

Vergaderjaar 2003–2004

**26 631**

## **Modernisering AWBZ**

**Nr. 72**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 februari 2004

#### **Introductie**

Op 7 november 2003 (TK 2003–2004, nr. 26 631, nr. 61) heb ik u mijn standpunt over het *Advies bestuurlijke verantwoordelijkheid indicatiestelling* van het College implementatie indicatiebeleid meegedeeld. In deze brief heb ik u toegezegd ernaar te streven in januari 2004 een plan van aanpak voor te leggen. Tempo is nodig om de beoogde verandering op 1 januari 2005 in te kunnen laten gaan.

In deze brief treft u dit plan van aanpak aan. Het plan is met de meest betrokken partijen in het veld besproken: de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten (LCIG). Deze partijen kunnen zich vinden in het voorgestelde transitietraject. De Landelijke Vereniging Indicatieorganen (LVIO) ondersteunt de centralisatie, maar wil zich in deze fase van het proces niet binden aan een plan van aanpak.

Deze brief behandelt achtereenvolgens:

- kort samengevat mijn genoemde standpunt over het advies van het College,
- de bestuurlijke en organisatorische ontwikkeling van de indicatiestelling de afgelopen jaren en
- het plan van aanpak voor het centraliseren van de indicatiestelling.

#### **Samenvatting standpuntbepaling centraliseren indicatiestelling**

Ik heb in mijn standpunt van 7 november jl. over het advies van het College implementatie indicatiebeleid aangegeven dat de indicatiestelling voor AWBZ-aanspraken centraal geregeld moet worden. Dit is nodig voor het bereiken van kwaliteit, uniformiteit, doelmatigheid en efficiënte bedrijfsvoering. Het onderbrengen van de huidige indicatieorganen in één landelijke organisatie maakt dit mogelijk.

Het genoemde advies is een vervolg op het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) naar de indicatiestelling in 2001, waarin werd voorgesteld diepgaander te kijken naar de bestuurlijke en organisatorische positie van de Regionale Indicatie Organen (RIO's).

Het centraliseren van de indicatiestelling doet niet af aan het uitgangspunt om de indicatiestelling dicht bij de burger te organiseren en waar mogelijk te laten aansluiten op lokale netwerken en zorgloketten. Het kabinet moet nog beslissen hoe een en ander bestuurlijk en juridisch in het vat wordt gegoten. Dat geldt ook voor het over te hevelen bedrag uit het gemeentefonds dat het gevolg is van deze centralisatie. De overgang moet zo kort mogelijk duren. Daarom streef ik ernaar dat op 1 januari 2005 de te vormen nieuwe landelijke organisatie van start kan gaan. Voor het overgangsjaar 2004 geldt de volgende hoofdlijn voor de aanpak:

- Het op basis van het Zorgindicatiebesluit te vormen Landelijk Centrum Indicatiestelling (LCI) kan worden benut voor het centraal organiseren van de nieuwe centrale sturing van werkprocessen, inclusief uniforme bedrijfsvoering, informatievoorziening, personeelsbeleid en dergelijke.
- Het LCI stemt af met bestaande trajecten, zoals het «opschalen» van RIO's en de integrale indicatiestelling, ervan uitgaande dat één en ander past in de voorgenomen centralisatie.
- Binnen het LCI zal een compacte projectorganisatie de te vormen landelijke organisatie opzetten, de voorwaarden scheppen voor de voortgang van de indicatiestelling in het overgangsjaar en het veranderingsproces voorbereiden en uitvoeren.

### **Terugblik**

De indicatiestelling is in de jaren negentig op de politieke agenda gekomen om de toegang tot de zorg los te koppelen van de feitelijke zorg die aanbieders leveren. De indicatiestelling moest onafhankelijk (los van belanghebbenden), objectief (uniform) en integraal (voor de gehele AWBZ en in samenhang met zorg-wonen-WVG-welzijn) zijn; ook moest de indicatiestelling helpen voorkomen dat cliënten met verschillende toegangslotten te maken hadden (streven naar één loket). Tenslotte moest ze het leveren van zorg op maat mogelijk maken en voorkomen dat alleen het aanbod aan zorg bepaalde wat mensen konden krijgen. De afgegeven indicaties werden een besluit op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht om de positie van de cliënt te verstevigen door de mogelijkheid van bezwaar en beroep.

Voor het realiseren van deze onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling zijn in 1997 de RIO's gevormd. Die bundelden de indicatiestelling voor de verzorgingshuizen (van oudsher een taak van de gemeenten), de verpleeghuizen (vanaf 1989 opgedragen aan de gemeenten) en de thuiszorg (vanaf 1997). De gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg volgden later in het kader van het weghalen van «schotten» met de modernisering van de AWBZ: vanaf 1 januari 2002 voor de gehandicaptenzorg en vanaf 1 april 2003 voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Het per 1 april 2003 in het Besluit Zorgaanspraken wijzigen van de zorgaanspraken in «functies», betekent dat de schotten nu weg zijn binnen de AWBZ. De indicaties worden vanaf die datum afgegeven in functies (de zorgaanspraak) en klassen (de omvang van de geïndiceerde zorg).

De indicatiestelling wordt uitgevoerd door circa tachtig RIO's. Hiervan hebben er circa zestig de stichtingsvorm en maken er circa twintig deel uit van de gemeentelijke organisatie, meestal de GG&GD. Daarnaast geven het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg voor de gehandicaptenzorg en de commissies langdurig zorgafhankelijken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) indicaties af. Deze laatste twee doen

dat respectievelijk vanaf 1 januari 2002 en 1 april 2003 onder verantwoordelijkheid van de RIO's.

Omdat de indicaties nu in functies worden gesteld, wordt momenteel gewerkt aan het integreren van de indicatiestelling voor de sectoren verzorging en verpleging en de gehandicaptenzorg. Dat kan door medewerkers van het LCIIG in RIO-verband te laten indiceren. Afhankelijk van de praktische mogelijkheden tot integratie wordt bezien of de huidige mandaatconstructie moet worden gecontinueerd. De volledige integratie vindt plaats in het kader van het centraliseren van de indicatiestelling. De indicatiecommissies in de GGZ-care zijn van meet af aan regionaal opgezet en in een aantal regio's al opgegaan in de RIO's. De overheveling van belangrijke delen van de GGZ naar de standaardverzekering curatieve zorg zal ook voor de indicatiestelling gevolgen hebben: nu indiceert het RIO nog voor langdurige ambulante en intramurale zorg, maar na de genoemde overheveling zal het RIO alleen de langdurige zorg met verblijf indiceren. Voor alle ambulante GGZ en het eerste jaar intramurale zorg draagt de huisarts zorg voor verwijzing.

### **Plan van aanpak**

Het onderstaande plan van aanpak voor het centraliseren van de indicatiestelling gaat in hoofdlijnen op een aantal zaken in. Eerst komen de uitgangspunten aan de orde. Daarna ga ik in op de bestuurlijke vormgeving en de financiering. Vervolgens komt het veranderingsproces zelf aan de orde en daarna het globale tijdpad waarbinnen dit gerealiseerd moet zijn. In deze fase kan nog niet alles gedetailleerd ingevuld worden; dat wordt de komende maand uitgewerkt. Tot slot kom ik in deze brief nog terug op de te volgen procedure.

Het is in deze fase van belang de voornaamste uitgangspunten te formuleren voor de centrale regeling van de indicatiestelling. Deze uitgangspunten bepalen de inhoudelijke richting en de organisatie van de indicatiestelling en vormen daarmee het kader voor de veranderingen in de komende periode.

#### *a. Uitgangspunten*

Voor mij staat vast dat in een vraaggestuurd verzekeringsstelsel de toegang tot de zorg goed geregeld moet zijn. Dat is nodig om (schaarse) collectieve middelen rechtvaardig te verdelen en om de kosten in de hand te houden. Ook is het nodig de zorgbehoefte onafhankelijk en uniform vast te stellen, zodat binnen de indicatie de zorg op maat van de cliënt kan worden geleverd. Het centraal regelen van de indicatiestelling kan met een doeltreffend en doelmatig opererende uitvoeringsorganisatie de manco's verhelpen die er nu zijn met de decentrale aansturing en financiering. Manco's die van het management van de indicatieorganen veel tijd en energie hebben geleverd en voor de indicatiestellers belemmerend hebben gewerkt. Het advies van het College geeft over de noodzaak voor de centralisatie een uitgebreide analyse en ik ben daar in mijn standpunt nader op ingegaan.

Maar niet alleen de uitvoeringsstructuur moet beter. Ook de procesgang voor de indicatiestelling moet beter verlopen. Er is de afgelopen jaren zeker voortgang geboekt met het toepassen van verkorte procedures en het gelijk maken van formulieren en afhandelingroutes. Maar dat is niet voldoende. De meeste organisaties in de zorg steunen het principe van de onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling, maar er is wel veel kritiek op de uitvoering. De beoordeling van de claim wordt te vaak ervaren als een bureaucratisch en langdurig proces, waarvan de energie en tijd die ermee gemoeid is niet in verhouding staat tot de opbrengst. De

cliënt vindt dit proces vooral bij eenvoudige zorgvragen onnodig en vertragend voor het daadwerkelijk krijgen van zorg. Er is behoefte aan het zoveel mogelijk parallel laten lopen van de beoordeling van de claim op zorg en het starten van de levering.

Dit is ook in het overleg met uw Kamer meerdere malen aan de orde gesteld. De Tweede Kamer heeft in december 2003 bij de begrotingsbehandeling de motie-Van Miltenburg c.s. (nr. 96) aangenomen om te stimuleren dat indicatiebesluiten meer gemandateerd worden, overigens wel onder eindverantwoordelijkheid van de indicatieorganen.

In het kader van de modernisering AWBZ zijn vorig jaar vier modeltrajecten uitgevoerd om ervaring op te doen met het standaardiseren van bepaalde categorieën indicatiebesluiten. Daaruit komt naar voren dat er goede mogelijkheden zijn om voor bijvoorbeeld kortdurende huishoudelijke zorg, bepaalde verpleegkundige handelingen en zorg thuis gekoppeld aan het verlaten van het ziekenhuis parallel aan de indicatiestelling de zorg te starten. Door aan huisartsen, zorgaanbieders en «lokale loketten» de mogelijkheid te geven voor deze categorieën de zorgvraag te beoordelen, kan aansluitend de zorg starten en wordt onnodige vertraging voor de cliënt voorkomen.

Met het oog op de blijvende verantwoordelijkheid van het indicatieorgaan is een mandaatconstructie of een overeenkomst tussen het RIO en de zorgaanbieder nodig, waarin een aantal randvoorwaarden voor het mandaat of het achteraf formaliseren van de indicatie worden geregeld. De afgegeven indicatie of de informatie om achteraf de indicatie te stellen moet wel worden gemeld aan het RIO. Dat blijft als enige instantie bevoegd en verantwoordelijk om de geïndiceerde zorg aan het zorgkantoor te melden. Dit model houdt de onafhankelijke indicatiestelling en de eindverantwoordelijkheid van het RIO overeind, garandeert een geüniformeerde registratie en de cliënt kan bezwaar of beroep blijven aantekenen.

Wil het RIO die eindverantwoordelijkheid kunnen dragen, dan moet het instrumenten krijgen om goed te controleren en op te kunnen treden wanneer gemandateerden niet binnen de gestelde randvoorwaarden en standaarden opereren. De bevoegdheid van anderen om indicaties te kunnen afgeven, moet dan direct kunnen worden beëindigd. De komende weken wordt per regio geïnventariseerd welke mogelijkheden er zijn om zo te vereenvoudigen. Parallel daaraan werkt het College Implementatie Indicatiebeleid aan een advies over het verminderen van de bureaucratie in de indicatiestelling. Dit eind februari a.s. te ontvangen advies kan in de besluitvorming dan ook betrokken worden. De bedoeling is om op 1 april 2004 een begin te maken met de vereenvoudiging. In de overgangssituatie zal ik de RIO's stimuleren hieraan mee te doen en voor de nieuwe landelijke organisatie kan ik dat zelf bepalen. Deze vereenvoudiging is ook relevant voor de inrichting van het CIZ.

Hoe ziet het Centrum Indicatiestelling Zorg er straks uit? Hiervoor gelden verschillende uitgangspunten. Ten eerste wordt het een uitvoeringsorganisatie: niet meer en niet minder. Het AWBZ-beleid is kaderstellend voor het werk van het CIZ. Ten tweede moet het een doeltreffende en doelmatige uitvoeringsorganisatie worden waarin in de regio alle indicaties worden gesteld en een zo klein mogelijk landelijk bureau centraal stuurt en ondersteunt. Een regionaal team moet over alle voor de indicatiestelling noodzakelijke deskundigheid beschikken om alle indicaties in de regio te kunnen doen. Dat kan alleen wanneer het werkgebied voldoende groot is. De beschikbare capaciteit kan zo ook flexibel ingezet worden afhankelijk van de werkvoorraden in de verschillende locaties.

Het uitgangspunt is dat de indicatiestelling zo dicht mogelijk bij de burger plaatsvindt, dus wordt waar mogelijk aangesloten bij een lokale «lokettenstructuur». De regio-indeling dient aan te sluiten op de regio-indeling in de uitvoering van de AWBZ. Te denken valt aan die van de zorgkantoren, respectievelijk de buitengrenzen van zorgkantoren, zodat een regionaal team meerdere zorgkantoren kan bestrijken.

Het landelijk bureau stuurt centraal aan, bewaakt de kwaliteit en organiseert de informatievoorziening, de bedrijfsvoering en de ondersteuning doelmatig.

Samengevat gaat het om het vormen van een nieuwe organisatie waarin de indicatiestelling «objectief, onafhankelijk en integraal» plaatsvindt en de uitvoering «klantvriendelijk, efficiënt en doeltreffend». Deze organisatie en werkwijze moeten in termen van kwaliteit en bedrijfsvoering duidelijk beter zijn dan de huidige uitvoering.

#### *b. Bestuurlijke afspraken en financiering*

De rijksoverheid kan met het centraliseren van de indicatiestelling de toegang van de AWBZ beter reguleren, sturen en daarop toezicht houden dan nu het geval is. Dit is ook nodig voor het uniform, doelmatig en effectief uitvoeren van de AWBZ, zowel inhoudelijk als qua bedrijfsvoering.

De wijze van sturing hangt mede af van de uiteindelijke bestuurlijke en juridische structuur van de nieuwe organisatie. In mijn recente standpunt heb ik onder andere het zelfstandig bestuursorgaan en het agentschap genoemd. De uiteindelijke keuze moet passen binnen de kaders van de rijksoverheid. Daarvoor is het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) verzelfstandigde organisaties op rijksniveau dat dit voorjaar gereedkomt van belang. Het kabinet beslist mede op basis hiervan over de definitieve bestuurlijke en juridische vorm.

Uiteraard speelt geld ook een rol bij het vormen van het CIZ. De komende periode moet worden vastgesteld welk bedrag nodig is om de indicatiestelling goed uit te kunnen voeren. Enerzijds is het te verwachten dat het centraliseren van de indicatiestelling uiteindelijk doelmatiger en dus goedkoper is en datzelfde geldt voor het standaardiseren van bepaalde categorieën indicatiebesluiten. Anderzijds neemt de vraag naar zorg nog steeds toe en dus zijn er ook meer indicaties nodig. Op de korte termijn kost de voorgenomen verandering incidenteel extra geld door frictiekosten die uit de centralisatie voortvloeien en de kosten van de veranderingsorganisatie.

De met de indicatiestelling samenhangende middelen zullen uit het gemeentefonds overgeheveld worden. Het kabinet neemt daarover dit voorjaar een besluit na overleg met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Over het bedrag dat op 1 januari 2005 uitgenomen moet worden, worden de gemeenten in de zogenaamde meicirculaire geïnformeerd. Tevens wordt in het voorjaar beslist over het voor het CIZ noodzakelijke budget.

#### *c. Veranderingsproces en veranderorganisatie*

De alledaagse praktijk van de indicatiestelling mag niet lijden onder de veranderingen. Tijdens de verbouwing moet de verkoop doorgaan. Waar stagnatie dreigt, worden activiteiten ontwikkeld om achterstanden te voorkomen.

Een hoog veranderingstempo moet er toe leiden, dat er zo snel mogelijk weer een stabiele omgeving ontstaat. Daarvoor is het belangrijk dat de medewerkers van de huidige RIO's en het LCIG, die allemaal in een vergelijkbare positie zitten, snel duidelijkheid krijgen over het concept van de nieuwe organisatie, de omvang en de personele randvoorwaarden. In dit

verband is het tijdig vaststellen van een sociaal plan waarover conform de geldende procedures met de vakbonden overleg zal worden gevoerd van groot belang.

Risico in een zo omvangrijke veranderingsoperatie is, dat er ter wille van een zo geruisloos mogelijke overgang concessies worden gedaan aan het organisatieconcept. Door in de eerste fase van het veranderingsproces over dat concept geen onduidelijkheid te laten bestaan en daarin niet allerlei overgangsprikelen te betrekken, moet dat risico worden voorkomen. Dan kan vervolgens de indicatiestelling van de RIO's en het LCIG worden overgeheveld naar de nieuwe landelijke organisatie. Dit betekent losweken uit de (samenwerkende) gemeentelijke structuur. Met de VNG bezie ik hoe dit het beste kan gebeuren, rekening houdend met de gemeentelijke situatie én passend in een landelijk kader. Ik streef ernaar hierover met de VNG een landelijk protocol af te spreken. Dit alles met het oog op het streven om per 1 januari 2005 de nieuwe organisatie van start te laten gaan.

Voor het centraliseren van de indicatiestelling moet de wet gewijzigd worden. De wettelijke verantwoordelijkheid voor het instandhouden van een indicatieorgaan moet overgaan van de gemeenten naar de nieuwe centrale organisatie. Het is niet te verwachten dat die wetswijziging er op 1 januari 2005 al is; het traject van wetswijziging kost tenminste een jaar. Om de nieuwe organisatie op 1 januari 2005 toch de indicaties te laten stellen, stel ik voor dat gemeenten de te vormen landelijke organisatie belasten met de indicatiestelling, uiteraard onder de voorwaarde, dat de landelijke organisatie de gemeenten garandeert de indicatiestelling conform de voorschriften uit te voeren en de daarmee gepaard gaande kosten volledig voor zijn rekening te nemen. In de praktijk betekent dit dat gemeenten in plaats van hun regionale stichting daarvoor dan de landelijke organisatie aanwijzen. Randvoorwaarde voor deze formule is het per 1 januari 2005 uit het gemeentefonds nemen van de eerdergenoemde middelen.

In de overgangsfase zal ik het in het Zorgindicatiebesluit genoemde landelijk expertisecentrum voor indicatiestelling (LCI) belasten met het veranderingsproces en per 1 januari 2005 aanwijzen als voorloper van het te vormen Centrum Indicatiestelling Zorg. Dit LCI is mijns inziens een uitstekende «drager» voor het veranderingstraject.

Door de statuten van het LCIG te wijzigen is oprichting van een nieuwe stichting en liquidatie van een bestaande niet nodig. Voor zover nodig zullen resterende taken van het LCIG worden uitgevoerd door het LCI. Het bestuur van het LCI is inmiddels geformeerd.

Ik heb de heren drs. L.G.M. Bisschops, wethouder Maatschappelijk Welzijn, Cultuur, Recreatie en Sport, Onderwijs en Emanipatie, Kinderopvang, Volksgezondheid en Sociale Zaken van de Gemeente Best, J.F. Buurmeijer, oud voorzitter LISV en tot 1 april 2004 voorzitter van het College Implementatie Indicatiebeleid en drs. T.P.G. Kralt, vice-voorzitter Raad van Bestuur Stichting Philadelphia Zorg bereid gevonden de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het veranderingsproces op zich te nemen. De heer Buurmeijer zal als voorzitter van het bestuur optreden. Het bestuur krijgt voor het uitvoerend werk steun van een projectmanagement. Ook zal zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande capaciteit van het LCIG en de RIO's om én de kennis, kunde en betrokkenheid zoveel mogelijk te benutten én de transitiekosten zoveel mogelijk te beperken. Daarin past ook het werken van het LCI vanuit het huidige LCIG-kantoor in Driebergen.

Intensieve en goede communicatie met alle betrokkenen in het veld is een voorwaarde voor het slagen van het veranderingsproces. De plannen voor

het opzetten van de nieuwe organisatie en de toepassing in de praktijk, dienen in een dialoog met de betrokkenen te gebeuren.

Ik blijf verantwoordelijk voor het bepalen van het inhoudelijk en financieel kader waarbinnen het centraliseren van de indicatiestelling plaatsvindt. Het bestuur van het LCI is binnen dat kader verantwoordelijk voor het veranderingsproces en de directeur-generaal Maatschappelijke Zorg van VWS is ambtelijk opdrachtgever.

#### *d. Tijdpad*

Het is irreëel nu reeds een gedetailleerd tijdpad voor de veranderingsoperatie aan te geven. Wel kunnen bepaalde momenten aangegeven worden waarop beslissende stappen moeten worden gezet. Zo begint het bestuur van het LCI «in oprichting» medio februari 2004. Na de voorbereidende werkzaamheden kan op 1 april 2004 het LCI formeel zijn rol op zich nemen. Belangrijke stappen in het proces zijn vervolgens het ontwerpen van de hoofdstructuur van de nieuwe organisatie, zodat de contouren van de nieuwe organisatie concreet kunnen worden ingevuld. Parallel daaraan moet het sociaal beleidskader worden vastgesteld. Naast het opzetten van de nieuwe organisatie moet het eerder genoemde protocol met de VNG worden opgesteld, zodat met de ontvlechting uit de bestaande lokale structuren kan worden begonnen. Binnen de veranderingsoperatie zal daarvoor een apart traject worden ingericht, zodat de medewerkers van de nieuwe organisatie zich kunnen richten op hun primaire taak. Gegeven het streven om per 1 januari 2005 de nieuwe organisatie van start te laten gaan, heb ik het bestuur van het LCI i.o. gevraagd een tijdpad op te stellen, waarin de ambitie om de overgangperiode zo kort mogelijk te laten duren wordt afgezet tegen een realistische inschatting van de tijd die nodig is voor de transitie.

#### *Vervolgprocedure*

Op 17 maart heb ik met uw Kamer een algemeen overleg over de indicatiestelling. Ik ben van plan u begin maart over de laatste ontwikkelingen rond onder andere de werkvoorraden en de vermindering van de bureaucratie, standaardindicaties en mandatering te informeren. In het algemeen overleg zal ik graag verder met u van gedachten wisselen over de toekomst van de indicatiestelling.

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