

Vergaderjaar 2004–2005

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 129

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 maart 2005

Tijdens het Algemeen Overleg van 9 maart jl. over de indicatiestelling en het «werkdocument gebruikelijke zorg» is afgesproken dat een tweede termijn in een aanvullend overleg zal worden gehouden. Ten behoeve daarvan zend ik u de antwoorden op vragen die naar uw oordeel nog onvoldoende aan bod zijn gekomen.

Hoewel een aantal vragen elkaar overlappen zie ik af van clustering daarvan om elke vragensteller maximaal recht te doen in de beantwoording.

1. **Mevrouw Smits** vroeg hoe ik ervoor ga zorgen dat de **mantelzorger** wel voldoende bij de indicatiestelling wordt betrokken. In eerste termijn heb ik aangegeven dat ik grote waarde hecht aan de betrokkenheid van mantelzorgers bij de indicatiestelling. Ik heb ook gezegd dat mantelzorg ten principale te indiceren zorg is. Het is dus de keuze van de mantelzorger – zij het moreel niet altijd een vrijwillige – en van de cliënt of mantelzorg wordt ingezet. Naar mijn mening kan een indicatie waarbij mantelzorg wordt betrokken dan ook niet goed worden gesteld zonder betrokkenheid van de mantelzorger. Bij de vraag hoe *ik* daarvoor zorg is de verdeling van verantwoordelijkheden van belang. Ook daar heb ik in eerste termijn het nodige over gezegd. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de indicatiestelling in concrete individuele gevallen ligt bij de indicatiesteller zelf in zijn of haar één op één contact met de cliënt en de mantelzorger van de cliënt. Het is evenwel mijn verantwoordelijkheid om protocollen vast te stellen die als kader dienen voor de handelwijze van indicatiestellers. In dat verband zal ik het CIZ opdragen om concreet uit te werken hoe, gebruik makend van de voorstellen van het Verweij-Jonker Instituut, mantelzorgers op een zorgvuldige en efficiënte wijze kunnen worden betrokken bij het proces van indiceren.

2. **Mevrouw Smits** vroeg tevens welke **financiële ruimte** er ontstaat als gevolg van het werkdocument gebruikelijke zorg en of die ruimte kan

bijdragen aan het wegwerken van de wachtlijsten. In eerste termijn heb ik aangegeven dat het effect van het werkdocument vooral neerslaat bij de huishoudelijke zorg maar dat het niet mogelijk is om vast te stellen welk deel van de daling van het aantal eerste aanvragen het gevolg is van het werkdocument en welk deel het gevolg van andere maatregelen zoals de verhoging van de eigen bijdrage. De beantwoording van de vraag welke **financiële ruimte** er naar schatting is ontstaan mede als gevolg van het werkdocument gebruikelijke zorg vergt nader onderzoek. Daarbij wil ik er nogmaals op wijzen dat het in het onderzoek gevonden effect van een daling van het aantal eerste aanvragen huishoudelijke zorg met ongeveer 30% in financiële zin niet moet worden overschat. Alle bestaande indicaties lopen immers nog gewoon door.

3. **Mevrouw Smits** vroeg ook hoe ik zorg voor **duidelijke richtlijnen** die door het CIZ ook worden toegepast. In eerste termijn heb ik bewust een schets gegeven van de verantwoordelijkheden in de hele kolom van algemene wettelijke vastlegging van aanspraken tot het in individuele gevallen tot gelding brengen daarvan. Ik heb duidelijk gemaakt dat mijn verantwoordelijkheid gelegen is in de wet en regelgeving en in de sturingsrelatie met het CIZ als uitvoerende organisatie. Door de centralisatie van de indicatiestelling in één landelijke organisatie die door mij wordt gesubsidieerd, kan ik het CIZ rechtstreeks opdragen om richtlijnen vast te stellen en eenduidig toe te passen. Zo is afgesproken dat het CIZ een zogenaamd «referentiewerkproces» opstelt. Met het CIZ heb ik afgesproken zodanige maatregelen te nemen dat die eenduidige toepassing ook wordt gewaarborgd in het kader van de implementatie van het referentiewerkproces. De werkinstructies van indicatiestellers worden aangescherpt, er komt op basis van het reeds bestaande expertisecentrum en de werkdocumenten een systeem van interne kwaliteitsbewaking, er zijn afspraken over de uniforme registratie en afhandeling van bezwaren en er is veel meer dan voorheen sprake van georganiseerde interne collegiale toetsing en interne opleidingen. Tenslotte is er sinds de invoering van de functiegerichte indicatiestelling nieuwe jurisprudentie ontstaan, die een uniformerende werking heeft op het afwegingsproces.

4. **Mevrouw Smits** vroeg voorts of ik bereid ben om na een jaar **opnieuw te onderzoeken** wat het effect is van het werkdocument gebruikelijke zorg. Het monitoren van de bedrijfsprocessen van het CIZ, dus ook de feitelijke toepassing van het document gebruikelijke zorg, is een reguliere taak in de sturingsrelatie tussen het rijk en het CIZ. Afzonderlijk onderzoek is dus overbodig.

5. **Mevrouw Smits** vroeg onder welke voorwaarden **telefonisch indiceren** toegestaan is door het CIZ. In eerste termijn heb ik duidelijk aangegeven dat het telefonisch afhandelen van een indicatie in complexe gevallen, of in geval er sprake is van een substantiële inzet van mantelzorg, niet in de rede ligt. Het kan overigens ook in het directe belang van verzekerde zijn dat telefonisch snel een indicatiebesluit wordt afgegeven.

Telefonisch afhandelen van een indicatie kan in beginsel in situaties waar al informatie beschikbaar is en aanvullende telefonische informatie een zodanig volledig beeld oplevert van de situatie van de cliënt dat een indicatie kan worden afgegeven.

Bepaalde communicatiemogelijkheden met de cliënt (een taalbarrière, spraakgebrek, auditieve stoornis, ontwijkende antwoorden, verwardheid of heftige emotionaliteit) sluiten daarom een telefonische afhandeling uit. Ook in geval van complexe situaties, waar een veelvoud van te indiceren functies noodzakelijk lijkt is huisbezoek aan de orde als de indicatiesteller meent dat de beschikbare informatie geen volledig beeld geeft van de situatie van de cliënt.

Als blijkt dat de inzet van mantelzorg invloed heeft op de indicatie, moet de mantelzorger altijd worden gehoord, hetzij telefonisch hetzij tijdens het huisbezoek.

Via scholing en in de dagelijkse aansturing wordt ervoor gezorgd dat dit soort instructies consequent wordt toegepast.

6. **Mevrouw Smits** vroeg ook wat ik naast overleggen met Per Saldo nog verder kan doen om daadwerkelijk te voorkomen dat er verschillend wordt geïndiceerd bij **persoonsgebonden budgetten** en zorg in natura. Ik heb in eerste termijn duidelijk gesteld dat de keuze voor een pgb of voor naturazorg *na* de indicatiestelling komt en dat deze keuze ten principale niet van invloed kan zijn op de aard en omvang van de indicatie. Voor zover dat toch voorkomt is dat dus onjuist. Ook hier geldt dat het aangrijpingspunt voor verbetering ligt bij de handelwijze van individuele indicatiestellers die door het geven van werkinstructies wordt beïnvloed. Ik heb het ClZ daarom verzocht expliciet in de werkinstructies op te nemen dat een aanvraag voor een pgb niet anders dient te worden afgehandeld dan een aanvraag voor zorg in natura. Een dergelijke verduidelijking van de werkinstructies aan indicatiestellers zal via interne opleidingen de reguliere praktijk op dit punt moeten verbeteren. Ik zal het ClZ ook opdragen door vormen van toetsing de voortgang op dit punt te volgen.

7. **Mevrouw Smits** vroeg nog wat er gedaan kan worden om te voorkomen dat er bij zorg in natura **te rigide indicaties** worden gesteld die niet tegemoet komen aan de specifieke omstandigheden van de zorgvrager. Uniformering van de indicatiestelling moet er niet toe leiden dat de specifieke omstandigheden van de zorgvragers worden veronachtzaamd. In eerste termijn heb ik gewezen op de professionele speelruimte die de indicatiesteller moet hebben omdat iedere cliënt en iedere situatie uiteindelijk verschillend is. In de ontwikkeling van de systematiek van indicatiestelling staan daarom twee doelstellingen centraal: a. het verduidelijken van werkinstructies, een betere organisatie van het afwegingsproces (bijvoorbeeld met hulpmiddelen als een besluisboom) en het controleerbaar en meetbaar maken van de besluitvorming; en b. het versterken en mobiliseren van de deskundigheid die noodzakelijk is om te bepalen of een van de standaard afwijkende werkwijze nodig is. Om überhaupt af te kunnen wijken, bijvoorbeeld in situaties waar een verblijfsindicatie in de rede ligt maar thuisverpleging vanwege bijzondere omstandigheden sociaal gezien wenselijk is, zal een hardheidsclausule worden ingevoerd. Ik verwijs daarvoor korthedshalve naar de vraag van mevrouw Van Miltenburg en het antwoord daarop (in deze brief onder nummer 22).

8. Tenslotte vroeg **mevrouw Smits** nog hoe rekening wordt gehouden met **specifieke eisen** die van toepassing zijn op doelgroepen en **leef-tijdsgroepen**. Ten aanzien daarvan wil ik, zoals in eerste termijn ook al naar voren kwam in interrupties door andere leden, opmerken dat de indicatiestelling AWBZ-breed is georganiseerd. Daardoor zijn de grenzen tussen de sectoren van de AWBZ geslecht. Een besluit dat met instemming van de Kamer reeds enige jaren geleden is genomen. De omschrijving van de zorgaanspraken is daarom sinds 2003 algemeen geformuleerd in zeven functies. Onderdeel van de indicatiestelling is het bepalen van de grondslag zoals lichamelijke, geestelijke of verstandelijke handicap, somatische problematiek, geriatrische problematiek of psychiatrische stoornis. In het indicatieformulier wordt op basis van internationaal gevalideerde schalen de relatie gelegd tussen de grondslag voor AWBZ-zorg en de aard van de activiteiten die noodzakelijk zijn. De mate van noodzakelijke zorg wordt uitgedrukt in algemene functies en klassen. De eigen professionele keuze voor de wijze waarop een functie door zorgaanbieders met concrete zorgactiviteiten kan worden ingevuld waarborgt

dat er ruime mogelijkheden zijn om in het zorg- cq. behandelplan rekening te houden met de specifieke zorgbehoefte van de verschillende doelgroepen en leeftijdscategorieën.

9. **Mevrouw Vietsch** vroeg hoe zit het met het **tijdschrijven** in de thuiszorg. Ik zal u op korte termijn in het perspectief van bekostiging en verantwoording en in aansluiting op mijn brief van 25 oktober 2004 als antwoord op de motie Vietsch (29 200 XVI, nr. 85), hierover separaat informeren.

10. **Mevrouw Vietsch** vroeg ook nog hoe het zit met de indicatiestelling voor **dak- en thuislozen**. Ik merk daarover op dat dak- en thuislozen voor de indicatiestelling AWBZ geen afzonderlijke categorie vormen. Wanneer een burger van Nederland, dus ook een dak- of thuisloze, een grondslag en beperkingen heeft op basis waarvan AWBZ zorg noodzakelijk is, kan hij/zij daarvoor een indicatie krijgen. De ervaring leert dat dit ook het geval is. Ik begrijp de zorg van mevrouw Vietsch echter wel omdat het om een zorgmijdende groep gaat. Aanvragen moeten worden ingediend door de verzekerde. Voor dak- en thuislozen geldt dat veelal de zorgverlenende instelling betrokken is bij de aanvraag en informatie verstrekt. Daarvoor is een afzonderlijk aanvraagformulier ontworpen. Indien dak- en thuislozen zich met een verwijzing door een (huis)arts melden bij een toegelaten ggz-instelling, kan ggz-zorg worden verleend met de verplichting de geleverde zorg ter registratie te melden bij het CIZ.

11. **Mevrouw Vietsch** vroeg verder hoe het zit met de **positie van het CIZ** en de wijziging van de AWBZ in dit verband. In eerste termijn heb ik gezegd dat ik nog twee jaar nodig heb, dus tot 2007, om de centrale indicatiestelling door het CIZ op orde te krijgen. Een verbouwing van de winkel terwijl de verkoop doorgaat. Mevrouw Vietsch merkte terecht op dat wettelijk gezien de gemeenten nog steeds verantwoordelijk zijn. De gemeenten hebben op grond van artikel 9a van de AWBZ het CIZ voor het jaar 2005 aangewezen als indicatieorgaan. Over het jaar 2006 hebben gemeenten nog geen gezamenlijke uitspraak gedaan. Aanpassing van de AWBZ is noodzakelijk om de positie van het CIZ definitief te regelen. Een belangrijke optie is het aanwijzen van het CIZ als Zelfstandig bestuursorgaan. Voor het maken van een keuze is het kabinetsstandpunt op het recente Interdepartementale Beleidsonderzoek (het zogenaamde IBO/VOR) van belang. Ik verwacht daarom dat per 2007 de positie van het CIZ definitief kan zijn geregeld.

12. **Mevrouw Koşer Kaya** stelde de vraag wat nu het **verschil** is tussen **gebruikelijke zorg en mantelzorg** en of mantelzorg nu ook onder gebruikelijke zorg valt. In eerste termijn ben ik daar op ingegaan door onder meer de definitie van gebruikelijke zorg te geven en aan te geven dat mantelzorg ten principale indiceerbare zorg is. Aanvullend daarop nog het volgende. Gebruikelijke zorg en mantelzorg zijn elkaar uitsluitende begrippen. Op pagina 3 van het werkdocument, waar het gaat over de plaatsbepaling van gebruikelijke zorg, wordt bedoeld te zeggen dat zowel gebruikelijke zorg als mantelzorg beide als vormen van niet-professionele zorg onder het overkoepelende begrip informele zorg vallen. Gebruikelijke zorg is per definitie zorg waarop *geen* aanspraak bestaat vanuit de AWBZ. Het is de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden. Gebruikelijke zorg is dus alleen aan de orde als er sprake is van een leefeenheid die een gezamenlijk huishouden voert. Uitwonende kinderen vallen hier buiten.

Bij mantelzorg gaat het per definitie om AWBZ-zorg waarop verzekerde wel aanspraak heeft. In geval er voor verzekerde mantelzorg beschikbaar is kan dat deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit blijven omdat daar geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet hoeft te worden. De mantelzorger voorziet al in die zorg en de indicatiesteller weegt dat mee in het opstellen van het indicatiebesluit. Welke zorg de mantelzorger op zich neemt en in welke omvang is uitsluitend en alleen aan de mantelzorger zelf om te bepalen, in overleg met de zorgvrager. Het meewegen van de mantelzorg betekent ook dat de indicatiesteller nagaat of voor een deel van de mantelzorg alsnog AWBZ-zorg geïndiceerd moet worden ter ondersteuning van de mantelzorger zodat die regelmatig tijdelijk ontlast wordt. In geval er voor een verzekerde geen mantelzorg beschikbaar is of mantelzorg wegvalt, wordt dus AWBZ-zorg geïndiceerd.

13. **Mevrouw Koşer Kaya** vroeg ook nog hoe ik ervoor zorg dat ook de **perceptie van de cliënt** en de mantelzorger goed wordt meegewogen bij gebruikelijke zorg. Deze vraag sluit aan bij de eerste vraag van mevrouw Smits. Ik verwijs daar in de eerste plaats dan ook naar. Ik voeg daar nog aan toe dat de betrokkenheid op verschillende niveaus wordt vormgegeven. In de Raad van Toezicht van het CIZ is een plek gereserveerd voor een vertegenwoordiger van patiënten- en cliënten-vertegenwoordigers. De organisaties van patiënten/cliënten en van mantelzorgers worden bovendien betrokken bij het overleg over beleidsontwikkelingen. De afgelopen jaren onder andere door vertegenwoordiging in de Regiegroep Indicatiestelling AWBZ, waarin onder meer alle werkdocumenten zijn besproken. De NP/CF heeft inmiddels al een instrument ontwikkeld voor het beoordelen van indicatieorganen vanuit het perspectief van cliënten en patiënten.

14. Ook **mevrouw Tonkens** vroeg in navolging van mevrouw Smits wanneer er sprake kan zijn van telefonisch indiceren. Ik verwijs kortheids halve naar dat antwoord (nummer 5).

15. **Mevrouw Tonkens** vroeg ook waar nu al en waar niet **gemandateerd** wordt. En ze vroeg in dat verband wat precies de problemen zijn om dit grootscheeps te introduceren. In eerste termijn heb ik aangegeven dat er op dit moment 19 standaard indicatieprotocollen (zogenaamde SIP's) zijn ontwikkeld. Die zijn nodig om mandatering op een zorgvuldige manier te kunnen invoeren. Ik heb ook gezegd dat het daarbij wat mij betreft niet blijft. Maar het moet wel zorgvuldig. Het CIZ moet op objectieve, onafhankelijke en uniforme wijze indicaties stellen zodat elke burger een gelijke toegang heeft tot de AWBZ. Bij mandatering aan zorgaanbieders moet ook aan dat uitgangspunt voldaan kunnen worden. Dat brengt met zich mee dat het CIZ de zgn. SIP's uitgebreid moet testen en een goede controle moet realiseren.

Voor een deel is dit al in gang gezet, zodat het CIZ vanaf 1 mei a.s. kan gaan werken met die 19 standaard indicatieprotocollen die via taakmandaat door de zorgaanbieders uitgevoerd kunnen worden. De zorgverlener stuurt dan een digitaal geprotocolleerd aanvraagformulier in, dat uitmondt in een positief of een negatief indicatieadvies. Dat advies stuurt hij naar het CIZ. In het geval van een positief advies kan de aanbieder de zorg op basis van dit advies meteen in gang zetten. Het CIZ neemt de adviezen één op één over. Controle gebeurt achteraf door middel van een steekproef.

Het merendeel van de 19 SIP's heeft betrekking op enkelvoudige verpleegkunde handelingen, zoals wondverzorging en het toedienen van sondevoeding. Daarnaast zijn er SIP's voor nazorg na bepaalde ziekenhuisopnames. Er is ook een SIP voor kortdurende huishoudelijke verzorging opgesteld en één voor kortdurende persoonlijke verzorging.

Het CIZ onderzoekt op dit moment of het aantal standaard indicatieprotocollen kan worden uitgebreid. Ik ga er van uit dat een substantieel deel van de indicaties kan worden gemandateerd.

In aanvulling hierop merk ik op dat een deel van de RIO's ook al voor 1 januari 2005 met mandatering werkte, met name waar het ging om transfers uit ziekenhuizen en om thuiszorginstellingen.

16. **Mevrouw Tonkens** vroeg of ik nader wil onderzoeken hoe het zit met indicaties voor verblijf die niet worden afgegeven voor uitbehandelde maar nog **revalidatiebehoevende patiënten** met als gevolg dat ziekenhuizen ten onrechte deze patiënten niet ontslaan. Ik heb geen aanwijzingen dat deze situaties zich op betekenisvolle schaal voor zouden doen. In situaties waarin thuis onmogelijk de benodigde zorg en ondersteuning kan worden geboden is een verblijfsindicatie immers gewoon mogelijk, zoals ik ook in eerste termijn heb opgemerkt. Ik vind nader onderzoek dan ook niet nodig. Mijn indruk is, dat indicatiestellers zich in het algemeen zeer goed bewust zijn van de noodzaak tot (tijdelijk) verblijf van patiënten die het ziekenhuis kunnen verlaten. Tussen transferverpleegkundigen en indicatiestellers bestaan in het algemeen goede contacten.

17. **Mevrouw Tonkens** vroeg wat ik ervan vind als bij **herindicaties er geen verblijf** meer wordt geïndiceerd bijvoorbeeld voor een bewoner van een gezinsvervangend tehuis en deze dus gedwongen zou worden op korte termijn te verhuizen. Voor zover zich dat al voordoet vind ik dat onjuist. Mij zijn geen concrete gevallen bekend. Indien bij herindicatie blijkt dat iemand niet meer voor verblijf in aanmerking komt, wordt de betreffende bewoner niet gedwongen om op korte termijn te verhuizen. In het convenant met de zorgkantoren is omtrent de gevolgen van herindicatie het volgende afgesproken: *«Indien een herindicatie tot vermindering of beëindiging van de zorg leidt, dient de zorginstelling in overleg met de verzekerde afspraken te maken over de effectuering daarvan. Indien omstandigheden daartoe aanleiding geven (bijvoorbeeld indien overplaatsing naar andere noodzakelijke zorg- of hulpverlening niet op korte termijn mogelijk is), kan daarbij een naar redelijkheid te bepalen overgangperiode worden gehanteerd. Het zorgkantoor maakt daarover vanuit zijn verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige uitvoering van de AWBZ nadere afspraken met de zorginstellingen.»* Ik zie geen aanleiding tot nadere maatregelen.

18. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg wie er **financieel verantwoordelijk** is voor de gestelde indicatie: het zorgkantoor of de zorgaanbieder. In feite zijn beide verantwoordelijk. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder zijn de contractpartners bij de inkoop van zorg. Bij het zorgkantoor (de zorgverzekeraar) berust de wettelijke zorgplicht. Dat wil zeggen dat hij gehouden is de geïndiceerde zorg te leveren. Hij is dus ook verantwoordelijk voor de financiering daarvan. Binnen de gemaakte prijs- en volumeafspraken in het contract met het zorgkantoor is de zorgaanbieder gehouden de geïndiceerde zorg voor de overeengekomen prijs te leveren. Het indicatieorgaan is uitsluitend verantwoordelijk voor het indicatiebesluit en niet voor de kosten die gemoeid zijn met het uitvoeren daarvan.

19. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg ook op **welke feiten** ik de aanname baseer, dat invoering van de werkdocumenten zal leiden tot vermindering van de huidige verschillen in de praktijk van het indiceren. De vraag sluit aan bij de vraag van mevrouw Smits naar de feitelijke doorwerking van richtlijnen in de praktijk. Ik verwijs in de eerste plaats naar dat antwoord (nummer 3). In aanvulling merk ik op dat op het moment van het nemen van maatregelen zoals de centralisatie van de indicatiestelling of het vaststellen van richtlijnen, werkdocumenten of protocollen, de werkelijkheid daarmee niet in één klap veranderd is. Alle maatregelen

hebben een zekere «incubatielijd» nodig om effect te sorteren. In het perspectief van het betoog van mevrouw Van Miltenburg in eerste termijn waarin zij stelde de koers van het huidige beleid opnieuw te willen verleggen, wil ik stellen dat ik vasthoud aan de ingezette koers die inhoudt dat de indicatiestelling (de toegangsknop) daar hoort waar de (financiële) verantwoordelijkheid ligt: AWBZ centraal; Jeugdzorg en WMO decentraal. Wat betreft de AWBZ indicatiestelling ga ik bovendien door met de koers om de indicaties zo éénduidig mogelijk te stellen door voortdurende verbetering van werkprocessen en met een oog voor de menselijke maat waar regels geen recht meer doen aan de situatie van kwetsbare mensen, zoals ik in mijn eerste termijn heb aangegeven.

20. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg ook nog naar het **niveau** waarop **begrippen** als voorliggende voorzieningen, redelijkheid en doelmatigheid zouden moeten worden geregeld. In mijn betoog in eerste termijn ben ik uitvoerig op de verschillende niveaus van wetgeving en uitvoering ingegaan. Om de individuele omstandigheden mee te kunnen wegen is een zodanige omschrijving van de aanspraken noodzakelijk dat ruimte wordt gelaten voor een oordeel in individuele situaties. De wet beperkt zich daarom tot algemene begrippen als redelijk, noodzakelijk en doelmatig. Daarbij moet worden vastgesteld, dat het verlenen van zorg soms niet noodzakelijk is, maar wel redelijk. Als voorbeeld kan gelden het verlenen van intensieve zorg thuis aan terminale patiënten, waar zorg met verblijf een doelmatiger oplossing zou zijn. Of dat noodzakelijke zorg niet altijd doelmatig is, zoals vormen van geestelijke gezondheidszorg voor zorgmijders in het dak- en thuislozencircuit en dat doelmatige zorg niet altijd redelijk is, zoals zorg met verblijf in grootschalige, afgelegen tehuizen. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn de aanspraken nader gedefinieerd maar op een zodanige wijze, dat op grond van een professioneel oordeel individuele omstandigheden kunnen worden meegewogen om de situatie te scheppen dat de AWBZ voor iedere verzekerde leidt tot aanspraken op wat in zijn of haar situatie noodzakelijke, redelijke en doelmatige zorg is. Op die wijze wordt het principe van onderlinge solidariteit in de volksverzekering AWBZ tot uiting gebracht.

21. Ook **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg in navolging van mevrouw Smits (vraag 6) hoe ik ga voorkomen dat er voor **persoonsgebonden budgetten** anders wordt geïndiceerd dan voor zorg in natura. Kortheidshalve verwijst ik naar het antwoord op vraag 6 van mevrouw Smits.

22. Mevrouw **Van Miltenburg** vroeg hoe ik ervoor ga zorgen dat er, gegeven de regels voor het indiceren, toch buiten die regels om ruimte is om in voorkomende gevallen andere oplossingen mogelijk te maken. Ze sprak daarbij van de uitwerking van een **hardheidsclausule**. In mijn beantwoording in eerste termijn heb ik duidelijk aangegeven dat er ruimte moet zijn voor de menselijke maat. Dat geldt niet alleen binnen de professionele ruimte van de indicatiesteller, maar ook ten aanzien van de regels als zodanig. Ik heb dat ook al gezegd in antwoord op vraag 7 van mevrouw Smits.

Allereerst stel ik vast, dat de bestaande regelgeving (de AWBZ, het Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Zorgindicatiebesluit) voldoende ruimte biedt voor het indiceren van zorg op maat.

De indicatiesteller krijgt daarbij vanuit het CIZ richtlijnen en protocollen aangereikt die zorgen voor een meer uniforme toepassing van de daarin opgenomen criteria zodat in vergelijkbare individuele gevallen de specifieke individuele omstandigheden op dezelfde manier worden meegewogen t.b.v. het indicatiebesluit.

Op die manier blijft er voldoende ruimte voor indicatiestellers om in individuele gevallen op maat zorg te indiceren.

Een hardheidsclausule moet worden toegepast door het CIZ, omdat daar de wettelijke bevoegdheid ligt om indicatiebesluiten te nemen. Binnen het CIZ zijn al maatregelen in voorbereiding om de indicatiestellers sterker te binden aan de vastgestelde werkinstructies en afwijkingen daarvan voor te leggen aan een ander niveau binnen de organisatie.

Ik zal het CIZ vragen of onder directe verantwoordelijkheid van het bestuur naast de uitvoeringsorganisatie een landelijk functionerend (dus niet gebonden aan de regiokantoren) specialistisch «medisch diagnostisch team» kan worden ingesteld, dat oordeelt over de situaties, waarin strikte toepassing van de regels zou leiden tot onrechtvaardige indicatiebesluiten. Deze positionering van de hardheidsclausule maakt het mogelijk om snel, los van de initiële indicatiesteller te komen tot een oordeel, nog voordat het besluit wordt genomen en er een samenloop kan ontstaan met de procedure van bezwaar en beroep.

Ik zal deze werkwijze nog nader uitwerken en daarover aan de Kamer rapporteren.

23. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg voorts of ik voor de zomer duidelijkheid kan geven over de wijze waarop **FOKUS-woningen** kunnen overgaan naar de AWBZ. Ik zal inderdaad nog voor het zomerreces de voortgang op het dossier ADL-clusterwonen aan de Kamer rapporteren. Niet alle antwoorden zullen dan echter al gegeven kunnen worden vanwege de samenhang met vorderingen op diverse andere dossiers, zoals de financiering van de zorginfrastructuur, de omslagpunten en de vormgeving van de full-package formule. Duidelijkheid over de bekostiging van de 24-uurszorg op afroep, ook wel onplanbare zorg genoemd, in de wijk kan ik ook pas in het najaar geven, nadat het CTG zijn onderzoek hiernaar heeft afgerond. Zoals ik in eerste termijn al heb gezegd is een goede oplossing voor deze dossiers voor mij een voorwaarde voor overgang van de ADL-clusterwoningen naar de AWBZ.

24. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg tevens hoe het nu precies zit met de **indicatiestelling** in de **jeugdzorg**. Op 1 januari 2005 is de Wet op de jeugdzorg in werking getreden. Op grond van deze wet is het bureau jeugdzorg de toegang tot de zorg voor jongeren in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen en stelt daarvoor de indicatie. Dit geldt ook voor de toegang tot de AWBZ-gefinancierde jeugdgeestelijke gezondheidszorg. Een uitzondering geldt voor de beperkte mogelijkheid van rechtstreekse verwijzing door de huisarts, zoals beschreven in het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. Het CIZ indiceert vanaf het van kracht worden van de Wet op de jeugdzorg niet meer voor deze AWBZ-zorg. Het CIZ zal nog wel Bureaus Jeugdzorg ondersteunen bij de invoering van deze nieuwe taak. Voor wat betreft de indicatiestelling voor AWBZ-zorg voor jeugdigen op grond van een (licht) verstandelijke handicap geldt echter het AWBZ regiem. Voor deze zorg is een indicatiebesluit van het CIZ een voorwaarde voor toegang tot AWBZ-zorg.

25. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg wat ik ga doen aan de wachtlijsten bij het CVZ als het gaat om advies op bezwaar. Het is mij bekend dat het CVZ voor de adviezen op bezwaar de termijn van 10 weken in meer dan de helft van de gevallen niet haalt. Dat moet anders. Ik ben daarover in overleg met het CVZ. De afhandeling van de adviezen moet worden bespoedigd en indien dit nodig is moeten de prioriteiten binnen de organisatie desnoods worden verlegd.

26. **Mevrouw Van Miltenburg** vroeg tenslotte wat de **kosten** zijn voor **indicatiestelling** voor zover zorgaanbieders dit gemandateerd doen. Dat zijn immers ook kosten van indicatiestelling. Het is juist dat die kosten meetellen als kosten van indicatiestelling. Het is mij echter niet bekend hoeveel hiermee gemoeid is. Mijn schatting is dat dit relatief beperkt is.

Het gaat in principe om gestandaardiseerde indicatiestelling. In het kader van de uitwerking van het convenant dat ik met de zorgaanbieders heb gesloten komt administratieve lastenverlichting onder meer door mandatering van indicatiestelling aan de orde. In dat kader vindt nadere analyse plaats.

27. **De heer Rouvoet** vroeg hoe de indicatiesteller omgaat met het verschil tussen een **assertieve**, weigerachtige partner/huisgenoot en een **zorgzame**, verantwoordelijke partner/**huisgenoot**. In eerste termijn heb ik duidelijk gesteld dat mantelzorg ten principale indiceerbare zorg is. Mantelzorg is een keuze – hoewel moreel niet altijd een gevoelde vrije keuze – van de mantelzorger en de cliënt zelf.

De indicatiesteller zal, zowel bij een assertieve, weigerachtige partner als bij een zorgzame, verantwoordelijke partner, die zorgtaken die in die situatie tot de gebruikelijke zorg worden gerekend niet meenemen in het AWBZ-indicatiebesluit.

Als een assertieve, weigerachtige partner ook verder niet bereid is in termen van mantelzorg bij te dragen aan de zorg voor verzekerde is dat voor de indicatiesteller een gegeven. Als er een zorgzame, verantwoorde-lijke partner is die naast de gebruikelijke zorg ook verder bijdraagt in de zorg aan verzekerde zal deze als mantelzorg bij de indicatiestelling worden betrokken. Ik wijs verder nog op mijn antwoord op vraag 12 van mevrouw Koşer Kaya.

28. **De heer Rouvoet** vroeg verder of ik kan aangeven of de **oorzaak** voor de **vermindering** van het aantal indicaties voor huishoudelijke zorg te maken heeft met de verhoging van de eigen bijdrage in de thuiszorg of de invoering van het werkdocument gebruikelijke zorg. In eerste termijn heb ik al aangegeven dat ik dat niet kan. In antwoord op de vraag over de financiële ruimte van mevrouw Smits heb ik dat nader aangegeven (vraag 2). Ik verwijs daar ook kortheidshalve naar.

29. **Mevrouw Kant** vroeg mij inhoudelijk in te gaan op het grote **percentage AAW-ers** dat minder geïndiceerd heeft gekregen en op het grote percentage bezwaren. In mijn brief van 21 februari 2005 in antwoord op eerdere Kamervragen hierover heb ik aangegeven dat het hier gaat om een groep waarvoor een afzonderlijke regeling gold en dat ik daarom niet beschik over vergelijkingsmateriaal op basis waarvan ik een oordeel kan uitspreken over de vraag of het aantal bezwaarschriften groot is. Het maakt ook dat ik geen uitspraak kan doen over het percentage AAW-ers dat minder geïndiceerd heeft gekregen.

30. **Mevrouw Kant** vroeg daarnaast of ik wil onderzoeken wat het effect is van het werkdocument voor de **cliënten zelf** omdat het CVZ onderzoek niet naar cliëntoordelen heeft gevraagd. Bij het werkdocument gebruikelijke zorg gaat het natuurlijk wel om een afbakening ten principale tussen de collectieve verantwoordelijkheid en private verantwoordelijkheid binnen een leefeenheid die een gezamenlijk huishouden voert. Het gaat dan niet aan om uitsluitend aan zorggebruikers te vragen wat zij ervan vinden. Ik zal een dergelijk onderzoek dan ook niet doen.

31. **Mevrouw Kant** vroeg ook mijn oordeel over het telefonisch afdoen van indicaties voor de groep ex AAW-ers. Eerder vroegen mevrouw Smits en mevrouw Tonkens naar het telefonisch indiceren van cliënten. Ik verwijs dan ook kortheidshalve naar het antwoord op vraag 5 van mevrouw Smits.

32. **Mevrouw Kant** vroeg verder wat er nu precies opgelost moet worden, zodat per 2006 er wel een goede overgang van de ADL-clusterwoningen naar de AWBZ mogelijk is. Mevrouw van Milten-

burg vroeg daar eerder naar. Ik verwijs in de eerste plaats dan ook naar het antwoord op haar vraag (nummer 23). Voor een goede onderbrenging van bestaande ADL-clusters in de AWBZ is het van belang dat in de eerste plaats een dekkend, maar realistisch CTG-tarief voor 24-uurs-zorg op afroep, ook wel niet-planbare zorg genoemd, wordt vastgesteld. In de tweede plaats moet er een koppeling tussen de zorg en het wonen gelegd worden. De 24-uurs zorgverlening is immers alleen exploiteerbaar als er een bepaalde omvang van de zorgafname is gegarandeerd. In de ADL-clusterregeling is deze koppeling geregeld, maar in de AWBZ staat een dergelijke regeling op gespannen voet met de keuzevrijheid van de cliënt. Dan is er het punt dat het in de AWBZ niet mogelijk is om éénzelfde functie zowel in zorg in natura als in de vorm van een persoonsgebonden budget af te nemen, wat voor bewoners van ADL-clusters nu wel mogelijk is.

33. Mevrouw Kant vroeg tevens hoe het zit met de eigen bijdrage voor FOKUS-woningen.

Wat dat betreft merk ik op dat die vragen ook schriftelijk zijn gesteld en dat ik de vragen over de eigen bijdrage die bewoners van ADL-clusters in de toekomst gaan betalen separaat beantwoord in reactie op de brief van 7 maart 2005, kenmerk VWS/05/19/LD.

34. Mevrouw Kant vroeg tenslotte hoe het zit met de doofblindenbegeleidersvoorziening.

Het CIZ is sinds november vorig jaar in contact met het Project Begeleidersvoorziening Doofblinden. Er is een werkwijze afgesproken zodat alle cliënten die gebruik maakten van de subsidieregeling over een AWBZ-indicatiebesluit beschikken. Cliënten die vanaf 1 januari een indicatiebesluit hebben gekregen van het CIZ, kunnen met die indicatie gebruik maken van de begeleidersvoorziening.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp