

Indicatiestelling door professionele hulpverleners is beter en veel goedkoper

Het CIZ is overbodig

drs. R.J. Slaghuis MHA,
manager financiën Lunet zorg

H.W.M. Plagge,
arts M&G, voorzitter raad van
bestuur Lunet zorg

Correspondentieadres:
h.plagge@lunetzorg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De zogenaamde objectieve indicatiestelling door het CIZ kost handenvol tijd en geld. Ze voegt niets toe en is voor de patiënt onnavolgbaar. Tijd om dit bureaucratische hoogstandje aan de straat te zetten.

Met de indicatiestelling door het Centraal Indicatieorgaan Zorg viert het blauwdrukdenken in Nederland hoogtij. Duizenden indicatiestellers bepalen, met behulp van indicatiewijzers, 'uniform en objectief' welke zorg iemand nodig heeft. Deze procedures kosten veel tijd van professionals, zijn voor veel cliënten onbegrijpelijk en kosten meer dan 200 miljoen euro per jaar.¹ Ook de kostenexplosie bij de AWBZ heeft

te maken met deze manier van werken.^{2 3} Waarom hebben we nog steeds met dit bureaucratische circus te maken terwijl artsen en andere hulpverleners de meerwaarde niet zien maar wel de last ervaren? Met

haar brief van 5 november 2009 aan de Tweede Kamer leek de toenmalige staatssecretaris Bussemaker ook in te zien dat het CIZ-model failliet is.⁴ Maar haar voorstellen gaan niet ver genoeg: de kerngedachte van het CIZ, met indi-

catierichtlijnen en al, blijft in stand. Er worden hooguit werkzaamheden doorgeschoven naar zorgaanbieders en cliënten met behulp van een soort digitaal aangifteformulier (zoals bij de fiscus). De tijd die dit allemaal kost, gaat wederom ten koste van de handen aan het bed. Voor een echte verandering is een fundamenteel andere manier van denken, kijken en werken noodzakelijk.

Hulpverleners

Gekwalificeerde hulpverleners zijn als geen ander in staat te bepalen welke diagnostiek, therapie of zorg nodig is. Professionele normen, de stand van de wetenschap maar ook maatschappelijke normen zijn bepalend voor de gestelde indicatie. Een zekere mate van subjectiviteit hoort hierbij, maar elke hulpverlener zal de criteria op grond waarvan hij de indicatie stelt, moeten kunnen aangeven. Dit geldt ook indien de zorg door een ander wordt verleend. Dit is uiteraard niet nieuw, want in de curesector is diagnostiek – lees: indicatiestelling – een zaak van de arts of specialist zonder dat daar een extern orgaan aan te pas komt.

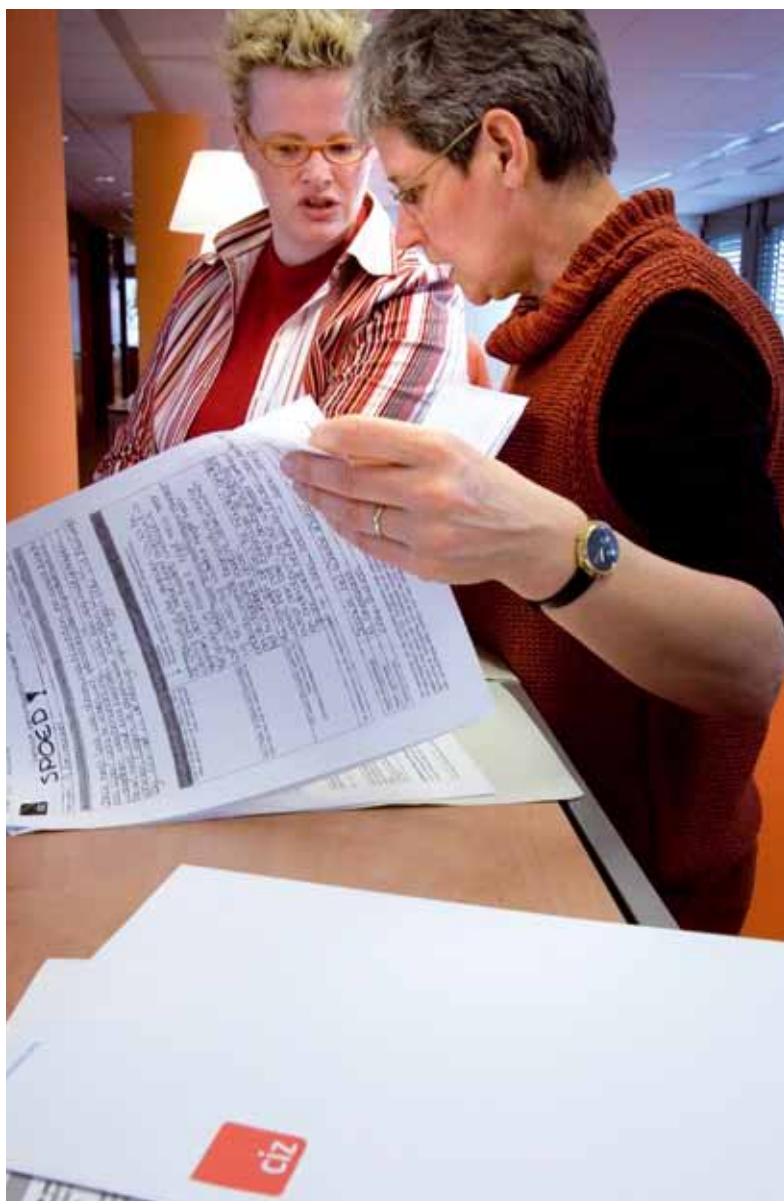
In de cure is diagnostiek, oftewel indicatiestelling, een zaak van de arts

Verantwoordelijkheden indicatieprocedure

hulpverleners	zorgverzekeraars	wetgever
indicatiestelling:	indicatiebeoordeling:	vaststellen grenzen van het recht op verstrekking
<ul style="list-style-type: none">• zorgindicatie• oordeelsvorming• probleemanalyse	<ul style="list-style-type: none">• verzekeringsindicatie• doelmatigheid	
zorg/behandelplan	beoordeling alternatieven	randvoorwaarden
aangeven alternatieven	(eventuele) machtiging	
	zorginkoop	

Wetgever

De wetgever bepaalt wat wel of niet wordt vergoed uit collectieve middelen; gefinancierd op basis van de AWBZ en Zorgverzekeringswet. Het vaststellen van de grenzen van de zorg is bij uitstek een taak van de politiek. De huidige geformaliseerde indicatiestelling is door de wetgever ingevoerd uit het oogpunt van kostenbeheersing. Hierbij is geheel voorbijgegaan aan de maatschappelijke kosten die dit met zich meebrengt. Bijvoorbeeld door de laagdrempelige aanspraak op 'het recht op zorg' door patiënten; een fenomeen dat economen ook



Duizenden indicatiestellers van het CIZ bepalen 'uniform en objectief' welke zorg iemand nodig heeft.

beeld: Joep Lennarts, HH

beschrijven als *moral hazard*. Ook het gegeven dat zorgaanbieders zich wapenen tegen het geformaliseerde indicatiegeweld met veel deskundigheid aan de voordeur, brengt veel kosten met zich mee.

De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars zijn voornamelijk uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringswetgeving. Zij zijn verantwoordelijk voor de beoordeling van de gestelde zorgindicatie in het licht van de aanspraak die de verzekerde maakt op een vergoeding. Van der Most spreekt in dit kader van 'een norm waaraan afgemeten wordt of en in welke omvang een verzekerde in aanmerking komt voor een verzekeringsprestatie'.⁵

Een voorbeeld hiervan is de vergoeding van brillenglazen. De behoefte aan een bril wordt objectief vastgesteld met een visusonderzoek. De zorgindicatie ligt dus vast. De regelgeving beperkt het recht op vergoeding tot enkele omschreven indicaties, onder meer zeer sterke brekingsafwijkingen. De meeste bril dragers voldoen niet aan deze verzekeringsindicaties en moeten de bril dus zelf betalen.

Bureaucratisch geweld

In 1994 heeft de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid indicatiestelling gedefinieerd als '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'.⁶ Kernbegrippen hierbij zijn:

- objectiveerbaar, dus transparant en toetsbaar;
- zorgvrager en zorgbehoefte centraal;
- een brede opvatting van het begrip zorg.

De definitie van de Raad is nog steeds goed toepasbaar in het zorgproces. De zorgverzekeraar kan aan de verzekeringsvoorwaarden (polis) toetsen of hij moet vergoeden.^{7, 8} De praktijk leert dat het CIZ op basis van beleidsregels en protocollen (en de eigen interpretatie daarvan) werkt.⁹⁻¹¹ Met beroep op vermeende objectiviteit wordt, veelal zonder de patiënt te hebben gezien, besloten welke zorg nodig zou zijn. Bij een afwijzing van 'een indicatie' wordt verwezen naar regels en bedoeling van de wetgever. Tegen een dergelijk bureaucratisch geweld is menigene niet bestand.

Zorgvragers en hulpverleners zijn prima in staat om samen tot een bepaling van de noodzakelijke zorg te komen. Probleem is vooral de wetgever die zijn rol niet goed speelt; de politiek is immers al jaren niet in staat om duidelijk de grenzen aan te geven van de collectief betaalde zorg. De wrange werkelijkheid is nu zelfs dat de politiek het CIZ instrueert hoe voor de patiënt een AWBZ-indicatie moet worden gesteld en tegelijkertijd zorgkantoren en zorgaanbieders een 'doelmatigheidskorting' oplegt als deze indicatie volledig wordt benut. Wie krijgt dat een patiënt nog uitgelegd?

Actie

In plaats van zich op microniveau te bemoeien met incidenten en (vermeende) misstanden, zal de politiek fundamentele pakketkeuzes moeten maken. Alles waarvoor de zorgverzeke-



De praktijk

Jan, 40 jaar en ernstig verstandelijk gehandicapt, woont sinds zijn jeugd bij een instelling. Ten tijde van zijn opname bestond 'de indicatie' uit een test waarmee de mate van verstandelijke beperking werd vastgesteld. Daarnaast konden, ten behoeve van de financiering, enkele aanvullende handicaps gescoord worden als visus- of gehoorproblemen.

In de afgelopen vijf jaar is zijn dossier door vele handen gegaan en een stuk dikker geworden zonder dat zijn zorgvraag is gewijzigd. Allereerst moest Jan worden opgenomen op een zogenaamde legitimatielijst vanwege het ontbreken van een formele indicatie. Het zorgkantoor accordeerde deze zorgvuldig samengestelde lijst en Jan verbleef legaal in de AWBZ. Vervolgens startte de AWBZ brede zorgregistratie (AZR) en volstond de legitimatielijst niet langer; Jan moest ook digitaal bekend worden in het landelijke registratiesysteem.

Vervolgens werd de zorgzwaartebekostiging ingevoerd en Jan was weliswaar digitaal bekend, maar nog niet in termen van een zorgzwaartepakket. Na beantwoording van 54 vragen (digitaal) door zijn dagelijkse hulpverleners, is een zorgzwaartepakket voor Jan vastgesteld. Deze is door CIZ met een druk op de knop rechtsgeldig gemaakt waarna de instelling een zorgzwaartepakket voor de zorg aan Jan mocht declareren.

Nu is Jan alweer aan de beurt: zijn indicatie is maar voor twee jaar afgegeven en binnenkort mag een volledig dossier over Jan bij het CIZ worden aangeleverd. De kans is klein dat het CIZ gaat toetsen of Jan de zorg inderdaad nodig heeft. Waarschijnlijk zal het de indicatie administratief goedkeuren. Bij Jan verandert nooit iets.

SAMENVATTING


- Het CIZ heeft geen bewezen meerwaarde in onze gezondheidszorg, waar indicaties primair door zorgaanbieders worden gesteld.
- Het echte probleem is de overheid die niet duidelijk de grenzen aangeeft van de collectief betaalde zorg.
- Een fundamentele verandering is nodig om ook in de toekomst zorg te kunnen bieden waar dat nodig is.
- Artsen en andere hulpverleners moeten daartoe zelf in actie komen.



De literatuurlijst en eerdere artikelen van deze auteur over dit onderwerp staan bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook een aantal praktijkperikelen over het CIZ.

ring en/of de AWBZ geen vergoeding biedt, zal door patiënten zelf moeten worden betaald; direct of via aanvullende verzekeringen. Zorgindicaties worden het beste gesteld door professionele hulpverleners. Het CIZ heeft hier geen enkele bewezen toegevoegde rol en kan

volledig worden afgeschaft. De zorgverzekeraars hebben veel ervaring met het – vooraf of achteraf – toetsen of er terecht gebruikgemaakt is van de verzekering (verzekeringsindicatie). Dit kan op dezelfde wijze zoals het voor de zorgverzekering al jaren gebeurt, ook voor de AWBZ-zorg gebeuren. Desgewenst laat een zorgverzekeraar zich adviseren door een medische dienst.

Het afschaffen van het CIZ betekent dat patiënten en hulpverleners niet langer door het oerwoud van instanties en regels hun weg hoeven te zoeken. De 2500 artsen en verpleegkundigen van het CIZ en de 200 miljoen euro die aan het CIZ wordt uitgegeven, kunnen we goed gebruiken voor de echte zorgverlening. Om dit te bewerkstelligen kunnen artsen en andere hulpverleners beter zelf in actie komen dan wachten op politieke besluitvorming. 

Referenties

1. CIZ jaarverslag 2008. Driebergen: CIZ, 2009.
2. Indicatiestelling op maat. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer: NRV,1994.
3. § Plagge HWM en Herk H van. Ziektekostenverzekeraars en 'gepast gebruik'. Medisch Contact 1994; 49: 759-761.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal DLZ-2964391. Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ. Den Haag 5 november 2009.
5. Most JM van der. Functiegerichte verstrekkingenomschrijving. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1991: 464-480.
6. Plagge HWM Indicatiestelling en gepast gebruik. NRV magazine, jaargang 2, nummer 1, januari 1995: 7-8
7. Postema CA en Plagge HWM. Integrale en objectieve indicatiestelling; Eén zorgloket ideaal of idee-fixe. Medisch Contact 1998; 53: 543 - 545.
8. Plagge HWM en Kuijpers A. Indicatiestelling verpleging en verzorging; Het belang van de ziekte-kostenverzekeraar. Medisch Contact 1992; 47: 819-821
9. Herindicaties bedreigen orthopedagogische dagcentra. Skipr (digitaal) nieuwsoverzicht, 22 december 2009.
10. CIZ Indicatiewijzer 3.0. CIZ, 1 juli 2009 <http://www.ciz.nl>
11. Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010, 6 januari 2010 <http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2010/beleidsregels-indicatiestelling-awbz-2010.asp>