzien van de indicatiestelling op te lossen. Terugkijkend op de onderzoeksperiode is duidelijk dat het op de gewenste wijze vormgeven van de indicatiestelling tijd kost en ook nu nog een doorgaand proces is.

Het jaar 2005 was een belangrijk jaar in de onderzoeksperiode. In 2005 is het CIZ opgericht als centraal indicatieorgaan voor de AWBZ en de Bureaus Jeugdzorg zijn met de invoering van de Wet op de jeugdzorg verantwoordelijk geworden voor de indicatiestelling voor de jeugd-GGZ. Zowel het CIZ als de Bureaus Jeugdzorg hebben vanaf 2005 tot op heden hard gewerkt aan het vormgeven van de indicatiestelling. Beide organisaties zijn hierbij geconfronteerd met veranderingen in wet- en regelgeving en tijdelijke projecten, die invloed hadden op de nog in ontwikkeling zijnde organisatie en werkwijze.

Verdere ontwikkeling in 2009 en 2010

Enkele belangrijke stappen in het vormgeven van de indicatiestelling zijn gezet na afloop van de onderzoeksperiode 2003-2008, zowel door het CIZ als door de Bureaus Jeugdzorg.

In 2009 is de CIZ Indicatiewijzer gepubliceerd waarin alle beleidsregels, werkinstructies en instrumenten gebundeld zijn in één document. Deze publicatie heeft de uniformiteit en transparantie van de werkwijze van het CIZ vergroot, zowel voor indicatiestellers zelf als voor zorgaanbieders. Ook zijn de aanvraagformulieren voor cliënten vereenvoudigd en verbeterd. Medio 2009 is het CIZ Kenniscentrum van start gegaan. Als onderdeel hiervan is een aparte onderzoeksafdeling opgezet, die de gegevens uit de indicatiestelling gebruikt voor trendrapportages, onderzoeken van cliëntprofielen en beleidsanalyses, onder meer van de pakketmaatregelen begeleiding in 2009. Hiermee heeft de beleidsinformatiefunctie van het CIZ meer vorm gekregen. Eind 2009 is een vernieuwingsprogramma gestart met verschillende onderdelen. Zo zijn voor zorgaanbieders digitale vormen van herindicatie via taakmandaat ontwikkeld, die worden uitgerold in 2010 en 2011. Nieuw in 2010 is de mogelijkheid voor cliënten om zelf een indicatie aan te vragen via internet. Dit komt de klantvriendelijkheid en efficiëntie ten goede. De persoonbescherming is geregeld door middel van DiGiD. Hiernaast worden met verschillende zorgaanbieders pilots uitgevoerd om andere mogelijkheden tot versimpeling en versnelling van (her)indicaties te testen. Zo lopen pilots met casemanagers in de dementiezorg, met GGZ-aanbieders voor multiprobleem cliënten en met ziekenhuizen rondom transfervroegzorg en intensieve nazorg thuis. In het najaar van 2010 is een CIZ-breed programma opgestart voor verdere optimalisatie en standaardisatie van werkprocessen, vastgelegd in een nieuw ICT-systeem waarvan de invoering in de hele CIZ-organisatie gepland staat voor medio 2012.

Ook de Bureaus Jeugdzorg hebben na afloop van de onderzoeksperiode gewerkt aan het verder uniformeren en objectiveren van de indicatiestelling, met name door het opnemen van een specifiek voor de jeugd-GGZ aangepast Beperkingenscorelijst in de werkinstructie 2009 en het werken aan de koppeling van het eigen registratiesysteem (IJ) met het AZR, die in 2011 gereed moet zijn.

7.3 Centrale onderzoeksvraag

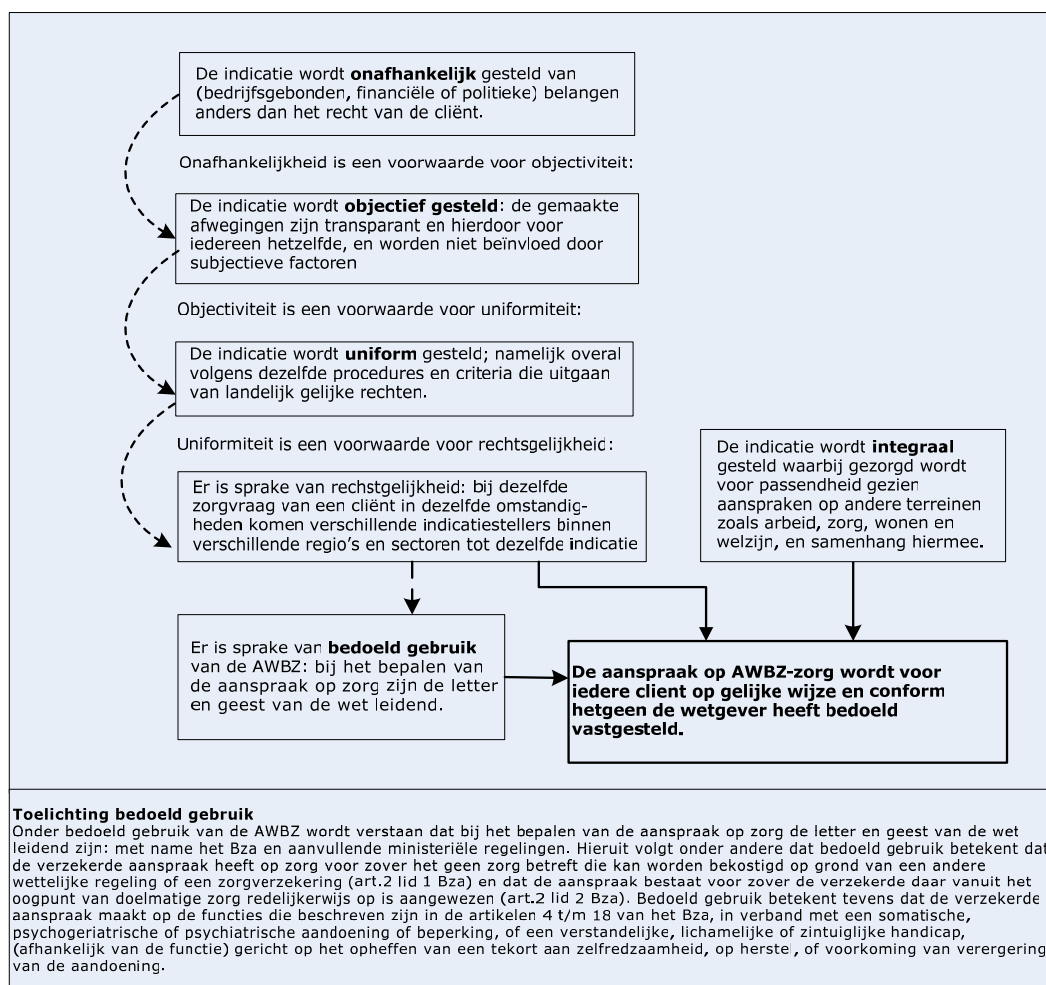
Het doel van deze beleidsdoorlichting is om vast te stellen of het beleid met betrekking tot de indicatiestelling in de periode 2003-2008 heeft geleid tot het bereiken van de volgende doelstellingen:

- een uniforme, onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling voor de AWBZ;
- bedoeld gebruik van de AWBZ, door cliënten die hierop volgens de wet aanspraak maken te indiceren voor passende en noodzakelijke zorg en indirect daardoor tot het aanvaardbaar houden van de maatschappelijke kosten.

Deze centrale onderzoeksvraag is in het onderzoek uitgewerkt in tien deelvragen, die in voorgaande hoofdstukken zijn behandeld. In deze conclusie geven we antwoord op de centrale onderzoeksvraag aan de hand van het theoretisch model dat is weergegeven in figuur 7.1. Bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag komen veel aspecten die in de voorgaande hoofdstukken zijn behandeld aan de orde. Dit hoofdstuk geeft echter geen samenvatting van de beschrijvende hoofdstukken van het rapport.

Figuur 7.1 laat zien dat het bereiken van de eerste doelstelling een voorwaarde is voor het bereiken van de tweede doelstelling.

Figuur 7.1 Theoretisch model voor bedoeld gebruik van de AWBZ



Hieronder doorlopen we de stappen in figuur 7.1 om vast te kunnen stellen of er op dit moment sprake is van bedoeld gebruik van de AWBZ.

Onafhankelijke indicatiestelling

De eerste voorwaarde om te komen tot bedoeld gebruik van de AWBZ is een onafhankelijke indicatiestelling: de indicatie die wordt gesteld is slechts afhankelijk van het recht van de cliënt. Dit betekent dat bij de indicatiestelling belangen van derden, zoals zorgaanbieders en zorgkantoren, geen rol mogen spelen, evenals subjectieve belangen van de cliënt.

De doelstelling van een onafhankelijke indicatiestelling is op dit moment voor een groot deel behaald. Het CIZ heeft bijna alle afspraken met zorgaanbieders in de regio's beëindigd. Ook de Bureaus Jeugdzorg zijn als organisatie onafhankelijk van derden zoals zorgaanbieders. In vergelijking met de periode van de RIO's is op dit punt grote vooruitgang geboekt.

Er reesteren echter nog enkele aandachtspunten.

- Voor het CIZ geldt dat veruit de meeste, maar nog niet alle langlopende afspraken met zorgaanbieders, die zijn overgenomen van de RIO's, zijn beëindigd. Hiermee is nog niet voor alle CIZ locaties sprake van een volledig onafhankelijke indicatiestelling.
- Daarnaast geldt dat druk vanuit zorgaanbieders (en bemiddelingsbureaus) op indicatiestellers om een bepaalde (spoed)indicatie af te geven voortdurende aandacht behoeft. Het CIZ meldt in de onderzoeksperiode sterk te hebben ingezet op training van de medewerkers op dit aspect. CIZ managers zien in de praktijk alsnog dat sommige indicatiestellers gevoeliger zijn voor druk van zorgaanbieders dan andere.
- Ook spelen in een beperkt aantal gevallen andere belangen van de cliënt een rol dan het wettelijk vastgelegde recht. Hierbij wordt de indicatie van de cliënt aangepast naar aanleiding van het bestaan van wachtlijsten voor bepaalde typen zorg of de specifieke wens van een cliënt voor een bepaalde aanbieder voor intramurale zorg.
- Voor kinderen kan het beschikbaar zijn in de AWBZ van zorgaanbod dat beter aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt in enkele gevallen een reden zijn om een andere indicatie te stellen, terwijl deze cliënt formeel wellicht onder jeugdzorg zou vallen. Voor de Bureaus Jeugdzorg geldt dat indien de indicatiesteller als hulpverlener al langere tijd betrokken is bij de cliënt en het gezin, er een risico bestaat dat andere belangen van de cliënt dan het formele recht op zorg een rol gaan spelen bij de indicatiestelling.

Met inachtneming van de bovenstaande aandachtspunten, is de doelstelling van een onafhankelijke indicatiestelling vrijwel gerealiseerd. Hiermee is voldaan aan een voorwaarde voor de volgende stap in figuur 7.1, een objectieve indicatiestelling.

Objectieve indicatiestelling

Bij een objectieve indicatiestelling zijn de gemaakte afwegingen transparant en voor iedereen gelijk, en worden deze niet beïnvloed door subjectieve factoren.

Op dit aspect is vanaf 2005 grote vooruitgang geboekt. De circa 80 RIO's die vóór 2005 verantwoordelijk waren voor de indicatiestelling verschilden aanzienlijk in de wijze waarop zij de indicatiestelling uitvoerden. Bij de oprichting van het CIZ en de invoering van de Wet op de jeugdzorg in 2005 waren er noch voor het CIZ noch voor de Bureaus Jeugdzorg algemeen gebruikte afwegingscriteria of protocollen voor handen. Zowel door het CIZ als de Bureaus Jeugdzorg is sterk ingezet op de protocollering van de indicatiestelling.

Protocollering

Het CIZ heeft deze protocollering vormgegeven met als uitgangspunt de voor deze organisatie geldende regelgeving, te weten het Zorgindicatiebesluit (ZIB) en de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Binnen de onderzoeksperiode zijn het protocol Gebruikelijke Zorg en diverse werkinstructies ontwikkeld. In 2009 zijn de ontwikkelde criteria, instrumenten en werkinstructies samengebracht in de CIZ Indicatiewijzer. Hiermee is de geprotocolleerde en geobjectiverde werkwijze van het CIZ vastgelegd in één document.

Voor de Bureaus Jeugdzorg vormde het 'Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek', dat in 2006 is uitgebracht, de eerste stap naar een objectieve indicatiestelling. Dit protocol bleek echter in de praktijk niet voldoende houvast te bieden voor indicatiestellers en derhalve niet te leiden tot voldoende objectivering. In 2007 is om deze reden het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg uitgebracht. Dit Handboek is voortgekomen uit het Verbetertra-

ject Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (VIB), en is tot op heden het belangrijkste instrument voor een objectieve indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg. In aanvulling op het Handboek is in 2008 een werkinstructie voor de jeugd-GGZ uitgebracht. In 2009 is een nieuwe versie van deze werkinstructie uitgebracht waarin een Beperkingenscorelijst voor de jeugd-GGZ is opgenomen. Dit instrument is overgenomen van het CIZ en aangepast voor specifiek de jeugd-GGZ.

Ruimte voor subjectiviteit

Voor beide organisaties geldt dat binnen de vastgelegde criteria en protocollen er ruimte is gebleven voor een bepaalde mate van subjectiviteit. De indicatiestelling is ´mensenwerk´. Het CIZ stelt dat dit subjectieve aspect in de praktijk met name tot uiting komt in geringe verschillen in de omvang van de zorg die wordt toegekend (klasse). De ene indicatiesteller rond eerder naar boven af, de andere eerder naar beneden, zo schetst de organisatie. Zowel het CIZ als de Bureaus Jeugdzorg benadrukken dat enige ruimte voor de indicatiesteller om persoonlijke afwegingen te maken op basis van de eigen deskundigheid van belang is om te komen tot indicaties op maat.

Een kritische noot ten aanzien van de doelstelling van een objectieve indicatiestelling is echter dat de subjectieve afwegingen die indicatiestellers maken in het indicatieproces niet worden vastgelegd en niet inzichtelijk zijn voor anderen, zoals een team-/ of locatiemanager. Deze afwegingen vinden enkel plaats ´in het hoofd´ van de indicatiesteller. Hiermee is de wijze waarop de afgegeven indicatie tot stand is gekomen niet volledig transparant.

Samenvattend kan gesteld worden dat de objectiviteit van de indicatiestelling vanaf 2005 sterk is verbeterd, maar nog niet optimaal is vormgegeven.

Uniforme indicatiestelling

De volgende doelstelling in figuur 7.1 is een uniforme indicatiestelling waarbij door alle indicatiestellers gebruikt wordt gemaakt van dezelfde procedures en criteria die uitgaan van landelijk gelijke rechten.

De AWBZ indicatiestelling is verdeeld over twee organisaties, namelijk de Bureaus Jeugdzorg voor de jeugd-GGZ en het CIZ voor de overige AWBZ-zorg. Aangezien deze organisaties werken vanuit een ander wettelijk en beleidsmatig kader en in de praktijk gebruik maken van andere werkprocessen en instrumenten is er geen sprake van een uniforme indicatiestelling voor de gehele AWBZ. Wel is de uniformiteit van de indicatiestelling binnen de twee organisaties in de loop van de onderzoeksperiode en de periode daarna sterk toegenomen.

Uniformering indicatiestelling CIZ

Na de oprichting van het CIZ heeft de uniformiteit van het indicatieproces geleidelijk vorm gekregen. Belangrijke stappen hierbij waren de invoering van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ, het Referentiewerkproces, de werkinstructies, de CIZ Indicatiewijzer en het UPP-project (uniformering primair proces) dat in 2009 is gestart. Uniformiteit in het indicatieproces is op dit moment grotendeels behaald en wordt landelijk gemonitord door middel van interne auditing.

Uniformiteit in de uitvoering van de indicatiestelling wordt door het CIZ bevorderd met de inzet van onder meer casuïstiekbesprekingen en multidisciplinair overleg (MDO). Een belemmering voor het realiseren van volledige uniformiteit in de uitvoering zijn onduidelijkheden voor en interpretatieverschillen tussen indicatiestellers. Onduidelijkheden voor indicatiestellers worden in de praktijk gezien in complexe werkinstructies en in het protocol Gebruikelijke Zorg, met name bij indicaties voor kinderen. Daarnaast blijkt uit de beoordeling van de fictieve casussen en een interview met

een brancheorganisatie dat de benodigde leveringsvoorwaarde niet altijd even eenduidig is. CIZ regiomanagers signaleren dat verschillen in de interpretatie van vastgelegde regels en criteria tussen indicatiestellers voortkomen uit verschillen in de mate van bekendheid met en acceptatie van de werkinstructies. Hierbij speelt het grote aantal veranderingen dat in kort tijd heeft plaatsgevonden een rol. Het aanleren van nieuwe werkwijzen en met nadruk ook het afleren van oude werkwijzen kost tijd en inzet.

Concluderend kan worden vastgesteld dat de uniformiteit van de indicatiestelling sterk verbeterd is in de loop van de onderzoeksperiode. Het proces van indicatiestelling is geuniformeerd voor alle CIZ locaties. De uniformiteit van de uitvoering van de indicatiestelling is eveneens aanzienlijk verbeterd, maar niet volledig gerealiseerd. CIZ regiomanagers zien op dit aspect een mogelijke meerwaarde van een vorm van interne toetsing op de uitvoering van indicatiestelling. In 2010 is hiermee inmiddels gestart.

Uniformering indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg

Ten aanzien van de uniformiteit van het indicatieproces voor de jeugd-GGZ bij de Bureaus Jeugdzorg is een grote stap gezet met de publicatie van het Handboek Indicatiestelling Jeugdzorg (2007). Dit Handboek wordt op dit moment door alle Bureaus Jeugdzorg, uitgezonderd één, toegepast. In de werkinstructie voor de jeugd-GGZ zijn inhoudelijke criteria voor de indicatiestelling vastgelegd die nu door alle Bureaus Jeugdzorg worden toegepast, aldus de geïnterviewde partijen.

In de vormgeving van het indicatietraject zijn nog wel verschillen zichtbaar tussen de Bureaus Jeugdzorg. Zij hebben vanuit de Wet op de jeugdzorg ook relatief veel vrijheid om hun eigen werkwijze vorm te geven. De verschillen hebben met name betrekking op de inhoudelijke rol van gedragswetenschappers bij de indicatiestelling en het moment waarop zij bij de beoordeling worden betrokken. Verder kunnen Bureaus Jeugdzorg voor het vaststellen van de aard van de problematiek van de cliënt kiezen uit twee diagnostische instrumenten, waarbij deze keuze dient te worden overlegd met jeugd-GGZ aanbieders in de eigen provincie.

Naast een indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg kan ook de huisarts door middel van een rechtstreeks doorverwijzing toegang geven tot jeugd-GGZ zorg. Een substantieel deel van de jeugd-GGZ cliënten komt via deze weg terecht bij de zorgaanbieder. Hiermee is er geen sprake van een uniforme toegang tot de jeugd-GGZ.

Op basis van het bovenstaande kan worden vastgesteld dat de uniformiteit van de indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg met name in de laatste jaren van de onderzoeksperiode aanzienlijk is vergroot. Op dit moment is er echter nog geen sprake geheel uniforme procedures en instrumenten.

Rechtsgelijkheid

De indicatiestelling is het middel waarmee wordt vastgesteld of een cliënt recht heeft op AWBZ zorg en zo ja, wat de aanspraak is (aard en omvang). Aangezien het hierbij gaat om een wettelijke aanspraak is rechtsgelijkheid tussen cliënten van belang: bij dezelfde zorgvraag van de cliënt in dezelfde omstandigheden zouden verschillende indicatiestellers in verschillende regio's moeten komen tot dezelfde indicatie.

In deze conclusie is vastgesteld dat de onafhankelijkheid, de objectiviteit en de uniformiteit van de indicatiestelling gedurende de onderzoeksperiode, en doorlopend in de periode daarna, in zeer

belangrijke mate zijn toegenomen. Hiernaast zijn met name bij de objectiviteit en de uniformiteit van de huidige indicatiestelling enkele kanttekeningen geplaatst. Beide aspecten zijn voorwaarden voor rechtsgelijkheid (zie figuur 7.1).

Voor het CIZ geldt dat er binnen de huidige protocollering ruimte is voor individuele afwegingen door indicatiestellers die leiden tot verschillen in de inhoud van het indicatiebesluit. Verschillen in afwegingen en interpretaties lijken vooral tot uiting te komen in verschillen in klasse, en in ieder geval voor GGZ-indicaties ook in de leveringsvoorwaarde. Aandachtspunt hierbij is de afwegingen die de indi­catorsteller in het indicatieproces maakt, enkel in zijn/haar hoofd worden gemaakt en niet inzichtelijk zijn voor anderen. Hierdoor is het niet goed te herleiden op basis van welke afwegingen eventuele verschillen in de inhoud van het indicatiebesluit tot stand zijn gekomen.

Voor de indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg geldt eveneens dat er ruimte is voor subjectieve afwegingen door de indi­catorsteller. Hiernaast geldt dat er, ondanks grote verbeteringen in de uniformiteit, (nog) geen sprake is van volledige uniformiteit in de werkwijze en de ingezette instrumenten. Op basis van dit onderzoek kan niet worden vastgesteld of dit in de praktijk leidt tot concrete verschillen tussen afgegeven indicaties en zo ja, wat de inhoud van deze verschillen dan is.

Integrale indicatiestelling

Een andere doelstelling die werd beoogd met het indicatiestellingsbeleid was te komen tot een integrale indicatiestelling. Het begrip integraliteit van de indicatiestelling heeft een ontwikkeling doorgemaakt in de loop van de onderzoeksperiode. Aan het begin van deze periode werd onder de noemer integraliteit gestreefd naar passendheid van de indicatie gezien de aanspraken op andere terreinen zoals arbeid, scholing, wonen en welzijn. In de loop van de onderzoeksperiode is de nadruk in de vormgeving de indicatiestelling verschoven en is geleidelijk meer belang gehecht aan het centraliseren en uniformeren van de indicatiestelling.

In de onderzoeksperiode is gewerkt aan een meer integrale indicatiestelling door middel van het Kader Integraal Indiceren en het programma Stroomlijning Indicatieprocessen (Stip). Binnen het Kader Integraal Indiceren werden aan het einde van de onderzoeksperiode nog niet in alle provincies/stadsregio's de gemaakte afspraken in praktijk gebracht. In 2009 is een centrale projectleider aangesteld om de implementatie van de gemaakte afspraken te bevorderen en op dit moment is deze implementatie gerealiseerd. Binnen het programma Stip zijn twee pilots Gezamenlijke Beoordeling uitgevoerd. Het programma STIP is inmiddels een vervolg gekregen onder meer in de vorm van circa 15 nieuwe lokale initiatieven voor gezamenlijke beoordeling.¹

Tegenover deze activiteiten staat dat een groot deel van de geïnterviewde partijen van mening is dat de integraliteit van de indicatiestelling is afgenomen met de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo. Cliëntenorganisaties en zorgaanbieders zien deze overheveling en de beperking van de mogelijkheden voor 'uitruil' van functies die hiermee vaak gepaard gaat als belemmering voor het realiseren van zorglevering op maat.

¹ Resultaten Programma Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid. Brief aan de Tweede Kamer van de Staatssecretarissen van SZW en VWS. RUA/UO/09/26675. 7 december 2009.

Samenvattend kan gesteld worden dat de eerste stappen zijn gezet, maar dat er nog geen sprake is van een daadwerkelijke integrale indicatiestelling waarbij afstemming plaatsvindt met andere levenssterreinen zoals arbeid, scholing en wonen.

Ingezette budgetten CIZ

De laatste onderzoeksvraag in deze beleidsdoorlichting richt zich op de bepaling van de hoogte van de ingezette budgetten en de onderbouwing hiervoor en de relatie tussen de grote en kleine geldstroom. Daarbij werd in het begin van de onderzoeksperiode verwacht dat de uniformering en standaardisering van de indicatiestelling zou leiden tot een kostenreductie.

Bepaling van de hoogte van de ingezette budgetten

De hoogte van het benodigde landelijke budget is vooraf bepaald met behulp van benchmarkonderzoeken onder de voormalige RIO's. Omdat was voorzien in een standaardisering en uniformering van de indicatiestelling en een vermindering van het aantal kantoren is voor de periode 2005-2008 voorzien in een reductie van het benodigde budget voor indicatiestelling. Bij het vaststellen van deze reductieverwachtingen en van de termijn die nodig was om de standaardisering te realiseren is verondersteld dat de beleidscontext en de aantallen indicaties gelijk zouden blijven.

Van 2005 tot en met 2008 is de hoogte van het benodigde budget door CIZ geraamd op basis van een P x Q systematiek. Uit accountantsrapporten in 2005 en 2007 blijkt dat deze systematiek niet functioneert zoals in de subsidievoorwaarden was afgesproken, omdat er geen aansluiting is tussen de financiële administratie en de bedrijfsprocessen. In het derde kwartaal van 2008 zijn de WMO taken adequaat gescheiden van de AWBZ taken. Het kostenmodel dat moet leiden tot betrouwbare P x Q begrotingen en realisaties is in 2008 nog niet tot ontwikkeling gebracht.

Relatie tussen grote en kleine geldstroom

In de periode 2005-2008 zijn alle volwassen personen die gebruik maken van de AWBZ zorg geïndiceerd. CIZ heeft daarmee een landelijk dekkend beeld van de toegang tot AWBZ zorg. De verhouding tussen kleine en grote geldstroom schommelt in de periode 2005-2008 tussen 7 promille en 9 promille.

Doelmatigheid van de bedrijfsvoering

Er is sprake van een doelmatige bedrijfsvoering wanneer de in 2004 beoogde kostenreductie van een landelijke indicatiestelling is gerealiseerd binnen de daartoe gestelde termijn. Bij het formuleren van deze doelstelling in 2004 is uitgegaan van gelijkblijvende aantallen indicaties en een gelijkblijvende beleidscontext. In werkelijkheid was er sprake van een turbulente beleidscontext en van toenemende aantallen indicaties. Verschillen in productievolumina en verschillen in taakuitvoering als gevolg van beleidswijziging zijn belangrijke oorzaken van kostenverschillen. Samenvattend kan gesteld worden dat de doelmatigheid van de bedrijfsvoering in de onderzoeksperiode zich in de beoogde richting heeft ontwikkeld, maar nog niet optimaal is vormgegeven.

Bedoeld gebruik

Met deze beleidsdoorlichting werd beoogd vast te stellen of de aanspraak op AWBZ-zorg voor iedere cliënt op gelijke wijze en conform hetgeen de wetgever bedoeld heeft wordt vastgesteld. In dit hoofdstuk is geconcludeerd dat met name vanaf het jaar 2005 veel vooruitgang is geboekt ten aanzien van het vormgeven van een onafhankelijke, objectieve en uniforme indicatiestelling. De protocollen die zijn ontwikkeld voor de indicatiestelling door het CIZ, hebben hun wettelijke basis

in het Zorgindicatiebesluit. Het doorvoeren van dusdanig omvangrijke wijzigingen en het laten landen hiervan bij individuele indicatiestellers kost echter tijd.

Een constatering ten aanzien van het bedoeld gebruik van de AWBZ is dat in de praktijk verschillen in afwegingen en interpretaties tussen indicatiestellers leiden tot verschillen in met name de geïndiceerde klasse zorg. De afwegingen die een indicatiesteller maakt worden in het indicatieproces niet vastgelegd, waardoor achteraf niet goed te herleiden is op basis van welke afwegingen eventuele verschillen in de inhoud van het indicatiebesluit tot stand zijn gekomen. Dit vormt een obstakel wanneer men wil vaststellen of de keuzes die hebben geleid tot deze indicatie zijn gemaakt volgens de letter en de geest van de wet.

Hiernaast is door bijna alle geïnterviewde partijen een kritische kanttekening geplaatst bij de verdergaande protocollering van de indicatiestelling. Wanneer er teveel oog is voor regels en criteria en te weinig oog voor de individuele situatie van de cliënt, bestaat het risico dat de zorg die de cliënt geïndiceerd krijgt onvoldoende aansluit bij de zorgbehoefte. Er is sprake van een spanningsveld dat blijvende aandacht behoeft bij de verdere ontwikkeling van de indicatiestelling.

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus 602
2700 MG ZOETERMEER
tel: 079 3 222 222
fax: 079 3 222 212
e-mail: info@research.nl
www.research.nl