

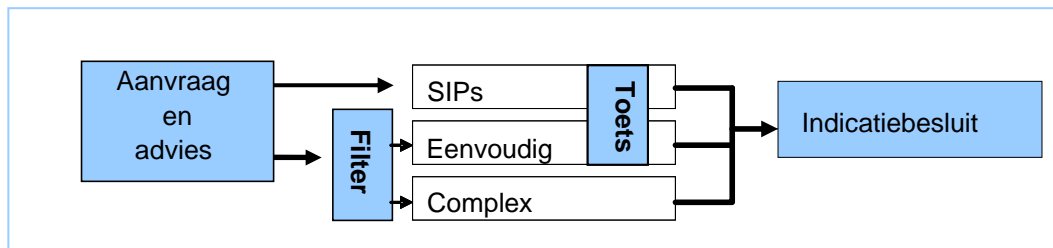
# Notitie bij de brief 2858927 aan de Tweede Kamer over de voorstellen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling

## 1. Flexibilisering Werkprocessen van het CIZ (FWP)

### Opzet pilot

De pilot waarin het vereenvoudigd werkproces is getest, vond plaats in: Den Haag, Nijmegen, Zwolle, Amsterdam/Waterland en Leeuwarden. De pilot is fasegewijs gestart tussen september 2007 en december 2007. De looptijd was drie maanden. In de pilot is het de bedoeling zoveel mogelijk gebruik te maken van de cliëntkennis van een zorgaanbieder/-professional om het werkproces eenvoudiger en daarmee cliëntvriendelijker te maken. Is het in het werkproces van het CIZ nu nog uitgangspunt dat elke AWBZ aanvraag door het CIZ zelf wordt onderzocht, in de pilot leveren zorgaanbieders digitaal een minimale gegevensset aan, waarna een filter wordt toegepast. Dit is een richtingaanwijzer die bepaalt welke aanvragen voor afhandeling in werkstroom "eenvoudig" of "complex" terecht komen. De aanvragen uit de werkstroom "eenvoudige indicaties" kunnen op basis van de informatie van de professionele zorgaanvragers door het CIZ worden getoetst.<sup>1</sup> De aanvragen uit de werkstroom "complexe indicaties" worden door het CIZ afgehandeld. Schematisch weergegeven ziet het er als volgt uit (schema 1):

### Schema 1 Weergave van het werkproces, inclusief de vereenvoudigde afhandeling



De bedoeling is om met deze werkwijze een vermindering van de bureaucratie (minder dubbele contacten en vervolcontacten), een afnemende papierstroom en een versnelling van de indicatiestelling te bereiken. Dit alles met behoud van kwaliteit en onafhankelijkheid. Een voorbeeld ter adstructie:

#### Casus FWP

*Mevrouw de J. is in zorg bij een thuiszorgaanbieder vanwege een progressieve ziekte. De laatste tijd verslechtert de situatie van mevrouw waardoor uitbreiding van de zorg nodig is in de thuissituatie. De zorgaanbieder overlegt met mevrouw en haar familie wat zij denken dat nodig is. Vervolgens dient de zorgaanbieder namens mevrouw de zorgvraag in bij het CIZ (inclusief persoonsgegevens, ziektegegevens, onderzoeksgegevens naar wat nodig is en indicatieadvies in functies en klassen). Deze aanmelding verloopt via de digitale aanmelding van het CIZ.*

*De aanmelding komt binnen bij het CIZ en wordt gecontroleerd op volledigheid en duidelijkheid, waarna het CIZ direct een indicatiebesluit kan afgeven. De benodigde extra zorg kan direct worden ingezet door de thuiszorgaanbieder.*

*In een latere fase wordt de aanvraag en het advies getoetst door een CIZ-indicatiesteller.*

<sup>1</sup> Toetsing is noodzakelijk om de kwaliteit, rechtmatigheid en onafhankelijkheid te borgen. Hierbij bepaalt de wetgever door de AWBZ en het Besluit zorgaanpakken wat de wettelijke aanspraakmogelijkheden zijn.

*De toetsing gebeurt volgens een vast format op correctheid van informatie en juistheid van afgegeven advies door de zorgaanbieder. Indien een correctie noodzakelijk is wordt dit gecommuniceerd via de relatiebeheerder van het CIZ met de contactpersoon van de zorgaanbieder. Bij de start van de samenwerking zijn hier afspraken over gemaakt.*

## Uitkomsten

Door toetsers van het CIZ is bekeken of de zorgaanbieders de juiste klassen en functies hebben aangegeven in het advies. Zij hebben vastgesteld dat een kwart van de getoetste adviezen incorrect is. In de praktijk blijkt tegelijkertijd wel dat er een leerproces ontstaat bij de zorgaanbieders door terugkoppeling van de toetsingsresultaten en instructies voor verbetering in het kader van relatiebeheer. Overigens is er wel verschil tussen de deelnemende zorgaanbieders; de best scorende zorgaanbieder heeft binnen de pilot een afwijking van "slechts" 10%. Naast de functies en klassen is ook gekeken of de situatie van de cliënt goed in kaart is gebracht in het advies en op juiste wijze is vertaald conform de wet- en regelgeving. Het blijkt dat de algemeen gebruikelijke en wettelijke voorliggende voorzieningen en mantelzorg de grootste problemen opleveren bij een vertaling van de cliëntsituatie naar wet- en regelgeving (tabel 1).

Tabel 1 **Opvallendste resultaten kwalitatieve onderbouwing van het advies**

Kwalitatieve onderbouwing	Ja	Nee
Heeft de aanbieder/aanmelder rekening gehouden met wettelijk voorliggende voorzieningen?	71 %	29 %
Heeft de aanbieder/aanmelder rekening gehouden met algemeen gebruikelijke voorzieningen	63 %	37 %

Bron: Web database toetsing pilots

Ook is gekeken naar het effect van de werkwijze op de doorlooptijden. Uit tabel 2 blijkt dat de normtijden voor de vereenvoudigde afhandeling in de pilot zijn gehaald. Het werkproces zorgt er voor dat, naast de vereenvoudigde afhandeling, ook complexe aanvragen konden worden afgehandeld ruim binnen de wettelijke norm van zes weken.

Tabel 2 **Doorlooptijden**

	Procedure	Doorlooptijd pilot	Normtijd pilot
Eenvoudig	SIP	2,7 dagen	Regulier
	Vereenvoudigde afhandeling adviezen	3,3 dagen	5 dagen
	Inclusief toetsing adviezen	5,5 dagen	10 dagen
Com-plex			
	CIZ onderzoek	11,4 dagen	Regulier (doel pilot: 14 dagen)

Bron: GINO- data pilotgebieden

De deelnemende zorgaanbieders hebben voor aanvang van de pilot een technische- en inhoudelijke scholing ontvangen. Het vereist van hen ook een andere manier van

werken. Het adviseren vraagt tijd en is kennisintensief omdat een deel van de gegevens aanvullend bij de cliënt moet worden opgevraagd of uit de dossier moet worden gelicht. Dit vraagt een andere administratieve inrichting en deskundigheid van de medewerkers van de zorgaanbieders. Ook is gebleken dat de huidige digitale aanmeldfunctionaliteit door de zorgaanbieders als gebruiksonvriendelijk wordt ervaren. Met een verbeterde aanmeldfunctionaliteit kan hierin worden voorzien. Het werkproces stelt ook eisen aan de competenties en het deskundigheidsniveau van de medewerkers van het CIZ (toetsers, relatiebeheerders en leidinggevend).

Gebleken is dat door de nieuwe wijze van werken indicatieaanvragen sneller worden afgehandeld, cliënten niet meerdere keren dezelfde vragen behoeven te beantwoorden, de deelnemende zorgaanbieders tevreden zijn over het contact en de samenwerking met het CIZ en het werkproces voor de zorgaanbieders aanleiding biedt om de eigen interne bedrijfsvoering meer te standaardiseren wat betreft het aanvragen van indicaties. Door partijen wordt benadrukt dat invoering van dit werkproces gefaseerd zal moeten plaatsvinden

## **Conclusie**

Gebleken is dat een kwart van de indicatie-adviezen (nog) niet correct is, maar ook dat daarin verschillen optreden per zorgaanbieder en er sprake is van een leercyclus. Niettemin geeft het voldoende vertrouwen dat deze wijze van werken tot de gewenste vereenvoudiging zal leiden. De uitkomsten van de pilot beantwoorden aan de doelstellingen van het project. Het sterkst is dit waarneembaar in de vereenvoudiging van de afhandeling en versnelling die wordt bereikt. Ook het feit dat er minder vervolcontacten noodzakelijk zijn tussen het CIZ en de zorgaanbieder, leidt tot beduidend minder bureaucratie. Cliënten hoeven ook niet meer tweemaal dezelfde gegevens te verstrekken indien zij hun (vervolg-) aanvraag en advisering laten doen door een zorgaanbieder. Omdat de huidige aanmeldfunctionaliteit niet volstaat bij een landelijke uitrol is bij het CIZ daarom al een nieuwe aanmeldfunctionaliteit in ontwikkeling die daaraan tegemoet komt. Bezien moet worden in hoeverre deze aanmeldfunctionaliteit straks ook bruikbaar is voor een vorm van een zelfindicatie-advies door individuele cliënten, waarvoor dit jaar een pilot zal worden gestart.

Nu gebleken is dat de kwaliteit van de adviezen door de zorgaanbieders wisselend is, moet het werkproces in een volgende fase verder doorontwikkeld worden om deze variatie terug te brengen en de toetsingsresultaten sterk verder te verbeteren. Het ontwikkelen van een goed scholingsaanbod is daartoe ook essentieel evenals een kennisstructuur die dit ondersteunt. Het gaat dan naar verwachting om ca. 9.000 professionals. Dat betekent niet alleen een investering, maar ook dat een landelijke implementatie alleen geleidelijk kan plaatsvinden. Zowel van de zijde van het CIZ als zeker ook van de zijde van de zorgaanbieders en –professionals vraagt dit een volledige medewerking en inzet waar het betreft een verbeterde digitale aanlevering van gegevens, de kwaliteit en deskundigheid van de (medewerkers) van het CIZ en de zorgaanbieders. Ook zal een aanpassing van de administratieve organisatie bij zorgaanbieders noodzakelijk zijn. Met ingang van 1 april 2008 is de tweede fase gestart en die zal lopen tot in het najaar van 2008. De verwachting is dat de landelijke uitrol vanaf eind 2008 geleidelijk kan plaatsvinden.

## **2. Gedetacheerd werken in gezondheidscentra (GZC)**

### **Opzet pilot**

De pilot gedetacheerd werken in gezondheidscentra is in de periode oktober 2007-februari 2008 uitgevoerd in Almere Haven, Didam, Maarssenbroek en Wassenaar. In het verleden is een adequaat model ontwikkeld hoe een patiënt de zorgketen kan doorlopen voor, tijdens en na een opname in een ziekenhuis. In de pilot is deze manier van werken als het ware gekopieerd naar gezondheidscentra. Indicatiestellers werden gedurende de pilotperiode gemiddeld vijf ochtenden door het CIZ gedetacheerd in het gezondheidscentrum. Daar kan de patiënt zich rechtstreeks melden bij de indicatiesteller. Ook kan het zijn dat de patiënt een zorgprofessional bezoekt in het gezondheidscentrum. Constateert of veronderstelt deze een AWBZ of Wmo hulpvraag dan wordt de patiënt doorgestuurd naar de CIZ indicatiesteller. Die zorgt er voor dat de patiënt het gezondheidscentrum met een indicatiebesluit verlaat. Een voorbeeld ter adstructie:

#### **Casus cliënt**

*Een patiënt met dochter heeft een bezoek aan de huisarts gebracht. De huisarts constateert een gebrek aan zelfzorg in verband met beginnende dementie. De huisarts verwijst de patiënt naar de indicatiesteller binnen het gezondheidscentrum. De patiënt en dochter lopen na het bezoek aan de huisarts bij de indicatiesteller van CIZ langs. De indicatiesteller spreekt ook met de patiënt en dochter over de thuissituatie en de zelfzorgmogelijkheden. Vervolgens wordt een indicatie afgegeven voor de functie Verzorging. De patiënt en dochter kunnen zich nu rechtstreeks wenden tot de aanbieder van voorkeur.*

#### **Casus zorgprofessional**

*De verpleegkundige van jeugdzorg (GGD, gevestigd in het gezondheidscentrum) weet niet wat te doen met een puber met gedragsproblemen. Er volgt een casuïstiek bespreking met de indicatiesteller van het CIZ. Gezamenlijk wordt geconstateerd dat de oorzaak ligt bij afwezige ouders in verband met verslavingsproblematiek. Afsproken wordt dat Jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg bij de situatie betrokken worden en wie wat gaat oppakken.*

### **Uitkomsten**

Op de pilotlocatie gekoppeld aan de gezondheidscentra zijn 78 aanvragen binnengekomen. Een verwacht laag aantal, omdat uit de landelijke instroomanalyse 2007 is duidelijk geworden dat 2-3% van de aanvragen wordt ingediend via de huisarts (tabel 3).

#### **Landelijke CIZ instroomanalyse 2007**

<b>Aanvragen ingediend door:</b>	<b>Percentage</b>
Cliënt zelf of familie	17,5
Huisarts	2,1
Ziekenhuis of specialist	11,7
Zorgaanbieder	41,0
Gemeente	0,6
Cliëntondersteuner	2,6
Overige	24,5
Totaal (n = 948.217)	100

Tabel 3 Bron: CIZ, januari 2008

Daar komt bij dat de zorgprofessionals (met name de huisartsen en fysiotherapeuten) hebben aangegeven zich te beperken tot de medische- en niet tot de zorgvraag. De gemiddelde doorlooptijd bij de 78 aanvragen bedroeg 6 dagen.

In 61,5% van de gevallen is de aanvraag binnen één dag afgehandeld en 68% binnen twee dagen.

Door zowel de indicatiestellers als de zorgprofessionals werd het communicatieve aspect als een meerwaarde gezien en hoog gewaardeerd. Niet alleen kreeg het CIZ daardoor een gezicht, kon op direct en eenvoudige wijze een antwoord op een vraag gekregen of gegeven worden, maar werd er een gezamenlijke verantwoordelijkheid ten opzichte van de cliënt ervaren.

## **Conclusies**

Door de zorgprofessionals in de gezondheidscentra werd de aanwezigheid van een indicatiesteller van het CIZ nadrukkelijk als een meerwaarde ervaren. Niet alleen is er daardoor de mogelijkheid tot direct persoonlijk contact, maar kunnen dankzij de korte lijnen vragen direct worden beantwoord. Door deze wisselwerking raken de zorgprofessionals in het gezondheidscentrum ook meer gespitst op AWBZ zorgvragen. Er wordt door de indicatiesteller meegedacht bij complexe patiëntsituaties en er is snel duidelijkheid over de route die gelopen moet worden in specifieke situaties. Het proces is in één hand en de aanvraag van de patiënt kan in de regel direct worden afgehandeld. Niet alleen scheelt dat papieren rompslomp, maar door een snellere beschikbaarheid van het indicatiebesluit kan de patiënt direct worden doorverwezen en sneller in zorg worden genomen.

Samenvattend heeft de pilot laten zien dat de bureaucratie wordt verminderd, er minder vervolcontacten nodig zijn en er minder sprake is van het "kastje naar de muur" voor cliënt en zorgprofessional. Op grond van de resultaten van deze pilot kan vast gesteld worden dat de fysieke aanwezigheid van het CIZ in de gezondheidscentra daadwerkelijk leidt tot minder bureaucratie en dat het indicatiebesluit in de pilot gemiddeld zestien dagen eerder beschikbaar is, waardoor de dienstverlening aan de patiënt verbeterd en de patiënt eerder in zorg kan worden genomen. Hierdoor wordt ook een wezenlijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van een gesloten keten in de eerstelijns zorg. Dit sluit tevens goed aan bij het in gang gezette beleid ten aanzien van de eerstelijnszorg, zoals dat verwoord is in de nota "Een dynamische eerstelijnszorg" van 25 januari 2008.<sup>2</sup> Het aantal aanvragen in de pilot bleek echter gering. Gezien de kwalitatieve meerwaarde en de verwachting dat bij het voortzetten van deze werkwijze via het adagium van "zegt het voort" en "zwaan kleef aan" de belangstelling en het aantal aanvragen zal toenemen, verdient het aanbeveling deze manier van werken voort te zetten en te stimuleren, te beginnen bij de grotere gezondheidscentra.

## **3. Indicatiestelling door de huisartsenvoorziening en wijkverpleegkundigen**

### **Opzet pilot**

De pilot indicatiestelling door de huisartsenvoorziening heeft gelopen van januari 2008 tot medio april 2008 bij huisartsengroepen in Emmen, De Bilt, Bilthoven en in negen gezondheidscentra in Eindhoven. Zij is later dan beoogd van start gegaan omdat er extra inspanning nodig is geweest om huisartsen tot deelname te bewegen.

---

<sup>2</sup> *Kamerstukken II 2007-2008, 29 247, nr. 56*

De pilot kent drie varianten: 1. Eén had betrekking op de herintroductie van het standaard indicatieprotocol (SIP).<sup>3</sup> Deze is niet uitgevoerd omdat de huisartsen hebben laten weten dat zij deze werkwijze reeds goed georganiseerd hebben met de zorgaanbieders; 2. De tweede variant (De Bilt/Bilthoven/Emmen) betrof indicatiestelling door huisartsen op basis van hun professionele autonomie en 3. In de derde variant (Eindhoven) werd geïndiceerd op basis van taakmandatering, uitgevoerd door de praktijkondersteuner van de huisarts onder verantwoordelijkheid van en in nauwe samenwerking met diezelfde huisarts. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is vanaf de start bij het project indicatiestelling door huisartsen betrokken geweest.

Wijkverpleegkundigen zijn nu al betrokken bij de indicatiestelling doordat zij gegevens van cliënten aanleveren bij het CIZ. Zij kunnen beter gefaciliteerd worden vanuit het project FWP (zie onder 1) vanwege hun functie als wijkverpleegkundige in dienst van de zorgaanbieder c.q. de thuiszorgorganisatie. Die (thuis)zorgaanbieders kunnen straks bij de geleidelijke uitrol van de FWP geautomatiseerd tot een indicatie-advies komen. Voor wijkverpleegkundigen is het dan mogelijk om naast het aanleveren van cliëntgegevens ook het indicatieonderzoek uit te voeren en dat indicatieadvies op te stellen.

## **Uitkomsten**

De pilot heeft laten zien dat de animo van huisartsen voor het stellen van een complexe AWBZ indicatie laag is. Huisartsen vinden de AWBZ-regelgeving en de omschrijvingen waaraan een indicatieadvies moet voldoen ingewikkeld. Het totaal aantal indicatieadviezen (51) dat is uitgebracht is gering. Dat hoeft niet te verbazen, nu uit een instroomanalyse 2007 van het CIZ, waarin is aangegeven langs welke weg de indicatie aanvraag het CIZ bereikt, blijkt dat regulier van het totaal aantal aanvragen voor een AWBZ-indicatie "slechts" 2-3% via de huisartsen wordt gedaan: 2,1% volgens de landelijke CIZ instroomanalyse 2007 (tabel 3).

De huisarts wenst sowieso geen indicatieadvies te geven voor de meervoudige en de complexe problematiek en ZZP's. Hij laat dat liever over aan de indicatiesteller van het CIZ. Zo ook indien hij of de cliënt van mening is dat het indiceren voor AWBZ zorg in het kader van de relatie tussen huisarts en cliënt niet wenselijk wordt bevonden. Het blijkt dat de huisarts niet goed bekend is met de (indicering voor de) AWBZ. Er is relatief veel sprake van onjuiste, onvolledige en niet inzichtelijke (bepalen grondslag, functie en klassen blijkt lastig) indicatieadviezen. Dat geldt met name voor de indicaties die in het kader van de professionele autonomie zijn gesteld (tabel 4). Gelet op de geringe aantallen die via de huisarts binnenkomen, blijft de materie voor de huisarts bovendien lastig; zij kunnen immers daardoor weinig routine opdoen om zich de wet- en regelgeving van de AWBZ<sup>4</sup> voldoende eigen te maken.

---

<sup>3</sup> SIPs zijn protocollen, waarbij op basis van gerichte kernvragen bij bepaalde veelvoorkomende en sterk geprotocolleerde zorgsituaties de inhoud van het indicatiebesluit (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) door het protocol wordt bepaald. Er zijn momenteel 21 (medische) handelingen op het vlak van Verpleging & Verzorging waarvoor een SIP van het CIZ kan worden toegepast.

<sup>4</sup> De AWBZ, het Besluit zorgaanspraken (Bza), het Zorgindicatiebesluit en de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

**Gecombineerd toetsingsresultaat van huisartsadviezen in De Bilt en Emmen  
(professionele autonomie van de huisarts, variant 2)**

	Juist	Onjuist	Ontbreekt/ nvt	Nog in behandeling (ten tijde van de pilot)	Totaal
Keuze voor AWBZ	29	3	0	2	34
Koppeling diagnose met grondslag	10	1	21	2	34
Functies of ZZP	11	10	11	2	34
Keuze voor klassen	5	6	21	2	34
Geldigheidsduur	3	6	23	2	34
Leveringsvoorwaarde	1	1	30	2	34

Tabel 4 Bron: Gespreksverslagen De Bilt en Emmen, januari tot en met 14 april 2008

De adviezen daarentegen, zoals die door de praktijkondersteuners van de huisartsen zijn aangeleverd, bleken vaker correct en volledig aangeleverd (Tabel 5).

**Resultaten afkomstig uit toetsingsinstrument ingevuld door praktijkondersteuner  
huisarts in Eindhoven (taakmadatering, variant 3)**

	Ja/Juist	Nee/Onjuist	N.v.t.	Totaal
<i>Uitkomst advies</i>	12	5		17
Juiste diagnose vermeld?	15	2		17
Relatie tussen ziekte en stoornis juist bepaald?	16		1	17
Relatie tussen ziekte en beperkingen juist bepaald?	16	1		17
Omgeving van de cliënt goed in kaart gebracht?	15	1	1	17
Rekening gehouden met mantelzorg?	7		10	17
CIZ beleidsregels goed toegepast?	13	3	1	17

Tabel 5 Bron: FWP webtool, januari tot en met 14 april 2008

Zij maken daartoe gebruik van de bestaande aanmeldfunctionaliteit, een digitale wijze van zorg aanvragen. Met het oog op een objectief, uniform en transparant indicatiebesluit, noodzakelijk voor het waarborgen van de positie van de cliënt, is het aanleveren van een volledige en correcte minimale gegevensset essentieel. In de praktijk is het zo geregeld dat voor de eenvoudige problematiek de huisarts of zijn praktijkondersteuner in voorkomend geval een telefoontje pleegt met de zorgaanbieder (thuiszorgorganisatie/verpleeg- of verzorgingshuis/etc.), die op zijn beurt in overleg met de cliënt de indicatieaanvraag (al dan niet via een SIP) indient. Kortom, in de praktijk van alledag is voor deze eenvoudige cases al een praktische manier van werken gevonden binnen de keten, met een minimale belasting voor de huisarts. In de pilot was de huisarts daarentegen gemiddeld 24 minuten bezig met een indicatieadvies bij een gemiddelde tijdsduur per consult van 10 minuten.

**Conclusie**

Variante 1: Herintroductie van het standaard indicatieprotocol (SIP)

Wanneer de huisarts of de praktijkondersteuner vast stelt dat de patiënt kortdurende AWBZ- of spoedzorg nodig heeft, blijkt dat in de praktijk de huisarts/praktijkondersteuner (telefonisch) contact opneemt met de zorgaanbieder die op zijn beurt zorgt dat de indicatie (via de SIP-werkwijze) en de zorg worden geregeld. Deze werkwijze is voor de kortdurende AWBZ-zorg of spoedzorg voor zowel de patiënt als de huisarts/praktijkondersteuner eenvoudig, niet-bureaucratisch en doelmatig. Gebleken is dat veel huisartsen hiervan toch nog onvoldoende goed op de hoogte zijn c.q. daar onvoldoende gebruik van maken. Zij waarderen deze werkwijze wel in hoge mate. Deze praktische werkwijze moet daarom verder worden gestimuleerd. Voor een grotere bekendheid over de werking van de SIP's en de spoedprocedure kan landelijk gecommuniceerd worden in nauwe samenwerking met de LHV (in het vakblad voor huisartsen "Huisarts en Praktijk"). Dit kan worden ondersteund met een eenvoudig hulpmiddel voor de huisarts voor dagelijks gebruik: een wegwijzer "Wat te doen wanneer de patiënt kortdurende AWBZ-hulp nodig heeft".

#### Variant 2: Indicatiestelling door de huisartsenvoorziening op basis van professionele autonomie

Uit de pilots waarin door de huisartsen zelf een indicatieadvies is uitgebracht, zijn de minimaal noodzakelijke gegevens, zoals koppeling diagnose en grondslag, leveringsvoorwaarden en geldigheidsduur, in onvoldoende mate aangeleverd. In 88% van de gevallen bleken de adviezen onvolledig (tabel 4). De AWBZ regels en de beleidskaders, waaraan het indicatieadvies moet voldoen, bleken voor huisartsen een belemmering om de aanvraag volledig en correct in te vullen. Dit geldt met name de gevallen waarin het gaat om meervoudige functies en zorgzwaartepakketten. Er moest daarom door het CIZ nogmaals contact worden gelegd met de cliënt voor aanvullend onderzoek. Niet alleen wordt dit door de cliënt terecht ervaren als extra bureaucratie, maar ook leidt dit tot een vertraging in de doorlooptijd van het indicatiebesluit. Daardoor weet de patiënt minder snel waar hij aan toe is en leidt het tot het later starten van de geïndiceerde zorg. In focusbijeenkomsten hebben de meeste huisartsen daarom aangegeven de indicatie(advisering) in deze gevallen niet over te willen nemen.

#### Variant 3: Indicatie via taakmandatering door de praktijkondersteuner van de huisarts onder verantwoordelijkheid van en in nauwe samenwerking met diezelfde huisarts

Het verschil met variant 2 is dat in deze pilot de huisartsenvoorziening op grond van een inventarisatie van de zorgbehoefte van de patiënt een gegevensset aanlevert via een digitale aanmeldfunctionaliteit van het CIZ. Het blijkt dat de praktijkondersteuners van de huisartsen in de negen gezondheidscentra in Eindhoven de noodzakelijke gegevens bij de indicatieadviezen vaak volledig en correct hebben aangeleverd (zie tabel 5). Daarbij moet wel onderscheid worden gemaakt tussen de adviezen voor enkelvoudige indicaties en het zorgzwaartepakket voor revalidatie, die vaker volledig en juist zijn aangeleverd, terwijl de kwaliteit van de adviezen voor meervoudige functies en de overige zorgzwaartepakketten vaak ook hier onvoldoende zijn. Evenals de huisartsen vinden de praktijkondersteuners dat in deze laatst genoemde gevallen het CIZ de indicatieaanvraag moet behandelen. Het werken door middel van de aanmeldfunctionaliteit is als een vereenvoudiging ervaren. De uitkomsten van de pilot laten zien dat eenvoudige indicatieadviezen, vraaggestuurd, door een huisartsenvoorziening kunnen worden opgesteld met behulp van de digitale aanmeldfunctionaliteit (zie onder 1 FWP). Daartoe is het wel noodzakelijk dat de huisartsenvoorziening wordt getraind en dat toetsing en relatiemanagement goed worden geregeld. De huisartsenvoorziening zal daarnaast te allen tijde de mogelijkheid moeten

houden om cliënten voor een indicatie AWBZ door te verwijzen naar een zorgaanbieder of het CIZ. Een voorbeeld ter adstructie:

#### **Casus**

Dhr L. komt bij de huisarts vanwege fysieke problemen. De huisarts constateert dat de heer zich hierdoor lichamelijk niet goed kan verzorgen. De huisarts verwijst hem door naar de praktijkondersteuner (POH). De POH spreekt met mijnheer en zorgt voor de aanmelding naar het CIZ. De POH kan eenvoudig alle noodzakelijke gegevens, zoals persoonsgegevens, ziektegegevens, informatie over stoornissen en beperkingen uit het dossier halen en geeft een indicatieadvies in functies en klassen. Het CIZ toetst de aanvraag op volledigheid en duidelijkheid en geeft direct een indicatiebesluit af. De extra zorg kan direct worden ingezet. In een latere fase worden de aanvraag en het advies getoetst door een CIZ indicatiesteller. De toetsing gebeurt volgens een vast format op correctheid van informatie en juistheid van gegeven advies door de zorgaanbieder. Indien een correctie noodzakelijk is wordt dit gecommuniceerd via de relatiebeheerder van het CIZ met de contactpersoon van de zorgaanbieder. Bij de start van de samenwerking zijn hier afspraken over gemaakt.

#### **4. Pilot bij de Stichting Arduin**

De Stichting Arduin hanteert bij wijze van experiment voor het indiceren van haar doelgroep van verstandelijke gehandicapten een andere systematiek dan het CIZ, het zogenaamde Support Intensity Scale (SIS). De pilot, waarin zal worden nagegaan of en op welke manier het SIS gevalideerd kan worden als indicatiesystematiek, is in nauw overleg met het CIZ van start gegaan. Een derde onafhankelijke partij zal de uitkomsten van het onderzoek evalueren en valideren. De uitkomsten worden tegen het einde van dit jaar verwacht.

#### **5. Indicatie- en registratievrij maken eenvoudige handelingen**

##### **Opzet**

In een brief van 29 mei 2007 aan de Tweede Kamer heeft de staatssecretaris voorgesteld om de zogenaamde (Zvw-)behandeling gerelateerde AWBZ handelingen indicatievrij te maken. Het gaat dan om kortdurende op herstel gerichte zorghandelingen.<sup>5</sup> Deze handelingen zijn direct gerelateerd aan de medische ingreep vanuit de Zvw en vinden daarna standaard plaats. Zij worden in bijna alle gevallen door de zorgaanbieder, in de regel door een medewerker van de thuiszorg, uitgevoerd. Omdat deze handelingen vallen onder "verpleging", in de zin van het Besluit zorgafspraken AWBZ, dient daaraan een AWBZ indicatie ten grondslag te liggen. De activiteit van de huisarts beperkt zich in deze gevallen tot het plegen van een telefoontje naar de zorgaanbieder, die het desbetreffende SIP invoert en de zorg levert. In beginsel zet het CIZ deze gegevens, zonder een eigen afweging, om in een indicatiebesluit. Naar verwachting betreft het 60.000-65.000 SIP's per jaar, grosso modo de helft van het aantal jaarlijks afgegeven SIP's.<sup>6</sup> Het indicatievrij maken levert een bijdrage aan het schrappen van bureaucratie, zoals die in het veld wordt ervaren. Het gaat immers om per definitie noodzakelijke, standaard, verpleegkundige

<sup>5</sup> Bijvoorbeeld om ZZP 9 "revalidatie na ziekenhuisopname in verband met CVA" (SIP 1), ZZP 9 "kortdurend verblijf in verband met reactivering na operatie heup/knie" (SIP 2) en "zorg na ziekenhuisopname in verband met een operatie heup/knie (zonder verblijf)" (SIP 3)

<sup>6</sup> In 2007 zijn in totaal 131.320 SIP's afgegeven (Bron: Trendrapportage 2007 CIZ)

handelingen. Ook leidt het tot een vermindering van het aantal indicatiebesluiten c.q. remt het de (verdere) stijging daarvan.

Zo de indicatiestelling voor deze AWBZ handelingen al als bureaucratisch wordt ervaren, dat geldt zeker voor de registratie daarvan door de zorgaanbieder. Die registratie door de zorgaanbieder is immers noodzakelijk om de aan de cliënt geleverde zorg te verantwoorden en door het zorgkantoor uitbetaald te krijgen, maar ook voor het kunnen innen van de eigen bijdrage van de cliënt. Het bijhouden van die registratie gebeurt door de zorgverlener en juist dat wordt door hem als een bureaucratische last ervaren.

### **Conclusie**

In lijn met het advies van de SER over de toekomst van de AWBZ heeft het kabinet op 13 juni 2008<sup>7</sup> besloten tot overheveling per 2010 van reactiveringszorg van de AWBZ naar de Zvw. Door de door het kabinet voorgenomen overheveling van reactiveringszorg per 2010 zal er geen sprake meer zijn van indicatie en registratie daarvan binnen de AWBZ.

## **6. Onderzoek naar het verlengen van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit**

### **Inleiding**

De toekenning van AWBZ-zorg wordt in het indicatiebesluit omschreven in één of meer AWBZ-zorgfuncties. Per geïndiceerde functie wordt een bepaalde zorgomvang (functieklassering uitgedrukt in uren zorg per week) en een bepaalde geldigheidsduur afgegeven. Die geïndiceerde geldigheidsduur wordt tot uitdrukking gebracht door middel van een *datum aanvang zorg* en een *datum beëindiging zorg*. De maximale geldigheidsduur die per functie mag worden toegekend is vijf jaar.<sup>8</sup> Uit cijfers van het CIZ blijkt dat indicatiebesluiten met een geïndiceerde geldigheidsduur van nul tot drie maanden en van vijf jaar het meest worden afgegeven, respectievelijk in 24,1 en 24,4% van alle positieve indicatiebesluiten in 2007. Echter, de meeste cliënten komen (ver) voor het verstrijken van de geïndiceerde geldigheidsduur van het verkregen recht op AWBZ-zorg terug bij het CIZ om hun actuele zorgbehoefte opnieuw vast te laten stellen. Uit de cijfers blijkt dat door het CIZ aan het indicatiebesluit een gemiddelde geldigheidsduur wordt toegekend van ruim twee jaar. Het blijkt echter ook dat cliënten in de praktijk gemiddeld na het verstrijken van minder dan één jaar al weer een aanvraag indienen voor een herindicatie. Na vroegtijdige herindicatie komt het oude indicatie besluit te vervallen.

### **Onderzoek**

Er is onderzoek gedaan naar het verlengen van de geldigheidsduur van het indicatiebesluit en in hoeverre daarmee een reële bijdrage kan worden geleverd aan een verdere vereenvoudiging van de indicatiestelling. Immers, hoe langer het verkregen recht op zorg door de cliënt kan worden benut, hoe geringer de bureaucratische belasting voor diezelfde cliënt, zo is de redenering. Het aantal vervolg- of herindicaties maakte in 2007 ruim 75% uit van het totaal aantal afgegeven positieve indicatiebesluiten.<sup>9</sup>

### **Conclusie**

---

<sup>7</sup> *Kamerstukken II 2007-2008*, 30 597, nr. 15

<sup>8</sup> Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, 1 januari 2008, Hoofdstuk 2 Algemeen paragraaf 2.5 Geldigheidsduur.

<sup>9</sup> Absoluut aantal positieve indicatiebesluiten (zonder HV), waarvan de klant bekend is bij het CIZ bedroeg vorig jaar 618.646 op een totaal van 820.995 (Bron: Trendrapportage 2007 CIZ)

## **Karakter volksverzekering en aanvraag (her)indicatie**

Het louter verlengen van de maximale geldigheidsduur van het indicatiebesluit van vijf naar bijvoorbeeld tien jaar door het daartoe aanpassen van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ zal er niet automatisch toe leiden dat cliënten niet voor de expiratedatum van het indicatiebesluit een aanvraag indienen voor een herindicatie. De cliënt heeft te allen tijde het recht, al dan niet geïnitieerd door zijn zorgaanbieder, om een aanvraag voor (her)indicatie in te dienen, die door het CIZ vervolgens in behandeling genomen moet worden.

## **CIZ beleid geldigheidstermijn bij afgifte indicatiebesluiten**

Dat neemt niet weg dat het CIZ bij het afgeven van indicatiebesluiten met het oog op de gewenste vereenvoudiging via haar werkinstructies kan bevorderen dat bij de afgifte van een indicatiebesluit zoveel mogelijk wordt uitgegaan van een langere geldigheidsduur binnen de maximale termijn zoals deze is gegeven in de bestaande Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Met ingang van 2008 heeft het CIZ haar werkinstructies daartoe aangepast. Dat betekent dat bij het afgeven van indicatiebesluiten zoveel mogelijk, en waar dat geëigend en verantwoord is, wordt uitgegaan van de maximale periode van vijf jaar. Kortom, een indicatiebesluit geldt vijf jaar, tenzij.

Vanzelfsprekend blijft het mogelijk AWBZ-zorgfuncties voor een kortere periode toe te kennen. Sterker nog, het zou onwenselijk zijn dat niet te doen. Bij een verwachte verbetering van de zelfredzaamheid van de cliënt is een tijdelijk indicatiebesluit (maximaal één jaar) eveneens wenselijk om onnodige consumptie van AWBZ-zorg te voorkomen. In het beleid van het CIZ moet een mogelijk te verwachten verslechtering van de cliëntsituatie op zichzelf geen reden zijn om een kortere geldigheidsduur te indiceren. De ervaring heeft geleerd dat bij een afnemende zelfredzaamheid van de cliënt deze zelf of zijn zorgaanbieder daarin voldoende aanleiding ziet voor het indienen van een (nieuwe) aanvraag voor een indicatie.

## **Ontwikkeling risico- en cliëntprofielen**

Interessant in dit verband is de ontwikkeling van risico- en cliëntprofielen, waarover de Kamer in de brief van 12 oktober 2007 is geïnformeerd en die in pilotsetting zullen worden uitgetest. Indien van een cliënt een profiel is samengesteld, waaruit de (verwachte) zorgcarrière van die cliënt kan worden afgelezen, kan wellicht een daarmee corresponderende geldigheidsduur van het desbetreffende indicatiebesluit worden gegeven. Kortom, een indicatiebesluit met een geldigheidstermijn die ten nauwste is afgestemd op de specifieke situatie van de individuele cliënt en niet (meer) gebonden is aan een maximum van vijf jaar. Bedacht moet echter wel worden dat het ontwikkelen van deze profielen geen sinecure is. Zo kan een beperking/aandoening niet één op één vertaald worden in de zorg voor een cliënt, maar moet ook rekening worden gehouden met zijn persoonlijke situatie. Verder moet ook bekeken worden hoe deze profielen zich verhouden tot complexe cases; welk profiel valt onder het kopje "complex"? Deze elementen en anderen zullen in de te starten pilot nadrukkelijk aandacht moeten krijgen.

## **7. Onderzoek inkorten doorlooptijden in de bezwaar- en beroepsfase**

### **Inleiding**

#### **Procedure bij een voorgenomen ongegrond verklaring bij een beslissing op bezwaar**

Een beslissing van het CIZ op een aanvraag van een indicatie is een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). De aanvrager kan, indien hij het met het indicatiebesluit van het CIZ niet eens is, daartegen binnen zes weken bezwaar indienen

bij het CIZ. Het CIZ wordt geacht op grond van de ingediende bezwaren haar eerder genomen beslissing te heroverwegen. Dit kan leiden tot een gegrond of een ongegrond verklaring van het bezwaar. Als het bezwaar gegrond is, geeft het CIZ binnen zes weken of, als de termijn verlengd is, binnen tien weken een definitieve beslissing op bezwaar af. Als het CIZ het voornemen heeft het bezwaarschrift *ongegrond* te verklaren, stuurt het binnen zes weken, of als het CIZ de termijn verlengd heeft binnen tien weken, een adviesaanvraag naar het CVZ<sup>10</sup>, met daarin een gemotiveerde concept-beslissing (concept-bob) op bezwaar. Tegelijkertijd stuurt het CIZ een afschrift daarvan naar degene die bezwaar heeft gemaakt. Over de voorgenomen ongegrond verklaring dient het CVZ op grond van artikel 58 lid 4 van de AWBZ binnen tien weken na ontvangst van de adviesaanvraag een advies aan het CIZ uit te brengen. Na ontvangst van het advies neemt het CIZ een definitieve beslissing op bezwaar (definitieve bob). Brengt het CVZ binnen de termijn van tien weken geen advies uit dan kan het CIZ een definitieve beslissing op bezwaar nemen zonder het CVZ-advies.<sup>11</sup> Op grond van artikel 58 lid 5 van de AWBZ moet de beslissing op bezwaar in de gevallen waarin het CVZ om advies is verzocht binnen een en twintig weken na ontvangst van het bezwaarschrift genomen worden (Tabel 6).<sup>12</sup>

#### Termijnen bij ongegrond verklaring in geval van beslissing op bezwaar (bob)

<i>Concept-bob</i>	<i>Mogelijkheid verdagen concept- bob</i>	<i>Advies CVZ opconcept-bob en zonodig aanpassen concept-bob</i>	<i>Aanpassen concept-bob</i>	<i>Verzenden definitieve bob</i>
Zes weken	Vier weken	Tien weken	Eén week	Uiterlijk een en twintigste week

Tabel 6

Daarna kan degene die het niet eens is met de beslissing op bezwaar nog in beroep bij de rechtbank, sector bestuursrecht en in laatste instantie in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

#### Voordeel voor de burger die bezwaar heeft aangetekend tegen het indicatiebesluit

Normaal gesproken staat voor een verzekerde na een beslissing op bezwaar de gang naar de (bestuurs)rechter open, welke procedure doorgaans een half jaar tot een jaar in beslag neemt. Bij AWBZ-geschillen is een extra (tussen)stap ingebouwd. Door de adviesfunctie van het CVZ in de bezwaarfase weet de burger niet alleen eerder waar hij in beginsel aan toe is, maar is er ook sprake van een extra zekerheid. Het CVZ is immers een (medisch) deskundige onafhankelijke derde die in het geschil tussen het CIZ en de burger die een AWBZ indicatie heeft aangevraagd, wanneer het CIZ het voornemen heeft een bezwaar ongegrond te verklaren, het geschil kritisch inhoudelijk bekijkt en daarover adviseert. Daardoor kan de betrokkene zich een langdurige gang

<sup>10</sup> Artikel 58 lid 1 AWBZ

<sup>11</sup> Artikel 58 lid 3 onder c AWBZ

<sup>12</sup> In 2007 was er in 28% (960) van de 3460 bezwaarzaken sprake van een voorgenomen ongegrond verklaring van het bezwaarschrift. Van de 960 verzonden adviezen in 2007 had het CVZ bij 37% aanvullende opmerkingen over de motivering en bij 38% inhoudelijke opmerkingen, in die zin dat de concept-beslissing op bezwaar niet juist was c.q. dat er aanvullend onderzoek nodig was. In bijna 4% van die gevallen is het advies van het CVZ aanleiding geweest voor het CIZ de voorgenomen ongegrond verklaring van het bezwaar te herzien c.q. de motivering daarvan aan te passen en alsnog het bezwaarschrift gegrond te verklaren.

langs de (bestuurs)rechter besparen, hoewel die weg ook na de definitieve beslissing op bezwaar vanzelfsprekend altijd open blijft staan. De burger, die tegen een indicatiebesluit van het CIZ bezwaar heeft aangetekend, weet in beginsel binnen zes weken, door de ontvangst van de concept-beslissing op bezwaar door het CIZ, waar hij aan toe is en welke overwegingen aan de beslissing van het CIZ ten grondslag liggen. Het CVZ brengt daarover als onafhankelijke derde een kosteloos advies uit, hetgeen ook tot een andere beslissing kan leiden. Niet alleen weet degene die bezwaar heeft gemaakt dat een onafhankelijke (medische) deskundige de concept-beslissing van het CIZ op zijn bezwaar nog eens kritisch heeft gewogen, maar kan hij tevens een goede inschatting maken van zijn kansen in een eventuele beroepsprocedure. Het de burger besparen van een gang naar de (bestuurs)rechter door de adviesfunctie van het CVZ heeft bovendien ook tot gevolg dat de (bestuurs)rechter zo min mogelijk wordt belast met complexe zorgproblematiek.

### **Advies- en signaleringsfunctie CVZ**

Het CVZ is de pakketbeheerder van de AWBZ (en de Zvw). Het heeft als taak om de inhoud en omvang van het (AWBZ)pakket te duiden en daarover standpunten in te nemen. Door kennis te nemen van de geschillen krijgt het informatie over wat er in de praktijk speelt en wat de knelpunten zijn in het AWBZ-pakket. Deze informatie is van belang voor de duidende taak, maar ook om goed te kunnen adviseren over de samenstelling van het pakket en voor een adequate invulling van zijn signaleringstaak.

Het is daarom van belang dat het CVZ haar adviestaak op een kwalitatief verantwoorde manier kan uitvoeren. Het is van belang dat de pakketbeheerder goed aangesloten blijft bij de indicatiepraktijk in de AWBZ en op de hoogte is van de mogelijke knelpunten die zich daarbij voordoen in de het AWBZ-pakket. Bij de parlementaire behandeling van de Zvw is door de Tweede Kamer een amendement Smilde/Bakker<sup>13</sup> aanvaard waarin juist om die redenen die adviesfunctie van het CVZ in het wetsvoorstel Zvw werd geamendeerd. Ook met het oog op de uit het kabinetsstandpunt op het SER-advies voortvloeiende beleidsmaatregelen en de mogelijke effecten daarvan is belangrijk dat deze functie van de pakketbeheerder in stand blijft.

### **Overschrijding wettelijke beslistermijnen**

Het voornemen om het verder inkorten van de doorlooptijden in de bezwaar- en beroepsfase te bezien, was vooral ingegeven door het feit dat de wettelijke termijnen, waarbinnen een beslissing moest worden genomen, met regelmaat fors werden overschreden. Ook de nationale ombudsman had in zijn rapport "Geen zicht op zorg" van oktober 2006 de te lange advies- en behandeltermijn van bezwaarschriften gehekelde en dan met name het overschrijden van de adviestermijn van tien weken door het CVZ in geval van een voorgenomen ongegrond verklaring. Mag de hele bezwaarprocedure inclusief het advies van het CVZ niet langer dan maximaal een en twintig weken duren, in 2005 liet alleen al het advies van het CVZ gemiddeld drie en twintig weken op zich wachten. Terecht dat de nationale ombudsman daaraan met zijn rapport indringend aandacht heeft besteed. CIZ, CVZ en VWS hebben zich deze kritiek ter harte genomen en forse inspanningen gepleegd om tenminste binnen de in de AWBZ voorgeschreven wettelijke termijn van een en twintig weken tot een definitieve beslissing op bezwaar te komen. Was de gemiddelde afhandeltermijn in de tweede helft van 2006 nog drie en twintig weken, in de eerste helft van 2007 was het zestien weken en in de laatste helft van 2007 was de afhandeltermijn verder gezakt naar een

---

<sup>13</sup> *Kamerstukken II 2004-2005, 29 763, nr. 65*

gemiddelde van dertien weken. Ook het CVZ is vanaf 2007<sup>14</sup> gemiddeld structureel binnen de wettelijke afhandeltermijn voor advies van tien weken gebleven.<sup>15</sup>

## Onderzoek

### Verder inkorten doorlooptijden

In overleg met het CIZ en het CVZ is bekeken of het eventueel verder inkorten van de doorlooptijden in de bezwaar- en beroepsfase haalbaar is. Het betreft dan de meergenoemde termijn van in totaal een en twintig weken na ontvangst van het bezwaarschrift, waarbinnen uiterlijk de definitieve beslissing op bezwaar moet zijn genomen (zie ook tabel 7) en dan met name de tien weken termijn voor advies door het CVZ. In de eerste plaats is het belangrijk dat het CIZ zodanig handelt dat bezwaarschriften zoveel mogelijk voorkomen worden. Het aantal bezwaarschriften in 2007 is met 30% gedaald in vergelijking met 2006.<sup>16</sup> Dat is een goede ontwikkeling. Dat geldt ook voor de gemiddelde termijn waarop de definitieve beslissing op bezwaar wordt genomen. Die bevindt zich structureel op een niveau van onder de wettelijke een en twintig weken.

Het CVZ heeft laten weten dat het verder inkorten van de termijn van tien weken voor advies niet haalbaar is. Het gaat dan vooral om de meer complexe indicaties. Deze complexiteit maakt dat advisering over de indicatiepraktijk in de AWBZ een proces met lastige afwegingen is. In de regel is geen recht toe recht aan advies mogelijk, maar spelen keuzen van grondslagen een rol en moeten functies zorgvuldig ten opzichte van elkaar afgewogen worden. Ook is vaak literatuurstudie noodzakelijk en worden derden (medisch) deskundigen verzocht om een oordeel over een complex cliëntdossier. De meer complexe zaken worden bovendien ook nog ingebracht en besproken in de reguliere vergaderingen van de commissie verzekerings- en indicatiegeschillen van het CVZ. In deze commissie hebben deskundigen met verschillende achtergronden zitting: artsen, juristen, patiënten en wetenschappelijk medewerkers. Vooral door het inschakelen en de inzet van die derden deskundigen voor een oordeel is het niet mogelijk het proces zodanig te organiseren dat de wettelijke adviestermijn van tien weken voor alle gevallen substantieel kan worden teruggebracht. Het terugbrengen van de maximum termijn van advies beneden de tien weken zal tot gevolg hebben dat met name in de meer complexe cliëntzaken geen tijdig advies kan worden uitgebracht. Dit zal uiteindelijk ten koste gaan van een eenduidige interpretatie van de geschillen die zich in de indicatiepraktijk kunnen voordoen, maar ook van de signaleringsfunctie en de advisering over het AWBZ-pakket. Bovendien zal de burger het advies van een het CVZ moeten missen en eerder aangewezen zijn op een gang naar de (bestuurs)rechter. Een rechtsgang, waarvan de definitieve uitkomst aanmerkelijk langer dan een en twintig weken op zich laat wachten. Uiteraard spant het CVZ zich in om eenvoudiger adviesaanvragen ruim binnen de wettelijke termijn af te handelen.

## Conclusie

Uit gegevens van het CIZ en CVZ blijkt dat de afhandeltermijn gemiddeld onder de wettelijke een en twintig weken ligt. De burger, die bezwaar heeft gemaakt tegen het indicatiebesluit, weet binnen zes weken (na verdaging tien weken), door toezending van de concept-beslissing op bezwaar, hoe het CIZ zijn bezwaar heeft gewogen en tot

---

<sup>14</sup> In december 2007 was de gemiddelde termijn voor advies acht weken

<sup>15</sup> In 2007 heeft het CVZ bij 8% van de adviezen buiten de tien weken termijn geadviseerd met een gemiddelde overschrijding van 8 dagen. Het betrof met name zaken, die voorgelegd zijn aan de commissie verzekerings- en indicatiegeschillen van het CVZ. In al die gevallen heeft het CIZ hierover van tevoren contact opgenomen met de verzekerde

<sup>16</sup> Van 4885 in 2006 naar 3460 in 2007

welk (voorlopig) oordeel dat heeft geleid. Hij hoort niet pas na verloop van een en twintig weken voor de eerste keer hoe tegen zijn zaak wordt aangekeken. De adviesfunctie van het CVZ geeft de burger een extra waarborg dat zijn bezwaar zorgvuldig wordt gewogen en beoordeeld. Het biedt bovendien een goed alternatief voor de langdurige gang langs de (bestuurs)rechter. Doordat de advisering over geschillen in de praktijk van de indicatiestelling AWBZ in de regel ingewikkeld is en het CVZ voor deze complexe dossiers het oordeel van derde (medische) deskundigen inroept, is het verder inkorten van de adviestermijn van tien weken voor het CVZ niet goed te organiseren. Het verdient daarom geen aanbeveling de wettelijke termijn voor advies van tien weken door het CVZ en die van een en twintig weken, na ontvangst van het bezwaarschrift, waarbinnen door het CIZ een beslissing op bezwaar moet zijn genomen, naar beneden bij te stellen. Wel moeten het CIZ en het CVZ de wettelijke termijnen in acht nemen en waar mogelijk en verantwoord zo handelen dat daar zover mogelijk onder gebleven kan worden.

## **8. Stand van zaken invoeren landelijk informatienummer CIZ**

In het kader van het introduceren van een landelijk informatienummer is het CIZ in het eerste kwartaal van 2008 begonnen met het aanpassen van de technische infrastructuur voor de telefonie. Deze infrastructuur moet een gedegen basis borgen voor het landelijk informatienummer van het CIZ. Hiermee wordt de beheersbaarheid en de flexibiliteit van het telefonisch netwerk van het CIZ verder vergroot. Ook zijn de technische randvoorwaarden geschapen om de bereikbaarheid van het CIZ te optimaliseren.

De uitrol van deze infrastructuur zal in het derde kwartaal van 2008 zijn afgerond. Aansluitend zal in het najaar een pilot worden gehouden die de aard en omvang van het telefonisch verkeer inzichtelijk maakt en die tevens richting geeft aan de wijze waarop het CIZ de informatievoorziening over indicatiestelling aan cliënten en zorgprofessionals verder kan verbeteren. Na afloop van deze pilot zal naar verwachting het landelijk informatienummer eind 2008 operationeel worden.

## **9. Juridische positie van het CIZ**

Bij de Tweede Kamer is een wetsvoorstel tot Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op centralisering van de indicatiestelling<sup>17</sup> aanhangig gemaakt. Op verzoek van de staatssecretaris<sup>18</sup> heeft de Tweede Kamer de behandeling van dit wetsvoorstel aangehouden. Zij wilde de voortzetting van dit wetsvoorstel bezien in het licht van de uitkomsten van de pilots. Ook de SER, die een advies heeft uitgebracht over de toekomst van de AWBZ, is daarin op de positie van het CIZ ingegaan. De SER adviseert om de indicatiestelling en de positie van het CIZ als indicatieorgaan te voorzien van een stevige wettelijke en publieke verankering. Het kabinet heeft in haar standpunt<sup>19</sup> op dit advies laten weten het daarmee eens te zijn. Die nieuwe juridische positie van het CIZ wordt niet gedekt door het wetsvoorstel, zoals dat bij de Kamer voorligt en waarvan de behandeling is aangehouden. Daarin wordt het CIZ nog gepositioneerd als een tijdelijk privaatrechtelijk ZBO. Dit wetsvoorstel moet worden ingetrokken. Bij de Tweede Kamer zal een nieuw wetsvoorstel ingediend moeten waarin het CIZ als indicatieorgaan een publieke verankering krijgt.

---

<sup>17</sup> *Kamerstukken II 2006-2007, 30926, nrs. 1 t/m 3*

<sup>18</sup> *Kamerstukken II 2006-2007, 30926, nr. 6*

<sup>19</sup> *Kamerstukken II 2007-2008, 30597, nr. 15*

