

## Onderscheid B- en C-pakketten niet uniform gehanteerd

**Verslag van een onderzoek naar verschillen tussen zorgzwaartepakketten met en zonder behandeling in de geestelijke gezondheidszorg**

30 maart 2009

## Inhoud

	Samenvatting.....	3
	Onderscheid tussen B- en C-pakketten.....	3
	Diffuus onderscheid maakt onderzoeksvraag naar niet-terechte keuzes onbeantwoordbaar ...	5
	Conclusie en aanbeveling.....	6
	Inleiding.....	7
1	Verschil tussen B- en C-indicatie in hoge mate afhankelijk van aanvraag door zorgaanbieder .....	10
	Meerdere indicatieroutes mogelijk voor verkrijgen B- of C-pakket.....	10
	Instelling vraagt B- of C-pakket aan .....	12
	CIZ toetst aanvraag aan onderbouwende informatie .....	12
	Expertteams zelden ingeschakeld bij keuze tussen B- en C-pakketten.....	15
	Aantal B-indicaties veel geringer dan C-indicaties .....	16
	Regionale verschillen aantoonbaar, oorzaak niet duidelijk .....	17
	Geldigheidsduur indicaties biedt geen verheldering in onderscheid tussen B en C .....	19
2	Zorgaanbod verschilt, maar verschillen zijn niet uniform toegepast .....	21
3	Diffuus gehanteerd onderscheid vraagt om beleidsmaatregelen .....	24
	Onderscheid niet altijd helder .....	24
	Actie nodig voor transparantie en aansluiting op zorgvraag .....	24
	Twee opties nader uit te werken.....	25

## Samenvatting

Wat maakt dat de ene cliënt in de GGZ wordt geïndiceerd voor een AWBZ-zorgzwaartepakket *met* behandeling en een andere, op het oog vergelijkbare cliënt voor een pakket *zonder* behandeling? Wat zijn de verschillen in zorgaanbod? Komt het voor dat cliënten ten onrechte een indicatie met of juist zonder behandeling krijgen en zo ja, welke effecten heeft dit op het herallocatietraject?

Op deze vragen zocht het ministerie van VWS een antwoord. Dit mede op aangeven van de brancheorganisatie GGZ Nederland, die signalen had ontvangen dat de indeling in pakketten met en zonder behandeling nog niet stabiel was.

Het ministerie heeft PricewaterhouseCoopers gevraagd een kort onderzoek uit te voeren. Dat is gedaan in de vorm van documentenanalyse, bijeenkomsten en gesprekken met betrokken partijen en bestudering van een aantal gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg.

### Onderscheid tussen B- en C-pakketten

Wie de omschrijving van de pakketten met en zonder behandeling (de B- en de C-pakketten) leest, zal constateren dat de cliëntprofielen die aan de pakketten ten grondslag liggen, nagenoeg identiek zijn. Met andere woorden: een cliënt met een zorgzwaartepakket 3 B is omschreven met hetzelfde profiel als een cliënt met een pakket 3 C.

Analyse van het indicatieproces maakt duidelijk dat het CIZ de beslissing om een cliënt te indiceren voor een B-pakket toetst aan een aantal voorwaarden, zoals de aanwezigheid van een behandelingsplan dat door de zorgaanbieder bij de indicatieaanvraag wordt gevoegd en een onderbouwing van de noodzaak van behandeling. Voor een C-aanvraag (de aanbieder geeft aan of een B- of een C-pakket wordt gevraagd) voegt de aanbieder een zorgplan bij. Andere verschillen zijn het multidisciplinaire overleg binnen de zorginstelling bij een B-aanvraag versus het cliëntoverleg bij een C-pakket, en een hogere overlegfrequentie bij een B-aanvraag.

Vervolgens moet de vraag worden beantwoord wat exact het onderscheid is tussen behandeling en zorg, en of de genoemde aanvraagverschillen consequent worden toegepast.

Na bestudering van documenten en gesprekken/bijeenkomsten met betrokken partijen<sup>1</sup> constateren wij dat het onderscheid tussen behandeling en zorg niet eenduidig wordt gehanteerd. Daarbij speelt een grote rol, dat een groot aantal C-clianten wel degelijk een behandeling krijgt, alleen is dat een behandeling die bekostigd wordt uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en niet uit de AWBZ. Het was binnen het bestek van het onderzoek niet na te gaan hoe vaak dit voorkomt, maar in de zorgaanbidersbijeenkomst schatten de deelnemers dat 70-90% van de C-clianten een behandeling in het kader van de Zvw krijgt. Daarmee wordt ook de vraag relevant, wat de verschillen zijn tussen een B-pakket en een C-pakket + Zvw-behandeling; in beide gevallen is er

---

<sup>1</sup> Zorgaanbieders, brancheorganisaties, NZa, CVZ, CIZ, ZN.

immers sprake van behandeling.

In de volgende tabel de meest genoemde verschillen.

Tabel S-1: Benoemde verschillen tussen B- en C-pakketten

Onderwerp	B-pakket (met behandeling)	C-pakket (zonder behandeling)	C-pakket met Zvw-behandeling
Focus hulpverlening	Focus is de psychiatrische aandoening	Focus is het <i>gevolg</i> van de psychiatrische aandoening	Focus is beide
Noodzaak verblijf	Vanwege behandeling in combinatie met begeleiding en/of verzorging	Vanwege beschermende woonomgeving en toezicht	Vanwege beschermende woonomgeving en toezicht
Doel hulpverlening	Herstel, voorkomen van verergering	Voorkomen van verergering, vergroten zelfredzaamheid, toeleiden naar behandeling	Beide
Eindverantwoordelijkheid voor zorg en/of behandeling	Behandelaar integraal verantwoordelijk voor behandelplan en verblijf	Woonbegeleider verantwoordelijk. Wel kan behandelaar worden geconsulteerd	Woonbegeleider verantwoordelijk voor zorg, behandelaar voor behandeling
Medicatiebeleid (voorschrijven)	Behandelaar	Huisarts	Behandelaar
Cliëntoverleg	Multidisciplinair overleg inclusief behandeling	Exclusief behandeling	In de praktijk vaak multidisciplinair inclusief behandeling
Zorgaanbieder	Geïntegreerde GGZ-instelling of APZ	Geïntegreerde GGZ-instelling, APZ of RIBW	Geïntegreerde GGZ-instelling, APZ of RIBW
Crisisopvang	In de instelling waar de cliënt verblijft	In de instelling waar de cliënt verblijft of als dat een RIBW is: in andere instelling	In de instelling waar de cliënt verblijft of als dat een RIBW is: in andere instelling

Bron: ZZP's GGZ: onderzoek B- en C-pakketten 2008/2009

Er is dus onderscheid aan te geven op diverse dimensies. Het valt wel op dat het benoemde onderscheid, vooral dat tussen het B-pakket enerzijds en het C-pakket met Zvw-behandeling anderzijds, vooral ligt in organisatorische zaken of keuzes van zorgaanbieders en minder in de zorgvraag van de cliënt.

Het aangegeven onderscheid wordt echter niet uniform toegepast, zo bleek tijdens de bijeenkomsten. De begrippen 'behandeling' en 'noodzaak tot verblijf vanwege behandeling' worden als vaag gekarakteriseerd. En zo kan het voorkomen dat geïntegreerde GGZ-instellingen of APZ'en het feit dat de cliënt verblijft in een behandelinstelling voldoende achten voor een B-aanvraag, of dat RIBW'en verzoeken om een B-indicatie om te zetten in een C-indicatie met Zvw-behandeling omdat zij de cliënt anders niet kunnen (blijven) huisvesten. De vraag of verblijf nodig is in verband met behandeling of in verband met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, wordt dan niet gesteld. Maar ook op andere punten is er geen overeenstemming

over de wijze waarop het onderscheid exact wordt geïnterpreteerd. Helemaal diffuus wordt het als cliënten met een B- en een C-indicatie in dezelfde woonvoorziening verblijven.

Verder kan worden gesteld dat het onderscheid vooral moeilijk te maken is voor de middengroep. Voor de 'uitersten' van de B- en de C-groep is het onderscheid in de praktijk wél herkenbaar. Het is duidelijk dat cliënten die na een jaar Zvw-verblijf nog korte tijd behandeld moeten worden, voor een B-pakket in aanmerking komen. Datzelfde geldt als het gaat om cliënten voor wie frequent en snel moet worden ingegrepen in crisissituaties, of cliënten die voor hun behandeling niet zelf kunnen reizen. Het is evenzeer duidelijk dat cliënten voor wie behandeling niet aan de orde is en ook niet lijkt te komen, een C-pakket krijgen. In de praktijk zijn dit goed te onderscheiden groepen; de vraag is dan overigens wel waarom dit in de cliëntprofielen niet tot uiting komt.

De CIZ-cijfers lijken het wat diffuus gehanteerde onderscheid te bevestigen, hoewel voorzichtigheid bij de interpretatie is geboden<sup>2</sup>. Het aantal C-indicaties is bijna vier maal zo hoog als het aantal B-indicaties, terwijl door het ministerie en het CIZ een ongeveer gelijk percentage werd verwacht. Ook is het patroon van indicaties (per 1000 inwoners) in de ene zorgkantorregio anders dan in de andere<sup>3</sup>. Ten slotte valt op dat ongeveer de helft van de B-indicaties voor 5 jaar wordt afgegeven.

#### **Diffuus onderscheid maakt onderzoeksvraag naar niet-terechte keuzes onbeantwoordbaar**

De vergoeding voor een B-pakket is per dag ongeveer 16-20 euro hoger dan voor een C-pakket, afhankelijk van het pakket. Het is echter zeer de vraag of dit betekent dat er voor de aanbieders een financiële prikkel is tot het indiceren van B-pakketten. Een aanbieder die een cliënt met een C-pakket zelf ook een Zvw-behandeling biedt, kan daar – afhankelijk van het type behandeling – in totaliteit een hogere vergoeding voor krijgen dan voor een B-pakket. Overigens is ons niet gebleken dat financiële prikkels een rol spelen in de keuze.

De vraag of er ten onrechte B- of C-indicaties worden afgegeven, kan met de beschikbare gegevens niet worden beantwoord. Zolang niet is vastgelegd wat exact een behandeling in het kader van de AWBZ en in het kader van de Zvw inhoudt en hoe het begrip 'noodzaak tot verblijf vanwege behandeling' wordt geoperationaliseerd, kan niet worden verwacht dat aanbieders de begrippen eenduidig interpreteren en dus op uniforme wijze B- en C-pakketten aanvragen. Er is geen ijkpunt, en dus ook geen grond voor de uitspraak of indicaties terecht of ten onrechte zijn aangevraagd en dus afgegeven.

Omdat niet kan worden gezegd of er indicaties ten onrechte worden afgegeven, kan ook het effect op de herallocatie niet worden berekend. Daar komt bij dat het beeld van 2007 en 2008 niet representatief is voor de komende jaren, in verband met het grote aantal inhaalindicaties (van cliënten die al voor het ZZP-regime waren geïndiceerd).

---

<sup>2</sup> De geanalyseerde periode, juli 2007 tot en met september 2008, is een periode geweest van ingroeien in de nieuwe systematiek en van herindiceren van cliënten die soms al zeer lang in een GGZ-instelling verblijven.

<sup>3</sup> Dit zou met een verschil in aanbod samen kunnen hangen, omdat als de cliënt al langer in de instelling verblijft, de instelling als huisadres van de cliënt geldt.

### **Conclusie en aanbeveling**

Al met al zijn wij van mening dat het onderscheid tussen B- en C-pakketten niet eenvoudig te maken is, niet altijd uniform wordt toegepast en niet altijd lijkt te zijn gebaseerd op de vraag van de cliënt.

De vraag is vervolgens wat er nu moet gebeuren.

De eerste optie is om het onderscheid te verhelderen en de uniforme toepassing te bewaken. Deze optie raden wij niet als eerste aan, met name omdat het onderscheid tussen B- en C-pakketten niet lijkt te worden ingegeven door de vraag van de cliënt.

Een andere optie is het afschaffen van het onderscheid tussen B- en C-pakketten, door behandeling of wel altijd uit de Zvw of wel altijd uit de AWBZ te bekostigen. Een derde optie – maar die is niet op korte termijn te realiseren - is het splitsen van wonen, zorg en behandeling.

Wij adviseren om de tweede optie (in de AWBZ-variant) en de laatste optie verder uit te werken en de voor- en nadelen daarvan in kaart te brengen.

## Inleiding

Dit rapport is het verslag van het onderzoek naar verschillen tussen B- en C-pakketten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

B- en C-pakketten zijn twee reeksen zorgzwaartepakketten (ZZP's), de eerste mét behandeling en de tweede zonder.

De brancheorganisatie GGZ Nederland heeft eind 2008 aan het ministerie van VWS gemeld dat het ZZP-stelsel in deze sector nog onvoldoende stabiel zou zijn om de zorgzwaartebekostiging en de daarmee gepaard gaande herallocatie van middelen in te voeren. GGZ Nederland heeft daarvoor drie mogelijke oorzaken benoemd:

- a een onjuiste indeling in B- en C-pakketten bij de indicatiestelling;
- b een onjuiste splitsing van instellingsbudgetten in AWBZ- en Zorgverzekeringswet-middelen;
- c een onjuiste aansluiting tussen tarieven van DBC's en ZZP's.

Dit onderzoek beperkt zich tot het eerstgenoemde onderdeel: de B- en de C-pakketten. De andere mogelijke oorzaken worden in ander verband onderzocht.

Er zijn in totaal zeven B-pakketten en zes C-pakketten:

Tabel I-1: B- en C-zorgzwaartepakketten

B-pakketten		C-pakketten	
1B	Voortgezet verblijf met begeleiding	1C	Beschermd wonen met begeleiding
2B	Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding	2C	Gestructureerd beschermd wonen met uitgebreide begeleiding
3B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding	3C	Beschermd wonen met intensieve begeleiding
4B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging	4C	Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding en verzorging
5B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering	5C	Beschermd wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
6B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	6C	Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
7B	Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding		

Bron: Zorgzwaartepakketten GGZ versie 2009, HHM 4 november 2008

Het gaat in alle gevallen om AWBZ-pakketten met verblijf. Verblijf met behandeling tot één jaar valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). In totaal zijn in 2008 circa 12.000 AWBZ-verblijfsindicaties voor de GGZ afgegeven, waarvan circa 2.200 B-pakketten en 9.800 C-pakketten. Cliënten met een C-pakket kunnen als dat nodig is, behandeling krijgen die bekostigd wordt vanuit de Zvw.

Wat opvalt bij bestudering van de omschrijving van de pakketten en de daaraan ten grondslag liggende profielen, is dat er nauwelijks verschil is tussen de B- en de C-reeks. Het enige verschil in de cliëntprofielen is dat bij de profielen in de B-reeks vermeld is dat de cliënt behandeling nodig heeft en bij de profielen in de C-reeks niet. De omschrijving van niveaus van zelfredzaamheid, gedragsproblematiek enzovoorts is exact dezelfde. Een zwaarder pakket binnen de B- of C-reeks gaat wél steeds gepaard met een ander profiel. Met andere woorden: het profiel van een cliënt met pakket 1B hetzelfde omschrijven als aan dat van een cliënt met 1C (op het vermelden van de behandeling na), en datzelfde geldt voor 2B en 2C; er is echter wel is er verschil tussen ZZP 1 en 2.

Mede gelet op deze constatering heeft het ministerie van VWS PricewaterhouseCoopers gevraagd een kort onderzoek uit te voeren naar de verschillen tussen B- en C-pakketten. De oorspronkelijke vragen luiden als volgt:

- a Wat maakt dat de ene cliënt een B-pakket krijgt en de andere een C-pakket?
- b Wat zijn de verschillen in zorgaanbod?
- c Hoe vaak komt het voor dat cliënten ten onrechte een B- of juist een C-indicatie krijgen en zijn daartussen regionale verschillen te onderkennen?
- d Wat zijn de effecten van onjuiste indicaties op de herallocatie?

De oorspronkelijke vraag van het ministerie was om de juistheid van indicaties te onderzoeken door een steekproef van indicaties te analyseren. Verderop in het rapport zal blijken dat dit niet mogelijk was en dat daardoor de derde en daarmee automatische de vierde vraag niet goed beantwoord konden worden.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben wij documentatie onderzocht, gegevens van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verzameld, gesprekken gevoerd met belanghebbende partijen en twee werkbijeenkomsten georganiseerd. Op deze bijeenkomsten was een groot aantal betrokkenen aanwezig: vertegenwoordigers van zorgaanbieders – met name zorgverleners en behandelaars –, GGZ Nederland, de RIBW-Alliantie, de Federatie Opvang, het College voor zorgverzekeringen (CvZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie. In de eerste bijeenkomst is het indicatiestellingproces in kaart gebracht, in de tweede het zorgaanbod.

Het onderzoek heeft alleen betrekking op volwassen cliënten, omdat een afzonderlijk onderzoek wordt uitgevoerd naar zorgzwaartepakketten voor jeugdigen.



Alle bevindingen zijn neergelegd in dit rapport. De onderzoekers spreken hun dank uit aan iedereen die een bijdrage heeft geleverd: het CIZ en de NZa die gegevens beschikbaar hebben gesteld en met ons hebben besproken, GGZ Nederland die materiaal aanleverde en verder alle deelnemers aan de zeer informatieve werkbijeenkomsten.

Het rapport telt drie hoofdstukken. In het eerste gaan wij in op de eerste onderzoeksvraag, de vraag naar de indicatieverschillen. In dit hoofdstuk lichten wij ook toe waarom op basis van de gegevens niet kan worden gesproken van onjuiste indicaties en waarom dus de derde en vierde vraag niet beantwoord kunnen worden.

In het tweede hoofdstuk gaan wij in op de tweede onderzoeksvraag, de vraag naar het zorgaanbod.

In het derde hoofdstuk gaan wij in op de 'nieuwe' onderzoeksvraag welke conclusies uit de bevindingen te trekken zijn.

In het rapport spreken wij van B-cliënten en C-cliënten, daar waar wij bedoelen cliënten met een B-pakket en cliënten met een C-pakket. Wij spreken van B- en C-indicaties waar wij bedoelen indicaties voor een B-pakket respectievelijk indicaties voor een C-pakket. De reden daarvoor is uitsluitend de leesbaarheid van het rapport.

# 1 Verschil tussen B- en C-indicatie in hoge mate afhankelijk van aanvraag door zorgaanbieder

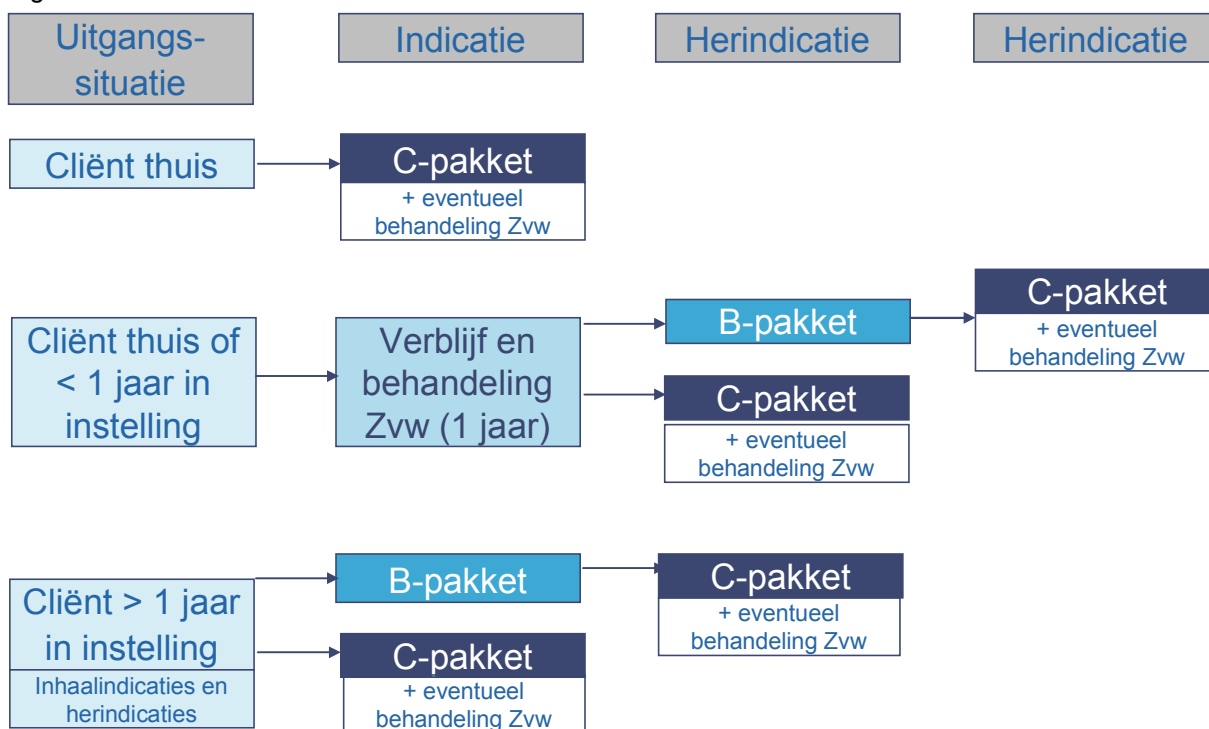
1.01 In dit eerste hoofdstuk komt het indicatieproces aan de orde: wat maakt dat een cliënt een B- of een C-pakket geïndiceerd krijgt?

1.02 Het gaat in alle gevallen om indicaties op de grondslag psychiatrische aandoening of beperking, inclusief verblijf, zowel als dit de enige grondslag is als wanneer dit de primaire grondslag is naast andere grondslagen. Wij bespreken in dit hoofdstuk eerst de feitelijke gang van zaken en vervolgens de daarbij optredende vragen.

## Meerdere indicatieroutes mogelijk voor verkrijgen B- of C-pakket

1.03 De mogelijke indicatieroutes zijn weergegeven in figuur 1-1.

Figuur 1-1: Indicatieroutes GGZ B en C



Bron: ZP's GGZ: onderzoek B- en C-pakketten, PricewaterhouseCoopers 2008/2009

1.04 Een cliënt die nog niet in een GGZ-instelling verblijft, kan rechtstreeks voor een C-pakket worden geïndiceerd, als duidelijk is dat geen verblijf in verband met de behandeling nodig is, maar

wel verblijf in verband met zijn begeleidingsbehoefte.

1.05 Een cliënt die nog niet in een GGZ-instelling verblijft, kan niet rechtstreeks voor een B-pakket worden geïndiceerd. Als een cliënt behandeling nodig heeft die is gekoppeld aan verblijf, wordt zowel de behandeling als het verblijf de eerste 365 dagen betaald uit de Zvw. Als tijdens dat eerste jaar blijkt dat de cliënt is uitbehandeld en nog wel verblijf nodig heeft, kan tijdens het jaar een C-pakket worden geïndiceerd. In de andere situaties wordt in elk geval na het eerste jaar een keuze gemaakt, omdat dan de bekostiging vanuit de Zvw eindigt. De cliënt krijgt dan een B-pakket of een C-pakket, voor zover tenminste verblijf nog steeds aangewezen is. Cliënten met een B-pakket kunnen na verloop van tijd een C-pakket geïndiceerd krijgen.

1.06 Omdat de indicatiestelling op basis van zorgzwaartepakketten in 2007 is ingevoerd, waren er in 2007 en 2008 veel cliënten die al langer dan een jaar in een GGZ-instelling verbleven, maar nog geen indicatie in termen van B- of C-pakketten hadden gekregen. Zij hadden een indicatie in termen van functies en klassen of, als hun indicatie dateerde van voor 2003, een indicatie voor 'intramurale zorg'. Ook op dit moment, begin 2009, beschikt een deel van de GGZ-cliënten nog over een oude indicatie. Al deze cliënten moeten een indicatie in termen van B- of C-pakketten krijgen, een inhaalslag dus. Cliënten die al langer dan een jaar in een instelling verblijven, krijgen rechtstreeks een indicatie voor een B- of een C-pakket. Meestal hebben zij aan het begin van hun cliëntcarrière al een jaar verblijf bekostigd uit de Zvw of Ziekenfondswet achter de rug. Cliënten met een B-pakket kunnen na verloop van tijd een C-pakket geïndiceerd krijgen.

1.07 In alle gevallen is het uiteraard mogelijk dat een cliënt met een B- of C-pakket de instelling verlaat en geen zorg of behandeling meer nodig heeft, of kan volstaan met ambulante zorg.

1.08 Aan de figuur is te zien dat een cliënt langs meerdere routes een B- of een C-pakket kan krijgen. De enige route die niet mogelijk is, is de indicatie van een B-pakket na een C-pakket.

1.09 Cliënten kunnen na ommekomst van het jaar Zvw op twee manieren behandeling geleverd krijgen: een B-pakket als het verblijf noodzakelijk is in verband met de behandeling en een Zvw-behandeling als het verblijf niet noodzakelijk is voor de behandeling (maar wel voor de begeleidingsbehoefte). Cijfers over het percentage C-cliënten dat een Zvw-behandeling krijgt, waren in het bestek van dit onderzoek niet tijdig beschikbaar<sup>4</sup>, maar de aanwezigen in de werkbijeenkomsten schatten dat dit voor 70-90% van de C-cliënten geldt.

1.10 Als dit percentage klopt, is het hoog te noemen. Het was in het kader van dit onderzoek niet mogelijk om na te gaan wat voor Zvw-behandelingen het hier betreft. In de nota Zorgzwaartepakketten GGZ versie 2009, HHM 4 november 2008 is te lezen dat Zvw-behandeling bij C-cliënten niet structureel deel uitmaakt van het zorgpakket. In de informatiebrochure van Kwadraad<sup>5</sup> staat dat het gaat om behandeling die in een later stadium nodig kan zijn, als de cliënt dus al enige tijd een C-pakket heeft. Twee verschillende beschrijvingen dus. In de

---

<sup>4</sup> Wellicht dat het onderzoek naar het derde van de drie problemen die door GGZ Nederland naar voren zijn gebracht (aansluiting tarieven ZZP en DBC) hier licht op werpt.

<sup>5</sup> Kwadraad heeft in opdracht van het Landelijk Platform GGz en in samenwerking met de LOC-LPR begin 2008 een voorlichtingstraject over de ZZP's in de GGZ uitgevoerd, vanuit het perspectief van cliënten.

werkbijeenvakomsten bleek bovendien dat in de praktijk C-clïenten wél een structurele Zvw-behandeling kunnen krijgen, en dat ook B-behandeling intermitterend kan zijn.

## **Instelling vraagt B- of C-pakket aan**

1.11 In de praktijk is het meestal de zorgaanbieder - zo begrepen wij van de gesprekspartners en aanwezigen op de werkbijeenvakomsten - die de cliënt op dat moment zorg biedt, die een verblijfsindicatie of voortzetting daarvan aanvraagt.

1.12 De zorgaanbieder vult eerst een aanvraagformulier in. Daarin worden NAW-gegevens opgevraagd en wordt informatie gevraagd over burgerlijke staat, gezinssamenstelling, mantelzorg, huisarts en zorgverzekering. Daarnaast wordt gevraagd waarom een indicatie wordt gevraagd (open vraag), welke zorg wordt gewenst (in termen van AWBZ-functies) en hoe lang de verwachte duur van de zorg is.

1.13 Op basis van het aanvraagformulier vult de zorgaanbieder een indicatieformulier in, in dit geval een zogenoemd B-formulier GZ-GGZ (de B staat hier niet voor behandeling!). Een van de vragen op het formulier<sup>6</sup> luidt: Geef de cliëntcategorie aan. Gekozen kan worden tussen B en C. Een toelichting op de keuze tussen B en C wordt niet gevraagd. Wel worden gegevens gevraagd over vorige behandelingen, de aard van de psychiatrische aandoening, enzovoorts.

1.14 Vanuit een van de werkbijeenvakomsten begrepen wij dat in sommige instellingen het begeleidend team op de aanvraag voorsorteert door aan te geven of de cliënt naar verwachting een B- of een C-pakket zal krijgen. Vervolgens toetst een behandelaar of beoogde B-clïenten inderdaad behandeling nodig hebben. Beoogde C-clïenten worden dan niet meer getoetst. Evenmin behoeft de behandelaar een handtekening onder het indicatieformulier te zetten.

1.15 Tegelijkertijd vult de zorgaanbieder via een webtool van HHM een scorelijst in. Daarin wordt weergegeven welke problemen en beperkingen de cliënt ondervindt. Het in de tool ingebouwde algoritme rekent de score om in een ZZP-advies. De scorelijst vraagt niet specifiek naar de behoefte aan behandeling maar in bredere zin naar de behoefte aan hulp en/of begeleiding<sup>7</sup>.

1.16 Wat in deze aanvraagprocedure opvalt, is in de eerste plaats dat de cliënt zelf er weinig aan te pas lijkt te komen, hoewel we in de werkbijeenvakomsten begrepen dat dit ook niet altijd mogelijk is en dat waar dat wél mogelijk is, ook overleg met de cliënt wordt gepleegd. Verder valt op dat de keuze voor een C-pakket soms al in een vroeg stadium wordt gemaakt.

## **CIZ toetst aanvraag aan onderbouwende informatie**

1.17 Het CIZ toetst vervolgens de aanvragen. Voor zover het gaat om de keuze tussen een B- en een C-pakket, wordt de volgende informatie opgevraagd.

---

<sup>6</sup> Geciteerd is uit de versie 081001.

<sup>7</sup> Bron: Zorgzwaartescorelijst versie 2.0, HHM oktober 2007.

Tabel 1-1: Informatievraag CIZ

B-pakket	C-pakket
Actueel behandelplan	Actueel zorgplan
Diagnose, bereikte resultaten, prognose, voorgeschiedenis, risico indien behandeling buiten de instelling plaatsvindt	Beschrijving psychiatrische problematiek
Onderbouwing verblijfs- en behandel noodzaak door behandelaar	Bij eerste aanvraag: onderbouwing noodzaak (beschermd) wonen
Aangeven multidisciplinaire aanpak	
Aangeven of behandeling gericht is op herstel of voorkomen van verergering	

Bron: Presentatie bij informatiebijeenkomst CIZ januari 2008

1.18 De zorgaanbieder dient de aanvraag dus op meerdere fronten te onderbouwen. Het CIZ toetst of deze onderbouwing aanwezig is. Het CIZ voert geen medisch-inhoudelijke beoordeling van deze onderbouwing uit.

1.19 Wat opvalt in de toetsing door het CIZ is dat de juistheid van de keuze tussen B en C staat of valt met de helderheid van het begrip behandeling. Dit element staat immers centraal in de informatiebehoefte van het CIZ. Het is juist op het punt van de eenduidige interpretatie van het begrip behandeling dat in de werkbijeenkomsten veel twijfel werd geuit.

1.20 Voor een aantal cliënten is overduidelijk dat voortzetting van de behandeling na het eerste jaar nodig is en dat dit binnen afzienbare tijd tot ontslag uit de instelling zal leiden. Er is geen discussie over of een B-pakket hier de juiste keuze is. In feite gaat het om een verlengd curetraject. Hetzelfde geldt voor cliënten waar de psychiatrische aandoening zelf sterk op de voorgrond staat ('floride' psychiatrische problematiek) en waar frequent met een crisisopname moet worden ingegrepen.

1.21 Voor een aantal andere cliënten is duidelijk dat behandeling geen meerwaarde heeft en dat dus een C-pakket aangewezen is. Het gaat om de groep die voorheen grotendeels in het circuit beschermd wonen verbleef; een groep overigens waar het accent meer en meer verschuift naar de ambulante behandeling. In de sectorrapporten GGZ 2004-2006 en 2005-2007 worden hiervan cijfers gegeven. De tabel hierna toont die uit het laatste rapport (conceptversie).

Tabel 1-2: Aantal cliënten beschermd wonen naar type behandeling

Type behandeling	2005	2006	2007	(%) groei 06-07
Residentieel	10.441	11.011	9.793	-11
Gemengd residentieel	94	121	185	53

Deeltijd	26	22	24	10
Ambulant	8.297	9.926	15.690	58
<b>Totaal</b>	<b>18.859</b>	<b>21.081</b>	<b>25.692</b>	<b>22</b>

Bron: Sectorrapport GGZ 2005-2007 (conceptversie)

1.22 Begeleiding bij het wonen is voor deze groep een cruciaal element in de zorgverlening. Een B-pakket zou niet passend zijn.

1.23 De discussie gaat vooral over de middengroep. Een aantal zorgaanbieders kiest de insteek dat er altijd sprake is van het voorkómen van verergering bij de cliënt en dat dit een legitiem behandeldoel is; zij vragen voor alle cliënten een B-pakket aan, met uitzondering misschien van cliënten die op een wachtlijst staan voor een beschermende woonvorm. Sommigen wijzen ook op de historie: de instelling heeft voor de cliënten sinds jaar en dag behandelaars in dienst en een verandering in regelgeving kan niet zonder meer de reden zijn om daarvan af te wijken. In de cliëntinformatie van Kwadraad (april 2008) is, overigens na de opmerking dat er nog veel onduidelijkheid is, te lezen dat het B-pakket is bedoeld voor mensen 'die verblijven in een instelling voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Daar lijkt dus de verblijfplaats bepalend.

1.24 Andere zorgaanbieders stellen juist dat de cliënt gestigmatiseerd wordt door 'een behandeletiket op hem/haar te plakken'. Zij kiezen de insteek van het wonen en stellen dat cliënten die vervolgens een behandeling nodig hebben, zich tot een huisarts of een RIAGG moeten wenden. Ook zij wijzen soms op de historie: cliënten die al in een RIBW wonen en in feite een B-pakket nodig hebben, zouden moeten verhuizen omdat een RIBW geen behandeltoelating heeft. Daarbij hoeft de cliënt niet gebaat te zijn en daarom kiest men voor een C-pakket met behandeling.

1.25 In de werkbijeenkomst bleek dat ook andere invalshoeken worden gekozen. Bijvoorbeeld het criterium of de cliënt zich wel of niet in een stabiele situatie bevindt. Anderen zien er een competentiestrijd tussen behandelaars en begeleiders in: 'behandelaars denken dat alles wat zij doen, behandeling is'. Of 'het hangt van de medewerker af of hij iets behandeling of begeleiding noemt'. Als een van de voorbeelden werd gewezen op de zware C-pakketten (ZZP 5 en 6), waar intensieve gedragsregulering en begeleiding wordt geboden die in niets zou verschillen van de B-pakketten, met uitzondering van de crisisopvang. Het feit dat sinds 1 januari 2009 in de AWBZ de functie activerende begeleiding is vervallen en deels is opgegaan in de functie behandeling, maakt het er niet duidelijker op. Sociaal-psychiatisch verpleegkundigen bijvoorbeeld worden nu ook als behandelaars aangeduid.

1.26 In ieder geval is tijdens de werkbijeenkomsten geen eenduidige definitie naar voren gekomen van behandeling. In de praktijk worden meerdere criteria toegepast, deels op basis van de zorgvraag maar deels ook uit andere overwegingen.

1.27 Het criterium van het multidisciplinair overleg werd door de aanwezigen op zich als bruikbaar gekenschetst, zeker in combinatie met de frequentie ervan. Over cliënten met een B-pakket wordt maandelijks overlegd onder voorzitterschap van de behandelaar. In het overleg wordt geborgd dat zorg en behandeling geïntegreerd worden aangeboden. Het overleg over C-clieñten is minder frequent, bijvoorbeeld halfjaarlijks, en wordt bijgewoond door de begeleiders. Het beeld wordt echter minder helder als het gaat om cliënten met een Zvw-behandeling die wordt geboden door de eigen instelling. In dat geval – en soms ook als de Zvw-behandeling een meer intensief karakter heeft – kan de behandelaar het cliëntoverleg bijwonen en daar zijn inbreng leveren, waarmee het overleg het karakter van een multidisciplinair overleg krijgt.

1.28 Bij het criterium “multidisciplinair overleg” moet wel worden aangegeven dat het niet per definitie gebaseerd is op de behoefte van de cliënt. Denkbaar is dat ook de historie hier een rol speelt.

### **Expertteams zelden ingeschakeld bij keuze tussen B- en C-pakketten**

1.29 Op basis van de CIZ-indicatie wijst het zorgkantoor de zorg toe; vervolgens maakt het zorgkantoor productieafspraken met de zorgaanbieder. In sommige gevallen kunnen het zorgkantoor en de zorgaanbieder het niet eens worden over de CIZ-indicaties die als basis moeten dienen. In dat geval konden zij tijdens de scoringsperiode een expertteam inschakelen. Het team bestaat uit een zorginhoudelijk deskundige, een CIZ-deskundige als adviseur, een secretaris (HHM) en een onafhankelijk voorzitter.

1.30 In de eerste en de tweede ronde van de productieafspraken voor 2008 zijn aan de expertteams drie casussen voorgelegd die betrekking hadden op de keuze tussen B- en C-pakketten<sup>8</sup>.

1.31 Dit geringe aantal casussen lijkt erop te wijzen dat er weinig onduidelijkheid was over de B- en de C-pakketten. Volgens enkele aanwezigen op de werkbijeenkomst is er buiten de expertteams om echter wel veel discussie geweest tussen zorgaanbieders, CIZ en zorgkantoren over dit onderwerp.

1.32 Bij de bestudering van de drie casussen valt op dat in één situatie het expertteam uitspreekt dat de ZZP-systematiek ‘enige ruimte’ biedt voor een eigen visie van de zorgaanbieder op de keuze tussen B en C. Het ging om een situatie waarin een zorgaanbieder zich op het standpunt had gesteld dat men graag B-pakketten wilde leveren om achteruitgang van de toestand van de cliënt te beperken. Alle cliënten van deze zorgaanbieder zijn binnen de B-reeks gescoord (en geïndiceerd) en het expertteam heeft zich hiermee akkoord verklaard, omdat de aanbieder aannemelijk had gemaakt dat ‘binnen de geboden ruimte aan alle cliënten een B-pakket kon worden aangeboden’. In een andere casus is het expertteam niet akkoord gegaan met het scoren van een zeer hoog percentage cliënten in de B-reeks. In deze casus had de zorgaanbieder

---

<sup>8</sup> Bron: Eindrapportage inzet expertteams V&V en GGZ, HHM oktober 2008.

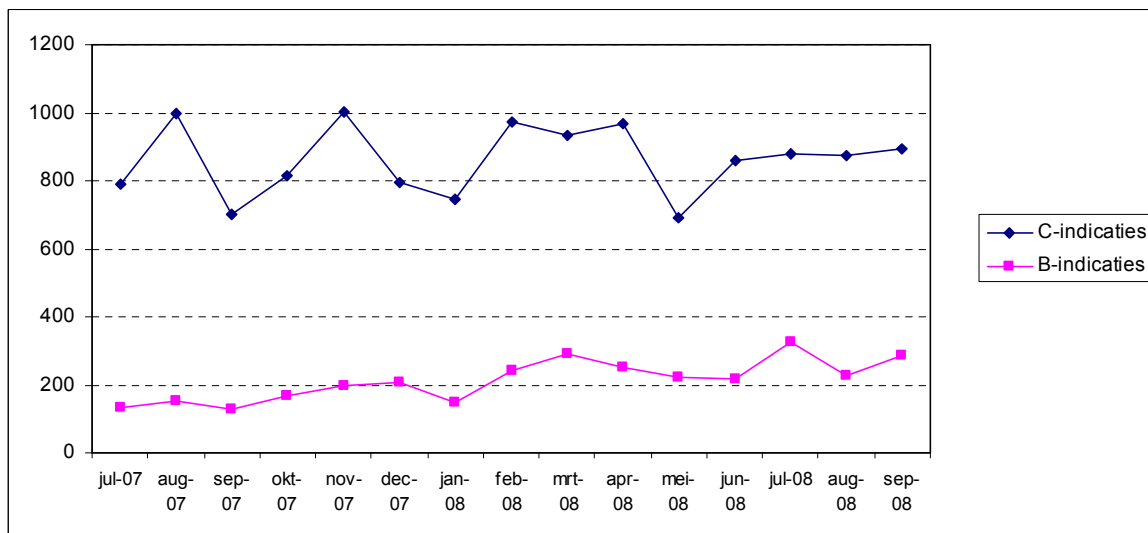
aangevoerd dat het moeilijk was om cliënten op eenzelfde locatie zowel B- als C-pakketten te bieden. Het expertteam verwacht wel van het zorgkantoor medewerking bij het maken van afspraken over Zvw-behandeling (door dezelfde aanbieder) voor de cliënten die nu in de C-reeks worden geïndiceerd, om de continuïteit van zorg te borgen<sup>9</sup>.

## Aantal B-indicaties veel geringer dan C-indicaties

1.33 Waar leidt nu dit indicatieproces toe? Om dit in kaart te brengen, hebben wij een aantal gegevens van het CIZ en de NZa op een rij gezet. In deze paragraaf ziet u daarvan de resultaten, maar vooraf plaatsen wij de kanttekening dat de cijfers weliswaar een goed beeld van de situatie in 2007/2008 geven, maar dat deze jaren niet representatief zijn voor de toekomst. Immers, in deze jaren moesten alle partijen nog omschakelen van het vorige systeem – functies en klassen – naar het ZZP-systeem. Specifiek voor het B/C-vraagstuk kwam daar nog bij dat het onderscheid tussen de beide reeksen pas in een laat stadium werd aangebracht en dat het onderscheid in het begin vraagtekens oproep (zoals onder meer blijkt uit een verslag van een van de expertteams). Verder speelt een belangrijke rol dat in deze jaren veel cliënten zijn geïndiceerd die al in een instelling verbleven: de inhaalindicaties. De komende jaren zal er dus van een ander patroon sprake zijn.

1.34 In figuur 1-1 ziet u het aantal B- en C-indicaties totaal per maand.

Figuur 1-2: Aantal B- en C-indicaties per maand, juli 2007 – september 2008



Bron: Gegevens CIZ

1.35 In de figuur is duidelijk zichtbaar dat het aantal B-indicaties in de gehele periode kleiner is dan het aantal C-indicaties. Om een getalsmatige indruk te geven, hebben wij de cijfers van januari tot en met september 2008 geëxtrapoleerd naar een vol jaar.

<sup>9</sup> Bron: Verslagen expertteams.



Tabel 1-3: Aantal B- en C-indicaties 2008 (geëxtrapoleerd)

	Aantal	Procentueel
B-indicaties	2.943	22,0%
C-indicaties	10.415	78,0%
<b>Totaal</b>	<b>13.358</b>	<b>100%</b>

Bron: Bewerking gegevens CIZ

1.36 Grof gezegd is de verhouding dus 20% B-indicaties en 80% C-indicaties, op een totaal aantal van 13.358 indicaties.

1.37 De volgende tabel is gebaseerd op gegevens ten aanzien van de productieafspraken in de ronde oktober 2008. De cijfers zijn gebaseerd op 82 instellingen. De instellingen zijn verdeeld in instellingen die voorheen uitsluitend verpleegdagen declareerden (dus met behandeling, 19 instellingen: psychiatrische ziekenhuizen), instellingen die voorheen uitsluitend verzorgingsdagen declareerden en die dus geen toelating voor behandeling hebben (49 instellingen: beschermende woonvormen), en instellingen die beide declareerden (14 instellingen)<sup>10</sup>.

Tabel 1-4: Verdeling productieafspraken ZZP's 2008 naar B- en C-pakketten<sup>11</sup>

Type instelling	Instellingen met voorheen uitsluitend verpleegdagen		Instellingen met voorheen uitsluitend verzorgingsdagen		Instellingen met voorheen zowel verpleeg- als verzorgingsdagen	
	% B	% C	% B	% C	% B	% C
<b>Pakket</b>						
Percentage	98,89%	1,11%	0,65%	99,35%	67,86%	32,14%

Bron: Bewerking gegevens NZa oktoberronde

1.38 Instellingen die zich als behandelinstelling beschouwen, spreken dus vrijwel uitsluitend B-pakketten af. Instellingen zonder behandeltoelating hebben (uit de aard der zaak) vrijwel uitsluitend C-pakketten afgesproken. In de overige instellingen is de verhouding twee derde B-pakket versus een derde C-pakket.

1.39 Combinatie van de cijfers toont aan dat landelijk gezien in de onderzochte periode vier maal zoveel C-pakketten als B-pakketten zijn geïndiceerd, maar dat de verdeling over zorgaanbieders afhangt van de toelating en de historie.

## Regionale verschillen aantoonbaar, oorzaak niet duidelijk

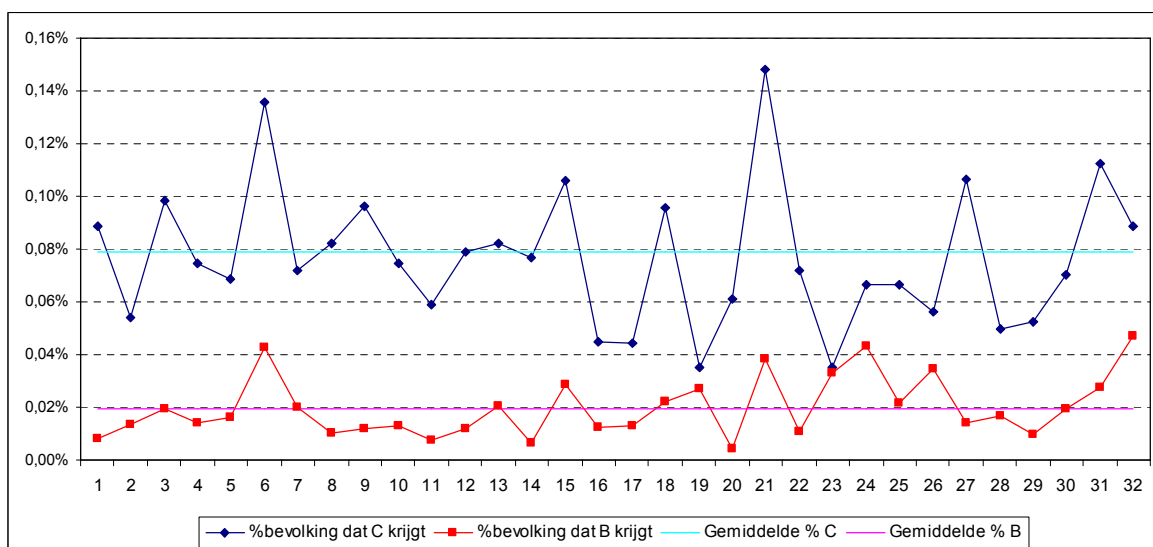
1.40 Een van de onderzoeksvragen luidt in hoeverre er regionale verschillen in de verdeling tussen B- en C-indicaties aanwezig zijn. Om dit te kunnen nagaan, hebben wij de indicaties per

<sup>10</sup> De verdeling wekt mogelijk wat bevreemding daar waar er nauwelijks zelfstandige APZ'en meer zijn, maar het gaat hier om NZa-nummers. Een concern kan meerdere NZa-instellingsnummers hebben en dus als geïntegreerde instelling tevens een of meer 'APZ'en'.

<sup>11</sup> De cijfers zijn inclusief een zeer gering aantal branchevreemde ZZP's.

zorgkantoorregio geanalyseerd. Figuur 1-3 geeft de aantallen weer, berekend als percentages van 100 inwoners.

Figuur 1-3: Percentage inwoners met B- of C-pakket per zorgkantoorregio, juli 2007 - september 2008



Bron: Bewerking gegevens CIZ, CBS bevolkingsgegevens 2009

1 Groningen	9 Utrecht	17 Zuid Holland Noord	25 Zeeland
2 Friesland	10 Flevoland	18 Haaglanden	26 West-Brabant
3 Drenthe	11 t Gooi	19 Delft Westland Oostland	27 Midden-Brabant
4 Zwolle	12 Noord Holland Noord	20 Midden-Holland	28 Noordoost-Brabant
5 Twente	13 Kennemerland	21 Rotterdam	29 Zuidoost-Brabant
6 Apeldoorn Zutphen E.O.	14 Zaanstreek/Waterland	22 Nieuwe Waterweg Noord	30 Noord Limburg
7 Arnhem	15 Amsterdam	23 Zuid-Hollandse Eilanden	31 Zuid-Limburg
8 Nijmegen	16 Amstelland en De Meerlanden	24 Waardenland	32 Midden IJssel

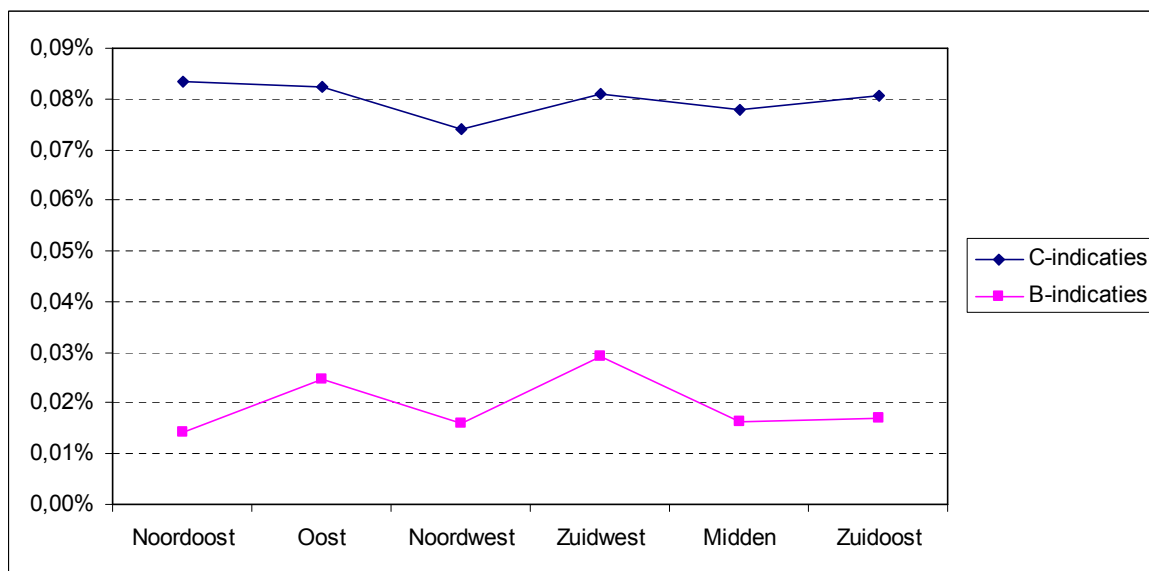
1.41 De figuur geeft in de eerste plaats weer dat het totale percentage B- en C-indicaties per regio verschilt. Verder is zichtbaar dat B- en C-indicaties elkaar niet lijken te compenseren: het is over het algemeen niet zo dat in regio's met meer B-indicaties minder C-indicaties worden afgegeven.

1.42 Wel blijkt dat de landelijke verhouding tussen B- en C-indicaties per regio verschilt. Landelijk is deze 20% B en 80% C, een verschil van 60%. Per regio variëren deze verschillen van 20% tot 80%, nog enkele uitschieters daargelaten.

1.43 De cijfers worden echter vertroebeld door het feit dat het procentuele aanbod per regio verschilt. Voor cliënten die in de instelling verblijven en geen eigen huisadres meer hebben, geldt het adres van de instelling als huisadres. In de regio waar de instelling (locatie) is gevestigd, wordt dus ook de indicatie afgegeven. Regio's met procentueel veel capaciteit zullen in totaliteit dus meer

indicaties kennen. Regio's met veel beschermende woonvormen zullen relatief veel C-pakketten kennen enzovoorts. Om die reden hebben wij ook het aantal indicaties per 100 inwoners per CIZ-district berekend. Omdat de districten groter zijn, is de kans op aanbodverschillen kleiner.

Figuur 1-4: : Percentage inwoners met B- of C-pakket per CIZ-district, juli 2007 - september 2008



Bron: Bewerking gegevens CIZ, CBS bevolkingsgegevens 2009

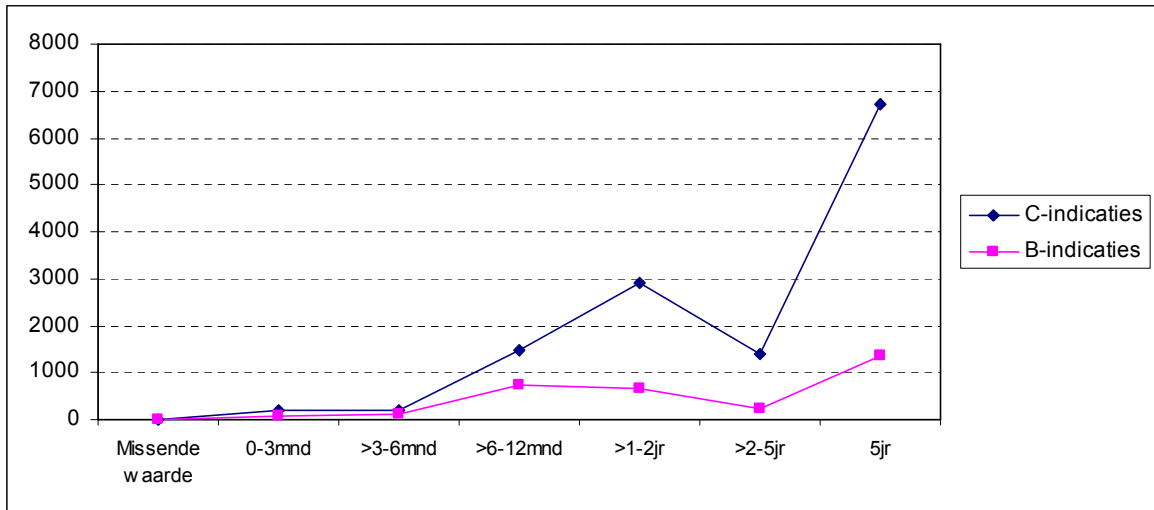
1.44 De verschillen tussen de CIZ-districten zijn inderdaad veel minder groot dan die tussen de zorgkantoorregio's. Toch zijn er nog steeds duidelijk herkenbare verschillen. In hoeverre ook die verklaard worden door aanbodverschillen, hebben wij niet onderzocht.

1.45 Al met al zijn regionale verschillen dus aanwezig, maar is de oorzaak niet eenduidig vast te stellen. Verschil in aanbod zou een oorzaak kunnen zijn, maar het is niet uit te sluiten dat ook visieverschillen (wanneer wordt een B-indicatie aangevraagd en wanneer een C-indicatie) een rol spelen.

### Geldigheidsduur indicaties biedt geen verheldering in onderscheid tussen B en C

1.46 Op basis van de CIZ-gegevens hebben wij een overzicht samengesteld van de geldigheidsduur van de indicatie, om te zien of een verschil in geldigheidsduur zichtbaar is: wij hadden aangenomen dat B-indicaties voornamelijk voor een beperkte periode zouden worden afgegeven.

Figuur 1-5: Geldigheidsduur B- en C-indicaties, juli 2007 - september 2008



Bron: Gegevens CIZ

1.47 De cijfers laten echter zien dat van de B-pakketten 52% wordt afgegeven voor de periode van vijf jaar. Dat zullen geen cliënten zijn waar nog enige tijd op herstel gerichte behandeling nodig is. Het kan gaan, begrepen wij uit een van de interviews, om cliënten die voortdurend behandeling nodig hebben om verergering te voorkómen, of om cliënten met bijkomende langdurende problemen (bijvoorbeeld verpleegbehoefte cliënten of licht verstandelijk gehandicapte cliënten). Maar ook hier kan de insteek van de zorgaanbieder een rol spelen..

## 2 Zorgaanbod verschilt, maar verschillen zijn niet uniform toegepast

2.01 In dit hoofdstuk komt de tweede deelvraag aan de orde, te weten: Wat zijn de verschillen tussen het zorgaanbod voor B-cliënten en voor C-cliënten? De informatie is vooral geput uit de werkbijeenkomsten, waarin hulpverleners uit instellingen het aanbod concreet in kaart hebben gebracht.

2.02 Een vergelijking tussen het aanbod voor B- en voor C-cliënten levert het volgende overzicht op (let wel, het gaat om een beeld vanuit de inbreng in de werkbijeenkomsten, waarin 14 verschillende instellingen/vestigingen vertegenwoordigd waren).

Tabel 2-1: Vergelijking zorgaanbod B- en C-cliënten

Onderwerp	B-pakket	C-pakket	Opmerkingen vanuit de aanwezigen
<b>Inzet professionals</b>	Medewerkers lbo, mbo, hbo en academisch (behandelaars)	Medewerkers lbo, mbo en hbo (40-60% hbo); behandelaars alleen voor eventuele Zvw-behandeling ingezet	Omdat 70-90% van de C-cliënten Zvw-behandeling krijgt, is inzet behandelaar dus meestal het geval
	Professional 7 x 24 uur aanwezig (hbo)		
<b>Benodigde expertise</b>	Behandelaar is integraal verantwoordelijk voor zorg en behandeling	Woonbegeleider is eindverantwoordelijk voor de zorg; behandelaar alleen voor de functie behandeling	
	Meer kans op crisis, grotere veiligheids- en agressieproblemen		Volgens sommigen is hier echter geen verschil tussen B en C
<b>Doel van de hulp</b>	Verminderen psychiatrische problematiek, voorkomen van verergering	Verminderen gevolgen psychiatrische problematiek, stabiliseren, zo mogelijk toeleiden naar op herstel gerichte behandeling	
	Behandelplan	Begeleidingsplan (behandelaar heeft eigen plan)	Definitie behandeling is vaag: wanneer is iets behandeling en wanneer nog begeleiding?
<b>Daginvulling</b>	Cliënt stimuleren tot zelfredzaamheid, structureren, steunen in bijzondere situaties, reguleren groepsactiviteiten	Idem	
<b>Huisvesting</b>	In geïntegreerde GGZ-instelling	In RIBW of in kleinschalige voorzieningen van geïntegreerde GGZ-instelling, soms op reguliere afdeling GGZ-instelling	
<b>Infrastructuur</b>	Geen verschillen naar voren gekomen		

<b>Medicatiebeleid</b>	Voorschrijver altijd in dienst van de instelling die ook de overige zorg biedt	Voorschrijver niet in dienst van de instelling als dat een zelfstandige RIBW is	
<b>Overlegstructuur</b>	Multidisciplinair overleg	Cliëntoverleg (als cliënt Zvw-behandeling krijgt, is behandelaar vaak ook aanwezig)	
	Maandelijks	Halfjaarlijks	
<b>Positionering in de keten</b>	Crisisopvang in de instelling waar de cliënt verblijft	Zelfstandige RIBW: afspraken met andere GGZ-instelling over crisisopvang. C-cliënten in geïntegreerde instelling krijgen daar ook crisisopvang	

Bron: ZZP's GGZ: onderzoek B- en C-pakketten, PricewaterhouseCoopers 2008/2009

2.03 Uit het overzicht blijkt dat er een aantal verschillen in zorg voor B- en C-cliënten te onderkennen is.

2.04 Over de inzet van behandelaars en de integrale verantwoordelijkheid is in het vorige hoofdstuk al gesproken. Voor het overige valt op dat op locaties voor B-cliënten permanent een medewerker op hbo-niveau aanwezig is. In voorzieningen voor C-cliënten is dat niet het geval: er is een medewerker op mbo-niveau aanwezig, of – in de lichtere voorzieningen – er is niet permanent een medewerker aanwezig.

2.05 Bij cliënten met een B-pakket komt gemiddeld vaker een crisis voor dan bij cliënten met een C-pakket; daarover waren de aanwezigen het eens. Wel werd gesteld dat ook bij C-cliënten sprake is van een soms heftig en frequent wisselend beeld.

2.06 Dat het doel van een B-pakket verminderen van de psychiatrische problematiek kan zijn en dat dit niet het doel van een C-pakket is, werd unaniem gedeeld. Er werd echter wel overlap gezien tussen de doelstelling 'voorkomen verergering psychiatrische problematiek' in het B-pakket en 'stabilisering' in het C-pakket. Bovendien werd opgemerkt dat voor deze doelstellingen soms zeer intensieve zorg en/of behandeling nodig is. Stabilisatie betekent niet 'op de winkel passen' zo werd gezegd, maar het betekent voortdurende inspanning om het evenwicht te bewaren. Over de doelstelling 'toeleiden naar op herstel gerichte behandeling' in het C-pakket werd opgemerkt dat hier geen te hoge verwachtingen over moeten bestaan: er zijn weinig cliënten die dit doel bereiken. Aan de andere kant blijft het streven er altijd op gericht het maximale uit de cliënt te halen en verbetering te bereiken.

2.07 Verschillen in huisvesting zijn in zoverre duidelijk dat cliënten met een B-pakket niet in een RIBW verblijven. Wel zijn voor B-cliënten waarvan het perspectief is dat zij langdurig opgenomen zullen zijn, voorzieningen gecreëerd op of soms buiten het instellingsterrein waar het wonen meer centraal staat dan op reguliere afdelingen. Er is qua huisvesting overlap met voorzieningen waar C-cliënten wonen, als het gaat om de groep met langdurig verblijf.

2.08 Qua infrastructuur zijn weinig verschillen naar voren gekomen. Voor verblijfscliënten, of het nu B- of C-cliënten zijn, is het van belang dat in de nabijheid van de woonvoorziening winkels, openbaar vervoer en dergelijke aanwezig zijn. Binnen de woonvoorziening gaat het om zaken als camerabewaking, om cliënten te beschermen tegen bezoekers met minder goede bedoelingen.

2.09 Het medicatiebeleid is in de praktijk voor cliënten met een B- en een C-pakket in handen van de instelling waar de cliënt verblijft, als deze instelling een toelating voor behandeling heeft. In de andere gevallen is dat de huisarts of de behandelend arts van een RIAGG of andere GGZ-instelling.

2.10 De overige onderwerpen, te weten het multidisciplinair overleg en de afspraken over crisisopvang, zijn in het vorige hoofdstuk besproken.

2.11 Al met al herkenden de deelnemers aan de werkbijeenkomsten een aantal verschillen tussen het aanbod voor B- en voor C-cliënten, maar er werd een grijs middengebied gesignaleerd.

2.12 Met nadruk werd bovendien opgemerkt dat voor een adequaat hulpaanbod de keuze tussen een B- of een C-pakket niet eens zo belangrijk is, zeker nu behandeling ook via de Zvw geregeld kan worden. Belangrijker is het specifieke zorgprogramma, op maat gesneden voor de cliënt. Uit voorbeelden bleek dat het niet eens altijd eenvoudig is om deze zorgprogramma's in het ZZP-systeem onder te brengen.

### 3 Diffuus gehanteerd onderscheid vraagt om beleidsmaatregelen

3.01 In dit laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag wat de onderzoeksbevindingen kunnen betekenen in termen van beleidsvorming. Wat is de conclusie, is er een oplossing nodig en zo ja, hoe zou die eruit moeten zien?

#### Onderscheid niet altijd helder

3.02 In de vorige hoofdstukken concludeerden wij al dat er zeker op papier wel een onderscheid is te maken tussen B- en C-indicaties en -pakketten. In een B-pakket is er sprake van integrale verantwoordelijkheid van een behandelaar voor zorg en behandeling, van multidisciplinair overleg, van een focus op de psychiatrische problematiek en van voorzieningen voor snel ingrijpen in crisissituaties. In een C-pakket is de begeleider verantwoordelijk voor de zorg, ligt de focus op de gevolgen van de psychiatrische problematiek, is er cliëntoverleg en moeten afspraken over crisisopvang vaak worden gemaakt met andere instellingen dan de eigen instelling.

3.03 Wij hebben echter ook moeten constateren dat in de praktijk het onderscheid niet altijd even scherp is, dan wel niet altijd uniform wordt gehanteerd. De onduidelijkheid betreft vooral de 'middengroep' cliënten. Er zijn cliënten die duidelijk tot de B-groep behoren, bijvoorbeeld omdat na ommekomst van het Zvw-jaar nog een korte periode behandeling nodig is, en er zijn cliënten die duidelijk tot de C-groep behoren omdat behandeling niet aan de orde is. Er is echter ook een groep waar het onderscheid tussen B en C niet zozeer lijkt te zijn ingegeven door kenmerken van de cliënt, maar door de historie, de visie van de instelling of de eigen keuze van de instelling bij gebrek aan duidelijke definities. Het meest genoemd is de vaagheid van het begrip behandeling.

3.04 Het onderscheid tussen een B- en een C-pakket is dus in de praktijk niet altijd helder en niet altijd gebaseerd op de zorgvraag van de cliënt.

#### Actie nodig voor transparantie en aansluiting op zorgvraag

3.05 Hoe erg is het dat het onderscheid tussen B- en C-pakketten niet duidelijk is? Dat zou men zich af kunnen vragen. Als uiteindelijk iedere cliënt de zorg krijgt die het beste bij hem past, is er wellicht niet eens zoveel reden om de situatie te veranderen. Tenslotte is het onderscheid bewust aangebracht om de mogelijkheden voor langdurige AWBZ-behandeling te vergroten.

3.06 Dat laatste roept de vraag op welke financiële prikkels er in het huidige systeem verborgen zitten. Heeft een zorgaanbieder voordeel bij het aanvragen van een bepaalde mix van indicaties?

3.07 De vraag – in feite de onderzoeksvraag naar de effecten op de herallocatie – is met het



beschikbare materiaal niet goed te beantwoorden. Het is duidelijk dat de vergoeding voor een B-pakket hoger is dan voor een C-pakket, zoals de volgende tabel laat zien. Daaraan voorafgaand willen wij benadrukken dat het onderzoek niet was gericht op de vraag of financiële prikkels in de praktijk een rol spelen en dat ons ook niet is gebleken dat ze een rol spelen.

Tabel 3-1: Totaalprijs ZZP's GGZ, inclusief dagbehandeling

Zorgzwaartepakket	Totaalprijs per dag B-pakket (in euro's)	Totaalprijs per dag C-pakket (in euro's)
ZZP 1	91,20	75,37
ZZP 2	122,43	106,60
ZZP 3	133,98	118,15
ZZP 4	152,30	139,07
ZZP 5	163,21	149,98
ZZP 6	213,68	183,52
ZZP 7	290,68	N.v.t.

Bron: NZa, bijlage bij Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarieven zorgzwaartepakketten CA-299

3.08 De vergoeding voor een B-pakket is circa 16 -20 euro per cliënt per dag hoger dan de vergoeding voor een C-pakket. Dit zou kunnen leiden tot een prikkel tot het maximaliseren van het aantal B-pakketten in instellingen die deze kunnen bieden, dus instellingen met een toelating voor behandeling. Echter: dit zijn ook de instellingen die een Zvw-behandeling kunnen bieden. Bij de meer intensieve behandelingen levert een C-pakket met Zvw-behandeling de instelling meer op dan een B-pakket. Misschien weegt deze hogere vergoeding niet op tegen de hogere intensiteit van de behandeling, maar dat is in dit onderzoek niet verder uitgezocht. De aansluiting tussen ZZP- en DBC-tarieven komt aan de orde in een ander onderzoek.

3.09 Het is dus niet duidelijk of en in hoeverre de keuze tussen B- en C-pakketten voor de instellingen voordelig zou zijn. Om die reden kunnen wij ook niet stellen dat de financiële prikkels een reden zouden moeten zijn om de huidige situatie te veranderen.

3.10 Echter, er is nog een andere reden. Uit het onderzoek blijkt immers dat de huidige keuzes niet altijd zijn gebaseerd op de zorgvraag van de cliënt. En dit lijkt ons niet sporen met de ZZP-systematiek, die nu juist is gebaseerd op een betere aansluiting op de zorgvraag. Dus ook los van een eventuele financiële reden is er een reden om de huidige situatie niet te laten voortbestaan

## **Twee opties nader uit te werken**

3.11 Als het ministerie besluit om de huidige situatie inderdaad te wijzigen, staan verschillende opties open. Wij beschrijven ze hierna kort.

3.12 De eerste optie is om de huidige systematiek en keuzes tussen B- en C-pakketten in stand

te laten en duidelijkheid te scheppen door het afspreken van door de zorgvraag ingegeven definities voor 'behandeling' (onderscheiden naar AWBZ- en Zvw-behandeling) of voor 'gevolgen van psychiatrische problematiek'. Ook de begrippen 'verblijf noodzakelijk vanwege behandeling' en 'verblijf noodzakelijk vanwege beschermd wonen of voortdurend toezicht' dienen dan te worden verhelderd.

3.13 Het voordeel van deze optie is dat er niet kort na de introductie van ZZP's alweer een ingrijpende wijziging wordt doorgevoerd. Het nadeel is dat de definiëring niet eenvoudig zal zijn en dat een systeem wordt gecontinueerd waarin het zorgpakketten in de praktijk niet goed zijn geënt op de zorgvraag.

3.14 De tweede optie is om het onderscheid tussen B- en C-pakketten af te schaffen. Dat kan in twee varianten: behandeling van cliënten die langer dan een jaar verblijven altijd uit de Zvw bekostigen óf deze behandeling altijd uit de AWBZ bekostigen.

3.15 Nadeel van de eerste variant, behandeling altijd uit de Zvw bekostigen, is dat deze een fundamentele stelselwijziging vereist. Ook de in de gesprekken geopperde gedachte om de Zvw-periode op te rekken met bijvoorbeeld zes maanden, is minder geschikt. Slechts 3% van de B-indicaties heeft een geldigheidsduur van zes maanden of minder. Oprekken heeft pas materiële betekenis bij een veel langere periode.

3.16 Nadeel van de tweede variant, behandeling altijd uit de AWBZ bekostigen, is het feit dat de positie van de RIBW'en dan in het gedrang komt. Zij beschikken immers niet over een toelating voor behandeling, maar zijn wel verplicht om cliënten die behandeling nodig hebben, deze te leveren.

3.17 De genoemde opties houden bovendien geen rekening met het beleid van het ministerie om in de AWBZ de scheiding van wonen en zorg verder door te voeren. Dat houdt in dat de mogelijkheden om verblijf en behandeling te scheiden, nu juist verruimd moeten worden. Nu is het weliswaar de vraag in welke omvang dit zal kunnen gelden voor de langdurige GGZ, maar de verschuiving tussen residentieel en ambulantly beschermd wonen (zie hoofdstuk 1) duidt er wel op dat er mogelijkheden zijn.

3.18 Dat brengt ons bij de laatste optie, de optie om onderscheid te maken tussen wonen, zorg en behandeling. De cliënt kan in deze optie – conform de plannen van de staatssecretaris en uiteraard bij een passende indicatie – kiezen of hij de zorg en de behandeling met of zonder het wonen afneemt. De zorg (> 1 jaar) wordt uit de AWBZ bekostigd en het wonen indien van toepassing ook. Behandeling wordt altijd uit de Zvw bekostigd. Het is aan de cliënt om te bepalen of hij de behandeling afneemt van de instelling die ook zorg en/of verblijf levert of niet. Als hij kiest voor het wonen in een RIBW, accepteert hij daarmee dat hij de behandeling elders in moet kopen. Wij tekenen hierbij aan dat deze optie niet op de korte termijn verwezenlijkt zal kunnen worden.

3.19 Een variant is de mogelijkheid om in principe de zorg onder te brengen bij de Wmo en uit te gaan van verblijf in reguliere huisvestingsvormen zoals een wooncomplex.

3.20 Wij geven in overweging om twee laatstgenoemde mogelijkheden, dus het afschaffen van het verschil tussen B- en C-pakketten door alle behandeling uit de AWBZ te bekostigen en het aanbrengen van een scheiding tussen wonen, zorg en behandeling nader uit te werken en te bespreken met belanghebbenden.