

Deelbaarheid van functies

Uitvoeringstoets



Inhoud

1.0	Inleiding.....	3
2.0	Onderzoeksvragen met beantwoording	4
3.0	Conclusie	7
	Bijlage.....	8

1.0 Inleiding

De bewoners van ADL-clusterwoningen ontvangen op dit moment in en om hun woning zorg op afroep die gesubsidieerd wordt op basis van de paragraaf ADL-assistentie uit de Regeling subsidies AWBZ (paragraaf 2.9). Daarnaast hebben zij de mogelijkheid om voor AWBZ-zorg op afstand van hun woning een Pgb te krijgen of zorg in natura van een andere zorgaanbieder dan diegene die zorg verleent in de ADL-clusterwoningen. Per 1 januari 2012 zal de paragraaf ADL-assistentie vervallen. De ADL-assistentie zal dan verder worden bekostigd als reguliere AWBZ-zorg. Binnen de AWBZ is het nu niet mogelijk om een bepaalde geïndiceerde zorgvorm deels in de vorm van persoonsgebonden budget (Pgb) en deels als zorg in natura te krijgen. In de brief van 12 april 2010, DLZ/SFI-U-2997999 (bijlage 1), geeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het wenselijk te vinden dat de mogelijkheid van deelbaarheid voor ADL-clusterbewoners behouden blijft, omdat hij de overgang naar de AWBZ zonder hinder wil laten plaatsvinden. Daarom heeft de Minister het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een aantal uitvoeringsvragen voorgelegd over deze wenselijk geachte situatie. Deze betreffen de praktische uitvoerbaarheid in de huidige AWBZ, de spelregels, toekomstige adviesconstructie en de afbakening. Hij verzocht het CVZ haar advies, waar nodig, af te stemmen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Het CIZ is door middel van een interview gehoord over deze problematiek. In de samenvatting van het rapport *"uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL woning"* stelt CVZ dat *"de toename van de uitvoeringslast voor het CIZ enigszins zal toenemen als deelbaarheid van functies mogelijk zou worden"*.¹

Het CIZ heeft over het uiteindelijke rapport op een aantal punten een schriftelijke reactie gegeven waaronder de volgende:
*"Het CIZ herkent zich in de beschrijving van de punten die zullen zorgen voor deze toename van de genoemde uitvoeringslast, maar deze zijn nog onvoldoende uitgewerkt. Om het geheel juist en volledig in kaart te brengen vindt het CIZ het van belang om nog vóór de besluitvorming zelf ook nog een uitvoeringstoets te doen, waarbij de daadwerkelijke consequenties in ware omvang expliciet in beeld kunnen worden gebracht"*²

In haar brief van 11 november 2010 vraagt de Directeur Langdurige Zorg van VWS aan het CIZ deze uitvoeringstoets te doen. VWS vraagt om een juist en volledig beeld te geven van de uitvoeringsconsequenties met betrekking tot de deelbaarheid van functies zodat een zorgvuldig bestuurlijk standpunt kan worden ingenomen³.

Gezien het feit dat de afbakening van de doelgroepen waarvoor deelbaarheid van functies zou kunnen gaan gelden nog onduidelijk is, beperkt het CIZ zich in dit rapport tot een kwalitatieve toets.

Om het rapport goed leesbaar te maken en snel over compacte informatie te beschikken is er voor gekozen om bij de geformuleerde onderzoeksvragen meteen de antwoorden te vermelden. De onderbouwing van de antwoorden is vervolgens te vinden in de bijlage.

¹ Zie rapport "uitvoeringstoets AWBZ zorg voor bewoners van een ADL-woning", CVZ, 21-09-2010, samenvatting

² Zie rapport "uitvoeringstoets AWBZ zorg voor bewoners van een ADL-woning", CVZ, 21-09-2010, bijlage 7

³ Zie brief directeur Langdurige Zorg VWS, d.d. 11.nov. 2010, bijlage 8

2.0 Onderzoeksvragen met beantwoording

1. Wat zeggen het Zorgindicatiebesluit, AWBZ (Bza) en de regeling subsidies AWBZ, paragraaf PGB-regeling over de leveringsvorm met betrekking tot de indicatiestelling?

Zowel het Zorgindicatiebesluit als de AWBZ (Bza) als de PGB regeling zeggen niets over de taak van het CIZ m.b.t. de leveringsvorm. Ze zeggen alleen iets over de eigenlijke taken en verantwoordelijkheden van het CIZ. Op grond daarvan moet worden aangenomen dat bemoeienis met de zorglevering niet tot de taken van het CIZ behoort. Dit geldt voor de afspraken in de AZR keten maar ook binnen het juridisch kader. De Centrale Raad heeft aangegeven dat, gezien de wet- en regelgeving, er een duidelijke taakafbakening is tussen indicatiestelling en zorgrealisatie. Het CIZ moet zich van bemoeienis met de zorglevering onthouden.

2. Is uit het advies van het CVZ af te leiden voor welke doelgroep de deelbaarheid van functies moet gaan gelden? Is de doelgroep juist en duidelijk afgebakend?
 - a. Huidige bewoners ADL-clusters
 - b. toekomstige bewoners ADL-clusters (kandidatenwachtlIJst)
 - c. iedere AWBZ-verzekerde met een aanspraak op zorg en wens op deelbaarheid van functies

Met de passages uit de uitvoeringstoets en uit de aanvraag voor de uitvoeringstoets, geven zowel VWS als het CVZ aan dat de doelgroep voor wie deelbaarheid van functies eventueel mogelijk gemaakt zal worden nog niet duidelijk is afgebakend. Het CVZ geeft hiermee wel aan dat het geheel gecompliceerd, zo niet onmogelijk gaat worden als dit ook voor andere doelgroepen gaat gelden die AWBZ-zorg ontvangen. CIZ wijst erop dat er op grond van het gelijkheidsbeginsel een nieuw bezwaar- en beroep circuit wordt gecreëerd. Andere doelgroepen dan de ADL-clusterbewoner, voor wie de deelbaarheid niet mogelijk is gemaakt, zullen zich naar verwachting op het gelijkheidsbeginsel gaan beroepen. Dit alles creëert op veel plaatsen in het proces een toename van de werklast en van de complexiteit van de materie.

3. Voor welke functies moet de deelbaarheid gaan gelden?

Bij deelbaarheid in verband met zorg in en om de woning en daarbuiten gaat het voornamelijk om de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging. Volgens Fokus gaat het ook nog om de deelbaarheid van functies alleen in en om de woning. Volgens het CIZ gaat het hierbij dan om de functies Verpleging en Begeleiding en dan met name om de handelingen die niet door de aanbieder van ADL-assistentie geboden kunnen worden. De andere handelingen/activiteiten die vallen onder de AWBZ functies Verpleging, Persoonlijke Verzorging en Begeleiding worden in natura aangeboden door de aanbieder van ADL assistentie. Dit is vastgelegd in het huurcontract. Het feit dat dit zo is vastgelegd werpt vraagtekens op ten aanzien van het concept "scheiden van wonen en zorg" en beperkt de keuzevrijheid van de ADL-clusterbewoner. Verder is het in AZR 3.0 niet meer mogelijk om één functie toe te wijzen aan meerdere zorgaanbieders. Het is de bedoeling dat AZR 3.0 op 1 april 2011 is geïmplementeerd.

4. Wat houden de varianten “leveringsvorm” en “indicatiebesluit” precies in?:
 - a. Waaruit bestaat de toename van de werklust voor het CIZ bij de afzonderlijke vormen?
 - b. Wat zijn bij beide leveringsvormen de consequenties met betrekking tot het aantal te verwachten herindicaties? (Denk ook aan noodzakelijke herindicatie bij uitstroom uit de ADL woning i.v.m. mogelijk indicatiebesluit in gedeelde functies)
 - c. Welke consequenties heeft het doorvoeren van het beleid met betrekking tot de deelbaarheid van functies voor de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van VWS?

Onder de variant “ leveringsvorm” verstaat het CVZ opname van de extra informatie over de door de cliënt gekozen leveringsvorm bij of in het indicatiebesluit. Bij de variant “indicatiebesluit” wordt alle informatie daadwerkelijk opgenomen als onderdeel van het indicatiebesluit en ook in de brief indicatiebesluit gecommuniceerd aan de cliënt.

Beide opties betekenen een verdubbeling van de werklust voor indicatiestellers. Ondanks de accuratesse van de CIZ indicatiestellers neemt door de vele extra en handmatige handelingen die hierbij moeten worden verricht, ook de foutgevoeligheid toe.

Zichtbaar wordt dat de voorkeurvariant van het CVZ, variant “indicatiebesluit” de werklust van het CIZ enorm zal doen toenemen. Er worden meer herindicaties gegenereerd, omdat ook een wijziging in de tweedeling van een functie (meer “in/om de woning” en minder “elders”) leidt tot een herindicatie. Het geheel is bovendien foutgevoeliger (is de functie correct verdeeld?) en er zal naar verwachting een toename zijn van het aantal bezwaren. Het is immers mogelijk om tegen meer onderdelen van het besluit bezwaar te maken: naast de elementen: aard, omvang en geldigheidsduur komt daar de deelbaarheid van de functie bij. Binnen het CIZ zal het ICT systeem moeten worden aangepast, omdat het op dit moment niet mogelijk is in een indicatiebesluit een functie te delen of (andere oplossing) meerdere keren te laten voorkomen. Totdat die aanpassing is uitgevoerd zal het CIZ een handmatige tussenoplossing moeten ontwikkelen. Het CIZ mist, gedurende deze periode van een tussenoplossing, management informatie die verloren gaat doordat er niet adequaat kan worden geregistreerd. Verder zullen er door het CIZ veel extra handelingen handmatig moeten worden uitgevoerd en zullen er weer dubbele verstrekkingen ontstaan.

Er zullen aanpassingen in de AWBZ en het Zorgindicatiebesluit moeten komen om het CIZ in staat te stellen de gevraagde taak uit te voeren. In de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, en in de PGB-regeling zal een aanpassing moeten komen om meerdere leveringsvormen per gesplitste functie mogelijk te maken. Ook zal de communicatie met de keten via AZR moeten worden aangepast. Bovendien wordt door handmatige tussenoplossingen bij andere ketenpartijen ook meer werk gecreëerd.

Gezien het bovenstaande is niet in te schatten wat de impact van deze veranderingen zal zijn op de andere bedrijfsprocessen van het CIZ.

Duidelijk is ook dat het CIZ op deze wijze niet mee werkt aan het tegengaan van bureaucratie. De beschreven werkwijze zorgt in eigen organisatie voor een forse toename van administratieve lasten. Bovenstaande consequenties van deelbaarheid van functies laten een maximum aan genoemde aanpassingen zien voor een nog nader af te bakenen doelgroep.

5. Welke consequenties heeft deze gekozen leveringsvorm voor de aanpassingen in de AZR voor het CIZ?:
 - a. Voor wat betreft het aantal aanpassingen
 - b. Voor wat betreft de reikwijdte hiervan binnen de door het CIZ uit te voeren indicatiestelling
 - c. Voor wat betreft het tijdspad waarin deze aanpassingen gerealiseerd kunnen worden

Voor beide varianten, zowel "leveringsvorm" als "indicatiebesluit" geldt dat zowel de AZR als het ICT systeem van het CIZ zullen moeten worden aangepast omdat beide varianten, vanwege de huidige regelgeving niet mogelijk zijn in de systemen en binnen de AZR.

Bovendien zullen de taken en verantwoordelijkheden van het indicatieorgaan in de wetgeving (AWBZ en ZIB) moeten worden aangepast.

Op het moment dat de aanvullende gegevens (zie bijlage pag.) 20/21) onderdeel gaan worden van het indicatiebesluit (variant "indicatiebesluit") zal een wijziging in deze aanvullende gegevens ook tot een nieuw indicatiebesluit leiden. De verwachting is dat dit zeer frequent zal voorkomen.

Het is niet bekend hoeveel tijd de daadwerkelijke aanpassingen in de AZR en de ICT systemen van het CIZ zullen vergen. Er worden perioden genoemd van ½ tot 1 ½ jaar. (Ter illustratie: alhoewel er sinds 1 juli 2007 in ZZP's wordt geïndiceerd, zal de AZR pas per 1 april 2011 hierop zijn aangepast.)

6. Welke consequenties heeft het doorvoeren van het beleid met betrekking tot de deelbaarheid van functies voor bezwaar en beroep?:
 - a. Voor de gekozen leveringsvorm
 - b. Voor de hoeveelheid af te handelen bezwaren
 - c. Voor de wijze van afhandeling

In de voorkeursvariant "indicatiebesluit" veroorzaakt de leveringsvorm een rechtsgevolg in de rechtspositie van de verzekerde. Verschuivingen in de leveringsvorm zal leiden tot een toename van het aantal herindicaties. De verwachting is zeker ook dat de verschuiving in leveringsvorm daarnaast ook tot een toename van bezwaren en beroepen zullen leiden.

Ook het feit dat andere cliëntgroepen zich op het gelijkheidsbeginsel zullen gaan beroepen, zal leiden tot meer bezwaar en beroepszaken.

De verwachting is dat de afhandeling van bezwaar en beroep in deze complexer zal worden. Daarnaast zal er discussie ontstaan over onder welke leveringsvorm een bepaalde zorghandeling hoort te vallen.

Het antwoord op deze vraag is voor een deel afhankelijk van de te kiezen variant.

De omvang van de toename van de werklust voor het CIZ is mede afhankelijk van de regeltechnische afbakening van de doelgroep. Duidelijk is dat het aantal bezwaren en beroepen bij de variant "indicatiebesluit" eveneens fors zal toenemen.

7. Welke consequenties heeft het eventuele te nemen besluit over de deelbaarheid van functies voor de groep ADL-clusterbewoners die is geïndiceerd in het ADL HI traject?

In het herindicatietraject is geen rekening gehouden met een mogelijke deelbaarheid van functies. Dit zal betekenen dat, indien wordt besloten tot deelbaarheid van de functies, deze gehele populatie op dit punt *opnieuw* geïndiceerd zal moeten worden.

3.0 Conclusie

Deze toets maakt zichtbaar dat het uitvoering geven aan deelbaarheid van functies voor een nog nader af te bakenen doelgroep, voor het CIZ een enorme toename van werklast betekent. Het goed doorvoeren van de deelbaarheid van functies binnen het CIZ zal gepaard gaan met een toename van formatie en het daarbij behorend budget en met een toename van bureaucratie. Voorts zullen er omvangrijke aanpassingen moeten plaatsvinden in wet- en regelgeving en ICT systemen. Dit zijn majeure trajecten voor een doelgroep waarvan de omvang nog niet is bepaald. Voor een zinvolle en meer gerichte discussie omtrent het concept van de ADL-clusterwoningen adviseert het CIZ in te zetten op meer duidelijkheid ten aanzien van de thema's keuzevrijheid van de cliënt en het scheiden van wonen en zorg.

Bijlage

Onderbouwing beantwoording onderzoeksvragen

1 **Wat zeggen het Zorgindicatiebesluit, AWBZ (Bza) en de regeling subsidies AWBZ, paragraaf Pgb-regeling over de leveringsvorm met betrekking tot de indicatiestelling?**

In de uitvoeringstoets van het CVZ is hierover in Hoofdstuk 3 onder "wet- en regelgeving en uitvoeringspraktijk" het volgende opgenomen:

3.a. Wet- en regelgeving

Relevant zijn het Besluit zorgaanpak AWBZ (Bza), het Zorgindicatiebesluit (ZIB), paragraaf 2.6 Persoonsgebonden budget uit de Regeling subsidies AWBZ (Pgb-regeling) en de toelichtingen op deze regelgeving.

Bza

Het Bza geeft in artikel 2, lid 1, een opsomming van de zorgvormen waar een verzekerde aanspraak op kan maken. In artikel 2, lid 2, is opgenomen dat de aanspraak op zorg slechts bestaat voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen. Bewoners van een ADL-clusterwoning hebben vooral te maken met de resp. in de artikelen 4, 5 en 6 Bza opgenomen zorgvormen PV, VP en BG. Deze zorgvormen zijn in functiegerichte termen omschreven en worden ook functies genoemd.

ZIB

Of een verzekerde op AWBZ-zorg is aangewezen, bepaalt het CIZ. In het ZIB zijn de regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen opgenomen. In artikel 13, eerste lid, van het ZIB staat wat er in het indicatiebesluit moet worden aangegeven:

- a) De vorm van zorg of vormen van zorg, bedoeld in artikel 2 Bza, waarop de zorgvrager is aangewezen;*
- b) De hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg in tijd voor de zorgvormen tezamen;*
- c) De aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen.*

In de toelichting bij het eerste lid, onder b, van dit artikel (laatstelijk gewijzigd bij besluit van 6 december 2006, Stb 2006, 655) staat:

".....Ingeval er geen sprake is van verblijf, blijft het CIZ in het indicatiebesluit per zorgvorm vermelden op welke klasse de verzekerde is aangewezen."

In de toelichting bij artikel 13, zoals dit luidde vóór 6 december 2006 staat: "Een indicatieorgaan zou ervoor kunnen kiezen om in zijn indicatiebesluit heel exact te omschrijven wat naar zijn oordeel de omvang van bepaalde zorg zou moeten zijn. Uit de praktijk blijkt dat de benodigde zorg bij voorbaat veelal niet zo exact is vast te stellen. Regelmatig gebeurt het dat tijdens de zorgverlening - als gevolg van verkregen inzicht en kennis van de zich werkelijk voordoende zorgbehoefte - de eerder geïndiceerde omvang van de zorg moet worden bijgesteld. Bij een indicatiebesluit waarin in exacte termen de omvang van de in aanmerking

komende zorg is geformuleerd, kan een dergelijke bijstelling tijdens de zorgverlening met zich meebrengen dat opnieuw een aanvraag om een indicatiebesluit ingediend moet worden. Dat wordt niet wenselijk gevonden. Om deze reden is in het eerste lid, onderdeel a, bepaald dat het indicatieorgaan in zijn besluit de omvang waarin een zorgvrager in aanmerking komt zoveel mogelijk in termen van bandbreedtes aangeeft, zodat binnen dat besluit aanpassing van de zorgverlening mogelijk is." Het CIZ indiceert PV en VP in uren/klassen, BG zowel in uren/klassen als in dagdelen. Het feit dat de functie BG ook in dagdelen wordt geïndiceerd, is niet rechtstreeks in het Bza verankerd; dat het mogelijk is, is af te leiden uit de toelichting op het Bza en verder uit artikel 10 Bza (vervoer in verband met BG in dagdelen)⁴.

Pgb-regeling

Regeling subsidies AWBZ, paragraaf Persoonsgebonden budget

Uit de Pgb-regeling zijn artikel 2.6.9, lid 1, onder g, en artikel 2.6.9, lid 6, van belang.

Artikel 2.6.9

1. Bij de verlening van het netto persoonsgebonden budget worden de verzekerde de volgende verplichtingen opgelegd:

()

g. De verzekerde brengt gedurende de subsidieperiode voor de vormen van zorg waarvoor het budget is verleend niet tevens een AWBZ-aanspraak tot gelding;

()

6. Voor de toepassing van het eerste lid, onderdeel g, worden begeleiding in uren en begeleiding in dagdelen aangemerkt als onderscheiden vormen van zorg.

De toelichting bij lid 1, onder g, zegt:

"onderdeel g beoogt te regelen dat voor zorg waarvoor een Pgb is verleend, niet tevens AWBZ aanspraken tot gelding worden gebracht. Zoals in de toelichting op artikel 2.6.4 is aangegeven, kan een Pgb pas worden verleend indien is komen vast te staan dat er een aanspraak op AWBZ zorg bestaat. Het is de bedoeling, dat het Pgb in de plaats komt van de daarmee overeenkomende AWBZ-aanspraak, zodat de verzekerde voor een zelfde vorm van geïndiceerde zorg niet tegelijkertijd een Pgb en zorg in natura kan krijgen. Het heeft weinig zin om het genieten van zorg in natura waarvoor ook een Pgb wordt aangevraagd als verplichte weigeringsgrond voor de verleningsbeschikking op te nemen. Immers, dat zou er niet aan in de weg staan dat een verzekerde na een positieve verleningsbeschikking zich alsnog voor zorg in natura meldt. Om toch te bereiken dat dezelfde vorm van zorg niet enerzijds in natura wordt genoten en anderzijds via een Pgb kan worden ingekocht, is in artikel 2.6.9, eerste lid, onderdeel g, geregeld dat het Pgb wordt verleend onder de verplichting dat geen AWBZ-zorg in natura wordt geconsumeerd voor vormen van zorg waarvoor het Pgb is verleend. Doet de betrokkene dit toch, dan kan bij een nieuwe, tussentijds afgegeven subsidieverleningsbeschikking, de subsidie worden verlaagd of ingetrokken (artikel 2.6.12, tweede lid): de verzekerde heeft zich immers niet aan zijn subsidieverplichtingen gehouden, waarna terugvordering of verrekening zal volgen (artikel 2.6.13, zevende lid). Op het beginsel dat dezelfde vorm van zorg niet tegelijkertijd in natura en op basis van inkoop met behulp van een daartoe verleend Pgb kan worden genoten, dient een uitzondering te worden gemaakt voor gevallen waarin de verzekerde voor zowel begeleiding in uren als in dagdelen is geïndiceerd. In deze gevallen moet het mogelijk zijn dat betrokkene de begeleiding gedurende de dagdelen in natura krijgt, en de begeleiding over de geïndiceerde uren met behulp van een Pgb inkoop, of andersom. De uitzondering op de verplichting van onderdeel g voor deze gevallen, is te vinden in het zesde lid."

⁴ Zie rapport "uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL woning", CVZ, 21-09-2010, bijlage 2 en 4

Gezien de taken en verantwoordelijkheden van het CIZ is het van belang artikel 9a lid 3 en 4 en artikel 9b lid 1 van de AWBZ toe te voegen aan dit overzicht.

Artikel 9a

3. Een indicatieorgaan verricht geen andere dan bij of krachtens de wet opgedragen taken.

4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen aan indicatieorganen werkzaamheden worden opgedragen die verband houden met de taken die bij de wet zijn opgedragen. Burgemeester en wethouders kunnen het indicatieorgaan advies vragen omtrent toekenning van voorzieningen waarbij de gezondheid of het maatschappelijk functioneren van een persoon van belang is.

Artikel 9b

1. Aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge [artikel 9a, eerste lid](#), bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen. De verzekerde vermeldt bij de aanvraag zijn burgerservicenummer of, bij het ontbreken daarvan, zijn sociaal-fiscaalnummer.

De taken en de verantwoordelijkheden van het CIZ blijken ondermeer ook uit de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep met LJV BE8706, LJV BH9439 en LJV BN2678 (zie www.rechtspraak.nl) waarin de Raad bepaalt: 'De wetgever heeft bij de invoering van artikel 9a van de AWBZ tot uitdrukking gebracht dat de taak van het indicatieorgaan om de zorgbehoefte van de verzekerde te beoordelen nadrukkelijk moet worden onderscheiden van de taak van de uitvoeringsorganen om de aanspraak op zorg tot gelding te (doen) brengen (LJV BH9439).' ... 'Mede gelet hierop is de Raad van oordeel dat bij de rechtsbescherming van verzekerden ingevolge de AWBZ onderscheid dient te worden gemaakt tussen de besluitvorming over de indicatiestelling enerzijds en de besluitvorming over het verstrekken van de geïndiceerde zorg anderzijds. Dit betekent dat in een geschil over een besluit dat betrekking heeft op de indicatiestelling niet met vrucht gronden kunnen worden aangevoerd die betrekking hebben op het verstrekken van de geïndiceerde zorg, al dan niet in de vorm van zorg in natura, dan wel een PGB, omdat het orgaan dat bevoegd is te beslissen over de indicatiestelling niet bevoegd is om te beslissen over het verstrekken van de geïndiceerde zorg.' Ook de Raad is derhalve op basis van de AWBZ en de daarbij behorende wetsgeschiedenis van mening dat zorglevering niet tot de taken van het CIZ behoort. Sterker nog: de Raad laat blijken dat gezien de wet- en regelgeving het CIZ zich van bemoeienis met de zorglevering moet onthouden.

In het Handboek Zorgregistratie AZR wordt ook iets vermeld over de leveringsvorm met betrekking tot de indicatiestelling, nl. dat het CIZ aanvullende gegevens aanlevert die het latere proces van zorgtoewijzing -levering ondersteunen. Op grond van bovenvermeldde wet- en regelgeving geldt in de keten de afspraak dat zorglevering de verantwoordelijkheid is van het Zorgkantoor en dat het CIZ hierin verder geen rol speelt.

1.1 Conclusie

Zowel het Zorgindicatiebesluit als de AWBZ (Bza) als de PGB regeling zeggen niets over de taak van het CIZ m.b.t. de leveringsvorm. Ze zeggen alleen iets over de eigenlijke taken en verantwoordelijkheden van het CIZ. Op grond daarvan moet

worden aangenomen dat bemoeienis met de zorglevering niet tot de taken van het CIZ behoort. Dit geldt voor de afspraken in de AZR keten maar ook binnen het juridisch kader. De Centrale Raad laat blijken dat gezien de wet- en regelgeving het CIZ zich van bemoeienis met de zorglevering moet onthouden.

2. Is uit het advies van het CVZ af te leiden voor welke doelgroep de deelbaarheid van functies moet gaan gelden? Is de doelgroep juist en duidelijk afgebakend?

- a. Huidige bewoners ADL clusters**
- b. Toekomstige bewoners ADL clusters (wachtlister kandidaten)**
- c. Iedere AWBZ verzekerde met een aanspraak op zorg en wens op deelbaarheid van functies**

“ Het CVZ wijst er wel op dat afbakening van de doelgroep ADL-clusterbewoners juridisch alleen eenvoudig is als de keuzemogelijkheid het karakter krijgt van een overgangsregeling. Deze beperkt zich dan tot verzekerden die op het moment van overgang van de gesubsidieerde ADL-assistentie naar de reguliere AWBZ in een ADL-cluster wonen. Als de minister deelbaarheid als structurele oplossing wil voor verzekerden die in de toekomst gaan wonen in een nu al bestaand cluster of in een nog te bouwen cluster, dan is het gecompliceerd, zo niet onmogelijk, om een formulering te vinden waarmee deze groep goed is af te bakenen van andere groepen die AWBZ-zorg ontvangen.”⁵

In de “aanvraag uitvoeringstoets AWBZ-zorg in en om de ADL-clusterwoning” van 12 april 2010 van de Directeur Generaal Langdurige Zorg, namens de minister van VWS, benadrukt Dhr. Boereboom op pag. 3 van 4 onder punt e. de wenselijkheid van een afbakening van de doelgroep voor wie deelbaarheid mogelijk moet zijn. Noch het ministerie van VWS noch de uitvoeringstoets van CVZ doet een uitspraak over de doelgroep die hieronder moet gaan vallen. Als de deelbaarheid van functies alleen mogelijk wordt voor de ADL-clusterbewoners (huidige en/of ook toekomstige bewoners) dan wil het CIZ er hier wel op wijzen dat er een groot gevaar bestaat dat ook andere cliëntgroepen zich in procedures gaan beroepen op het gelijkheidsbeginsel om de voorgestelde uitzondering voor bewoners van ADL-clusters ook voor andere cliëntgroepen te laten gelden. Het CIZ schat de kans dat andere cliëntgroepen zich op het gelijkheidsbeginsel gaan beroepen, als zeer groot in. Het is in een dergelijk geval een reëel risico dat de rechtbanken gaan oordelen dat niet valt in te zien waarom deze regeling enkel geldt voor de indicatiestelling van bewoners van ADL-clusters. Dit alles creëert op vele plaatsen in het proces een toename van de werklust en van de complexiteit van de materie.

2.1 Conclusie

Met de passages uit de uitvoeringstoets en uit de aanvraag voor de uitvoeringstoets, geven zowel VWS als het CVZ aan dat de doelgroep voor wie deelbaarheid van functies mogelijk gemaakt zal gaan worden nog niet duidelijk is afgebakend. Het CVZ geeft hiermee wel aan dat het geheel gecompliceerd, zo niet onmogelijk gaat worden als dit ook voor andere doelgroepen gaat gelden die AWBZ-zorg ontvangen. CIZ wijst erop dat er op grond van het gelijkheidsbeginsel een nieuw bezwaarcircuit wordt gecreëerd. Andere doelgroepen dan de ADL-clusterbewoner, voor wie de deelbaarheid niet mogelijk is gemaakt, zullen zich naar verwachting op

⁵ Zie rapport “uitvoeringstoets AWBZ-zorg voor bewoners van een ADL woning”, CVZ, 21-09-2010, blz. 22

het gelijkheidsbeginsel gaan beroepen. Dit alles creëert op veel plaatsen in het proces een toename van de werklust en van de complexiteit van de materie.

3. Voor welke functies moet de deelbaarheid gaan gelden?

De discussie over de deelbaarheid van functies zoals deze in het licht van de ADL-clusterbewoners momenteel wordt gevoerd gaat over de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding. Het gaat om een splitsing van deze functies in een deel zorg in/om de woning en een deel buiten de woning.

Uit de reactie van Fokus op de uitvoeringstoets valt af te leiden dat het voor Fokus niet alleen gaat om de functie waarvoor de deelbaarheid zou kunnen gaan gelden maar ook de situaties waarin de deelbaarheid geldt⁶. Het gesprek over deelbaarheid ging tot nu toe altijd over zorg in/om de woning en buiten de woning. De variant, waarin Fokus de deelbaarheid ook wil laten gelden voor zorg in/om de woning, is tot op heden niet besproken. Bij deze variant zal het volgens het CIZ voornamelijk gaan om de functies Verpleging en Begeleiding. De functies Persoonlijke Verzorging, een deel van de functie Begeleiding en een deel van de functie Verpleging moeten worden afgenomen in natura met als voorkeursaanbieder Fokus of één van de andere aanbieders van ADL-assistentie in ADL-clusterwoningen. Op grond van wat er in het huurcontract staat verplicht de bewoner van het ADL-cluster zich de zorg in/om de woning in natura af te nemen bij de aanbieder van ADL-assistentie. Dit gegeven beperkt de keuzevrijheid voor cliënten. Deze keuzevrijheid voor de cliënt, een argument dat VWS in zijn "aanvraag uitvoeringstoets AWBZ-zorg in/om de ADL clusterwoning"⁷ aanhaalt geldt hier dus niet voor de ADL-clusterbewoners als het gaat om de zorg in/om de woning. Doordat het huurcontract ADL-clusterbewoners verplicht de benodigde zorg in/om de woning af te nemen van de aanbieder van ADL-assistentie is er hier ook geen sprake van een scheiding van wonen en zorg.

Met betrekking tot de functie Verpleging is in het verleden al vaker aangegeven dat Fokus niet alle verpleegkundige handelingen kan uitvoeren die een cliënt nodig kan hebben. Dit betekent voor die cliënt, dat deze naast de natura variant die door de aanbieder van ADL-assistentie wordt geboden, ook nog een beroep moet doen op een andere zorgaanbieder om de zorg die de aanbieder van ADL-assistentie niet kan leveren geregeld te krijgen. Hiervoor wil de cliënt graag de keuze tussen zorg in natura of Pgb. Als de ene helft van de functie Verpleging in natura door de aanbieder van de ADL-assistentie wordt geleverd en de cliënt kiest voor het andere deel van de functie Verpleging leveringsvorm Pgb dan vraagt dit om een deelbaarheid van de functie Verpleging in/om de woning. Daarnaast kan het ook nodig zijn dat de cliënt buiten de woning Verpleging nodig heeft. Ook dit vraagt om de mogelijkheid de functie Verpleging deelbaar te maken. Buiten het feit dat het voor het CIZ bijna ondoenlijk wordt om op deze wijze zorg te indiceren zal de realisatie hiervan op grond van bijlage 3 "relevante uitvoeringsaspecten" in de AZR zeker op problemen stuiten. In AZR 3.0 komt de mogelijkheid van toewijzing van één functie aan meerdere zorgaanbieders namelijk te vervallen en gaat het principe van "hoofdaanbieder" gelden. Het is de bedoeling dat AZR 3.0 op 1 april 2011 is geïmplementeerd. Dit zelfde geldt ook voor de functie Persoonlijke Verzorging in/om en buiten de woning. Het ligt niet in de lijn der verwachting dat het zal voorkomen dat er voor Persoonlijke Verzorging in/om de woning een beroep moet worden gedaan op een andere zorgaanbieder dan de aanbieder van de ADL assistentie. Deelbaarheid van de functie persoonlijke verzorging in/om de woning zal hierdoor niet of nauwelijks voorkomen.

⁶ Zie reactie van Stichting Fokus Exploitatie, 12 nov. 2010, blz 2.

⁷ Zie bijlage 1 Aanvraag uitvoeringstoets AWBZ-zorg, pag 1, 2 van 4

Voor de AWBZ functie begeleiding kan deelbaarheid in/om de woning ook aan de orde zijn omdat de aanbieder van de ADL-assistentie niet in staat is om alle benodigde begeleiding in de persoonlijke levenssfeer van de cliënt te bieden. Ook hier wil de cliënt (en de aanbieder van ADL assistentie) graag de keuzevrijheid, zorg in natura of Pgb. Het gaat om de activiteiten zoals deze zijn beschreven in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ onder de functie Begeleiding. Voor de begeleiding die niet valt onder de AWBZ en niet valt onder de hand- en spandiensten van de aanbieder van ADL-assistentie zal een beroep gedaan moeten worden op andere zorgvormen.

3.1 Conclusie

Bij deelbaarheid in verband met zorg in en om de woning en daarbuiten gaat het voornamelijk om de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging. Volgens Fokus gaat het ook nog om de deelbaarheid van functies alleen in en om de woning. Volgens het CIZ gaat het hierbij dan om de functies Verpleging en Begeleiding en dan met name om de handelingen die niet door de aanbieder van ADL-assistentie geboden kunnen worden. De andere handelingen/activiteiten die vallen onder de AWBZ functies Verpleging, Persoonlijke Verzorging en Begeleiding worden in natura aangeboden door de aanbieder van ADL assistentie. Dit is vastgelegd in het huurcontract. Het feit dat dit zo is vastgelegd werpt vraagtekens op ten aanzien van het concept "scheiden van wonen en zorg" en beperkt de keuzevrijheid van de ADL-clusterbewoner. Verder is het in AZR 3.0 niet meer mogelijk om een functie toe te wijzen aan meerdere zorgaanbieders. Het is de bedoeling dat AZR 3.0 op 1 april 2011 is geïmplementeerd.

4 Wat houden de varianten "leveringsvorm" en "indicatiebesluit" precies in?

- a. **Waaruit bestaat de toename van de werklast voor het CIZ bij de afzonderlijke vormen**
- b. **Wat zijn bij beide leveringsvormen de consequenties met betrekking tot het aantal te verwachten herindicaties? (Denk ook aan noodzakelijke herindicatie bij uitstroom uit de ADL-woning i.v.m. mogelijk indicatiebesluit in gedeelde functies)**
- c. **Welke consequenties heeft het doorvoeren van het beleid met betrekking tot de deelbaarheid van functies voor de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van VWS?**
- d. **Welke wijze is volgens het CIZ de meest wenselijke vorm waarop het CIZ de gedeeldheid in functies zou kunnen gaan aanleveren?**

In haar uitvoeringstoets over de deelbaarheid van functies spreekt CVZ over 2 varianten, te weten de variant "leveringsvorm" en de variant "indicatiebesluit". Volgens het CVZ heeft de vraag naar een mogelijke deelbaarheid van functies alleen te maken met de wens om voor zorg buiten de woning een andere leveringsvorm (in de zin van een andere natura aanbieder of een Pgb) te kunnen kiezen dan voor zorg in en om de woning. De vraag heeft geen betrekking op de aard en de inhoud van de zorgvorm. De leveringsvorm die een verzekerde voor zijn aanspraak kiest maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit en is in de huidige praktijk niets anders dan een advies van het CIZ aan het Zorgkantoor om een bepaalde zorgvorm bij de levering van zorg toe te kunnen wijzen als zorg in natura of Pgb. Het CIZ vraagt de voorkeur van de verzekerde voor de leveringsvorm op als extra informatie ten behoeve van het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor regelt vervolgens de zorgtoewijzing⁸.

⁸ Zie Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 blz. 15 en 16.

Uitgaande van de redenering van het CVZ dat het CIZ de verstrekker zal zijn van de informatie waarmee aan de deelbaarheid van functies uitvoering kan worden gegeven, kan het CIZ deze informatie volgens CVZ in twee vormen aanleveren t.w.:

- De **variant “ leveringsvorm”** Hieronder verstaat het CVZ de extra informatie over de door de cliënt gekozen leveringsvorm bij of in het indicatiebesluit. Het CIZ zou dit kunnen meeleveren met de indicatie. Omdat dit in het reguliere werkproces van het CIZ anders is ingeregeld, blijkt bij navraag dat er in het huidige ICT systeem geen ruimte is aangemaakt om deze informatie op te nemen. Het meest in aanmerking komt nog het toelichtingenveld bij de geïndiceerde functies. Er moet echter wel rekening worden gehouden met een beperkt aantal karakters dat daarin mag worden toegevoegd. Deze velden worden gecommuniceerd met het IO31 bericht in de AZR keten maar zijn vanuit het toelichtingenveld voor het CIZ zelf niet meer op te halen als managementinformatie. Ook wordt als mogelijkheid aangegeven om deze informatie mee te geven bij de vraagverheldering in het automatiseringssysteem. Ook bij deze optie gaat de informatie als managementinformatie voor het CIZ zelf verloren.
- De **variant “indicatiebesluit”** Bij deze variant wordt alle informatie daadwerkelijk opgenomen als onderdeel van het indicatiebesluit en ook in de brief indicatiebesluit gecommuniceerd aan de cliënt. In het algemeen geldt dat als deze gedeelde functies met het advies zorg in natura en/of Pgb moeten worden meegegeven in het indicatiebesluit, hetzij in het systeem, hetzij in de brief aan de cliënt, dan moet het systeem van het CIZ hierop worden aangepast omdat dit nu geen onderdeel is van het indicatiebesluit en het daar als zodanig ook niet in is opgenomen. Het aanpassen van het rapportagesysteem zal zeker ¾ jaar in beslag nemen. In de komende release voor april is daarvoor geen ruimte en de daarop volgende release in oktober biedt slechts geringe ruimte.

Communicatie van deze gegevens met de rest van de keten vergt ingrijpende aanpassingen van de AZR en alle daarmee samenhangende regelgeving.

Het is in het licht van bovenstaande varianten ook van belang het volgende op te merken:

Omdat het CIZ bij de indicatiestelling de situatie van de cliënt al in beeld brengt lijkt het logisch aan te nemen dat deze deelbaarheid in functies dan ook door het CIZ uitgevoerd kan gaan worden. Terecht wordt hier door het CVZ opgemerkt dat dit de uitvoeringslast van het CIZ vergroot. Het gaat in de problematiek van de deelbaarheid van functies echter over de leveringsvorm. Dit houdt in dat georganiseerd moet worden dat de cliënt de zorg ontvangt in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget (Pgb). Het behoort tot de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor om op de indicaties van het CIZ passende zorg te leveren. Ook de vorm waarin deze zorg wordt geleverd behoort tot de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor. Het CIZ geeft in haar huidige indicatiebesluit enkel een advies over de leveringsvorm. Dit advies is niet voor bezwaar of beroep vatbaar. In het Handboek Zorgregistratie AWBZ staan de ketenverantwoordelijkheden duidelijk beschreven⁹.

Deelbaarheid van functies ziet niet toe op de inhoudelijke zorgbehoefte, maar op de manier van levering. Zoals de Centrale Raad van Beroep heeft aangegeven (LJN BH9439) heeft de wetgever bij de invoering van artikel 9a van de AWBZ tot uitdrukking gebracht dat de taak van het indicatieorgaan om de zorgbehoefte van de verzekerde te beoordelen, nadrukkelijk moet worden onderscheiden van de taak van de uitvoeringsorganen om de aanspraak op zorg tot gelding te (doen) brengen. Dit betekent derhalve, anders dan het CVZ meent, dat de wet- en regelgeving zal moeten worden aangepast. Een aanpassing van de beleidsregels AWBZ zal naar de

⁹ Zie Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 blz. 15 en 16.

mening van het CIZ onvoldoende zijn. Ook aanpassing van het ZIB lijkt onvermijdelijk. Zoals het CIZ de jurisprudentie begrijpt, is het op basis van de hiervoor genoemde jurisprudentie aannemelijk dat de rechterlijke macht uiteindelijk tot de conclusie komt dat de AWBZ zal moeten worden aangepast om de nu aan het CIZ toebedachte taak te kunnen uitvoeren.

Ook paragraaf 2.6 (Pgb) van de Regeling subsidies AWBZ is zo ingericht dat de levering van het persoonsgebonden budget door het Zorgkantoor wordt uitgevoerd. Indien enkel de lagere regelingen worden aangepast, zoals het CVZ in zijn advies aangeeft, dan conflicteren deze lagere regelingen met de regeling van de taken en bevoegdheden in de hogere wetgeving.

De vergelijking die het CVZ maakt voor wat betreft de functie BG, waar onderscheid wordt gemaakt tussen BG individueel (in uren) en BG groep (in dagdelen), is naar de mening van het CIZ in dit kader niet juist. Het onderscheid wat bij de functie BG wordt gehanteerd, is een onderscheid dat wordt gemaakt op zorginhoudelijke gronden en komt derhalve goed overeen met de wettelijk aan het CIZ opgedragen taak. Dat zou bij de voorgestelde deelbaarheid van functies geheel anders zijn: die deelbaarheid is immers niet een zorginhoudelijke afweging, maar ziet toe op de levering van zorg die dient te geschieden door het zorgkantoor.

Verder moet nog worden opgemerkt dat er met het vastleggen van gedeelde functies nieuwe dubbele verstrekkingen ontstaan. Het CIZ indiceert in functies en klassen en niet in uren. Dit heeft tot gevolg dat elke gedeelde functie terecht komt in een klasse met een bandbreedte. Door die bandbreedte in de klassen kan het gebeuren dat de cliënt fors meer uren zorg tot zijn beschikking heeft dan waar hij feitelijk voor geïndiceerd zou worden als de functie niet deelbaar zou zijn. Als de cliënt bijvoorbeeld persoonlijke verzorging in 2 varianten (in/om de woning en buiten de woning) krijgt geïndiceerd dan wordt er 2x een bandbreedte in klassen aangegeven (zie voorbeeldbesluit), als de cliënt dan ook nog Verpleging in 3 varianten afneemt dan wordt ook hier 3x een klasse met bandbreedte geïndiceerd. Dit zal er in tegenstelling tot de opmerking van CVZ op blz. 32, 33 van de uitvoeringstoets toe leiden dat er altijd meer wordt geïndiceerd maar nooit minder.

Een laatste opmerking verwijst naar interne en externe ontwikkelingen die gaande zijn bij het CIZ zelf. Het CIZ gaat steeds meer haar rol van toezichthouder innemen. Het hele werkproces en grote delen van de interne organisatie zijn hieromheen herontworpen. Een onderdeel van dit herontwerp naar toezichthouderschap vormen de Standaard Indicatie Protocolen voor kortdurende zorg en de Herindicaties via Taakmandaat voor de langdurende zorg (de SIPs en de HITs). Als de deelbaarheid van functies mogelijk wordt gemaakt dan moeten deze standaarden worden aangepast aan een indicatiestelling waarbij functies deelbaar zijn. In deze nieuwe vormen van indicatiestelling en in de nieuwe werkprocessen met name in de ontwikkelde toetsing, is geen rekening gehouden met een mogelijke deelbaarheid van functies. Voor de interne organisatie creëert dit de vraag of er dan voldoende formatie is om dit te kunnen uitvoeren.

4.1 Conclusies

- **Voor de variant "leveringsvorm"** kan worden afgesproken dit in bepaalde velden te communiceren. Nadelen hiervan zijn:

- Dat dit in het kader van toename van de werklast van het CIZ dan niet meer zal gaan om 1 functie maar om 3 functies die moeten worden uitgesplitst.

- Dat in het kader van toename van de werklast voor het CIZ, dit altijd een handmatige toevoeging van de extra informatie betekent indien dit gecommuniceerd moet worden met de cliënt op welke wijze dan ook.
- Dat deze informatie voor het CIZ niet meer is op te halen als managementinformatie.

- **Voor de variant "indicatiebesluit"** is duidelijk dat dit met de huidige systeeminrichting niet kan worden uitgevoerd. Hiertoe zal het ICT systeem moeten worden aangepast hetgeen naar schatting ¾ jaar in beslag gaat nemen. Voor wat betreft de toename van de werklast geldt hetzelfde als bij de variant "leveringsvorm". Bovendien vergt dit voor de communicatie in de keten aanpassingen van de AZR en alle daarmee samenhangende regelgeving.

Beide opties betekenen in ieder geval een verdubbeling van de werklast voor indicatiestellers. Ondanks de accuratesse van de CIZ indicatiestellers neemt door de vele extra en handmatige handelingen die hierbij moeten worden verricht, ook de foutgevoeligheid toe.

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor om op de indicaties van het CIZ passende zorg te leveren. Ook de vorm waarin deze zorg wordt geleverd behoort tot de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor. Dit betekent derhalve, anders dan het CVZ meent, dat de wet- en regelgeving zal moeten worden aangepast. Een aanpassing van de beleidsregels AWBZ zal naar mening van het CIZ onvoldoende zijn. Aanpassing van de AWBZ en het ZIB lijkt onvermijdelijk.

Het CIZ indiceert in klassen en niet in uren. Door de bandbreedte in de klassen creëert de deelbaarheid in functies dat de cliënt fors meer uren zorg tot zijn beschikking heeft dan waar hij feitelijk voor geïndiceerd zou worden als de functie niet deelbaar zou zijn.

Als de deelbaarheid van functies mogelijk wordt gemaakt dan zullen de tot nu toe ontwikkelde Standaard Indicatie Protocolen moeten worden aangepast aan deze nieuwe mogelijkheid. In de huidige ontwerpen van deze nieuwe vormen van indicatiestelling en in de nieuwe werkprocessen met name in de ontwikkelde toetsing, is geen rekening gehouden met deelbaarheid van functies.

Bij de variant "leveringsvorm" is het aantal te verwachten herindicaties beduidend minder dan bij de variant "indicatiebesluit". Dit komt omdat bij de variant "leveringsvorm" een verschuiving in de verhouding zorg in/om de woning en zorg buiten de woning of een verschuiving in de leveringsvorm niet leiden tot een herindicatie. Bij de variant "indicatiebesluit" is dit wel het geval.¹⁰ Het is denkbaar dat er alleen al door de foutgevoeligheid van deze variant een herindicatie moet worden aangevraagd om het vorige foutieve indicatiebesluit op onderdelen rechtsgeldig te kunnen corrigeren.

Of er bij uitstroom uit het ADL-cluster een herindicatie nodig is in verband met deelbaarheid van functies zal afhangen van de afbakening van de cliëntgroep die van deze deelbaarheid gebruik kan maken. In alle gevallen zal dit ook bij de uitstroom van ADL-clusterbewoners vragen om extra handeling van het CIZ, omdat men dan een besluit in gedeelde functies heeft.

In de Beleidsregels is niets opgenomen over deelbaarheid in functies. Deze zullen hierop moeten worden aangepast. De omvang van de aanpassing hangt mede af van de grootte van de doelgroep die gebruik zal mogen maken van deze gedeelde

¹⁰ Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 blz. 31/32

functies en de uitvoeringsvorm die voor deze eventuele veranderde werkwijze zal worden gekozen.

Zichtbaar wordt dat de voorkeurvariant van het CVZ, variant "indicatiebesluit" de werklust van het CIZ enorm zal doen toenemen. Er worden meer herindicaties gegenereerd, het geheel is foutgevoeliger en er zal naar verwachting een toename komen van het aantal bezwaren. Binnen het CIZ zal het ICT systeem moeten worden aangepast. Totdat die aanpassing is uitgevoerd zal het CIZ zeker voor twee onderdelen een tussenoplossing moeten ontwikkelen. Het CIZ mist management informatie, die verloren gaat doordat de er geen velden zijn aangemaakt waarin de juiste informatie kan worden opgenomen. Verder zullen er door het CIZ veel extra handelingen handmatig moeten worden uitgevoerd en zullen er weer dubbele verstrekkingen ontstaan. Er zullen aanpassingen in de AWBZ en het Zorgindicatiebesluit moeten komen om het CIZ in staat te stellen de gevraagde taak uit te voeren. In de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, en in de PGB-regeling zal een aanpassing moeten komen om meerdere leveringsvormen per gesplitste functie mogelijk te maken. Ook zal de communicatie met de keten via AZR moeten worden aangepast.

Gezien het bovenstaande is niet in te schatten wat de impact van deze veranderingen zal zijn op de andere bedrijfsprocessen van het CIZ.

Duidelijk is ook dat het CIZ op deze wijze niet mee werkt aan het tegengaan van bureaucratie. De beschreven werkwijze zorg in eigen organisatie voor een forse toename van administratieve lasten. Bovenstaande consequenties van deelbaarheid van functies laten een maximum aan genoemde aanpassingen zien voor een nog nader af te bakenen doelgroep.

5 Welke consequenties heeft deze gekozen leveringsvorm voor de aanpassingen in de AZR voor het CIZ?

- a. Voor wat betreft het aantal aanpassingen**
- b. Voor wat betreft de reikwijdte hiervan binnen de door het CIZ uit te voeren indicatiestelling**
- c. Voor wat betreft het tijdspad waarin deze aanpassingen gerealiseerd kunnen worden.**

In het Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 staan een aantal afspraken uitgewerkt die er voor moeten zorgen dat de communicatie in de keten goed verloopt. Om goed te kunnen begrijpen waarom de AZR moet worden aangepast als deelbaarheid van functies realiteit gaat worden, staan hieronder een aantal passages, overgenomen uit dit Handboek die inzicht geven in de omvang en de onderwerpen van deze aanpassingen.

"De kern van de Zorgregistratie is dat de AWBZ-ketenpartijen informatie vastleggen en deze uitwisselen op basis van landelijk vastgestelde standaarden. Het basisprincipe van de Zorgregistratie is „vrijheid in gebondenheid?. Binnen de landelijke afspraken zijn ketenpartijen vrij in de manier waarop ze de eigen bedrijfsprocessen inrichten en kan elke partij kiezen voor eigen software (vrijheid). Het naleven van de EI-standaarden is verplicht (gebondenheid). Deze standaarden zorgen ervoor dat de ketenpartijen informatie altijd op dezelfde manier vastleggen en communiceren, wat goed is voor de kwaliteit van de informatie. Gelijke definities en taal zorgen ervoor dat de gegevens kunnen worden uitgewisseld en optelbaar en vergelijkbaar zijn; in alle zorgkantorregio's, maar ook in het bovenregionale verkeer tussen zorgkantoren onderling (zie hoofdstuk 8). Eenheid van taal leidt er

uiteindelijk ook toe dat de regionaal verzamelde gegevens vergelijkbaar zijn, wat belangrijk is voor de landelijke rapportage.”¹¹

Wettelijke basis

“Het Besluit Zorgaanspraken AWBZ beschrijft de aanspraken op de AWBZ. Het gaat dan om de aard (soort), inhoud en omvang (hoeveelheid) van de zorg. Binnen de Zorgregistratie worden de aard en de hoeveelheid van de zorg uitgedrukt in zorgeenheden (functies/zorgzwaartepakketten), klassen en activiteiten. Per zorgeenheid wordt een geldigheidsduur aangegeven”¹².

Functies en zorgzwaartepakketten

Momenteel worden de volgende vijf hoofdfuncties onderscheiden:

1. Persoonlijke verzorging;
2. Verpleging;
3. Behandeling;
4. Begeleiding;
5. Tijdelijk verblijf.

Bij de indicatiestelling maakt het CIZ onderscheid tussen de zorg die in een groep of individueel (bij „Begeleiding?) geleverd wordt. Om een functie te concretiseren, wordt deze onderverdeeld in activiteiten. Een activiteit is een duidelijk omschreven handeling die moet worden uitgevoerd en geeft uitgebreidere vorm en inhoud aan een functie. Het CIZ kiest de activiteiten uit de activiteitcodetabel (COD743). Deze tabel beschrijft per functie alle bijbehorende activiteiten die kunnen voorkomen.

Onderstaande tabel toont alle actuele AWBZ-functies:

Functie	Afkorting	Omschrijving
31	PV	Persoonlijke verzorging
41	VP	Verpleging
61	BH-ALG	Behandeling algemeen (buiten verblijf in AWBZ-instelling)
71	VB-TYD	Verblijf tijdelijk
81	BG-IND	Begeleiding individueel
82	BG-GRP	Begeleiding in groepsverband

Hierbij moet worden opgemerkt dat per 01-01-2011 de functie BH via AZR is te communiceren als BH-IND en BH GRP. Langdurig verblijf wordt niet in functies, maar in zorgzwaartepakketten geïndiceerd.

¹¹ Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 17

¹² Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 32, 33

“De partijen die bij de AWBZ betrokken zijn, de zogenaamde ketenpartijen, wisselen regionaal informatie uit in gestandaardiseerde vorm. Elke ketenpartij heeft een eigen taak in het proces: het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) indiceert, het zorgkantoor wijst de zorg toe, de zorgaanbieder levert vervolgens die zorg en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) stelt tot slot de eigen bijdrage vast. De Zorgregistratie is een systeem voor het volgen van de cliënt in alle fasen van de keten: van de indicatie via het toewijzen en leveren van zorg tot het vaststellen van de eigen bijdrage. Elke ketenpartij geeft via de Zorgregistratie de informatie door die belangrijk is voor de volgende partij in de keten. De informatie-uitwisseling vindt plaats via elektronisch berichtenverkeer op basis van landelijk vastgestelde standaarden, de Externe Integratiestandaarden (EI). Die bestaan voor ieder EI-bericht uit een standaardbeschrijving en berichtspecificaties. Deze beschrijven welke informatie moet worden doorgegeven en waar een elektronisch bericht inhoudelijk en technisch aan moet voldoen opdat de ontvangende partij dit succesvol kan verwerken.”¹³

“Het CIZ beoordeelt op basis van de zorgbehoefte van de cliënt of deze in aanmerking komt voor AWBZ-zorg. Zo ja, dan ontvangt de cliënt een indicatiebesluit dat bestaat uit één of meerdere AWBZ-functies of een zorgzwaartepakket (een zorgeenheid). Het CIZ heeft ook de taak na te gaan wat de voorkeursaanbieder is van de cliënt. Het CIZ kan andere organisaties of deskundigen inschakelen bij de indicatiestelling, maar blijft wel eindverantwoordelijk voor (de kwaliteit van) de indicatiebesluiten. Het CIZ stuurt het indicatiebesluit in de vorm van een EI-bericht (IO31) naar het zorgkantoor.”¹⁴

De afspraak in de AZR keten is dat:

1. Het CIZ aangeeft in het indicatiebesluit wat de aard (soort), inhoud en omvang en (hoeveelheid) van de zorg is.
2. Het CIZ dit aangeeft in zorgeenheden (functies/zorgzwaartepakketten), klassen en activiteiten.
3. Dat het CIZ per zorgeenheid een geldigheidsduur aangeeft.

Wat zijn aanspraakgegevens?

Aanspraakgegevens zijn de onderdelen in het indicatiebesluit waaraan een cliënt zijn recht op zorg ontleent: de grondslag, de aard (soort), de hoeveelheid en de duur van de benodigde zorg:

- *De grondslag vormt de voorwaarde waaraan de cliënt het recht op zorg ontleent. Er moet een grondslag op de cliënt van toepassing zijn, anders heeft deze geen recht op AWBZ-zorg.*
- *De aard wordt door het CIZ vastgelegd in functies voor extramurale zorg.*
- *De aard wordt door het CIZ vastgelegd in zorgzwaartepakketten voor intramurale zorg.*
- *De hoeveelheid zorg wordt door het CIZ vastgelegd in klassen.*
- *De duur wordt door het CIZ vastgelegd in een geldigheidsperiode voor het hele indicatiebesluit. Daarnaast geeft het CIZ ook voor elke afzonderlijke, geïndiceerde functie een geldigheidsduur af. De cliënt heeft recht op een geïndiceerde functie in de geïndiceerde klasse in de periode dat deze functie geldig is.*
- *Verder kan er een opslag (additionele zorg) geïndiceerd worden of een indicatie voor vervoer afgegeven worden (op voorwaarde dat dit medisch noodzakelijk is).*

¹³ Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 blz. 11

¹⁴ Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 blz. 16

Wanneer er iets wijzigt in de situatie van de cliënt dat van invloed kan zijn op de aard, de hoeveelheid of de duur van de geïndiceerde zorg, moet de cliënt een nieuwe indicatie aanvragen bij het CIZ.

Wat zijn aanvullende gegevens?

Nadat het formele indicatiebesluit is genomen, verzamelt het CIZ de volgende aanvullende gegevens in het indicatiebesluit:

- de leveringsvoorwaarde voor de zorg;
- de leveringsvorm van de zorg, dit betreft de keuze tussen:
- zorg in natura;
- zorg op basis van een persoonsgebonden budget;
- de zorgaanbieder van voorkeur;
- de activiteiten per functie;
- de relatiegegevens.

De aanvullende gegevens ondersteunen het latere proces van zorgtoewijzing/-levering. Het zorgkantoor kan deze gegevens later in het proces, in overleg met de cliënt en/of de zorgaanbieder, wijzigen. **Het CIZ speelt daarin geen rol; het zorgkantoor is verantwoordelijk om hier invulling aan te geven. Wanneer er alleen aanvullende gegevens wijzigen, leidt dat dus niet tot een nieuw indicatiebesluit.** Daar staat tegenover dat wijzigingen in aanspraakgegevens wel altijd leiden tot een nieuw indicatiebesluit¹⁵.

Als nu wordt besloten de functies PV, VP en BG te splitsen op leveringsvorm of op het niveau van het indicatiebesluit, ontstaat er een probleem in de AZR. Met de inrichting van de huidige versie van de AZR kunnen deze gedeelde functies met meerdere leveringsvormen niet met de keten worden gecommuniceerd¹⁶. Hiervoor zal de AZR ketenbreed moeten worden aangepast.

Het is niet bekend hoeveel tijd de daadwerkelijke aanpassingen in de AZR zullen vergen. Er worden perioden genoemd van ½ tot 1 ½ jaar. Voor het CIZ kan dit betekenen dat er tussenoplossingen moeten worden gemaakt als deze aanpassingen niet op tijd kunnen worden doorgevoerd. Deze tussenoplossingen zullen dan vervolgens bij elke indicatie voor de doelgroep die gebruik kan maken van gedeelde functies moeten worden toegepast.

Als het zo is dat de indicatiestelling bij de functie VP tot op het activiteitsniveau van het CIZ gevraagd gaat worden, dan zal de indicatiesteller per cliënt per ADL-cluster moeten aangeven welke activiteiten door de ADL-assistentie kunnen worden uitgevoerd en voor welke activiteiten een beroep moet worden gedaan op een andere zorgaanbieder. Hierbij kan de EVA-lijst van de ADL-clusters behulpzaam zijn doch vanuit de praktijk weet het CIZ dat deze lijst niet in alle clusters op eenduidige wijze wordt gehanteerd. Bovendien kom de inhoud van deze lijst niet overeen met de activiteiten zoals beschreven onder de functie Verpleging in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

Hetzelfde probleem zal zich voordoen met betrekking tot de functie BG waaronder een aantal activiteiten binnen de AWBZ vallen en een aantal zijn ondergebracht bij de WMO. Dit kan ook nog per gemeente verschillend worden ingevuld. Dit alles betekent een aanzienlijke toename van de werklust voor het CIZ.

Voorts begrijpt het CIZ uit de reactie van Fokus¹⁷ op de uitvoeringstoets dat er bij hen een wens leeft om de zorg die in /om de woning wordt gegeven ook te splitsen in zorg in natura en Pgb. Dit betekent dus drie splitsingen nl.:

- Onderscheid in de zorg in/om de woning en buiten de woning

¹⁵ Handboek Zorgregistratie AZR 3.0 uitgave 9 blz. 31/32

¹⁶ Zie ook bijlage 3 bij de uitvoeringstoets onder indicatiebesluitbericht en zorgtoewijzingsbericht

¹⁷ Zie reactie Fokus op de uitvoeringstoets, d.d. 12-11-2010, blz.

- Splitsing van de zorg in/om de woning en buiten de woning in zorg in natura en Pgb
- Splitsing van de zorg in/om de woning in zorg in natura en Pgb.

Als we dan uitgaan van de variant “leveringsvorm” dan houdt deelbaarheid hier in;

- Dat er bij de functies PV,VP en BG in het systeem wordt meegegeven hoeveel zorg er in/om en buiten de woning wordt gebruikt en
- Hoeveel van deze zorg als leveringsvorm zorg in natura en Pgb krijgt en
- Welke zorg in/om de woning in zorg in natura en PGB wordt geleverd.

Dit alles is mogelijk, maar betekent een enorme toename van de werklust van het CIZ. Bovendien is deze werkwijze minder transparant en buitengewoon foutgevoelig. In de variant “indicatiebesluit” zal er voor elke verschuiving in de aangegeven uren een herindicatie moeten worden aangevraagd. Alleen correctie van het besluit resulteert niet in een rechtsgeldig indicatiebesluit. In de variant “indicatiebesluit” zal dit ook aanzienlijk meer en veel complexere bezwaren en beroepszaken genereren. Deze wijze van vastleggen van de functies en klassen betekent een enorme werklust verhoging voor het CIZ. Niet alleen door de vorm waarin het dan wordt verwerkt maar ook de nasleep van het genomen indicatiebesluit zal vele malen foutgevoeliger en complexer zijn dan de huidige werkwijze en het vervolg hiervan.

5.1 Conclusie

Voor beide varianten, “leveringsvorm” als “indicatiebesluit” geldt dat zowel de AZR als het ICT systeem van het CIZ zullen moet worden aangepast omdat beide varianten, gezien de huidige inrichting van de systemen en van de AZR, niet met de keten kunnen communiceren. Bovendien zullen de taken en verantwoordelijkheden van het indicatieorgaan in de wetgeving (AWBZ en ZIB) moeten worden aangepast.

Op het moment dat de aanvullende gegevens (zie bovenstaande uitleg) onderdeel gaan worden van het indicatiebesluit (variant “indicatiebesluit”) zal een wijziging in deze aanvullende gegevens wel tot een nieuw indicatiebesluit leiden. De verwachting is dat dit zeer frequent zal voorkomen.

6 Welke consequenties heeft het doorvoeren van het beleid met betrekking tot de deelbaarheid van functies voor bezwaar en beroep?

- Voor de gekozen leveringsvorm**
- Voor de hoeveelheid af te handelen bezwaren**
- Voor de wijze van afhandeling.**

De consequentie van het voorgestelde beleid, zal zijn dat de gekozen leveringsvorm in de voorkeursvariant “indicatiebesluit” een voor bezwaar en beroep vatbaar deel van het indicatiebesluit wordt, waar dat nu een advies betreft. De leveringsvorm veroorzaakt dan immers een rechtsgevolg in de positie van de verzekerde. Verschuivingen in de leveringsvorm zal leiden tot een toename van het aantal herindicaties. De verwachting is zeker ook dat de verschuiving in leveringsvorm daarnaast ook tot een toename van bezwaren en beroepen zullen leiden. Ook het feit dat andere cliëntgroepen zich op het gelijkheidsbeginsel zullen gaan beroepen, zal leiden tot meer bezwaar en beroepszaken. Omdat de voorgestelde beleidswijziging de mogelijkheid opent voor verzekerden om het besluit van het CIZ ook op de vastgestelde leveringsvorm aan te vechten, zal de afhandeling van bezwaar en beroep complexer worden. Daarnaast zal er veel discussie ontstaan onder welke leveringsvorm een bepaalde zorghandeling hoort te vallen.

Het antwoord op deze vraag is voor een deel afhankelijk van de te kiezen variant. De omvang van de toename van de werklust voor het CIZ is mede afhankelijk van de afbakening van de doelgroep. Duidelijk is dat het aantal bezwaren bij de variant "indicatiebesluit" zal toenemen.

7. Welke consequenties heeft het eventuele te nemen besluit over de deelbaarheid van functies voor de groep ADL clusterbewoners die is geïndiceerd in het ADL HI traject?

Van 01-10-2009 tot april 2010 is een herindicatietraject uitgevoerd onder de huidige bewoners van de ADL-clusters. Ruim 95% van de bewoners is hiermee geherindiceerd hetgeen betekent dat men een geldige indicatie heeft tot 01-01-2012 en een nieuwe indicatie die ingaat per 01-01-2012. Dit herindicatietraject was nodig omdat de subsidieregeling die de ADL-assistentie in de woningen regelt per 01-01-2012 komt te vervallen. Vanaf 01-01-2012 is een deel van de benodigde zorg ondergebracht in de AWBZ.

In dit herindicatietraject is geen rekening gehouden met een mogelijke deelbaarheid van functies. Dit zal betekenen dat, indien wordt besloten tot deelbaarheid van de functies, deze gehele populatie opnieuw op dit punt geherindiceerd zal moeten worden. Hoewel veel indicaties telefonisch uitgevoerd zouden kunnen worden betekent ook dit een onverwacht grote toename van de werklust van het CIZ. In het huidige werkproces dat strak is geregeld en niet is berekend op dit soort extra werkzaamheden zal het dan ook de vraag zijn of er mensen kunnen worden vrijgemaakt die ze kunnen uitvoeren. Aangezien hier ook in de begroting geen rekening mee is gehouden zullen aan de opdracht tot uitvoering van deze tweede herindicatieronde zeker extra financiële middelen verbonden moeten zijn. Het zal dan gaan om een telefonische herindicatieronde uit te voeren onder 1300 clusterbewoners waarvan bij een aantal bewoners nog een bezwaar loopt uit de vorige herindicatieronde.

Conclusie

Deze toets maakt zichtbaar dat het uitvoering geven aan deelbaarheid van functies voor een nog nader af te bakenen doelgroep voor het CIZ een enorme toename van werklast betekent. Mede gezien de bezuinigingen waardoor ook de eigen CIZ organisatie wordt getroffen, zal het goed doorvoeren van de deelbaarheid van functies binnen het CIZ gepaard moeten gaan met een toename van formatie. Voorts zullen er omvangrijke aanpassingen moeten plaatsvinden in wetgeving en systemen. Dit zijn majeure trajecten voor een doelgroep waarvan de omvang nog niet is bepaald. Voor een zinvolle en meer gerichte discussie omtrent het concept van de ADL-clusterwoningen adviseert het CIZ onder anderen in te zetten op meer duidelijkheid ten aanzien van de thema's keuzevrijheid van de cliënt en het scheiden van wonen en zorg.

Zowel de variant "leveringsvorm" als de voorkeurvariant van het CVZ , variant "indicatiebesluit" zullen de werklast van het CIZ enorm doen toenemen, t.w.:

- Het zal meer werk zijn om een indicatiebesluit te maken omdat er meer informatie moet worden ingevuld en er veel gegevens handmatig moet worden toegevoegd.
- Het indiceren wordt aanzienlijk foutgevoeliger
- Het indicatiebesluit wordt voor de cliënt vrijwel onleesbaar
- Gezien de strakke inregeling van het huidige werkproces zullen hierin omwille van de deelbaarheid diverse tussenoplossingen moeten worden gemaakt
- Het zal meer herindicaties genereren
- Het zal meer bezwaren opleveren.
- Bovendien zal er omwille van het gelijkheidsbeginsel een nieuw bezwaar/beroepcircuit worden gemobiliseerd
- Binnen het CIZ zal het GINO (rapportage)systeem moeten worden aangepast.
- Totdat die aanpassing is uitgevoerd zal het CIZ zeker voor meerdere onderdelen tussenoplossingen moeten ontwikkelen.
- Het CIZ mist managementinformatie, die verloren gaat doordat de juiste informatie niet in de juiste velden opgenomen kan worden.
- Verder zullen er weer dubbele verstrekkingen ontstaan.
- Beleidsregels indicatiestelling AWBZ moeten worden aangepast
- Het ZIB zal moeten worden aangepast
- De Pgb-regeling moet worden aangepast om meerdere leveringsvormen per gesplitste functie mogelijk te maken
- De communicatie met de keten via AZR zal moeten worden aangepast.
- De onlangs geherindiceerde ADL-clusterbewoners zullen opnieuw moeten worden benaderd om een eventueel besluit tot deelbaarheid van de functies uit te voeren onder de zittende ADL-clusterbewoners.
- Er is een niet in te schatten impact op de andere bedrijfsprocessen van het CIZ (I&A en Juridische Zaken)

Dit alles moet worden gezien tegen de achtergrond van:

- Het tegengaan van bureaucratie
- Het verminderen van administratieve lasten
- Het verlenen van meer mandaten aan zorgaanbieders
- Het creëren van een keuzevrijheid voor de cliënt
- Het scheiden van wonen en zorg
- Door te voeren bezuinigingen
- Mogelijke overheveling van de functies PV en VP naar de Zorgverzekeraars
- Opheffing van de Zorgkantoren

- Overheveling van de uitvoering van de functie Begeleiding naar de gemeente waarvan de impact op de ADL-clusterbewoners niet is in te schatten.

Als Bijlagen worden meegestuurd:

- Aanbiedingsbrief uitvoeringstoets deelbaarheid functies CVZ
- Uitvoeringstoets deelbaarheid functies CVZ
- Bijlagen bij de uitvoeringstoets deelbaarheid functies CVZ
- reactie CIZ op uitvoeringstoets CVZ
- Reactie van Fokus op de uitvoeringstoets CVZ
- Verzoek uitvoeringstoets deelbaarheid functies CIZ , min VWS