

# College Implementatie Indicatiebeleid

Aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. C. Ross-van Dorp  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Kenmerk: IR/Cii/4120  
Datum: 4 maart 2003  
Onderwerp: advies vereenvoudiging indicatiestelling AWBZ

Geachte mevrouw Ross-van Dorp,

U hebt het College Implementatie Indicatiebeleid gevraagd, zoals beschreven in uw brief d.d. 7 november 2003, advies uit te brengen over een vermindering van bureaucratie en voorstellen te doen die kunnen leiden tot vereenvoudiging van de uitvoering van de indicatiestelling AWBZ. U hebt gevraagd in het bijzonder de mogelijkheden voor mandatering te onderzoeken.

Het College heeft zich, vanuit de wetenschap dat u medio maart onder meer over de indicatiestelling overleg voert met de Tweede Kamer, ingespannen om binnen een kort tijdbestek dit advies uit te brengen. Wij wijzen er daarom op dat het onderhavige advies niet verder strekt dan het bieden van een beleidskader waarbinnen vereenvoudiging van de uitvoering en mandatering kan worden ingevuld. Dit advies behelst dan ook geen gedetailleerde voorstellen ter vereenvoudiging.

Naar het oordeel van het College zijn er mogelijkheden voor vereenvoudiging van het uitvoeringsproces. Hierbij wordt in het bijzonder gewezen op de thans gehanteerde formularia. Ook wordt er op de noodzaak van verbetering van de informatisering gewezen.

Mandatering is door het College beoordeeld vanuit de doelstelling van de AWBZ en het daarop gebaseerde Zorgindicatiebesluit en Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het College komt tot het oordeel dat mandatering onder nadere condities mogelijk is. Wel vergt dit een gedegen vorm van verantwoording en controle. Teneinde de doelstelling van een integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling niet uit het oog te verliezen, bepleit het College door middel van een aantal proeftrajecten ervaring op te doen met enkele vormen van mandatering. De resultaten hiervan kunnen gebruikt worden bij een verdere doorvoering van gereguleerde mandatering parallel aan de vormgeving van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg.

Het College hoopt op deze wijze een constructieve bijdrage te leveren aan de discussie over de indicatiestelling AWBZ.

Met vriendelijke groet,

J.F. Buurmeijer  
voorzitter

# College Implementatie Indicatiebeleid

**Advies:**

**Vereenvoudiging Indicatiestelling AWBZ**

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Voorwoord</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Probleemstelling</b>	<b>3</b>
2.1	De formele aspecten van de indicatiestelling	3
2.2	Van aanbod naar vraagsturing	5
2.3	De turbulente omgeving	6
2.4	Noodzakelijk maar ingewikkeld	7
<b>3</b>	<b>De aanpak</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Uitgangspunten</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>Een wegingskader</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>Mandatering en delegatie</b>	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>Controle op uitoefening</b>	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>Implementatie</b>	<b>19</b>
<b>9</b>	<b>Administratieve vereenvoudiging</b>	<b>20</b>
<b>10</b>	<b>Het verkeer tussen het RIO en de zorgketen</b>	<b>21</b>
<b>11</b>	<b>Tenslotte</b>	<b>22</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>23</b>
A.	De gespreksrondes: ervaringen indicatiestellers	24
B.	De gespreksrondes: ervaringen zorgkantoren	27
C.	De gespreksrondes: ervaringen aanbieders	30
D.	De gespreksrondes: ervaringen cliënten/patiënten	32
E.	Samenstelling College	35

# 1 Voorwoord

Het College implementatie indicatiebeleid brengt op verzoek van de staatssecretaris van VWS advies uit inzake de vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ.

Door de staatssecretaris is in haar reactie op de eerste voortgangsrapportage van het College gevraagd dit advies op de volgende items toe te spitsen:

- Vereenvoudigde afhandeling van bepaalde aanvragen;
- Mandatering;
- Verminderen bureaucratie.

De afgelopen maanden heeft het College als gevolg daarvan na het uitbrengen van haar advies over de bestuurlijke positionering haar werkzaamheden toegespitst op de voorbereiding van dit advies. Op basis van informatie uit nota's, onderzoeken, gesprekken met betrokkenen en werkbezoeken heeft het College de vraagstelling verkend. Hieruit werd duidelijk dat de vraag naar vereenvoudiging valt te begrijpen maar het antwoord complex is. Bij de analyse van dit probleem is daarom onderscheid gemaakt tussen enerzijds de problemen op het gebied van het proces van de indicatiestelling zelf en anderzijds de problemen met de aansluiting binnen de keten van zorgvraag tot en met zorglevering.

Het College doet met dit advies geen gedetailleerde voorstellen tot vereenvoudiging en vermindering van bureaucratie. Wel levert het een kader waarbinnen een afweging kan worden gemaakt en geeft het een richting aan waarbinnen oplossingen kunnen worden gevonden. Het College gaat er vanuit op deze wijze een stimulerende bijdrage te leveren aan de discussie over en de besluitvorming omtrent de vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ.

Ook bij de voorbereiding van dit advies zijn binnen het College zeer intensieve en constructieve discussies gevoerd over het onderhavige onderwerp. Daarbij is geconstateerd dat er verschillende opvattingen en zienswijzen bestaan over mandatering. Niet altijd wordt daarbij op een zorgvuldige wijze gedefinieerd wat ermee wordt bedoeld. Dit betreft zowel het veld waarbinnen de indicatiestelling is gepositioneerd als ook de politieke omgeving die erover oordeelt.

Verder is het relevant op te merken dat de wetenschap dat er op het politieke beleidsniveau een discussie wordt gevoerd over de toekomst van de AWBZ bij tijd en wijle de discussie heeft belast. Toch heeft het College gemeend bij de opstelling van dit advies niet te preluderen op mogelijke wijzigingen in het stelsel maar uit te gaan van de thans bestaande situatie.

## 2 Probleemstelling

### 2.1 De formele aspecten van de indicatiestelling

Voor het verkrijgen van een recht op een vorm van AWBZ zorg is het hebben van een positief indicatiebesluit op basis van het Zorgindicatiebesluit en het Besluit zorgaanspraken AWBZ noodzakelijk. Ten aanzien van de indicatiestelling zijn ondermeer de volgende passages in wet en regelgeving opgenomen:

- Indicatiestelling als toegang tot AWBZ zorg
  - AWBZ-verzekerden kunnen hun aanspraak op vormen van zorg eerst tot gelding brengen indien zij beschikken over een besluit van een indicatieorgaan, waaruit blijkt dat zij op die zorg zijn aangewezen, behoudens in die gevallen waarin sprake is van een acute situatie.
  - Het zorgkantoor kan in situaties waarin sprake is van een acute situatie waarbij onmiddellijke verlening van zorg noodzakelijk is, besluiten dat een AWBZ-verzekerde zijn aanspraak op zorg gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat de verzekerde beschikt over een indicatiebesluit.
  - Voor het pgb geldt dat evenals bij natura-zorg eerst moet worden vastgesteld of iemand is aangewezen op zorg. Na het verkrijgen van een positief indicatiebesluit kan iemand kiezen voor een pgb.
  - Volgens art. 2.3 van het besluit zorgaanspraken AWBZ is er alleen aanspraak op zorg voor zover de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van een doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop is aangewezen.
- Het indicatieorgaan
  - Op grond van artikel 9a van de AWBZ dient elke gemeente erin te voorzien dat in de gemeente een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is dat voor de inwoners kosteloos beoordeelt of een inwoner in aanmerking komt voor één of meer van de door het Zorgindicatiebesluit/Besluit zorgaanspraken AWBZ aangewezen vormen van zorg.
  - Gemeenten financieren RIO's uit eigen middelen. Middels het gemeentefonds ontvangen de gemeenten hiervoor gelden, daarvoor zijn structureel middelen aan het gemeentefonds toegevoegd.

- Werkwijze
  - Indicatieorganen dienen te werken volgens de wet- en regelgeving die in het Zorgindicatiebesluit/Besluit zorgaanspraken AWBZ is vastgelegd. In dit besluit zijn bepalingen opgenomen over:
    - de wijze van onderzoek;
    - de wijze van aanvragen en van het in behandeling nemen van een indicatieaanvraag;
    - de inhoud van het indicatiebesluit;
    - de wijze van registratie;
    - de participatie van patiënten- en consumentenorganisaties.

In het Zorgindicatiebesluit heeft de minister de mogelijkheid op grond van artikel 11 om beleidsregels op te stellen. Van deze mogelijkheid is nog geen gebruik gemaakt. Daarnaast is er een protocol opgesteld. Dit protocol bevat landelijk gehanteerde afspraken over de werkwijze van indicatieorganen. In het protocol zijn o.a. meer gedetailleerde afspraken opgenomen over:

- de wijze van aanvragen en van het in behandeling nemen van een indicatieaanvraag;
  - de afhandelingroutes;
  - de wijze van onderzoek;
  - de geldigheidsduur van een indicatiebesluit;
  - de inhoud van het indicatiebesluit;
  - de informatieverstrekking aan zorgkantoor en zorgaanbieder;
  - de bezwaar- en beroepsprocedure.
- Verbreding Wvg, wonen en welzijn
  - Om een impuls te geven aan de kwaliteitsverbetering van de RIO's is door het ministerie van VWS het project "Op weg naar robuuste RIO's" opgezet. Eén van de onderdelen van dit project is de verbreding van de indicatiestelling bij RIO's met de indicatiestelling voor de Wvg.
  - Ook in de huidige formulierenset en het indicatieprotocol is rekening gehouden met een integrale indicatiestelling Wvg, door een apart onderdeel Wvg op te nemen.
  - Echter de advisering van het RIO in het kader van de Wvg en eventueel wonen en welzijn vindt alleen plaats op verzoek van het College van burgemeester en wethouders van de desbetreffende gemeente en zijn

volstrekt facultatief. De gemeentelijke verordening en verstrekkingen besluit zijn leidend bij deze advisering.

Het College beperkt zich in dit advies verder tot indicatiestelling in het kader van de AWBZ en spreekt geen oordeel uit over de wijze waarop in den lande de indicatiestelling voor de Wvg vorm heeft gekregen. Voorts heeft het College zich gebaseerd op de huidige omvang van het AWBZ-pakket en heeft niet gepreludeerd op mogelijke wijzigingen hierin. Mocht er in de toekomst sprake zijn van een overheveling naar een nieuw beleidskader dat in de gemeentelijke beleidssfeer wordt ondergebracht dan heeft dat uiteraard invloed op de indicatiestelling door de RIO's. Hetzelfde geldt voor een eventuele overheveling naar het tweede compartiment.

## **2.2 Van aanbod naar vraagsturing**

De AWBZ zorg bevindt zich in een kanteling van aanbodsturing naar vraagsturing, in een systeem dat in toenemende mate gekenmerkt wordt door een verzekeringskarakter. In een systeem van vraagsturing is er een integrale en vraaggerichte beoordeling van de indicatieaanvraag. Het uitgangspunt is dus de geobjectiveerde behoefte van de zorgvrager, welke los staat van aanbieders. Ook bestaat er geen directe relatie met de financiers van de te leveren zorg de zorgverzekeraars. Het indicatiebesluit dat op basis hiervan wordt vastgesteld, is echter wel de afronding van een claimbeoordeling. Op deze wijze wordt recht gedaan aan het verzekeringskarakter van de AWBZ. Dit houdt op deze manier ook in dat de aanvrager niet per definitie krijgt wat hij vraagt, maar dat er een integrale en objectieve beoordeling van de aanvraag plaatsvindt binnen de kaders van de AWBZ. De onafhankelijkheid wordt gewaarborgd door de indicatiestellers te positioneren bij indicatieorganen die een zelfstandige positie innemen en geen onderdeel zijn van het verzekeringsorgaan noch van de zorgleverancier. Op deze wijze is een front-office positie gecreëerd aan de kop van de zorgketen.

Refererend aan haar advies over de bestuurlijke positionering worden door het College in dit advies de uitgangspunten objectief, onafhankelijk en integraal niet ter discussie gesteld.

De indicatiestelling is dus de eerste pijler van de keten en ook de eerste pijler die de kanteling naar de vraagsturing op 1 april 2003 heeft gemaakt. De volgende pijlers, de zorgtoewijzing, de zorglevering en de zorgfinanciering, zijn nu bezig die deze stap te zetten of moeten dit nog doen. Deze kanteling veroorzaakt de nodige druk op de rest van de keten welke vaak als bureaucratie wordt ervaren. Hiervoor wordt nog vaak ten onrechte de eerste schakel, het indicatieorgaan, als veroorzaker aangewezen. Als het beleid erop gericht blijft een omslag van aanbodsturing naar vraagsturing te maken, dan acht het College het gewenst dat ook de rest van de keten deze omslag versneld maakt. Gebeurt dat niet of onvolledig dan zal het probleem achter in de keten geprojecteerd blijven op de eerste schakel.

### **2.3 De turbulente omgeving**

Op basis van de wettelijke regelgeving en de eerste ervaringen met vraaggestuurd werken, heeft de indicatiestelling zich in de afgelopen periode met vallen en opstaan in de praktijk gevormd. Recent is hier nog een nadrukkelijker accent aan gegeven door de introductie van het functiegericht indiceren. De aanbieders hebben eraan moeten wennen dat ze niet langer zelf bepalen of en in welke omvang iemand aanspraak kan maken op AWBZ-zorg. De zorgvrager heeft eveneens moeten ervaren dat de aanvraag wordt beoordeeld door een nieuwe instantie die niet gaat over de zorglevering, terwijl de vraag daarop is gericht. De burger is in wezen alleen maar geïnteresseerd in de vraag: "Krijg ik de hulp die ik vraag en hoe snel"? Bij de indicatiestelling krijgt de zorgvrager nu ook te maken met een uitkomst die niet meer aanbod gericht is maar functiegericht. Hetzelfde geldt voor de andere partijen die in het geding zijn: het zorgkantoor en de aanbieders. Voeg daaraan toe dat voor alle zorg hoe beperkt in omvang of duur een indicatie is vereist, dan wordt duidelijk dat door velen het werk van het indicatieorgaan als hinderlijk en ingewikkeld, zo niet overbodig wordt ervaren. Het College neemt waar dat de roep om minder bureaucratie en vereenvoudiging voor een niet gering deel hierdoor wordt veroorzaakt.

## 2.4 Noodzakelijk maar ingewikkeld

De toegang tot de zorg kan enerzijds worden beoordeeld op basis van globale definities in wet- en regelgeving, anderzijds door strikt vastgelegde aanspraken. In het eerste geval is er veel zogenaamde discretionaire ruimte voor de indicatiestellers, in het tweede geval is dat maar zeer beperkt. De indicatiesteller is dan verplicht stap voor stap de beoordeling uit te voeren op basis van voorschriften. De indicatiestelling AWBZ beweegt zich in toenemende mate in de richting van een strakke uniformering op basis van richtlijnen en protocollen. De aanspraken zijn globaal geformuleerd in zeven functies en bijbehorende klassen. Dit vergt een beoordelingskader voor de uitvoerders op basis waarvan deze tot een afweging komen. Langs deze weg wordt een grotere mate van uniformiteit nagestreefd. Vanuit de behoefte om de toegang tot de AWBZ voor de burger met voldoende rechtszekerheid te omgeven en de poortwachtersfunctie adequaat te vervullen zal dit proces zich naar verwachting voortzetten. De eerder door het College geadviseerde centralisatie van de indicatiestelling moet ook in dat licht worden gezien. De vraag rijst echter wel of gelijktijdig met de verdergaande striktheid van de regelgeving de doelmatigheid van het indicatieproces niet uit het oog wordt verloren. Anders gezegd, moet voor iedere vorm van zorgverlening een volledige en uitgebreide indicatie door het indicatieorgaan worden vastgesteld of is het mogelijk tussen de verschillende vormen een onderscheid aan te brengen. Is het denkbaar in bepaalde situaties de toegang op een eenvoudiger wijze te regelen. Het College ziet dit als de probleemstelling van dit advies.

In haar visie zijn er drie relevante stakeholders voor de indicatiestelling: de cliënt, de aanbieder en de financier. Dit houdt in dat het indicatieorgaan zaken uitvoert die dienstig zijn aan deze drie stakeholders. Het resultaat moet ten goede komen aan de zorgvrager en de hele keten waarvan het indicatieorgaan het begin is. Echter, wat één van de partijen zelf niet nodig heeft, wordt als ballast en overbodige bureaucratie ervaren.

De opgave is om de indicatiestelling tot het noodzakelijke te beperken. Want het gevaar is volop aanwezig, zo blijkt uit de

recente en nog maar korte geschiedenis, dat de complexiteit van de beoordeling sluipenderwijs toeneemt. Vanuit deze invalshoek tracht het College tot voorstellen voor vereenvoudiging te komen. Daarbij zal met name de afweging gemaakt worden tussen doelmatigheid en integraliteit.

### **3 De aanpak**

Het College heeft zich bij de voorbereiding van dit advies in eerste instantie georiënteerd op de wijze waarop de indicatiestelling in de praktijk wordt uitgevoerd. Daartoe zijn uitvoerige gesprekken gehouden met medewerkers van zorgaanbieders en zorgkantoren. Ook heeft een gesprek plaats gevonden met leden van de Landelijke Beroepsvereniging Indiciestellers (LBI) en het landelijke expertteam van de LVIO. Voorts heeft op locatie een uitvoerige oriëntatie op het uitvoeringsproces bij een indicatieorgaan plaats gevonden. Ook heeft er een gesprek plaats gevonden met vertegenwoordigers van cliënten-/patiëntenorganisaties. Tenslotte zij vermeldt dat het College kennis heeft genomen van een verslag van een werkconferentie "Geprotocolleerde indicatiestelling" van 8 oktober 2003, een enquête over de ervaringen in de praktijk met het functiegericht indiceren van de LBI en een discussienota over de vereenvoudiging van de indicatiestelling van de LVIO. Het globale beeld dat het College heeft verkregen uit de gespreksrondes is in een bijlage aan dit advies toegevoegd.

## 4 Uitgangspunten

Voortvloeiend uit de probleemstelling en de hiervoor beschreven werkwijze heeft het College bij de opstelling van dit advies een aantal uitgangspunten geformuleerd die rechtstreeks voortvloeien uit het vigerende beleidskader.

- Als eerste uitgangspunt stelt het College dat de vereiste van een indicatiebesluit voor toegang tot de AWBZ ongewijzigd blijft;
- De beoordeling of de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit het oogpunt van een doelmatige zorgverlening redelijkerwijs aangewezen is op de verzekerde zorg;
- Voorts dat deze indicatie gekenmerkt moet zijn door de criteria: onafhankelijk, objectief en integraal;
- Daarmee geldt als vierde uitgangspunt dat de indicatiestelling in beginsel gebeurt door professionals die in dienst zijn van een daartoe bij wet- en regelgeving aangewezen institutie;

In aansluiting op deze uitgangspunten heeft het College een aantal criteria benoemd waaraan een vereenvoudiging van de indicatie stelling moet voldoen:

- Het proces van indicatiestelling dient zo te worden georganiseerd dat het volgbaar is voor de cliënten en de achterliggende partners in de zorgketen. Dit geldt zowel voor het uitvoeringsproces als zodanig als voor de uitkomst ervan in de vorm van het indicatiebesluit;
- Een indicatie voor een zorgvraag dient binnen de kortst mogelijke termijn te worden verstrekt om de zorg zo tijdig mogelijk te verlenen;
- Een vereenvoudiging die leidt tot een verkorting van de doorlooptijd mag geen onevenredige afbreuk doen aan de uitgangspunten van een onafhankelijke, objectieve en integrale beoordeling;
- Vereenvoudiging moet worden beoordeeld op het bereiken van efficiencywinst over het geheel van de keten.

Uitgaande van deze uitgangspunten heeft het College een drietal randvoorwaarden geformuleerd waaraan een nadere uitwerking van de vereenvoudiging moet voldoen:

- Het indicatieorgaan blijft eind verantwoordelijk voor het indicatiebesluit ongeacht bij wie en waar de handeling wordt uitgevoerd;
- Indien handelingen ten behoeve van de indicatiestelling door derden worden uitgevoerd, dient dit onder strikt omschreven condities plaats te vinden;
- Aanvragen voor een Persoonsgebonden Budget worden altijd volledig afgehandeld door het indicatieorgaan.

Het College heeft uitgaande van dit kader haar verkenning gepleegd naar de mogelijkheden van vereenvoudiging. In het volgende onderdeel van dit advies wordt daartoe een nog specifiekere kader geschetst waarbinnen deze mogelijkheden kunnen worden gewogen.

## 5 Een wegingskader

Naast de hiervoor genoemde uitgangspunten en criteria zal een verkenning van de mogelijkheden tot vereenvoudiging gediend zijn met een toetsingskader. In een aantal gevallen acht het College het verantwoord om de geschetste uitgangspunten minder absoluut te hanteren. Het College beveelt in de volgende gevallen deze relativering toe te passen.

- De aard van de zorg:  
Indien de zorg gericht is op herstel dit in relatie tot de
- De tijdseenheid:  
indien de zorg kortdurend is. Beide aspecten in samenhang met
- De omvang:  
te verlenen zorg moet beperkt in omvang zijn;
- Indien er niet eerder een indicatie is aangevraagd en tegelijkertijd ook niet elders aangevraagd;
- Kosten versus lasten:  
Indien de kosten van de uitvoering in een onevenredige verhouding staan tot het financiële beslag op AWBZ-middelen;
- De mate van urgentie:  
Indien er sprake is van urgentie bij de persoon in kwestie of in de sfeer van de bekostiging (de verkeerde bed problematiek);
- De meerwaarde van indicatiestelling:  
Indien de indicatiestelling snel achterhaald is door de snelle veranderingen in de zorgbehoefte (bijvoorbeeld bij terminale zorgverlening).

Met de geformuleerde uitgangspunten en deze beoordelingsaspecten beoogt het College de ruimte te creëren waarbinnen de uitvoering op een verantwoorde wijze vereenvoudiging kan nastreven. Naar de zienswijze van het College dienen zich vervolgens twee mogelijkheden aan om te komen tot vereenvoudiging. Dit betreft de administratieve aspecten van het uitvoeringsproces en het verlenen van mandaat aan derden dan wel het toepassen van delegatie.

## 6 Mandatering en delegatie

Door toepassing van delegatie of mandatering zijn er in theorie mogelijkheden om tot een verdere vereenvoudiging van het uitvoeringsproces te komen. De processen binnen de RIO's en tussen de RIO's en de ketenpartners gaan uit van de uitvoering van de indicatiestelling door de RIO's. Dan ligt uiteraard de verantwoordelijkheid hiervoor bij het RIO. Het College gaat in dit deel nader in op de vraag of delen van het werk dat is gemoeid met het stellen van een indicatie kunnen worden uitbesteed aan derden. En of het volledige proces kan worden uitgevoerd buiten het domein van het RIO. Hierbij doen zich volgens het College twee mogelijkheden voor:

- a. mandatering,
- b. delegatie.

Het College verstaat onder mandatering een werkwijze die erop neerkomt dat onder verantwoordelijkheid van het RIO door derden een indicatie wordt gesteld. Kenmerk van het mandaat is volgens art. 10:1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) de bevoegdheid om in naam van een bestuursorgaan (in casu het RIO) besluiten te nemen. Mandaat laat de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van het bestuursorgaan als mandaatgever onverlet. Besluiten van de gemandateerde gelden daarom als besluiten van de mandaatverlener zelf. Deze laatste is en blijft mitsdien ten volle voor het in mandaat genomen besluit bevoegd én verantwoordelijk. Dat laatste impliceert dat hij een door de gemandateerde genomen besluit kan intrekken. Bij mandatering worden dus geen verantwoordelijkheden en bevoegdheden overgedragen. Er komt simpel gezegd alleen een bevoegde bij. Deze neemt echter niet voor zich zelf maar voor de mandaatverlenende instantie en voor diens verantwoordelijkheid een besluit. De mandaatverlener heeft daarmee ook de bevoegdheid om de gemandateerde instructies te geven omtrent de uitoefening van het mandaat. Daarbij kunnen ook verplichtingen worden opgelegd om aan de mandaatverlener te rapporteren over de uitvoering van het mandaat. Er mag ook van worden uitgegaan dat de mandaatverlener het recht heeft om controle op de uitoefening van het mandaat uit te oefenen.

Onder delegeren wordt volgens art. 10:13 Awb een werkwijze verstaan waarin de bevoegdheid om besluiten te

nemen wordt overgedragen aan een andere instantie en ook de verantwoordelijkheid hiervoor bij deze partij komt te liggen. Bij delegatie is dus sprake van overdracht van bevoegdheid en verantwoordelijkheid. De delegatieverlener kan dus niet meer voor besluiten van de gedelegeerde verantwoordelijk worden gehouden. De verstrekker van de delegatie kan genomen besluiten dus ook niet intrekken. De enige mogelijkheid die de verstrekker heeft is het intrekken van de delegatie. Delegatie impliceert overdracht van verantwoordelijkheid en doorbreekt zodanig de wettelijk gewilde toedeling van die verantwoordelijkheid. Delegatie is daarom alleen toegestaan indien daarin bij wettelijk voorschrift is voorzien. In deze betekenis gaat het College er vanuit dat er vooraf door de wet- en regelgevende instantie tot delegatie is besloten. Op dit moment biedt de huidige wet- en regelgeving deze mogelijkheid niet. Het verlenen van een bevoegdheid bij delegatie kan dus nimmer de verantwoordelijkheid van het indicatieorgaan zijn.

Bij de beoordeling of er sprake kan zijn van delegatie of mandatering is afgezien van bovenstaande juridische kanttekeningen volgens het College de vraag aan de orde of kan worden afgeweken van de eerder geformuleerde uitgangspunten en condities. Om die afweging te kunnen maken is een meer inhoudelijk kader geformuleerd (paragraaf vijf).

Partijen waaraan mogelijk de verantwoordelijkheid voor en de bevoegdheid tot het nemen van een indicatiebesluit kan worden gedelegeerd, zijn de huisartsen en de ziekenhuizen. Dit zou een sterke vereenvoudiging van de huidige gang van zaken betekenen. Het College wijst er echter op dat deze partijen contractspartijen zijn van verzekeraars en als zodanig er belang bij kunnen hebben om de ziektekostenregelingen te ontlasten door de kosten onder te brengen in het AWBZ-domein. De onafhankelijkheid lijkt hier dus niet voldoende te zijn gewaarborgd. Gelet op de belangen die in het geding zijn, kan er daarom maar in beperkte zin sprake zijn van delegatie. Hieraan moet worden toegevoegd dat bij delegatie wel nadrukkelijk geregeld moet zijn dat de registratie van de indicatiebesluiten goed is geregeld. Dit vergt dus toch nadere afstemming met het RIO en een gedegen informatieoverdracht. Deze vorm van delegatie houdt het risico in zich dat de registratie van de besluiten niet

gecentraliseerd plaats vindt. Dit zou kunnen betekenen dat bij vervolgingen die buiten het delegatie besluit plaatsvinden, de integraliteit van de beoordeling geweld wordt aangedaan. Als dit moet worden voorkomen zal de administratieve belasting van deze organen aanzienlijk worden verzwakt. De met delegatie bereikte vereenvoudiging wordt dan te niet gedaan en steekt vervolgens niet langer gunstig af ten aanzien van een mandaatconstructie. Het is daarmee uiteindelijk nog maar de vraag of hiermee veel wordt gewonnen. Mogelijk dat de cliënt het als een verbetering ervaart, maar de uitvoerende partij wordt met meer uitvoeringsregels belast. Dit alles overwegende komt het College tot de conclusie dat het delegatieprincipe in de praktijk weinig soelaas biedt. Hieraan kan worden toegevoegd dat bij delegatie ook hoort bezwaar en beroep bij de instantie die verantwoordelijk is. Dit zou een aanzienlijke belasting betekenen van de hier genoemde actoren.

Vanuit de invalshoek van de onafhankelijkheid en de geschetste financiële belangen acht het College het niet raadzaam om aan aanbieders van AWBZ-zorg delegatie te verlenen. De eigen belangen van de aanbieder kunnen afbreuk doen aan de onafhankelijkheid en daardoor belemmerend werken op de vraagsturing. Dit wordt in dit advies dan ook niet nader overwogen.

Het College is vervolgens nagegaan of in nader te omschrijven situaties sprake kan zijn van mandatering aan aanbieders, ziekenhuizen en huisartsen. Ter illustratie worden hierna enkele mogelijkheden genoemd:

- Voor cliënten die nog geen AWBZ-zorg ontvangen, kan een aanbieder bij een aanvraag zorg die binnen het wegingskader valt direct inzetten. De aanbieder vult een door het RIO ontwikkeld aanvraagformulier in en dient dit in bij het RIO. Hier is dan sprake van gestandaardiseerde indicatiestelling op basis waarvan het RIO de aanvraag marginaal screent en een indicatiebesluit afgeeft voor bepaalde tijd;
- Indien er medische redenen zijn, kan een huisarts een aanvraagformulier van het RIO invullen. Ook hier geldt dat het moet gaan om zorg die past binnen het wegingskader (gevallen van acute urgente daargelaten). De huisarts treft dus binnen zijn mandaat een indicatiebesluit. Inzet van zorg kan vervolgens direct plaatsvinden. Het besluit wordt

volgens vooraf vastgestelde richtlijnen doorgestuurd naar het RIO;

- Zorg na een ziekenhuisverblijf in de zin van een vervolgbehandeling na ziekenhuisopname maar overigens vallend binnen het wegingskader, kan door een functionaris van het ziekenhuis worden afgehandeld conform de hierboven beschreven werkwijze. De zorgaanbieder kan deze zorg dan ook direct verlenen. Hierbij moet wel worden gewaakt dat ziekenhuisverplaatste zorg die ten laste komt van de ZFW in deze mandaatconstructie niet ten laste wordt gebracht van de AWBZ.

Kenmerken van deze vormen van mandatering zijn: de zorgvraag past binnen het geschetste wegingskader, de indicatiestelling verloopt volgens protocollen en er is een standaard vastgelegd door het RIO.

Voor wat betreft het verlenen van mandaat is het College van oordeel dat buiten de hantering van deze drie aspecten het niet geoorloofd is een mandaat te verstrekken. Een bestuursorgaan kan volgens art.10:3 lid 1 Awb mandaat verlenen tenzij de aard van de bevoegdheid zich hier tegen verzet. Dit zou kunnen betekenen dat mandaat aan derden tegenover wie de wetgever juist onafhankelijkheid wilde waarborgen, strijdig met de aard van de bevoegdheid is. Daarom stelt het College voor bij iedere mandaatverlening een nadere afweging te maken en condities te stellen. Dit advies beoogt daartoe het kader te bieden. Dit betekent ook dat er ook met precisie moet worden bepaal welke range aan mogelijkheden aan de onderscheiden mandatarissen geboden wordt. Niet-gespecificeerde en ongeconditioneerde mandatering door een RIO wordt daarmee door het College afgewezen.

Het college onderscheid verder een volledig mandaat en het taakmandaat. Bij een volledig mandaat wordt de bevoegdheid om te besluiten over indicaties overgedragen aan een derde partij. Bij een zogenaamd taakmandaat worden delen van de handelingen die aan de besluitvorming vooraf gaan aan een derde gemandateerd.

## 7 Controle op uitoefening

Uit het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat mandatering omgeven moet zijn met waarborgen voor een zorgvuldige handelwijze. Het uitbestedende orgaan blijft immers verantwoordelijk voor de kwaliteit van het besluit zelf. Wanneer wordt overgegaan tot mandaatverlening, hetzij door beperkte hetzij door volledige mandatering, dient het verantwoordelijke orgaan controle op de uitoefening van het mandaat te kunnen uitoefenen. Volgens het College dient deze controle zich niet alleen te beperken tot de werkwijze van de gemandateerde maar ook tot de uitkomst. Dit betekent dat de mandaatverlener, het indicatieorgaan, de resultaten moet controleren. Daarbij doen zich volgens het College een aantal mogelijkheden voor:

- Door het RIO worden steekproefsgewijs de uitgevoerde werkzaamheden gecontroleerd, dit is met name van toepassing bij een taakmandaat. Hoe beter het toezicht op de uitvoering van het taakmandaat is hoe beter het RIO in staat is bij marginale toetsing het proces met een indicatiebesluit af te ronden;
- Bij een volledig mandaat kan het RIO ook de controle uitoefenen door steekproeven te nemen. Deze kunnen betrekking hebben op het uitvoeringsproces maar ook op de inhoud van het besluit. Deze vorm van mandatering ligt voor de hand bij toekenning van mandaat aan een huisarts en aan een ziekenhuis;
- Voor wat betreft de rechtskracht van binnen mandaat genomen besluiten door aanbidders kan overwogen worden deze gedurende enkele dagen het karakter van een voorgenomen besluit te geven. Indien het indicatieorgaan binnen deze periode hierin geen wijziging aanbrengt, wordt dit een rechtsgeldig besluit. Wanneer de aanbieder eerder dan deze opschortingstermijn overgaat tot verlening van de voorgenomen zorg doet deze dat geheel en al voor eigen risico. De termijn waarin sprake is van een voorgenomen besluit mag uiteraard niet te lang zijn. Te denken valt aan een termijn van vijf dagen. Dit houdt in dat de aanbieder na vijf dagen het groene licht heeft en er sprake is van een rechtsgeldig besluit dat door het RIO dan niet meer herroepen kan worden. Deze optie vereist waarschijnlijk aanpassing van de wet- en regelgeving.

Wanneer sprake is van het uitoefenen van een mandaat vereist dit dat het RIO met de instelling waaraan een mandaat is verleend een overeenkomst opstelt waarin wordt vastgelegd welk mandaat het RIO verstrekt. Het College beveelt aan dat van de zijde van de Staatssecretaris wordt voorgeschreven dat alleen onder de in dit advies beschreven condities en afwegingen mandaat mag worden verstrekt. Het hiervoor beschreven wegingskader kan daarbij dienstig zijn. De overeenkomst tussen het indicatieorgaan en de gemandateerde moet vervolgens regelen waaraan de gemandateerde moet voldoen indien deze van het mandaat gebruik wil maken. Hierin moet in ieder geval worden vastgelegd dat er geprotocolleerd wordt gewerkt volgens de instructies van het indicatieorgaan, dat er op een vooraf vastgelegde wijze een melding bij het indicatieorgaan plaatsvindt van de zorglevering en de beoordeling die daaraan ten grondslag ligt. Ook moet geregeld zijn hoe en op welke wijze het indicatieorgaan sancties kan treffen, waarbij het terugnemen van het mandaat de uiterste sanctie is. Het gaat te ver om in het kader van dit advies hieraan een gedetailleerde uitwerking te geven.

## 8 Implementatie

Het College beveelt aan om stapsgewijs de mogelijkheden van mandatering te verkennen. Indien er concrete resultaten zijn te putten uit de rondgang die medewerkers van het ministerie van VWS momenteel maken langs het veld kan daarvan bij voorrang gebruik worden gemaakt. Het is echter bepaald niet raadzaam om het veld over de gehele linie te belasten met mandaatformuleringen die op centraal niveau worden bedacht. Het College acht het verstandiger om op enkele plaatsen in het land goed gestructureerde pilots uit te voeren. Daarbij kunnen er een aantal gericht zijn op de mandatering van aanbieders. Een aantal andere gericht op huisartsen en op ziekenhuizen. Voor deze pilots kan aansluiting worden gezocht bij inmiddels bestaande praktijksituaties. Voorwaarde voor een goede fundering van een kwalitatieve verbetering van de uitvoering is dat deze pilots adequaat worden begeleid en dat er een gedegen evaluatie plaats vindt. Op deze wijze wordt voorkomen dat de uitvoering overhaast met nieuw beleid wordt geconfronteerd. Het College pleit er voor om pas over te gaan tot een landelijke uitrol als de werkwijze in de praktijk is onderzocht en als zich een verbetering heeft bewezen. De landelijke implementatie van op deze manier ontwikkelde mandaatconstructies kan dan gekoppeld worden aan de te vormen nieuwe landelijke organisatie.

## 9 Administratieve vereenvoudiging

De administratieve vereenvoudiging heeft primair betrekking op het interne proces bij de RIO's.

De indicatieorganen werken op basis van de centrale richtlijnen die van de zijde van het ministerie van VWS zijn opgelegd. Deze richtlijnen hebben er tot op dit moment niet toe geleid dat er bij alle RIO's een eenduidig afhandeling-proces wordt uitgevoerd. Bij de vorming van een nieuwe uitvoeringsorganisatie zal dit geüniformeerd moeten worden waarbij een vergaande standaardisering van de werkwijze wordt aanbevolen. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de voorstellen die inmiddels binnen de uitvoering door diverse gremia (LVIO, de eerder genoemde Werkconferentie e.d.) zijn gedaan. Voorbeelden van mogelijkheden om indicaties sneller af te handelen:

- Invoering van standaardindicaties met name in de V&V-sector;
- Meer directe afhandeling bij de aanmelding. Dit vergt een hoogwaardig aanmeldpunt met voldoende capaciteit;
- De onderzoeksgegevens die met de formulierenset worden gegenereerd moeten meer dan thans het geval is resulteren in sterker een korte en relevante beschrijving van de uitkomst van het indicatieproces;
- Dit moet er toe bijdragen dat er een begrijpbaar eindproduct voor de cliënt (indicatiebrief) komt. Hiermee worden tijdvrageende extra gesprekken na de indicatiestelling voorkomen;
- Het informatiesysteem moet bijdragen aan de hiervoor gevraagde output;
- Bij vervolgindicaties die door het RIO worden afgegeven, kan meer voorwerk worden gedaan door de zorgaanbieder waar de cliënt in zorg is. Bij een ongewijzigde situatie kan een indicatie zonder meer worden verlengd;
- Een deel van de indicaties is niet regulier; deze komen uit een ver verleden (bijvoorbeeld cliënten die al jaren intramurale zorg krijgen zonder dat er een indicatie bestaat). Om efficiencywinst te bereiken, moet het reguliere uitvoeringsproces hiermee niet worden belast, maar moeten deze indicaties in een apart traject worden afgehandeld. Invoering van deze gegevens moeten leiden tot een gestandaardiseerde indicatie.

## 10 Het verkeer tussen het RIO en de zorgketen

Een deel van de nu bestaande bureaucratie ligt niet direct aan de werkwijze van het RIO maar aan de aansluiting van de keten. Vanuit de rol die de indicatiestelling speelt in de keten is vereist dat bepaalde informatie wordt vastgelegd en uitgewisseld. Informatie die wellicht niet bijdraagt aan of van betekenis is voor de indicatie zelf. Door deze aansluiting beter af te stemmen kan voor de achterliggende partners efficiency winst worden bereikt:

- Belangrijke voorwaarde is de ontwikkeling van een cliëntdossier dat voor alle ketenpartners inzichtelijk en bruikbaar is (eindproduct van de één moet startdocument van de ander zijn);
- De eerder genoemde uitkomst van de indicatiestelling moet beknopter worden beschreven en beter aansluiten op de behoeften van de gebruikers in de zorgketen;
- In de modernisering van de AWBZ moeten vervolgstappen worden gezet in de keten zodat partijen meer dan thans het geval is, gaan denken en handelen in termen van functies.

## 11 Tenslotte

Het College geeft in dit advies drie wegen aan waarlangs een vermindering van bureaucratie en een vereenvoudiging van de uitvoering kan worden gerealiseerd. Zij geeft daarbij wel een waarschuwing. Een te grote druk op de indicatieorganen om tot vermindering van bureaucratie en vereenvoudiging te komen, kan een averechts effect hebben. Het is nog steeds niet zo dat de organen in een stabiele omgeving verkeren. Verdergaande aanpassingen van het werkproces, hoe gewenst ook, vergen tijd en aandacht. Vandaar dat het College in dit advies een pleidooi houdt voor een beheerste implementatie.

Voorts wijst het College erop dat de door haar verkende mogelijkheden zich beperken tot mandatering onder strikte voorwaarden. Anders is het risico groot dat de poortwachterfunctie van de indicatiestelling geweld wordt aangedaan. Dit advies zou daarom de titel kunnen dragen *"mandatering ja, maar weloverwogen en met mate"*.

## **Bijlagen**

## A. De gespreksrondes: ervaringen indicatiestellers

- De werkzaamheden hebben zich niet in een stabiele omgeving kunnen voltrekken. Men heeft inmiddels vier megaveranderingen achter de rug. Het is daarom thans niet goed mogelijk om de uitvoeringsprocessen te meten. Dit vraagt een bestendiger situatie;
- Er bestaan veel verschillen tussen de RIO's: het ene RIO handelt 80% van de aanvragen af binnen 2 weken, een ander RIO schrijft 80% van de aanvragers brieven om zich te excuseren voor een te late afhandeling;
- Er moet nu meer worden geregistreerd dan vroeger, er zijn veel meer verplichte velden in het systeem. Ook gegevens die niet van belang zijn voor de indicatiestelling, maar voor de rest van de keten, moeten nu worden vastgelegd. De automatisering zou hieraan ondersteunend moeten zijn, maar werkt soms ook contraproductief;
- Verplichte velden gelden ook voor eenvoudige aanvragen, bijv: voorkeur cliënt, pgb, toestemming doorsturen dossier;
- Bij het zoeken naar winst moet je niet kijken naar de organisatievraag van een eenvoudige of een complexe vraagbehoefte. De opbouw van het dossier moet centraal staan, dat kan veel winst geven in het geheel van de keten. Is de dossiervorming goed, dan kan veel verkort worden gedaan. Dit zou qua automatisering moeten kunnen;
- Op de vraag of er iets uit de dossiervorming zou kunnen, volgt de vraag: welke kwaliteit wil je? Als de hoogste kwaliteit voor de gehele keten moet gelden, dan kan er niets uit. Registratie op basis van stoornissen, beperkingen en functies is een enorme meerwaarde. Door de nieuwe systematiek is het beeld nu objectiever en waardevoller geworden.
- Moet elke aanvrager worden beklopt en bevoeld? Als de cliënt door een chronische beperking is aangewezen op de AWBZ wel. Er zijn andere situaties:
  - iemand die uit het ziekenhuis komt en thuis nog even zorg nodig heeft in verpleegkundige zin. Hier is eigenlijk sprake van een verlengde behandeling. Daar voegt de indicatiestelling niets aan toe. Dit gaat alleen niet op als cliënten voordien al zorg hadden, dan is er vaak meer aan de hand. Indicaties in de sfeer van verlengde behandelingen moeten wel worden gelimiteerd in tijd. In

deze situaties zit je op de rand van de AWBZ met de curatieve sfeer.

- Kunnen cliënten huishoudelijke verzorging zelf indiceren? Laat dit een cliënt nooit zelf doen, het gaat om AWBZ-middelen en elke cliënt wil zijn huis schoongemaakt hebben. De meeste bezwaren gaan over de huishoudelijke zorg. Je zou hiervoor wel een standaard kunnen maken, bijv. boven de 80 jaar, geen gebruikelijke zorg, omvang 3 uur per week. In een dergelijke situatie wordt vrijwel nooit een aanvraag afgewezen. Het is wel zo dat bezwaar/beroep bij huishoudelijke verzorgingsaanvragen vaak voorkomt. Om dit goed af te kunnen handelen, moet er voldoende informatie beschikbaar zijn. Kan huishoudelijke verzorging sneller worden afgehandeld? Ja, maar wat win je daarmee. Als het alleen om poetswerk gaat, is er geen urgente situatie. Het is van meer belang om andere urgente situaties snel af te handelen.
- Zoek de oplossing niet in de procedure. Het probleem zit in de verandering. Ook in de toename van het aantal aanvragen. Na verandering is een herstelperiode nodig en de keten moet gaan aansluiten. Wat is bureaucratie: dubbel werk. Als de aanbieder alles over doet, dan is dat dubbel werk. Dat gebeurt nog steeds, omdat de keten nog niet één taal spreekt;
- Bij een nieuwe aanvraag moeten nu de oude besluiten nog worden omgezet naar een functiegericht besluit. Een omslag van oud naar nieuw heb je bij alle veranderingen. De omslag is ook nodig voor de bekostigingssystematiek die straks gaat gelden. Dit zou ook kunnen met een grote vereveningsslag. Probleem van de oude indicaties moet je buiten de reguliere werkwijze houden;
- De automatisering moet vereenvoudigd kunnen. De systemen leveren een versnipperd beeld op. Het eindproduct moet geen 17 pagina's zijn, maar 1 à 2 A-viertjes waarop de informatie is gebundeld. De leesbaarheid is nu rampzalig. Zorgaanbieders doen nu weinig met de informatie. Zij willen ook geen ingewikkeld rapport, maar een kort overzicht. Het eindproduct van het RIO zou het startdocument voor de aanbieders moeten zijn. Dan voorkom je dubbel werk. Dit is nu niet het geval;
- Kun je verkort, direct indiceren? Met een beslisboom kun je goed telefonisch indiceren. Maar er dient wel een goede registratie plaats te vinden, anders loopt je later tegen

- incomplete dossiers aan. Er kan ook meer gestandaardiseerd worden waardoor er meer snelheid in de afhandeling komt;
- Meer mandateren? Dan ontstaat een relatie tussen de aanbieder en de claim op financiële middelen. Zorgaanbieders hebben elk hun eigen meetlat van onafhankelijkheid, die heeft een relatie met hun wachtlijst/leegstand. Daarnaast gaat het bij indiceren niet alleen om één product, maar ook om een integrale benadering;
  - Hoe kun je snel afhandelen? Tuig de aanmelding goed op. Eenvoudige vragen kun je ter plekke afhandelen, binnen paar uur gaat het besluit de deur uit. Is het niet direct af te handelen, dan moet er goed worden doorgeleid. Daarvoor is HBO-niveau nodig. Bij de aanmelding moeten altijd mensen direct beschikbaar zijn;
  - Zijn er vereenvoudigingsmogelijkheden bij het multidisciplinair team; wat laat je daar wel of niet beoordelen? Moeten de dokters bij alles meekijken? In het MDT zouden alleen discussiestukken moeten komen. Geen hamerstukken. Elk MDT-stuk wordt door 5 à 6 man gelezen, met de inzet van die tijd moet je kritisch zijn;
  - Als je het hebt over het verminderen van bureaucratie is integraliteit belangrijk. Integraal werken betekent vaak één afhandeling in plaats van twee. Integraliteit geeft echte winst.
  - Bedenk bij de oplossing van het probleem, waar de pijn zit. Problemen liggen vaak elders. Kijk naar de keten en zorg voor voldoende fte bij RIO's.

## B. De gespreksrondes: ervaringen zorgkantoren

- De indicatiestelling door de RIO's wordt als administratieve last (in ruime zin van het woord) ervaren als er wijzigingen in het indicatieadvies zijn of als er moet worden geherindiceerd. De bandbreedtes zijn te smal waardoor eerder moet worden geherindiceerd. Deze handelingen kosten zeer veel tijd.
- Voor cliënten en soms ook voor zorgaanbieders is het indicatiebesluit absoluut onleesbaar en onduidelijk. Met als gevolg dat uitleg aan RIO's, zorgkantoren of zorgaanbieders wordt gevraagd. Hierdoor wordt het nut van de indicatiestelling niet beleefd, integendeel dit werkt contrair;
- Vooral zorgaanbieders en cliënten zijn niet klaar voor functiegericht werken. Ook bij de overbrugging van zorg ligt het moeilijk. De vertaling van functiegerichte indicaties naar productgerichte indicaties (conversie) levert nog veel problemen op en deze worden aan de RIO's verweten;
- Er wordt veel waarde gehecht aan een indicatie, terwijl dit een moment opname is. Echter, deze momentopname is wel bepalend voor zorgverlening aan een cliënt gedurende meerdere jaren;
- Op de vraag hoe zorgkantoren in hun rol als zorgtoewijzer de indicatiestelling van een indicatieorgaan doorgeven naar zorgaanbieders is het antwoord dat de meesten automatisch doorgaan. Wel zijn er geregeld vragen over bijvoorbeeld onderdelen die niet geboden kunnen worden of wie de hoofdaanbieder is;
- Een verbetering en ontlasting van het werk van indicatieorganen zou zijn door meer ruimte te geven in het proces voorafgaand aan de zorgverlening. Dit kunnen zorgaanbieders en cliënt doen, waarbij achteraf, zeker bij spoedzaken, wordt gekeken of de zorglevering goed is verlopen. Hierbij zorgt een aantal nieuwe aanbieders wel voor problemen. Zij moeten een marktpositie veroveren en vasthouden. Door vertraging bij indicatieorganen zetten sommige nieuwe aanbieders ongebreideld zorg in waarbij achteraf wordt geïndiceerd. Het gevaar bestaat dan dat dit niet meer valt te corrigeren;
- Voor kortdurende kleine verpleegkundige handelingen zouden landelijke protocollen afgesproken kunnen worden die af en toe worden getoetst. Dan is de inzet van een indicatieorgaan onnodig. Het zorgkantoor kan de toetsing op zich nemen;

- Wat is chronische zorg? Als suggestie wordt gedaan de grens bij 26 weken te leggen. De eerste zes weken is er geen indicatie nodig, na zes weken wordt geëvalueerd hoe lang de zorg nog nodig is. Wordt deze binnen een bepaalde tijd afgebouwd dan is indicatiestelling niet nodig. De omvang is geen goed criterium voor het bepalen van wel of geen indicatiestelling omdat deze per persoon te verschillend is. Chronisch kan heel lang weinig zorg betekenen maar bij een chronische situatie kan de hulpvraag ook heel snel veranderen;
- De problemen van de zorgkantoren zitten niet in de definities en bekendheid van functies. Probleem is dat alle partijen nog voor een deel in producten denken;
- Kan bij intramurale zorg mogelijk met een vereenvoudigde procedure gewerkt worden? Door middel van de functiegerichte financiering krijgen instellingen een gemiddeld bedrag waarvoor zij de zorg moeten leveren. Aangegeven wordt dat het heel moeilijk is mensen voor een gemiddeld bedrag in een verpleeghuis te laten opnemen. De behandelcomponent is cruciaal bij de functiegerichte financiering. Daarom moet de indicatie heel goed zijn;
- In de indicatiebesluiten voor de gehandicaptensector staat weinig informatie, dat heeft te maken met de privacy van de cliënt. Daardoor moet bijna altijd telefonisch informatie worden opgevraagd om het goed te kunnen bemiddelen. De indruk bestaat dat dit gaat verbeteren na overgang van de indicatiestelling naar de RIO's;
- Indicatiestellers hebben bij het College aangegeven dat ze op de indicatieformulieren velden moeten invullen waarvan zij betwijfelen of deze gegevens nodig zijn. Aangegeven werden bijvoorbeeld de velden contactpersonen en aanbieder van voorkeur. Voor de zorgkantoren zijn deze gegevens belangrijk. Als deze informatie telefonisch moet worden opgevraagd, leidt dat tot meer bureaucratie;
- Waar de zorgkantoren moeite mee hebben, is dat er veel herhalingen in de formulieren staan. Er wordt voortdurend met verwijzingen gewerkt. Het blijkt dat zowel de indicatiestellers als de zorgkantoren de opbouw van de formulierenset onderschrijven maar de output niet. Indicatiestellers vinden dat uit de samenvatting niet duidelijk blijkt wat de situatie van een cliënt is en wat er moet gebeuren. De zorgkantoren missen de informatie waarom keuzes zijn gemaakt. Dat levert regelmatig discussie op met

het RIO, de aanbieder of het zorgtoewijzingsbureau. Onduidelijk is wat van partijen mag worden verwacht en welke ruimte er is;

- Bij functiegericht indiceren moet in het indicatiebesluit de grondslag voor klassen, functies en leveringsvoorwaarden worden genoemd. In de praktijk vindt nogal wat discussie plaats over wat aanbieders met de leveringsvoorwaarden kunnen doen. Theoretisch zit dit allemaal goed in elkaar maar in de praktijk komt dit over als bureaucratie.

## C. De gespreksrondes: ervaringen aanbieders

- GGZ: knelpunt is het teruglopen van informatie die doorkomt. Veel informatie blijft bij de RIO's. Daarom wordt veel overgedaan, wat dubbel werk is. Een compleet en overzichtelijk dossier zou naar de aanbieder moeten overkomen;
- Er is verschil tussen nieuwe en bestaande cliënten. Als indicatiestelling is verlopen, zou er een simpel piepje moeten komen;
- Vervolgindicatie: bij deze indicatie is de geldigheid verlopen. Herindicatie: in deze situatie is de zorgvraag veranderd, dus een wijziging van omstandigheden;
- Vervolgindicaties komen nog niet veel voor. Gaat nu om herindicaties;
- Er is een overgangsprobleem. Als de cliënt bekend is bij het RIO, kan het telefonisch heel snel gaan, binnen 20 minuten. Nu ontbreken dossiers omdat oude indicatie van oude producten naar nieuwe functies moeten worden omgezet. Er moet een goede dossiervorming bij het RIO zijn;
- Maak de bandbreedte groter, dan hou je meer ruimte;
- Verzorgingshuizen: nu geen probleem, verblijf is één klasse. Straks is er wel een probleem. De gemiddelde leeftijd is 88 jaar. Zorg in een verzorgingshuis is gewoon 24 uur zorg. Er wordt niet gelet op minuten of soort zorg;
- Thuiszorg: soms is minder zorg nodig, soms meer;
- Verstandelijk gehandicaptenzorg: bij individuele zorg wordt deze zeker door de ouders gecontroleerd;
- Wensen: minder klassen en bekostiging per grote eenheid;
- Aanbieders zitten met de bekostigingssystematiek. Deze zou moeten aansluiten op de indicatiestellingsystematiek.
- Indicatiestelling sluit niet altijd aan op de zorg. Komt door de dynamiek van het zorgproces: bij cliënten doen zich soms zeer snel veranderingen voor die noodzaken tot een aanpassing van de dienstverlening. Het gaat met name om kortdurende, complexe zorg, zoals terminale zorg. Suggestie: geef voor deze zorg gewoon een open indicatie en reken later af met een definitieve indicatiestelling;
- Van ziekenhuis naar thuis, geef daarvoor ook een mandaat af;
- Crisisopname wordt nu ingezet met een toetsing achteraf. Dit loopt nu naar tevredenheid;

- Bij alle opnames achteraf toetsen kan betekenen dat er dubbel werk wordt gedaan;
- Zorgaanbieders kunnen de te leveren benodigde zorg wel inhoudelijk wegens maar voor een weging op basis van de wettelijke kaders hebben ze onvoldoende expertise. Dit moet het RIO regelen;
- Als er wordt gemandateerd: passen nieuwe aanbieders de inhoudelijke beoordeling wel objectief toe? Dit geldt ook in zijn algemeenheid voor zorgaanbieders als er geen wachtlijsten zijn;
- Kan er met cliëntprofielen worden gewerkt?  
GGZ: zou prima kunnen. Zintuiglijk gehandicaptenzorg: het bepalen van toegang is redelijk eenvoudig. Moeilijk is welke zorg er precies nodig is. Daarvoor is hoge expertise nodig. Verstandelijk gehandicaptenzorg: voor mensen met sterke gedragsproblemen wel. Bij extramurale zorg wordt juist graag met differentiaties gewerkt. Kun je aansluiten op de wens van een cliënt/ouder. Dit geldt niet bij verblijf. Let wel op: bij cliëntprofielen ga je standaardiseren. Dat is juist in strijd met het vraaggericht werken wat we willen doen;
- Mogelijkheden standaardisering. Als er binnen de GGZ sprake is van een psychogeriatrisch beeld kun je de indicatiestelling vanaf de diagnose loslaten. Probleem is wat je dan met de weging van de gebruikelijke zorg en de woonomstandigheden doet;
- Indicatie voor alleen chronisch zorg?  
Verstandelijke gehandicaptenzorg en lichamelijke gehandicaptenzorg is vaak chronisch. Zintuiglijk gehandicaptenzorg: 80% ben je binnen een half jaar kwijt;
- Mandateer niet voor de functie verblijf: die moet je altijd onafhankelijk indiceren;
- Hoe verhoudt mandatering zich tot integraliteit als er meer dan één aanbieder is. Een integrale indicatiebeoordeling is er niet bij de aanbieders. Bij de aanbieders is er zorgcoördinatie, dat kan integraal worden benaderd. De integrale foto: dat is de claimbeoordeling van de RIO's, de uitvoering van de integraliteit is des aanbieders bij de coördinatie;
- Tot slot: als het gaat om dezelfde functie maar de omvang verandert, dan ligt mandatering voor de hand. Dit geldt ook voor kortdurende zorg. Als dit exclusief verblijf is, kan dat ook worden gemandateerd.

## D. De gespreksrondes: ervaringen cliënten/patiënten

- De onafhankelijke indicatiestelling zoals deze is beloofd, wordt door de cliënten als zeer waardevol ervaren. Cliënten/patiënten hechten zeer aan de onafhankelijk hiervan;
- Cliënten ervaren dat aanbieders een belang bij de indicatiestelling hebben. Het komt voor dat een cliënt een conflict met een aanbieder heeft. De onafhankelijke indicatiestelling van het RIO is voor de cliënt dan wezenlijk;
- In principe zijn cliënten/patiënten geen voorstander van mandatering. Wel is duidelijk dat gezien de ontwikkelingen, hiermee pragmatisch moet worden omgegaan. Het RIO kan bijvoorbeeld protocollen maken voor derden, maar moet zelf eindverantwoordelijk blijven. Het mag niet zo zijn dat de aanbieders de indicatie kunnen gaan bepalen. Bij mandatering moet het RIO achteraf toetsen. Ook moet er de mogelijkheid zijn, als een cliënt geen gebruik wil maken van een gemandateerde zorgaanbieder, de indicatie rechtstreeks bij het RIO aan te vragen;
- De zorgvormen die voor mandatering in aanmerking kunnen komen, zijn de kortdurende/revalidatie zorg en de enkelvoudige zorg. Mandatering voor langdurige zorg wordt afgewezen. Bij mandatering moeten de uitgangspunten objectief, integraal en onafhankelijk overeind blijven;
- Mandatering aan huisartsen, loketten en ziekenhuizen:
  - huisartsen zouden gemandateerd kunnen worden,
  - mandatering voor indicatiestelling AWBZ-zorg aan lokale loketten zou moeten kunnen, mits er geen combinatie is met de Wet maatschappelijke ondersteuning (dan ontstaan belangentegenstellingen van financieringsstromen),
  - met mandatering aan algemene ziekenhuizen moet voorzichtig worden omgegaan. Ziekenhuizen hebben een eigen belang bij het vrijmaken van bedden. Ontslag zou alleen moeten kunnen plaatsvinden, als de aansluitende zorg is gegarandeerd;

- De ervaringen van cliënten met de afhandelingstermijn van indicaties bij de RIO's zijn zeer divers. In dit kader wordt met name de afhandelingstermijn van een indicatie na een ziekenhuisopname als lang ervaren. Het beeld dat indicaties altijd lang duren, willen de cliëntenorganisaties nuanceren. Vaak worden indicaties ook snel afgegeven. Oorzaken die naar de mening van cliëntenorganisaties leiden tot een lange afhandelingstijd bij het RIO zijn:
  - RIO's ontvangen van gemeenten te weinig geld voor voldoende formatie,
  - Een aantal RIO's zit in opschalingperikelen.
- Ervaren wordt dat de afstemming tussen het RIO en de aanbieders onvoldoende is. Zorgaanbieders doen de indicatie voor een deel over;
- Er is zorg over de ontwikkeling van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Gaat dit voor de cliënten betekenen dat er straks meerdere loketten ontstaan met eigen financieringsstromen voor de aanvraag van verstrekkingen? Cliënten verwachten van het RIO dat zij alles integraal kunnen afhandelen. Als het RIO gaat doorverwijzen, zal dit als bureaucratie worden ervaren;
- De cliënten ervaren de toegang tot de zorg als bureaucratisch. Enerzijds omdat niet helder is wat de functies inhouden en wat zij daarvoor kunnen krijgen. In dit kader is ook de indicatiebrief niet helder. Anderzijds omdat men de toegang als verbrokken ervaart. Wie is nu waarvoor verantwoordelijk;
- Op dit moment worden veel indicaties telefonisch afgehandeld. De cliënten zijn hiermee niet zo gelukkig. Vanuit een vereenvoudiging van de indicatiestelling is een telefonische afhandeling begrijpelijk, maar vaak is er een aanname bij het RIO dat er een bepaalde mantelzorg aanwezig is, die niet klopt. Dat komt ook omdat cliënten bij een eerste telefonisch contact niet hun hele hebben en houden op tafel willen leggen. Daarnaast zijn er cliënten die het moeilijk vinden zich telefonisch goed te verwoorden; zij voelen zich met een telefonische indicatie afgescheept;
- De optie om de indicatiestelling te vereenvoudigen door deze weg te halen uit de Algemene wet bestuursrecht wordt door de cliëntenorganisaties niet onderschreven. De gang naar de rechter moet voor cliënten open blijven, zowel voor indicaties voor enkelvoudige zorg, als voor

indicaties voor meervoudige zorg. In dit kader moeten besluiten altijd door het RIO worden genomen. Bij het RIO moet deze rechtsgang mogelijk zijn.

## **E. Samenstelling College**

De samenstelling van het College Implementatie Indicatiebeleid tijdens de opstelling van dit advies was als volgt:

- De heer J.F. Buurmeijer (voorzitter)
- Mevrouw R.E. van Essen
- De heer drs. E.M.P. Holman (secretaris)
- De heer E.J. Koekoek
- De heer M.J.A. Meijer
- De heer G.F. van Pijkeren
- Mevrouw drs. P.I. Polman MPH
- Mevrouw drs. I. ter Veen (ambtelijk secretaris)
- Mevrouw drs. H.W. Voermans

Geconsulteerden:

- De heer mr. J.M. van der Most
- De heer drs. E.W. Wolffensperger