

Verzorgde toegang

Interdepartementaal beleidsonderzoek

Toegang tot zorg en indicatiestelling in de AWBZ

November 2001

Voorwoord

Omdat het beter kan!

De structuur van de gezondheidszorg is sterk in beweging. Aanbodgerichte sturing wordt omgebogen naar vraaggerichte sturing. Deze ontwikkeling voltrekt zich zowel op het terrein van de curatieve zorg als van de AWBZ. Fusies, samenwerkingsafspraken, een AWBZ-brede zorgregistratie en de introductie van de regionale indicatieorganen duiden op de ontwikkeling van zorgketens. Er is kortom sprake van een forse moderniseringsbeweging.

In deze dynamische en vaak turbulente omgeving heeft de start en uitbouw van de regionale indicatieorganen (RIO's) moeten plaatsvinden. Een riskant traject. Te meer omdat de centrale overheid haar belang, toegangsregulering van de AWBZ, ten uitvoer heeft gelegd bij de gemeentelijke overheid. Er is tussen beide overheden echter geen belangenparallelliteit. De complexiteit is nog groter vanwege de positonering van de zorgtoewijzing. Deze staat los van de indicering en vormt daardoor de tweede schakel in de AWBZ-keten. Deze taak is opgedragen aan zorgkantoren die worden beheerd en uitgevoerd door zorgverzekeraars. Dit zijn in ons bestuurlijk bestel private partijen. Ook hebben de zorgverzekeraars geen financieel belang bij de uitvoering van de AWBZ. Publiek en privaat domein gaan hier in elkaar, maar de wederzijdse belangen zijn niet in een coherent en consistent geheel samengebracht.

De IBO-werkgroep had vanuit deze context de opdracht een onderzoek te doen naar het functioneren van de Rio's en de toegang tot de AWBZ. Geen eenvoudige opdracht.

In het voorliggende rapport wordt de analyse weergegeven van de werkgroep. Op basis daarvan komt de werkgroep tot een geheel van aanbevelingen die een operationeel karakter hebben. Er is na ampel beraad voor gekozen om het bestaande als uitgangspunt voor verandering te nemen.

Daarmee is de verleiding weerstaan om een geheel nieuwe ordening en uitvoeringsstructuur voor te stellen. De werkgroep is er van overtuigd dat ook op langere termijn een adequate beheersing van de collectieve middelen nodig is en dat indicatiestelling vooralsnog een onmisbaar instrument is om de toegang tot de AWBZ beheersbaar te houden. Een geheel nieuwe plaatsbepaling binnen een andere verantwoordelijkheidsstructuur zou vanuit die overweging zinvol kunnen zijn.

De turbulentie van de laatste jaren en het ontbreken van een eenduidig perspectief op de vormgeving van het ziektekostenstelsel en een nog niet afgeronde discussie over de nadere plaatsbepaling van de Wet Voorzieningen Gehandicapten zijn echter redenen om in deze fase af te zien van deze benadering.

Een massieve inzet om binnen de bestaande verhoudingen een kwaliteitsimpuls tot stand te brengen heeft daarom de voorkeur.

Verzorgde toegang

De voorgestelde aanpak mag echter niet vrijblijvend zijn en vraagt om sturing vanuit centraal niveau. Door het ontbreken van een regionale autoriteit die als regisseur kan optreden naar de actoren in de zorgketen zal er ad-hoc een positie op centraal niveau moeten worden gecreëerd. Daarnaast zal naar de toekomst, binnen de context van een nieuw zorgstelsel, de discussie over de sturing van de zorgketen moeten worden afgerond. Ons advies is daarom: niet wachten, maar nu aanpakken! Omdat het beter kan is een investering de moeite waard. Ook in een op vraag gerichte sturing zal een kwalitatieve indicatiestelling niet gemist kunnen worden. In dat opzicht gaat indiceren vooraf aan kiezen!

J.F. Buurmeijer,
voorzitter

1 INLEIDING	5
1.1 WAT IS DE AWBZ?.....	5
1.2 ORGANISATIE EN STURING IN DE AWBZ: DE ZORGGKETTEN.....	5
1.3 VAN AANBOEDBUDGETTERING NAAR VRAAGSTURING.....	7
1.4 DE TAAKOPDRACHT.....	9
1.5 WERKWIJZE EN INDELING VAN HET RAPPORT.....	10
2 INDICATIESTELLING	11
2.1 INLEIDING.....	11
2.2 VOORWAARDEN VOOR DE INDICATIESTELLING.....	11
2.3 DE WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN.....	12
2.4 EEN THEORETISCH KADER: DILEMMA'S BIJ DE INDICATIESTELLING.....	14
2.5 INDICATIESTELLING IN DE UITGANGSSITUATIE.....	18
2.5.1 <i>Integraliteit als uitgangspunt</i>	18
2.5.2 <i>Discretionaire ruimte bij de beoordeling van aanspraken</i>	19
2.5.3 <i>Een empirische vergelijking werkwijzen en output van RIO's</i>	23
2.5.4 <i>Discretionaire ruimte, onafhankelijkheid en beheersbaarheid van het huidige systeem</i>	28
2.6 HET RIO ALS UITVOERINGSORGANISATIE.....	30
2.7 CONCLUSIES.....	33
3 BELEIDSOPTIES INDICATIESTELLING	35
3.1 INLEIDING.....	35
3.2 OBJECTIVEREN INDICATIESTELLING.....	35
3.3 ONTWIKKELEN 'COUNTERVAILING POWER'.....	38
3.3.1 <i>Financiële prikkels</i>	38
3.3.2 <i>Toezicht en visitatie</i>	40
3.3.3 <i>Benchmarking</i>	40
3.4 ORGANISATIE VAN DE UITVOERING.....	41
3.5 CONCLUSIES.....	42
4 TOEGANGSREGULERING	45
4.1 INLEIDING.....	45
4.2 PAKKETAANPASSINGEN.....	45
4.2.1 <i>Hanteren van omslagpunten in aanspraken</i>	46
4.2.2 <i>Kwaliteitseisen in aanspraken</i>	49
4.3 EIGEN BIJDAGEN AWBZ.....	49
4.4 CONCLUSIES.....	51
5 AANBEVELINGEN	53
5.1 INLEIDING.....	53
5.2 VERANDERINGSTRAJECT INDICATIESTELLING.....	53
5.3 TOEGANGSREGULERING.....	58
6 BIJLAGEN	61
6.1 GEBRUIKTE LITERATUUR.....	61
6.2 SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	63
6.3 DE TAAKOPDRACHT VAN DE WERKGROEP 'TOEGANG TOT ZORG EN INDICATIESTELLING IN DE AWBZ'.....	64
6.4 EIGEN BIJDAGEREGELINGEN IN DE AWBZ.....	67
6.5 INDICATIESTELLING VOOR MEDISCHE ARBEIDSONGESCHIKTHEID.....	69
6.6 'WACHTLIJSTGEGEVENS V&V SECTOR'; BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VWS AAN DE TWEDE KAMER.....	71

1 Inleiding

1.1 Wat is de AWBZ?

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verplichte volksverzekering die aanspraak biedt op in principe onverzekerbare geneeskundige risico's. Iedereen die aan de in wet neergelegde criteria voldoet, is verzekerd. De AWBZ vormt het eerste compartiment van het stelsel voor ziektekostenverzekeringen in Nederland. Het stelsel bestaat verder uit het ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (het tweede compartiment) en de vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen (het derde compartiment).

De verzekerden hebben binnen de AWBZ aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Hieronder zijn begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening¹.

De AWBZ-zorg is verdeeld in drie hoofdgroepen: de Verpleging en verzorging², de gehandicaptenzorg en de Geestelijke gezondheidszorg. In totaal is er in 2001 ongeveer 35 mld gulden gemoeid met de AWBZ, dat voornamelijk wordt gefinancierd uit premieopbrengsten. Tabel 1.1 bevat een overzicht met enkele budgettaire kengetallen van de AWBZ.

Tabel 1.1: Uitgaven gefinancierd via AWBZ naar categorie (in mln gulden)

Categorie	1999	2000	2001
Gezondheidsbevordering	631,4	683,7	741,0
Curatief	403,2	442,8	466,1
-ziekenhuizen en specialisten	331,1	370,4	385,9
-extramuraal	71,9	72,4	80,2
farmaceutische hulp en hulpmiddelen	6,1	24,5	24,5
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	5130,2	5403,3	5616,9
Gehandicaptenzorg	6065,4	6502,8	6692,9
Verpleging en verzorging	13753,4	15117,1	15543,4
-verpleging en verzorging	10442,3	11358,3	11810,9
-thuiszorg	3311,1	3758,8	3732,5
beheer en diversen	210,2	380,9	2340,9
<i>Totaal (excl. eigen betalingen)</i>	<i>26199,9</i>	<i>28555,1</i>	<i>31425,7</i>
Eigen betalingen	3391,1	3424,3	3521,8
Totaal (incl. eigen betalingen)	29591,0	31979,4	34947,5

Bron: Zorgnota 2001

1.2 Organisatie en sturing in de AWBZ: de zorgketen

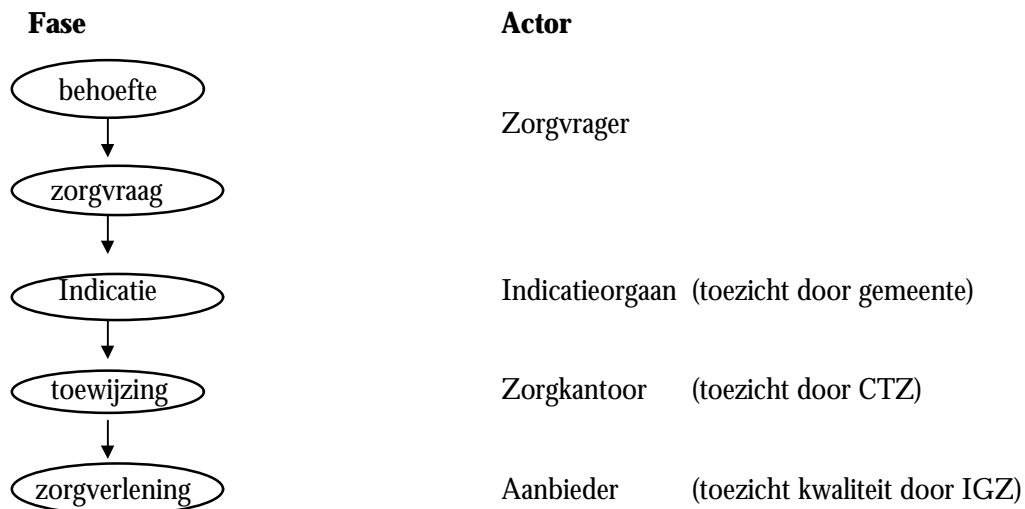
De huidige organisatie van de AWBZ kan systematisch worden gevat in de zogenaamde zorgketen³:

¹ AWBZ, hoofdstuk 3, artikel 6, lid 1.

² Onder 'verpleging en verzorging' vallen verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg

³ Zie 'Zicht op Zorg' (VWS, 1999)

Figuur 1: de AWBZ-zorgketen



De zorgvrager heeft een behoefte aan zorg en vertaalt deze in een zorgvraag bij - in de meeste gevallen - de huisarts. Om vervolgens daadwerkelijk aanspraak te kunnen maken op zorg heeft de verzekerde een indicatie nodig van een daartoe aangewezen orgaan. Voor de V&V sectoren wordt deze indicatiestelling wettelijk verplicht uitgevoerd door, c.q. onder verantwoordelijkheid van, het Regionaal Indicatieorgaan (RIO). In 2002 zal ook de indicatiestelling voor gehandicaptenzorg onder het RIO vallen en uiteindelijk is het de bedoeling de gehele AWBZ (met uitzondering van de kortdurende GGZ-zorg) door het RIO te laten indiceren. Doel van de indicatiestelling is objectief en onafhankelijk aard en omvang vast te stellen van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. RIO's zijn gepositioneerd onder gemeentelijke verantwoordelijkheid (instandhoudingsplicht) teneinde de integratie van de indicatiestelling met gemeentelijke regelingen zoals de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) te vergemakkelijken. Het oordeel van een RIO voor AWBZ-zorg is een besluit, waar de zorgvrager bezwaar en beroep tegen kan aantekenen⁴. Het is uiteraard de bedoeling dat de indicatiesteller niet uitgaat van de (subjectieve) zorgvraag, maar de (objectieve) zorgbehoefte van de vrager probeert te achterhalen.

Het *zorgkantoor*, dat de AWBZ namens de verzekeraar (door middel van een vrijwillig mandaat) uitvoert, moet vervolgens een rechtmatigheidstoets uitvoeren (is de cliënt ingezetene en bestaat er recht op een AWBZ-verstrekking) en (indien er recht op zorg is uiteraard) vervolgens de geïndiceerde zorg toewijzen⁵.

Met het indicatiebesluit wendt de verzekerde zich tot de zorgaanbieder. Deze aanbieder heeft met de verzekeraar (i.c. het Zorgkantoor) productieafspraken gemaakt. De aanbieder moet zijn toegelaten om voor rekening van de AWBZ zorg te mogen verlenen. Deze toelating wordt verleend door het College

⁴ Over de vraag of het oordeel van het RIO inzake de AWBZ een besluit of een advies is, is recentelijk het een en ander te doen geweest. Dit wordt in paragraaf 3.3.1 nader belicht.

⁵ De rechtmatigheidstoets wordt in veel gevallen gemandateerd aan het RIO.

Verzorgde toegang

voor Zorgverzekeringen (CvZ). Of nieuwe aanbieders worden toegelaten is afhankelijk van de vraag of dat past binnen de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag, de spreiding daarvan en de ruimte binnen de macrokaders. De omvang van de toegelaten intramurale capaciteit wordt geregeld in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). In de praktijk vindt er nauwelijks toelating van nieuwe aanbieders plaats.

De toegelaten aanbieders worden verplicht door het zorgkantoor gecontracteerd. Deze zorgkantoren hebben een zorgplicht jegens de verzekerden en dienen dus zodanige contracten te sluiten dat geïndiceerde zorg op korte termijn leverbaar is. Omdat de zorgkantoren met alle toegelaten instellingen een contract moeten aangaan en deze hun budget grotendeels gegarandeerd zien (omdat bekostiging grotendeels per toegelaten plaats geschiedt), is de inkoopmacht van het zorgkantoor in de praktijk (nog) gering. In de praktijk overtreft de hoeveelheid geïndiceerde zorg veelal het beschikbare aanbod. Het zorgkantoor kan hierdoor niet altijd aan haar wettelijke zorgplicht voldoen. Hierdoor ontstaan de bekende wachtlijsten, die de inkoopmacht van het zorgkantoor verder beperken.

Omdat het zorgkantoor daarbij geen financieel risico draagt over de uitvoering van de AWBZ, heeft ze er ook geen financieel belang bij scherp in te kopen. Recent zijn er dan ook beleidsontwikkelingen in gang gezet naar een AWBZ waarin aanbieders en zorgkantoren/verzekeraars meer doelmatigheidsprikkel ondervinden en vraaggericht opereren. Hier wordt in de volgende paragraaf nader op ingegaan.

Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ, tenslotte, is opgedragen aan de College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Het CTZ beoordeelt de uitgaven van de zorgkantoren en verzekeraars -voor zover deze betrekking hebben op de AWBZ - op rechtmatigheid en doelmatigheid en controleert onder meer of het zorgkantoor voldoende contracten met aanbieders van zorg heeft gesloten. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de instellingen en aanbieders van zorg. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het functioneren van - en het houden van toezicht op - de regionale indicatieorganen.

1.3 Van aanbodbudgettering naar vraagsturing

De sturing in de AWBZ heeft zich tot op heden gekenmerkt door een grote mate van aanbodregulering. De capaciteit wordt bepaald door het aantal 'toegelaten plaatsen', waar via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) op kan worden gestuurd. Vervolgens is de prijsvorming gereguleerd middels de in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vastgelegde maximumtarieven.

De financiering is op het aanbod gericht; de instellingen krijgen hun budget op basis van de toegelaten capaciteit, waarbij de verzekeraar verplicht is alle toegelaten instellingen een contract aan te bieden. De aanspraken zijn vervolgens weer gerelateerd aan de toegelaten capaciteit; zo is er bijvoorbeeld geen aanspraak op verzorging, maar op verzorgingshuiszorg of thuiszorg.

In een dergelijk systeem zijn de uitgaven goed te beheersen. Er zijn echter ook nadelen aan verbonden: de macht van de zorgvrager is beperkt, aanbieders en verzekeraars ervaren weinig doelmatigheidsprikkels en tenslotte kan de beperking van de capaciteit leiden tot wachtlijsten die door verzekerden -zo is gebleken- niet meer op voorhand worden geaccepteerd. Er zijn de laatste jaren dan ook beleidsontwikkelingen in gang gezet om te komen tot een vraaggerichtere AWBZ met meer doelmatigheidsprikkels.

Een van de kernpunten van een vraaggestuurd systeem is dat financiering van de zorg niet meer via het aanbod verloopt, maar via de vraag door middel van vouchers, persoonsgebonden budgetten of persoonsvolgende budgetten, waardoor aanbieders niet meer op voorhand gegarandeerd zijn van hun budget⁷. Ook de Sociaal Economische Raad (SER)⁹ heeft recentelijk gepleit voor uitbreiding van persoonsgebonden financiering, risicodragende uitvoerders van de AWBZ en afschaffing van de huidige aanbodgerichte instellingsfinanciering. In een dergelijk systeem wordt de toegang tot de AWBZ, nog veel meer dan nu, vanzelfsprekend een cruciale factor bij de sturing en beheersing van de AWBZ¹⁰.

'Naar het inzicht van het kabinet zal bij het loslaten van de instrumenten van aanbodsturing en het introduceren van vraagsturinginstrumenten het aangrijpingspunt voor de beheersing verschuiven van het resultaat van de verzekering (de te leveren zorg) naar de toegang tot de zorg en naar doelmatige uitvoering. Centraal in dit geheel staat natuurlijk de indicatiestelling. Aan de toegang tot de zorg zitten vragen vast naar het verzekerd pakket aan zorg, de vormgeving van de aanspraken, de formulering van omslagpunten en de taken en bevoegdheden van het zorgkantoor' (Nota Aanspraken en uitvoeringsorganisatie AWBZ, 2000).

Als achtergrond van dit onderzoek kan dan ook de wens om te komen tot een meer vraaggestuurde zorg worden gezien. Voorwaarde daarvoor is dat de toegang goed is geregeld. Anders ontstaat het risico dat een dergelijk stelsel onbeheersbaar wordt en daarmee de kans dat uiteindelijk het kind met het badwater wordt weggegooid.

Daarnaast is een goede toegangsregulering uiteraard ook in het huidige systeem van belang, gezien bijvoorbeeld ook de huidige wachtlijsten in de zorg. Doel van dit onderzoek is te bezien hoe zowel in de huidige situatie als in een moderne AWBZ de toegangsregulering dient te worden vormgegeven.

In een moderne AWBZ geldt daarbij dat als gevolg van het introduceren van vraagsturing de taken van en de relatie tussen de indicatiesteller enerzijds en de zorgtoewijzer anderzijds bij de toegang kunnen veranderen. Hierop wordt onderstaand kort ingegaan.

⁷ Zie o.a. het MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' (2000), de kabinetsreactie daarop en 'Zicht op Zorg' (1999), waarin de omvorming van de huidige AWBZ naar een moderne vraaggerichte AWBZ wordt beschreven. Voor een uitgebreide beschrijving van vouchers, persoonsgebonden budgetten en persoonsvolgende budgetten wordt verwezen naar het MDW rapport 'Vouchers en persoonsgebonden budgetten' (2001).

⁸ Dit gebeurt in de praktijk al op beperkte schaal met de subsidieregelingen voor persoonsgebonden budgetten.

⁹ SER (2000).

¹⁰ In haar reactie op het MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' spreekt het kabinet de verwachting uit dat de voorwaarden om het huidige systeem van instellingsbudgettering om te zetten naar persoonsgerelateerde bekostiging omstreeks 2003 gerealiseerd zijn.

Veranderende rollen bij de toegang

De rol van de verzekeraar/het zorgkantoor bij de toegang is in de huidige setting beperkt. Zo vertaalt het RIO in haar indicatiebesluit de zorgbehoefte naar een zorgaanspraak die, nu nog, verbonden is aan een instelling. Het zorgkantoor hoeft dan slechts (zoveel mogelijk) ervoor te zorgen dat dat aanbod wordt ingekocht dat het RIO nodig vindt en waarop een wettelijke aanspraak bestaat (waarbij zoals gezegd er voor het zorgkantoor nauwelijks mogelijkheden en prikkels zijn deze inkoop doelmatig vorm te geven). Het zorgkantoor heeft geen rol bij de bepaling van het geschikte aanbod, dat doet het RIO, die bij haar keuze weer wordt beperkt door de wettelijke aanspraken.

In de ontwikkeling naar een meer vraaggestuurde AWBZ is de vraag aan de orde hoe de aanspraken kunnen worden losgekoppeld van het aanbod. Het streven is hierbij dat de aanspraken in functionele termen worden beschreven¹¹. Hierdoor wordt er een 'knip' aangebracht tussen enerzijds het functionele diagnosticeren en anderzijds de vertaling hiervan in een concreet aanbod (de toewijzing). In het MDW rapport 'ontvoogding van de AWBZ' (2000) wordt deze functionalisering van de indicatiestelling als belangrijk verbeterpunt genoemd:

'Een meer flexibele/functionele indicatiestelling wil zeggen: indicatie uitgedrukt in te leveren dienst in plaats van naar type aanbieder. Dit is van belang voor de zorginkoop door het zorgkantoor en door individuele verzekerden met een persoonsgebonden budget' (p. 41).

Het zorgkantoor, dat contracten met zorgaanbieders sluit, kan het aanbod flexibel op de vraag laten aansluiten. Anderzijds kan ervoor worden gekozen aan de functionele indicatie een bedrag te koppelen dat de verzekerde zelf in aanbod kan omzetten; een persoonsgebonden budget. In beide gevallen is het de bedoeling dat door het doorsnijden van de band tussen aanspraak en aanbieder flexibeler aan de zorgvraag tegemoet kan worden gekomen en dat er een ruimer aanbod ter beschikking komt voor de invulling van de zorgvraag. Naar verwachting zullen op korte termijn de wettelijke AWBZ-aanspraken in functionele termen zijn omschreven¹².

1.4 De taakopdracht

De taakopdracht van de IBO-werkgroep is gericht op het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Hoe kan een goed functionerende, onafhankelijke en integrale indicatiestelling worden gewaarborgd voor het geheel van collectieve voorzieningen in het kader van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg?
2. Welke instrumenten zijn nodig om de doelmatigheid en objectiviteit te waarborgen zonder de onafhankelijkheid ter discussie te stellen?

¹¹ Een functionele aanspraak houdt in dat de aanspraak niet is gebonden aan een bepaald aanbod (zoals een aanspraak op 'verzorgingshuiszorg'), maar in termen van een te leveren dienst of product is omschreven (zoals aanspraak op 'verzorging'). Zie o.a. 'Zicht op zorg' voor een uitgebreide beschrijving.

¹² Zie: TK, 2000-2001, 26631 en 25657, nr. 14.

3. Hoe kan de indicatiestelling bijdragen aan een goede afstemming tussen de verschillende vormen van voorzieningen en een doelmatige voorzieningenverlening?
4. Hoe kan worden voorkomen dat de indicatiestelling leidt tot een onbeheersbaar stelsel van collectieve voorzieningen en welke vormen van toegangsregulering zijn in een vraaggestuurd stelsel geschikt om te komen tot beheersing van de macro-uitgaven?

Zoals gezegd worden deze vragen uitgewerkt tegen de achtergrond van een AWBZ die steeds vraaggerichter wordt. De volledige taakopdracht is bijgevoegd als bijlage (bijlage 6.3).

1.5 Werkwijze en indeling van het rapport

Allereerst zal uitgebreid stil worden gestaan bij de organisatie van de toegangspoort tot de AWBZ; de indicatiestelling. De indicatiestelling dient aan de hand van de wettelijk vastgelegde AWBZ-aanspraken en de uitwerking daarvan in beleidsregels en protocollen te bepalen op welke zorg een individuele vrager is aangewezen. Zo bezien is de indicatiestelling geen instrument om de uitgaven te beheersen, een goed functionerende indicatiestelling is er echter wel een voorwaarde voor. Onderzocht zal worden in hoeverre het huidige kader van wet- en regelgeving waarborgt dat een ieder op een onafhankelijke wijze zo objectief mogelijk wordt geïndiceerd voor de zorg waar hij op is aangewezen en aanspraak heeft. Als dat niet of in te geringe mate het geval is zal worden bezien wat mogelijke opties voor verbetering zijn. Ook wordt beoordeeld in hoeverre de indicatiestelling bijdraagt aan een goede afstemming tussen de verschillende vormen van voorzieningen en een doelmatige voorzieningenverlening; in hoeverre wordt de hulpvraag integraal benaderd? Een andere voorwaarde voor een goed functionerende indicatiestelling is dat de indicatiesteller voldoende is toegerust op zijn taak. Ook hier zal nader op in worden gegaan. Voor de beantwoording van deze vragen wordt geput uit beschikbaar onderzoek en gesprekken met betrokkenen uit het veld¹³. Daarnaast is er onderzoek uitbesteed om enig inzicht te krijgen in de output van de RIO's.

Vervolgens zal de vraag aan de orde zijn met welke instrumenten, zodra de indicatiestelling goed is geregeld, de toegang tot AWBZ-zorg nader kan worden gereguleerd. Hierbij gaat het om de vraag in welke mate zorg collectief gefinancierd dient te worden. Nader zal worden ingegaan op het hanteren van omslagpunten, de definiëring van kwaliteitseisen in aanspraken en het systeem van eigen bijdragen. In de hoofdstukken 2 en 3 zal worden ingegaan op de vraag hoe kan worden gewaarborgd dat een ieder slechts wordt geïndiceerd voor de zorg waar hij daadwerkelijk op is aangewezen, los van de (normatieve) vraag in welke mate deze zorg collectief gefinancierd dient te worden. De mogelijkheden hierop te sturen komen in hoofdstuk 4 nader aan de orde. In hoofdstuk 5 wordt afgesloten met de aanbevelingen van de werkgroep.

¹³ De werkgroep heeft gesprekken gevoerd met het Zorgkantoor 'het Groene Land', het RIO Zwolle, de Gemeente Zwolle, ZAO, het RIO Amsterdam en de verenigde zorgaanbieders Amsterdam (SIGRA). In kleinere kring is gesproken met de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO) en de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT).

2 Indicatiestelling

2.1 Inleiding

De indicatiestelling is een proces waarbij wordt vastgesteld wat de aard, omvang en inhoud van de meest doelmatige en doeltreffende zorg- en dienstverlening is bij de betreffende hulpvraag. De indicatiestelling speelt een centrale rol in de toegang tot de AWBZ. Ze moet garanderen dat een ieder voor die zorg wordt geïndiceerd waar hij op is aangewezen en aanspraak heeft. Ook is een goede indicatiestelling cruciaal voor de beheersbaarheid van de AWBZ. Uitgavenbeheersing is weliswaar niet een doel van de indicatiestelling, maar een goed geregelde indicatiestelling is er wel een voorwaarde voor.

In dit hoofdstuk wordt getracht uiteen te zetten wat de voorwaarden zijn voor een goede indicatiestelling voor de AWBZ en wordt aan de hand van een theoretisch kader geschetst welke richtingen mogelijk zijn c.q. welke afwegingen gemaakt moeten worden bij de vormgeving van de indicatiestelling in de AWBZ. Vervolgens wordt bezien hoe de werkelijkheid in dit kader past: de probleemanalyse. In hoofdstuk drie wordt een verkenning van mogelijke beleidsopties gegeven.

2.2 Voorwaarden voor de indicatiestelling

In 'Zicht op zorg' (1999) wordt gesteld dat de indicatiestelling in een gemoderniseerde AWBZ aan drie voorwaarden moet voldoen:

1. Objectiviteit; om de rechtszekerheid van de zorgvrager te waarborgen dient de indicatiestelling eenduidig en herleidbaar te zijn tot de achterliggende (wettelijke) regelingen. Een objectieve indicatiestelling vereist dat de indicatiesteller geen subjectieve beoordeling hoeft te maken om tot een indicatie te kunnen komen;
2. Onafhankelijkheid; de indicatiestelling wordt niet beïnvloed door een belanghebbende partij (zorgvrager, zorgaanbieder en financier);
3. Integraliteit; alle voor de zorgbehoefte relevante informatie en regelingen worden meegewogen.

Het instrument om deze doelen na te streven is in de eerste plaats (aanpassing van) wet- en regelgeving. In het geval van de indicatiestelling door de RIO's gaat het dan met name om de wettelijk vastgelegde aanspraken in de AWBZ en de nadere regels voor de indicatiestelling, zoals geformuleerd in het Zorgindicatiebesluit.

Relevante vragen zijn dan onder andere wat hierin zou moeten worden vastgelegd over: voor welke regelingen er door het RIO wordt geïndiceerd (hoe integraal) en in hoeverre en in welke mate van detaillering (de invulling van) aanspraken (door het RIO) moeten worden ingekaderd door wet- en regelgeving (objectiviteit). Daarnaast is het van belang wie verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en aan welke invloeden deze organisatie onderhevig is (onafhankelijke organisatie).

2.3 De Wet voorzieningen gehandicapten

Omdat er met name een samenhang lijkt te zijn tussen AWBZ zorg en voorzieningen uit hoofde van de Wvg (Zie o.a. IBO 'Zorg Lokaal' (2000)) wordt kort stilgestaan bij de organisatie van de Wvg, door (analoog aan de AWBZ) de Wvg-'keten' te schetsen. Zo kan later een beter oordeel worden gegeven over de mogelijke knelpunten als gevolg van een integrale afweging bij het RIO. Voor een overzicht van overige gemeentelijke regelingen die in principe ook onder het RIO zijn te brengen, wordt verwezen naar het genoemde IBO rapport.

Algemeen

De Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) is op 1 april 1994 in werking getreden. Sindsdien is de verantwoordelijkheid voor de toewijzing van vervoersvoorzieningen, rolstoelen en woonvoorzieningen overgeheveld naar de gemeenten¹⁴. De gemeente moet volgens de wet zorg dragen voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen voor de deelname aan het maatschappelijk verkeer van in de gemeente woonachtige gehandicapten. Een gehandicapte is (in termen van de Wvg) een persoon die ten gevolge van ziekte of gebrek aantoonbare beperkingen ondervindt op het gebied van het wonen of van het zich binnen of buiten de woning verplaatsen.

De Wvg is een raamwet; elke gemeente stelt een eigen verordening op over de vorm waarin en de voorwaarden waaronder voorzieningen worden verstrekt. De beleidsvrijheid van gemeenten wordt beperkt door de eisen die de wet aan de verordening stelt. Een verordening moet regels bevatten over:

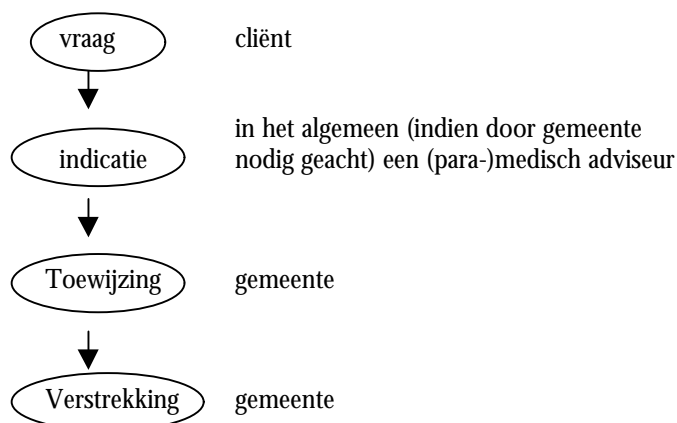
- gevallen en vorm waarin voorzieningen kunnen worden verleend;
- de hoogte van de financiële tegemoetkoming;
- procedure van toekenning, herziening, beëindiging en terugvordering van voorzieningen en advisering door deskundigen;
- gronden waarop voorzieningen kunnen worden beëindigd of teruggevorderd.

Met de uitvoering van de Wvg is jaarlijks zo'n 2 miljard gulden gemoeid (3^e evaluatie WVG).

De Wvg-keten

De Wvg-keten kan (analoog aan de AWBZ-keten) als volgt worden geschetst:

Figuur 2: de Wvg-keten



De cliënt gaat met het verzoek om een voorziening naar de gemeente. De gemeente beslist vervolgens of er een noodzaak is de persoon door een deskundige te laten onderzoeken. Als de gemeente het nodig acht wordt de vrager verzocht zich te melden op het spreekuur van de adviseur. Op steeds meer plaatsen vervult het RIO deze functie. Bij de beslissing over een aanvraag van woonvoorzieningen van 45.000 gulden of hoger is een advies van het RIO vereist. De medisch adviseur beoordeelt de noodzaak van een voorziening en vervult daarmee feitelijk de rol van indicatiesteller. Het oordeel van de medisch adviseur heeft i.c. de Wvg de status van een advies aan de gemeente¹⁵.

Vervolgens dient de gemeente aan de cliënt een verantwoorde voorziening aan te bieden, d.w.z. doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht. Welke voorzieningen in het pakket zijn opgenomen en of er sprake is van een eigen bijdrage/eigen betaling wordt door de gemeente bepaald. Ook bepaalt de gemeente of er inkomensgrenzen moeten gelden voor bepaalde voorzieningen. In sommige gevallen laat de gemeente aan de vrager de keuze voor de voorziening in natura, dan wel de tegenwaarde in geld.

AWBZ en Wvg

De voorzieningen c.q. de zorg die uit hoofde van de Wvg en de AWBZ worden verstrekt kennen op een aantal gebieden een grote samenhang; zo zal een cliënt vaak zijn aangewezen op zorg aan huis in combinatie met een woonaanpassing. Wanneer een van beide niet geleverd kan worden zal een alternatief (bijvoorbeeld opname in een verzorgingshuis) aan de orde zijn. Omdat in de AWBZ steeds meer naar extramurale oplossingen wordt gezocht neemt naar verwachting het aantal gevallen waarin er sprake is van een samenhang toe. Het wordt dan ook van groot belang geacht dat er een indicatiorgaan is dat rekening houdt met voorzieningen/zorg uit hoofde van beide wetten, zodat de zorgvraag integraal wordt

¹⁴ Voor een uitgebreide beschrijving van de totstandkoming van de Wvg zie o.a. 'Zorg Lokaal' (2000).

¹⁵ Voor een wat uitgebreidere uiteenzetting over de indicatiestelling bij de Wvg, zie: 'Indicatiestelling voor zorg en sociale zekerheid; een kritische beschouwing over assessmentprocedures' NIZW, 2000.

benaderd. Dit is gunstig uit het oogpunt van de cliënt (zorg op maat bij één loket) en kan ook voor de verstrekkers voordelen bieden; de verschillende regelingen worden in samenhang gezien.

De vraag is echter hoe een integrale indicatiestelling zich verhoudt tot de andere eisen die aan de indicatiestelling voor de AWBZ worden gesteld: onafhankelijkheid en objectiviteit. De AWBZ en de Wvg zijn in veel opzichten totaal verschillend: de AWBZ is een verzekeringswet, de Wvg een voorzieningwet; de AWBZ wordt vormgegeven op rijksniveau, de Wvg op gemeentelijk niveau¹⁶, voor de AWBZ geldt verplichte indicatiestelling door een onafhankelijk orgaan, voor de Wvg geldt deze verplichting grotendeels (nog) niet, voor de AWBZ is het oordeel van de indicatiesteller een besluit¹⁷, voor de Wvg een advies, de gemeente heeft het indicatieorgaan zelf in beheer, het Rijk niet etc. Het is dan de vraag of een integrale, objectieve, uniforme en onafhankelijke indicatiestelling mogelijk is, gegeven deze verschillen. Hier wordt onderstaand nader op ingegaan.

2.4 Een theoretisch kader: dilemma's bij de indicatiestelling

In onderstaand figuur worden op basis van één criterium -het niveau waarop de aanspraken worden gedefinieerd - de (in theorie) mogelijke opties voor de vormgeving van de indicatiestelling beschreven. Hierbij worden twee 'dimensies' onderscheiden; enerzijds de mate van discretionaire ruimte die de wet- en regelgeving openlaat voor de indicatiesteller en anderzijds de vraag of het RIO haar indicatieoordeel in functionele termen danwel in aanbodtermen stelt (oftewel de mate van discretionaire ruimte voor de zorgtoewijzer (zorgkantoor/verzekeraar, cliënt (PGB) of gemeente in geval van een Wvg-voorziening) bij de zorgtoewijzing).

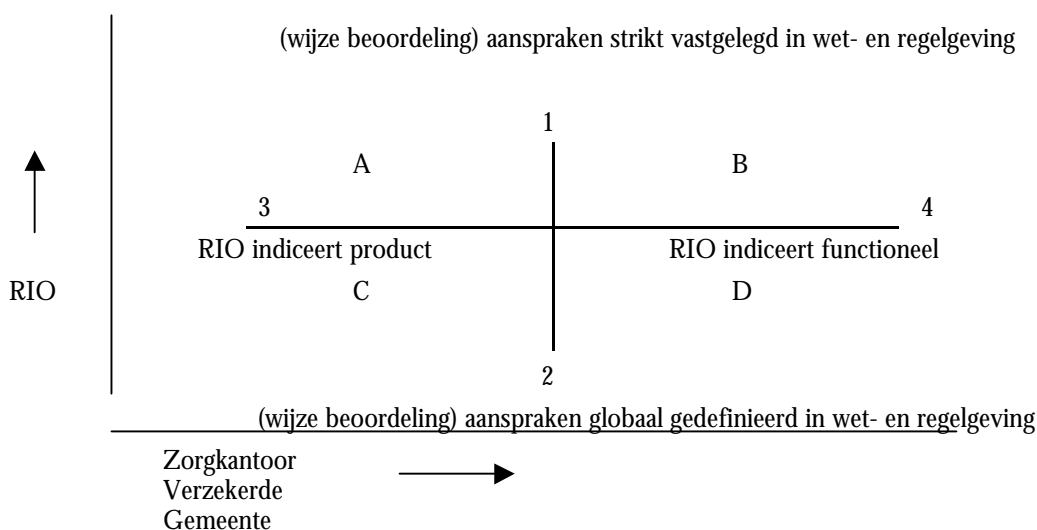
Zoals in paragraaf 1.3 is gesteld is het in de toekomst, als aanspraak en aanbod worden losgekoppeld, mogelijk de taken van het RIO te beperken tot het stellen van een functionele diagnose. Het zorgkantoor of de cliënt (PGB) (of gemeente voor de Wvg) vertaalt deze dan in een concreet aanbod en neemt zodoende een deel van de taken die nu nog door het RIO worden uitgevoerd over.

Deze opties kunnen vervolgens worden getoetst aan de criteria van objectiviteit, integraliteit en onafhankelijkheid.

¹⁶ Dit blijkt in de praktijk te leiden tot grote verschillen tussen gemeenten. In de 3^e evaluatie Wvg staat bijvoorbeeld: een op hoofdlijnen soortgelijke aanvraag wordt in de ene gemeente wel toegewezen, in de andere niet (of anders). Deze verschillen worden enerzijds veroorzaakt door verschillen in het formele voorzieningenbeleid, zoals vastgelegd in de verordening. Maar gemeenten verschillen ook in de wijze waarop dit formele beleid in de praktijk wordt uitgevoerd. Veel gemeenten hebben hiertoe beleidsregels of beoordelingscriteria vastgelegd in een verstrekkingenboek. Vergelijking van deze criteria voor bijvoorbeeld het primaat van verhuizen leert dat een aantal criteria algemeen gebruikelijk zijn (zoals rekening houden met sociale omstandigheden, beschikbaarheid van een aangepaste woning en vergelijking van kosten), maar dat de ene gemeente met veel meer criteria rekening houdt dan de andere gemeente. Ook zijn er verschillen tussen gemeenten te constateren in het belang dat aan de afzonderlijke criteria wordt toegekend. Zo weegt in de ene gemeente het wegvallen van mantelzorg erg zwaar terwijl in de andere gemeente het beschikbaar komen van een geschikte woning binnen een bepaald tijdsbestek het belangrijkste is. Verschillen in beleid zijn een logisch gevolg van de decentralisatie en het feit dat gemeenten budgetverantwoordelijk zijn.

¹⁷ Over de vraag of het oordeel van het RIO inzake de AWBZ een besluit of een advies is, is recentelijk het een en ander te doen geweest. Dit wordt in paragraaf 3.3.1 nader belicht.

Figuur 3: opties voor de indicatiestelling



De verticale lijn geeft de mate van *discretionaire ruimte voor het RIO* weer; de mate waarin de indicatiesteller zelf invulling kan geven aan de indicatiestelling. Deze is minimaal wanneer de wettelijke aanspraken en de voorgeschreven toetsingswijze (o.a. protocollen) zodanig gedetailleerd zijn dat daaruit als vanzelf blijkt wie wanneer op welke zorg aanspraak kan maken (punt 1). Deze is maximaal als de aanspraken zeer ruim zijn geformuleerd en er geen richtlijnen of protocollen zijn voorgeschreven (punt 2).

De horizontale lijn geeft de mate van *discretionaire ruimte voor het Zorgkantoor (cq de verzekeraar), gemeente of cliënt (PGB)* bij de toewijzing weer; aan de ene kant van het spectrum indiceert het RIO voor een aanbodgerelateerd product (punt 3), aan de andere kant indiceert het RIO in functionele termen en beperkt het zich daarmee tot het stellen van de diagnose en wordt de invulling hiervan in een aanbod voor de cliënt aan het zorgkantoor, gemeente, of de cliënt zelf (PGB) gelaten (punt 4). Onderstaand worden de varianten, die elk corresponderen met een kwadrant in figuur 1 nader toegelicht.

Het gaat dus enerzijds om de keuze in hoeverre de indicatiesteller invloed kan uitoefenen op de uitkomst en anderzijds om de keuze in hoeverre de indicatie keuzevrijheid laat aan de toewijzer om zelf het geschikte aanbod te bepalen om aan de geïndiceerde zorgvraag te voldoen. Elke keuze heeft voor en nadelen, die tegen elkaar moeten worden afgewogen.

De aanspraken voor de regeling(en) waarvoor wordt geïndiceerd zijn in **variant A** in wet- en regelgeving tot in detail vastgelegd. Het werk van de indicatiesteller bestaat uit het classificeren van de situatie van de aanvrager en het in de wet opzoeken van de bijbehorende indicatie. Het indiceren is een relatief technische aangelegenheid. Het RIO indiceert niet in functionele termen, maar in termen van aanbod, waardoor de functie van de zorgtoewijzer bij de toegang wordt beperkt tot het 'stempelen' van indicatiebesluiten en wachtlijstbeheer c.q. zorgrealisatie.

De aanspraken zijn gedetailleerd uitgewerkt in wet- en regelgeving en dus relatief objectief vast te stellen. In geval er sprake is van een integrale indicatiestelling is in detail omschreven wat de relatie tussen de

diverse regelingen is (wanneer AWBZ, wanneer Wvg bijvoorbeeld). Een dergelijke variant kan leiden tot een zeer uitgebreid stelsel van wet- en regelgeving, zeker wanneer er voor diverse regelingen wordt geïndiceerd met een verschillende juridische basis en een verschillend uitvoeringsniveau (zoals de AWBZ en de Wvg, waarvan bekend is dat er grote verschillen zijn tussen gemeenten¹⁸). Wanneer ook nog rekening moet worden gehouden met persoonlijke omstandigheden zal de bureaucratie niet te overzien zijn.

Hoe gedetailleerd wet- en regelgeving ook is, een afweging van dergelijke volstrekt verschillende criteria zal gepaard gaan met enige subjectiviteit. Omdat iedere interpretatie aanvechtbaar is, zal de indicatiesteller gevoelig zijn voor de invloed van belanghebbende partijen. De ruimte voor oneigenlijke indicaties neemt hierdoor wat toe; er lijkt een afruil tussen integraliteit en objectiviteit te zijn. Daarnaast dient er rekening mee te worden gehouden dat besparingen op de ene regeling kunnen leiden tot kosten bij een andere. Hierdoor kunnen er bij verschillende uitvoerders van de verschillende regelingen verschillende belangen ontstaan, die kunnen doorklinken in de indicaties.

Hoe de aanwezige subjectiviteit wordt ingevuld (of er sprake is van onafhankelijkheid) hangt af van de belangen van het RIO binnen het gekozen sturingsmodel c.q. welke prikkels het RIO krijgt.

Ook bij **variant B** is de werkwijze bij de diagnose tot in detail in wet- en regelgeving (o.a. protocollen) vastgelegd hetgeen, net als bij variant A, tot een grote mate van objectiviteit, uniformiteit, rechtszekerheid en rechtsgelijkheid leidt bij de indicatiestelling. Doordat de diagnose wordt losgekoppeld van het formuleren van het geschikte aanbod kan in principe beter recht worden gedaan aan de wens te komen tot vraaggerichte zorg dan bij A het geval was; het RIO indiceert volledig onafhankelijk van het beschikbare aanbod. Integraliteit kan in principe beter worden gewaarborgd dan bij variant A. Een deel van de specifieke afweging die nodig is om (regionaal) maatwerk te leveren wordt namelijk overgelaten aan de uitvoerders (het zorgkantoor respectievelijk de gemeente) of de cliënt zelf (PGB), die de functie vertaalt in een geschikt en beschikbaar aanbod. De concrete voorzieningen kunnen divers zijn. In dat opzicht is er geen sprake van uniformiteit; ieder zorgkantoor, iedere vrager (PGB) en iedere gemeente kan daarin een eigen keuze maken. De vraaggeoriënteerde *indicatiestelling* is echter geobjectiveerd en draagt zo bij aan rechtsgelijkheid. Het RIO bepaalt of en in hoeverre iemand op zorg of dienstverlening is aangewezen, niet welke zorg of dienst in concreto wordt geleverd.

Het RIO is bij **variant C**, net als bij variant A, naast het stellen van de diagnose ook verantwoordelijk voor het bepalen van het geschikte aanbod van zorg. De (wijze van beoordeling van) aanspraken zijn echter niet gedetailleerd uitgewerkt. De concrete invulling wordt overgelaten aan de uitvoerders van de indicatiestelling, die beter in staat zijn in te spelen op de behoefte van de vrager. Wel kan er door middel van richtlijnen en protocollen, die voorschrijven welke informatie de indicatiesteller moet verzamelen en bij de beoordeling moet betrekken, mogelijk enige sturing worden gegeven en uniformiteit worden

¹⁸ Zie voetnoot 16.

Verzorgde toegang

gewaarborgd. Deze instrumenten dragen hierdoor bij aan de nodige objectiviteit en maken benchmarking mogelijk. Daarnaast geeft een dergelijke aanpak enige invulling aan de rechtsgelijkheid.

Vanuit doelmatigheid scoort een dergelijke indicatiestelling beter dan een volledig op wet- en regelgeving gebaseerde indicatie. De stapsgewijze invulling laat meer mogelijkheden toe om, binnen zekere grenzen, de indicatie toe te snijden op de specifieke zorgvraag. Ook kan er rekening worden gehouden met specifieke andere regelingen die van belang zijn. Dit wordt echter moeilijker naarmate er meer/strakkere richtlijnen en protocollen worden voorgeschreven; er lijkt ook hier een afruil tussen de mate van objectiviteit en de mate van integraliteit/cliëntgerichtheid te zijn.

Variante D verschilt ten opzichte van variant C doordat de vertaling van de hulpvraag naar aanbod niet door het RIO, maar door de verzekeraar/zorgkantoor, gemeente of vrager geschiedt, waardoor een meer vraaggestuurde zorg mogelijk wordt en beter rekening kan worden gehouden met specifieke wensen van de cliënt en het RIO minder of geen rekening hoeft te houden met het (regionale) aanbodbeleid, dat net als bij variant B niet uniform hoeft te zijn, maar persoons- en regiobepaald. Net als C is het moeilijk rechtsgelijkheid en objectiviteit bij de indicatiestelling te waarborgen, omdat er geen gedetailleerde richtlijnen en protocollen gelden voor de indicatiestelling.

Wegingskader

Bovenstaand is gebleken dat het vrijwel onmogelijk is de indicatiestelling voor een complex terrein als de AWBZ-zorg - met vele aanpalende regelingen die niet allen op dezelfde juridische leest zijn geschoeid of door dezelfde partij worden uitgevoerd - in even grote mate te kunnen voldoen aan de drie daaraan gestelde eisen (integraliteit, onafhankelijkheid en objectiviteit). Er zal altijd een keuze moeten worden gemaakt welk prestatieveld prioriteit heeft. Vervolgens kan -binnen de bandbreedte van die keuze- worden getracht de overige prestatievelden zo goed mogelijk in te vullen; optimaal wordt dat nooit. Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de plussen en minnen van de vier mogelijke richtingen:

Tabel 2.1: afwegingskader indicatiestelling

	A	B	C	D
Vraaggericht	-	+	-	+
Mogelijkheid van een integrale benadering zorgvraag	-	+	+	+
Objectiviteit/rechtsgelijkheid	+	+	-	-

De onafhankelijkheid is hier niet expliciet opgenomen, deze hangt af van de vraag welk belang de uitvoerder van de indicatiestelling heeft. Deze vraag is hier niet aan de orde. Wel kan uit de mate van objectiviteit een conclusie worden getrokken over de vraag of er *ruimte* is voor subjectiviteit. Hoe deze wordt ingevuld hangt af van de vraag of er belangen zijn bij de uitvoerder en daarmee van de gekozen institutionele vormgeving van (de omgeving van) het RIO.

Uit het oogpunt van de *zorgvrager* lijkt een integrale indicatiestelling volgens varianten B en D optimaal. Zijn daarbij de aanspraken ruim en functioneel gedefinieerd (D), kan de zorg op zijn behoefte worden toegesneden, waarbij hij (vanwege de grote mate van subjectiviteit die dan optreedt) enige invloed kan uitoefenen op de uitkomst. Enige minpunt is dat rechtszekerheid en rechtsgelijkheid moeilijk te waarborgen zijn. Het is ook voor andere partijen, met andere belangen, mogelijk de uitkomsten te beïnvloeden. Hier kan door de mogelijkheid van bezwaar- en beroepsprocedures enigszins aan tegemoet worden gekomen. Rechtszekerheid en rechtsgelijkheid zijn in variant B weer beter gewaarborgd door de nadere richtlijnen die voor de indicatiestelling gelden. Door richtlijnen en protocollen kan in deze variant naar verwachting echter weer minder volledig recht worden gedaan aan elke specifieke cliëntsituatie dan bij D.

Uit *beheersmatig oogpunt van de AWBZ* lijkt het nader vastleggen van aanspraken door een strak toetsingskader voor te schrijven volgens optie A optimaal. Het is moeilijk invloed van belanghebbenden in de indicatiestelling door te laten werken, wijzigingen in aanspraken leiden direct tot kostenbeheersing en bij de inhoud van de aanspraken kunnen gedetailleerde doelmatigheidsoverwegingen worden betrokken (omslagpunten, maximumkwaliteitseisen, nadere polisvoorwaarden etc). Voor zover er ruimte is voor subjectieve elementen (en dus beïnvloeding) in de indicatiestelling is het uit beheersmatig oogpunt van belang wat de belangen van de indicatiesteller zijn (en dus wie hem uitvoert). Aanbodgerichte aanspraken zorgen er, in combinatie met een aanbodgerichte budgetsystematiek, voor dat beheersbaarheid in theorie is gegarandeerd. Dat dit in de praktijk echter tot andere problemen leidt (wachtlijsten, aanbodgestuurde zorg, weinig doelmatigheid) is in het vorige hoofdstuk beschreven. Om het gedetailleerd uitwerken van aanspraken en rechten met de doelmatigheid van een integrale afweging te combineren kan ervoor worden gekozen de uitvoering van samenhangende regelingen zoveel mogelijk te bundelen en uniformeren.

2.5 Indiciestelling in de uitgangssituatie

Voordat de beleidsopties worden verkend dient stil te worden gestaan bij het vertrekpunt: de indicatiestelling in de uitgangssituatie.

2.5.1 Integraliteit als uitgangspunt

Niet zelden komt het voor dat iemand die aangewezen is op zorg die op grond van de AWBZ verleend wordt eveneens is aangewezen op zorg of hulp die op grond van andere wet- en regelgeving verstrekt wordt en waarvoor gemeenten primair verantwoordelijk zijn. Te denken valt aan voorzieningen uit hoofde van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg), wonen of welzijn. Voor een integrale benadering van de zorgvrager wordt het dan ook van belang geacht dat zoveel mogelijk relevante regelingen bij de indicatiestelling worden betrokken. Dit was ook een van de redenen om -vooralsnog- geen modelprotocol voor te schrijven:

Verzorgde toegang

'Te allen tijde moet worden voorkomen dat een landelijk te hanteren protocol voor de zorg niet in overeenstemming is met de gewenste protocollering in het kader van de Wvg, de Welzijnswet 1994, etc en daarmee een integrale benadering van de problematiek van de zorgvrager in de weg zou staan' (Zorgindicatiebesluit, 1997).

Nu worden door het RIO in ieder geval geïndiceerd: aanvragen voor ouderenzorg (AWBZ) en woonvoorzieningen (Wvg) boven de 45.000 gulden. Voor het onderbrengen van de overige Wvg-diensten geldt een stimuleringsprogramma. De mogelijkheid bestaat dat SZW de indicering voor de gehele Wvg middels een AMVB op termijn verplicht onder de RIO's brengt (hiertoe is in de Wvg een kapstokartikel opgenomen).

Per 2002 zal ook de indicering voor de gehandicaptensector onder de RIO's vallen. Als voorwaarde daarvoor is gesteld dat de RIO's ook in grote mate voor de Wvg indiceren. Ook wordt ernaar gestreefd op termijn de indicatiestelling voor de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder de RIO's te brengen. Onderstaande tabel geeft de stand van zaken met betrekking tot de verbreding van de indicatiestelling weer:

Tabel 2.2: stand van zaken uitbreiding takenpakket RIO (mei 2000)

	Wvg	Zorgwoningen	Overige SMA*	Welzijn**	Gehandicapten
Gerealiseerd	54	58	12	39	0
Mee bezig	30	7	4	0	18
Intentie	16	12	11	18	46
Geen intentie	0	23	73	43	36

*SMA=sociaal medische advisering

** Voor welzijnvoorzieningen is in een aantal gemeenten geen indicatie vereist.

Bron: Stip

In de tabel wordt het percentage van de RIO's weergegeven dat voor gemeentelijke voorzieningen indiceert. Veel RIO's indiceren echter voor meerdere gemeenten. Hierdoor is het percentage gemeenten dat voorzieningen onder het RIO heeft gebracht lager dan het percentage RIO's dat voor gemeentelijke regelingen indiceert. Volgens de 3^e evaluatie van de Wvg (2001) wordt het RIO bij zo'n 20% van de gemeenten betrokken bij de indicatiestelling voor de Wvg (afgezien van de verplichte indicatiestelling door het RIO van woonvoorzieningen boven de 45.000 gulden).

Hoewel dus nog lang niet in volle omvang gerealiseerd en niet wettelijk geregeld, is het duidelijk dat het uitgangspunt van het overheidsbeleid aangaande de vormgeving van de indicatiestelling voor ouderen en gehandicaptenzorg een integrale benadering is.

2.5.2 Discretionaire ruimte bij de beoordeling van aanspraken

In deze paragraaf wordt getracht een antwoord te vinden op de vraag of er sprake is van in grote mate voor zich sprekende, dichtgereguleerde aanspraken in de AWBZ, of dat er (al dan niet bewust) interpretatieruimte voor het RIO is opengelaten.

Aanspraken

De aanspraken AWBZ zijn vastgelegd in het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering. Het besluit zorgaanspraken omvat een groot aantal vormen van zorg, zoals zorg in een verpleeghuis, thuiszorg en zorg in een instelling voor lichamelijk gehandicapten of geestelijke gezondheidszorg. Het besluit beperkt zich tot een in algemene termen vervatte omschrijving en daarmee tot een kwalitatieve omlijning van de aanspraken. In een enkel geval is de aanspraak gebonden aan kwantitatieve beperkingen. Zo is de te leveren thuiszorg gebonden aan een maximum van 3 uur per dag. De opeisbaarheid van aanspraken is afhankelijk van een aantal voorwaarden:

- De verzekerde moet zijn ingeschreven bij een verzekeraar;
- De verzekerde moet zich wenden tot een instelling waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft (een toegelaten instelling);
- De verzekerde moet voldoen aan enkele formele vereisen, zoals voorafgaande toestemming van de verzekeraar;
- De verzekerde moet op zorg zijn aangewezen.

De eerste drie voorwaarden hebben een formeel of procedureel karakter en vereisen een relatief eenvoudige toets. De laatste voorwaarde, het op zorg zijn aangewezen, is materieel verreweg de belangrijkste en ook het moeilijkst te beoordelen. Voor de zorg die door het RIO wordt geïndiceerd, geldt dat verzekerden een aanspraak eerst tot gelding kunnen brengen,

'indien zij een advies hebben overlegd van het (in artikel 9a) bedoelde orgaan (Het RIO), waaruit blijkt dat zij op die zorg zijn aangewezen' (Artikel 9, AWBZ).

Het is daarom voor de inschatting van de mate van discretionaire ruimte bij de beoordeling van het recht op zorg van belang te bezien welke nadere 'spelregels' voor de indicatiestelling in wet- regelgeving zijn vastgelegd. Deze regels zijn vastgelegd in het Zorgindicatiebesluit (ZIB, 1997).

Het Zorgindicatiebesluit

De aanspraken AWBZ zijn zoals bovenstaand bleek, hoewel in enige mate beheersbaar (want nog verknoopt met de instelling) erg globaal. De vraag is dan nog in hoeverre de RIO's wettelijke (in het ZIB opgelegde) 'spelregels' zijn meegegeven, die de discretionaire ruimte bij de beoordeling inperken. Op de voorschriften die het ZIB stelt aan de bestuurlijke vormgeving en bedrijfsvoering van het RIO wordt in paragraaf 2.6 nader ingegaan.

Richtlijnen en Protocollen

Er is (onder andere om de integraliteit te waarborgen) voor gekozen (vooralsnog) geen inhoudelijk protocol voor te schrijven. Wel is voorgeschreven dat het RIO gebruik moet maken van een protocol.

Verzorgde toegang

In dit protocol moet in ieder geval aangegeven worden (ZIB, artikel 11):

- welke deskundigheid bij de beoordeling wordt betrokken;
- welke zorginhoudelijke criteria worden gehanteerd;
- dat er een onderscheid bestaat tussen aanvragen waarop direct een indicatiebesluit kan volgen, aanvragen waarop met spoed een indicatiebesluit moet volgen, aanvragen waarbij onderzoek plaatsvindt door een team van deskundigen en overige aanvragen;
- welke termijnen worden gehanteerd bij de verschillende aanvragen.

Daarnaast moet het indicatiebesluit van het RIO volgens het ZIB aan bepaalde eisen voldoen:

- de omvang van de zorg wordt zo mogelijk in termen van bandbreedtes weergegeven;
- de urgentie waarmee de zorg verleend moet worden dient te worden vermeld;
- In het geval dat meer dan één zorgvorm in aanmerking komt, wordt zo mogelijk aangegeven voor welke vorm(en) van zorg de vrager het meest in aanmerking komt;
- het nemen van indicatiebesluiten waaruit blijkt dat de zorgvrager in aanmerking komt voor langdurige opname gedurende dag en nacht, of intensieve thuiszorg wordt niet gemandateerd aan instellingen die deze zorg verlenen;
- indien andere zorg dan uit hoofde van de AWBZ (V&V) nodig is, dient aan te worden gegeven vanuit welke personen of organisaties deze hulp geleverd kan worden;
- in het indicatiebesluit wordt een geldigheidsduur vermeld. Behalve wanneer sprake is van een indicatie voor langdurige opname gedurende de dag en nacht, is de geldigheid beperkt.

Het BIO-protocol

Hoewel er geen verplicht voorgeschreven protocol bestaat, maakt het merendeel van de RIO's gebruik van (een afgeleide van) het BIO-protocol¹⁹. Dit protocol, ontwikkeld door het Breed Indicatie Overleg²⁰ (BIO) dient de objectiviteit van de indicatiestelling te verbeteren. Doel is echter niet een strak kader voor te schrijven; het gaat om een relatief ruim landelijk afwegingskader, dat regionaal nader dient te worden ingevuld²¹. Al met al zou het protocol enige houvast kunnen bieden en enige objectiviteit kunnen scheppen.

Toezicht

De discretionaire ruimte in de indicatiestelling wordt tenslotte ingeperkt en de kwaliteit ervan gewaarborgd door de mate van controle op de naleving van de in het ZIB en AWBZ gestelde regels.

¹⁹ Mei 2000 gebruikte 73% van de RIO's de BIO-formulierenset of een hiervan afgeleide lijst bij de indicatiestelling en was 22% van de RIO's bezig met de implementatie ervan (Stip).

²⁰ Bestaat uit vertegenwoordigers uit het veld en de VNG.

²¹ 'Het BIO-protocol is echter nogal open, en laat veel keuzes over aan de indicatieadviseur. Hierdoor kan niet worden gegarandeerd dat een klant bij elke indicatieadviseur of bij elke werklocatie dezelfde indicatie krijgt' (Quick scan RIO Zwolle, SGBO, 2000).

Verzorgde toegang

In artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ wordt de gemeenten opgedragen te voorzien in de indicatieorganen; de gemeenten hebben een instandhoudingsplicht voor de organen. In dat verband zijn zij onder meer bevoegd aan indicatieorganen voorschriften op te leggen terzake hun werkwijze, personele en financiële organisatie en zullen zij indicatieorganen zodanig van personele en financiële middelen moeten voorzien, dat die de hen opgelegde taken ook naar behoren kunnen uitvoeren. Op dit laatste moeten zij ook toezicht houden. Op zijn beurt kan de minister van VWS gemeenten erop aanspreken, indien eventueel zou blijken dat indicatieorganen hun taken niet adequaat uitvoeren. Hiervoor is echter geen formeel instrumentarium gegeven. De RIO's dienen eenmaal per jaar aan de minister van VWS verslag uit te brengen.

Mandatering en bandbreedtes

In het Zorgindicatiebesluit wordt stilgestaan bij de mandatering van de indicatiestelling aan zorgverleners. Mandatering van de indicatiestelling aan aanbieders van zorg kan enerzijds een integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling in de weg staan, maar kan wel aantrekkelijk zijn voor de zorgvrager en uitvoerder (één moment voor indicatie en start zorgverlening). In het ZIB is dit dilemma opgelost door te stellen dat de indicatiestelling kan worden gemandateerd aan zorgverleners, behalve wanneer sprake is van langdurige opname gedurende dag en nacht of intensieve thuiszorg. Bij mandatering blijft het indicatieorgaan daarbij volledig verantwoordelijk voor de indicatiestelling. In het ZIB staat verder dat er in het indicatiebesluit gewerkt kan worden met bandbreedtes om ondoelmatig herindiceren te voorkomen. Op de mandatering en het hanteren van bandbreedtes wordt in paragraaf 2.5.3 nader ingegaan.

Conclusie discretionaire ruimte

De aanspraken in de AWBZ zijn globaal te noemen. Hieraan heeft het RIO, zeker wanneer de koppeling met het aanbod wordt losgelaten, weinig houvast. Daarom zijn er ook nadere regels vastgelegd in het Zorgindicatiebesluit. Regels over de te hanteren protocollen, de inhoud van het indicatiebesluit en over de werkwijze. Deze regels zijn echter zelf vaak voor nadere invulling vatbaar (je moet urgentie opnemen, daarvoor gelden echter geen criteria, je moet procedures van afhandeling opnemen, maar niet duidelijk is wat onder welke procedure valt, je moet zorginhoudelijke criteria vastleggen, deze zijn echter aan het RIO om in te vullen etc); de in wet- en regelgeving geformuleerde aanspraken zijn globaal en ook niet in nadere dwingende regels/voorschriften gedetailleerd uitgewerkt, waardoor er veel discretionaire ruimte voor de indicatiesteller is. Weliswaar hanteren veel RIO's het zogenaamde BIO-protocol, dit protocol is op veel punten echter niet strikt (dat is overigens ook de bedoeling), een deel van de RIO's maakt er geen gebruik van en het is maar de vraag hoe de RIO's die het wel hanteren er in de praktijk mee omgaan. Daarnaast kan worden opgemerkt dat noch het BIO-protocol, noch het BIO zelf een publiekrechtelijke status heeft, waardoor de invulling van objectiviteit, rechtmatigheid en rechtsgelijkheid materieel een zeer vrijwillige basis heeft. Tenslotte is er geen sprake van landelijk geïnstitutionaliseerd toezicht op de werkwijze van de RIO's. Daarom bestaat de indruk dat de huidige vormgeving van de indicatiestelling

ertoe leidt dat het uiteindelijke indicatiebesluit voor een groot deel afhangt van het (professionele) oordeel van de indicatiesteller²².

Dit kan er uiteindelijk toe leiden dat rechtsgelijkheid en de beheersbaarheid van de AWBZ niet is geborgd. Daarnaast leidt deze vrijheid er toe dat de vergelijkbaarheid van RIO's waarschijnlijk gering is, hetgeen toezicht en benchmarking bemoeilijkt. In paragraaf 2.5.4 worden de risico's van deze subjectieve ruimte nader onder de loep genomen. Eerst wordt echter in de volgende paragraaf getracht empirische aanwijzingen te vinden dat deze beredeneerde vrijheid voor de indicatiesteller zich ook uit in daadwerkelijke verschillen tussen RIO's.

2.5.3 Een empirische vergelijking werkwijzen en output van RIO's

In deze paragraaf wordt getracht aan de hand van enkele empirische gegevens te achterhalen of de in de vorige paragraaf beredeneerde discretionaire ruimte zich daadwerkelijk voordoet. Dit willen wij doen door te bezien of er grote verschillen in werkwijze en output bestaan tussen RIO's. Dit hebben wij enerzijds aan de hand van bestaande literatuur gedaan en anderzijds door een eigen studie naar de output van RIO's. De resultaten worden onderstaand kort samengevat.

Literatuuronderzoek: verschillen in werkwijze

Er is een aantal studies waar enige informatie over de werkwijze in de praktijk uit is te halen. Het aantal daarvan is echter beperkt en levert vaak ook beperkte informatie over de output op. Vandaar dat de werkgroep heeft besloten tevens een externe opdracht te geven om de output van RIO's te vergelijken. In de bestaande literatuur is informatie beschikbaar waaruit kan worden afgeleid hoe in de praktijk invulling wordt gegeven aan een aantal variabelen. Nader ingegaan wordt op:

- Hanteren van bandbreedtes;
- Mandatering;
- Routes van afhandeling;
- Urgentiebepaling;
- Mantelzorgbepaling;
- Geldigheidsduur;
- Omslagpunten intra- extramuraal.

Hanteren van bandbreedtes

De bandbreedte geeft aan in hoeverre de zorgverlener wordt gemandateerd om de indicatiebesluiten aan te passen, zonder dat een herindicatie door het RIO is vereist. Er gelden, behalve het in het ZIB (art. 13) aan de RIO's gedane verzoek om waar mogelijk met bandbreedtes te indiceren, geen aanvullende eisen

²² Dit kwam ook naar voren bij werkbezoeken aan RIO's. Zo werd bij een RIO gesteld dat de indicatiestelling goeddeels op basis van intersubjectieve normen geschiedt en dat deze verschillen van RIO tot RIO. Bij de werkbezoeken bleek tevens dat RIO's meer centrale inhoudelijke sturing positief zouden waarderen.

Verzorgde toegang

aan de bandbreedtes. Een onderzoek van het SGBO naar de werkwijze van 7 RIO's vindt dan ook een grote variatie voor de thuiszorg^{23 24}:

Tabel 2.3: gehanteerde bandbreedtes in de thuiszorg

RIO 1	Duur	30%
RIO 2	Duur	40%
	Intensiteit	40%
RIO 3	Duur	4 weken onbepikt tot periode van 4 weken
	Intensiteit	
RIO 4	Duur	Onbepikt, zolang product gelijk is Onbepikt, zolang product gelijk is
	Intensiteit	
Meerdere	Onbepikte bandbreedte	Nvt

Leesvoorbeeld: Bij RIO 1 kan de duur van de zorg met maximaal 30% worden verlengd, zonder dat een herindicatie nodig is. Mocht gedurende de periode intensievere zorg nodig zijn, dan is een herindicatie noodzakelijk.

Mandatering

Het ZIB (art. 14) stelt dat indicatiebesluiten waaruit blijkt dat een zorgvrager in aanmerking komt voor langdurige opname gedurende dag en nacht of langdurige intensieve thuiszorg, niet worden gemandateerd aan instellingen die zodanige zorg leveren. Voor de overige indicaties gelden geen voorschriften. De volgende tabel geeft inzicht in de mate waarin de indicatiestelling wordt gemandateerd:

Tabel 2.4 : mate van mandatering indicatiestelling

Volledig eigen werkorganisatie	82%
Eenvoudige hulpvragen mandateren	5%
Complexe hulpvragen mandateren	1%
Alles mandateren	11%
Onbekend	1%

Bron: Stip, stand van zaken mei 2000.

Circa een op de tien RIO's mandateert de gehele indicatiestelling aan doorgaans de GGD en in een enkel geval aan (een stichting van samenwerkende) aanbieders. Soms worden eenvoudige hulpvragen aan thuiszorginstellingen gemandateerd.

Protocollering afhandelingsroutes

In het ZIB (art. 11) wordt gesteld dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen aanvragen waarop direct een indicatiebesluit kan volgen, aanvragen waarop met spoed een indicatiebesluit moet volgen, aanvragen waarbij onderzoek plaatsvindt door een team van deskundigen en overige aanvragen. Er worden echter geen nadere handvatten gegeven om te bepalen wanneer welke route geëigend is. Uit het eerder aangehaalde SGBO onderzoek naar de werkwijze van 7 RIO's blijkt dan ook dat:

²³ Bakker, Delemarre, Mulder en Tiebout (2000), *werkwijze van Regionale Indicatieorganen; onderzoek onder 7 RIO's*.

²⁴ Voor de verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg werd in 2000 minder met bandbreedtes gewerkt. Dit is op zich te verwachten aangezien deze producten minder deelbaar waren; bijvoorbeeld 'opname in verzorgingshuis' (Vaststelling specifieke vorm en omvang zorg was al aan aanbieder). De bandbreedte zat als het ware al in de aanspraak.

Verzorgde toegang

- Een aantal RIO's geen protocol heeft waarin is aangegeven wanneer voor welke procedure kan worden gekozen;
- Er geen eenduidigheid is over de vraag welke zorgproducten zich lenen voor de directe procedure;
- Er geen eenduidigheid is in de producten die via de verkorte standaardprocedure worden geïndiceerd;
- Er nog geen eenduidigheid is in de concrete invulling van de criteria voor het afleggen van een huisbezoek. Het aantal huisbezoeken verschilt fors per RIO.

Urgentiebepaling

Hoewel is voorgeschreven dat het indicatiebesluit een urgentiebepaling dient te hebben (ZIB, art. 13), zijn er geen inhoudelijke criteria of termijnen van de urgentiebepaling voorgeschreven. Uit het onderzoek van SGBO naar de werkwijze van 7 RIO's blijkt dan ook dat:

- Er verschillende urgentiebegrippen worden gehanteerd;
- Er verschillende criteria worden gehanteerd;
- Deze verschillen niet alleen bestaan tussen RIO's, maar ook binnen RIO's.

60% van de RIO's kent geen criteria om de mate van urgentie vast te stellen. Tweederde hiervan werkt hier wel aan (Stip, 2000). Tweederde van de RIO's vermeldt de urgentie standaard in het indicatiebesluit.

Normering mantelzorg

Bij de indicatiestelling is het de bedoeling dat rekening wordt gehouden met de informele zorg die rond de cliënt beschikbaar is. Vooralsnog is er geen uniformiteit hoe bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met de beschikbaarheid van informele zorg. Ook bij de afgelegde werkbezoeken en uit interviews met RIO-directeuren²⁵ is gebleken dat de indicatiestellers erg worstelen met de weging van mantelzorg. Bij de indicering van zorg in natura wordt op relatief willekeurige wijze rekening gehouden met aanwezige mantelzorg.

Geldigheidsduur

Het indicatiebesluit dient, behalve wanneer het langdurige opname in een verpleeg- of verzorgingshuis betreft, te zijn voorzien van een geldigheidstermijn waarna een vervolgindicatie²⁶ vereist is (ZIB, art. 15). De invulling van het begrip dient zich in de praktijk te vormen. Uit het eerder aangehaalde SGBO-onderzoek blijkt dan ook dat er verschillende criteria worden gehanteerd. De meeste RIO's kiezen voor een productgerelateerde geldigheidsduur. De invulling van de op deze wijze vormgegeven geldigheidsduur varieert echter nogal.

²⁵ Uit: 'RIO, het jongste kind', interimrapportage van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit onder RIO-directeuren (2001).

Omslagpunten

In het Zorgindicatiebesluit (artikel 11, lid 3) is bepaald dat tijdens het onderzoek in ieder geval onderzocht moet worden of aan de zorgbehoefte doelmatig - hetgeen niet hetzelfde is als *meest* doelmatig - voldaan kan worden door het verlenen van extramurale zorg (tenzij de kosten veel hoger zijn, wordt de voorkeur gegeven aan extramurale zorg). Bij de indicatiestelling zal dus allereerst worden bekeken of het mogelijk is dat de cliënt thuis wordt verzorgd. Er wordt echter geen concreet handvat gegeven voor het hanteren van omslagpunten voor de afweging van diverse in aanmerking komende zorgvormen bij een bepaalde behoefte (wanneer wordt extramurale zorg te kostbaar?).

Er bestaat geen informatie over de vraag hoe omslagpunten in de praktijk worden vormgegeven. Wel kan op basis van het eerder aangehaalde SGBO-onderzoek worden vastgesteld dat er zeer omvangrijke verschillen zijn tussen RIO's wat betreft de verhouding tussen het aantal thuiszorg-indicaties enerzijds en het aantal verpleeg- en verzorgingshuisindicaties anderzijds. Dit varieert van een factor 1,5 (1,5 thuiszorgindicatie op 1 V&V-indicatie), tot een factor 4 (gemiddeld 2,5). Sommige RIO's hebben echter meer herindicaties omdat ze langer bestaan. Omdat dit veelal thuiszorgindicaties betreft kan dit het beeld vertroebelen. Na correctie voor de herindicaties blijft de variatie echter groot (tussen 0,62 en 3,2, gemiddeld 1,9). Het aantal ouderen en de gehanteerde bandbreedte geven ook geen verklaring voor deze variatie (SGBO, 2000). Het Wvg-beleid zou nog enige invloed kunnen hebben, net als eventueel de verschillende richtlijnen voor mantelzorg. Om meer inzicht te krijgen in de output van RIO's is in opdracht van de werkgroep extern onderzoek verricht.

Verschillen in output

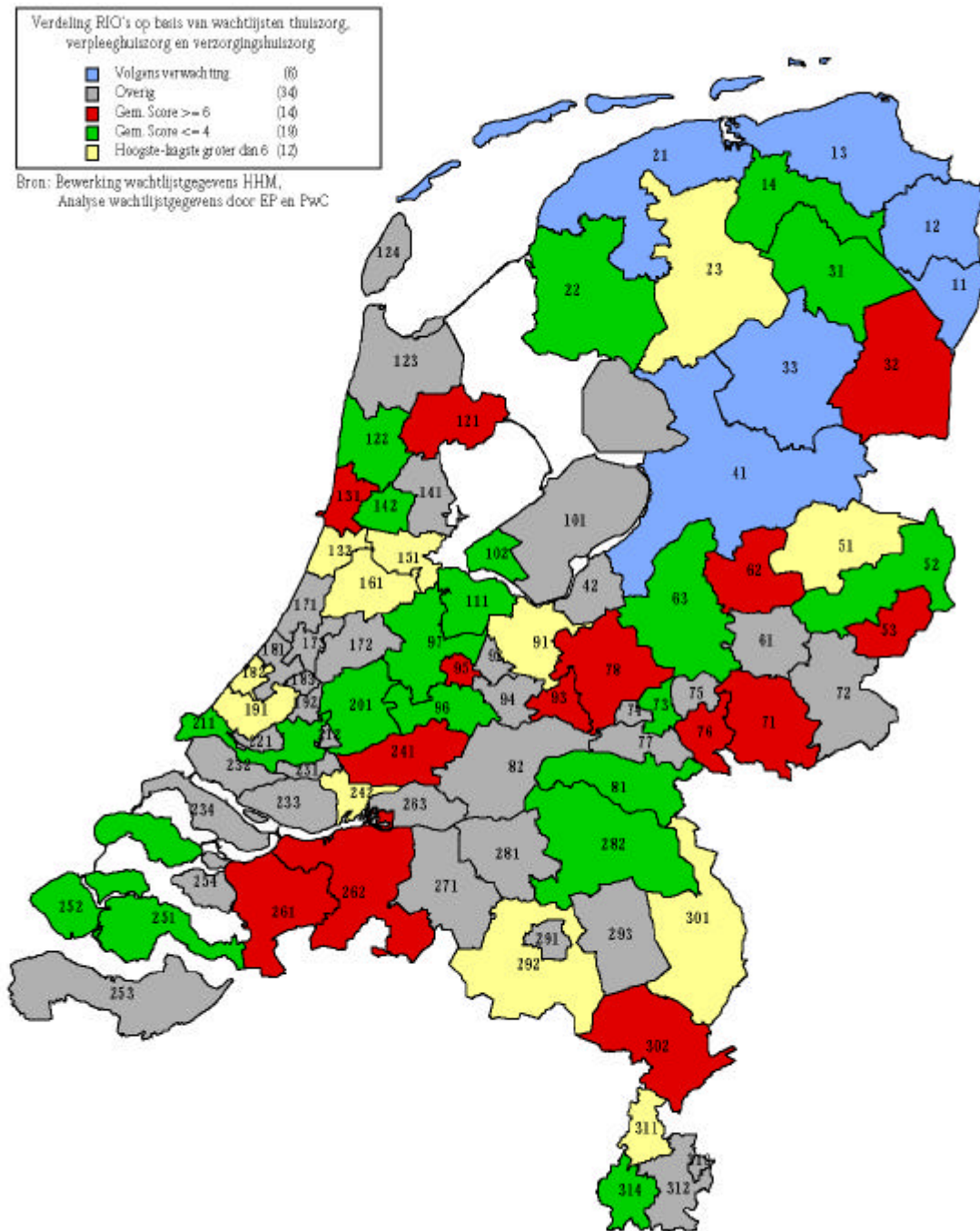
Om meer inzicht te krijgen in de output van RIO's is PricewaterhouseCoopers (PWC) gevraagd om een analyse van verschillen in wachtlijsten tussen de 85 RIO gebieden die niet op basis van objectieve factoren te verklaren zijn²⁷. Een verklarende factor kan dan een verschil in indicatiestelling tussen RIO's zijn.

PWC heeft allereerst getracht de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg, thuiszorg en verzorgingshuiszorg modelmatig te schatten op basis van objectieve kenmerken, zoals het aantal 75+ huishoudens in een RIO gebied en de (intramurale) capaciteit. Deze schatting bleek een zeer goede voorspelling van de wachtlijst te zijn; de verklarende kracht van de modellen is groot. Vervolgens is de op basis van het model te verwachten wachtlijst gerelateerd aan de werkelijke wachtlijst in het RIO-gebied. De spreiding van de zodoende verkregen verschillen tussen de beredeende en werkelijke wachtlijsten geeft mogelijk een indicatie van het verschil in indicatigedrag tussen RIO's. Figuur 4 geeft de resultaten weer:

²⁶ Verschil tussen een vervolg- en een herindicatie is dat een herindicatie wordt uitgevoerd als er sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt.

²⁷ Op verzoek kan een exemplaar van het rapport worden verkregen.

Figuur 4: vergelijking verwachte en werkelijke wachtlijst per RIO-gebied



Uit de analyse blijkt dat in zes RIO-gebieden (blauw) de werkelijke wachtlijst op alle onderdelen overeenkomt met de verwachte wachtlijst. In twaalf gebieden geldt dat er een grote spreiding per sector geconstateerd wordt (geel).

Verzorgde toegang

dat wil zeggen dat de wachtlijst voor de ene sector langer is dan verwacht en voor de andere sector korter dan verwacht. In negentien regio's is over de hele linie de wachtlijst duidelijk korter dan verwacht (groen), terwijl in veertien regio's de wachtlijst over de hele linie duidelijk langer is dan verwacht (rood). De overige regio's nemen een tussenpositie in (grijs).

Er blijken dus aanzienlijke verschillen te zijn tussen de RIO-gebieden in de lengte van de werkelijke wachtlijst verpleging en verzorging ten opzichte van de verwachte wachtlijst. Dit geldt zowel voor de totale wachtlijst als voor de wachtlijsten voor de onderscheiden sectoren verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg (in alle gevallen is geabstraheerd van overbruggingszorg, om dubbeltellingen te voorkomen).

Uit de analyses blijkt dat niet alleen de spreiding binnen alle sectoren groot is, ook het aantal malen dat er sprake is van een duidelijke afwijking (een score op een van de sectoren van 4 of minder, dan wel 6 of hoger) is groot. Op een totaal van 255 scores (85 RIO-gebieden vermenigvuldigd met drie wachtlijsten per gebied) komt in 188 gevallen een dergelijke afwijking voor.

Uit de indeling van de RIO-gebieden blijkt dat de gebieden met een langere of kortere wachtlijst dan volgens de modeluitkomsten het geval zou zijn, over het gehele land zijn gespreid. Gebieden met een duidelijk langere wachtlijst dan verwacht, liggen niet zelden naast gebieden met een duidelijk kortere wachtlijst dan verwacht. Daarbij is het gelet op de wachtlijstdata echter niet aannemelijk dat wachtlijsten in een bepaalde RIO-regio substantieel langer zijn dan verwacht als gevolg van indicatie-aanvragen uit een andere regio.

Op basis van de resultaten kan worden gesteld dat, hoewel niet nader onderzocht, de bovenstaand beredeneerde discretionaire ruimte bij de indicatiestelling ook lijkt te leiden tot grote verschillen in output. Er zijn grote verschillen tussen de beredeneerde en werkelijke wachtlijsten *tussen RIO-gebieden* die niet op basis van de gehanteerde objectieve criteria konden worden verklaard.

In een eerdere studie (Buijs et al, 2000) werden bij de indicatiestelling voor thuiszorg in Rotterdam (niet uitgevoerd door een RIO, maar de instellingen zelf aan de hand van een standaard-indicatieformulier) grote verschillen in output gevonden. Een zestigtal indicatieadviseurs kreeg drie identieke casussen voorgelegd. De uitkomsten bleken onderling een verschil te kennen van een factor 3 tot 4 in termen van kosten van de geïndiceerde zorg (exclusief uitschieters). Gepleit werd voor verdergaande standaardisering van de indicatiestelling en een sterkere koppeling van budgetbeheer en indicatiestelling.

2.5.4 Discretionaire ruimte, onafhankelijkheid en beheersbaarheid van het huidige systeem

Nu er duidelijke aanwijzingen zijn dat de indicatiesteller in de AWBZ veel ruimte heeft om de output van de indicatiestelling te beïnvloeden, is het belang te bezien in hoeverre het RIO een belang heeft bij de uitkomst; is ze onafhankelijk?

De verzekeraar/het zorgkantoor

Verzorgde toegang

Het zorgkantoor, dat geen risico over de AWBZ loopt heeft (nog) geen financiële prikkels het RIO aan te sporen tot een vanuit beheersmatig oogpunt verantwoord indicatiebeleid. Wel lopen de verzekeraars over de uitvoering van het 2^e compartiment risico (door de zogenaamde 'dubbele budgettering')²⁸. Omdat er soms een 'grijs gebied' is tussen de AWBZ en het 2^e compartiment ontstaat hier een risico dat verzekeraars een prikkel hebben patiënten zo veel mogelijk via de AWBZ te behandelen.

De gemeente

De verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen gemeenten en het Rijk voor verschillende regelingen kan tot verkeerde prikkels leiden. Uit de werkbezoeken van de werkgroep is gebleken dat gemeenten vaak sterk controleren op de indicatiestelling voor de Wvg (daar lopen ze immers risico over), maar dat de financier van de AWBZ weinig controle uitoefent.

Ook uit de 3^e evaluatie van de Wvg blijkt dat financiële beheersing een rol speelt bij het Wvg-beleid:

'al eerder is aangegeven dat gemeenten zich bij de invulling van de zorgplicht mede laten leiden door budgettaire overwegingen. Er blijkt ook een aantoonbaar verband te zijn tussen de financiële positie van een gemeente en het beleid dat een gemeente voert. Gemeenten die al een aantal jaar kampen met een 'tekort' hebben in het algemeen een hoger volume (groter aantal toegekende voorzieningen) en een soberder voorzieningenbeleid dan andere gemeenten'.

Hierdoor kan een RIO dat integraal indiceert een prikkel krijgen in de subjectieve ruimte die er is de belangen van de gemeente relatief zwaar te wegen, zeker gezien het feit dat de gemeente tevens belast is met de instandhouding van het RIO en zodoende een bestuurlijke rol binnen het orgaan vervult. Zeker waar het RIO niet (of in beperkte mate) voor de Wvg indiceert bestaat de indruk dat de gemeente een prikkel heeft het beheerskostenbudget te minimaliseren, hetgeen de kwaliteit van de indicatiestelling uiteraard vaak niet ten goede komt. Op de bestuurlijke vormgeving wordt in paragraaf 2.6, wanneer het functioneren van het RIO als organisatie aan de orde komt, nader ingegaan.

De zorgvrager

Het RIO heeft te maken met een klant die zorg vraagt. Te weinig zorg indiceren levert een ontevreden cliënt of mogelijk een klacht of bezwaar op. Te veel zorg indiceren levert in de huidige institutionele setting echter niet snel een klacht op. Met de belangen van zorgvragers kan in principe rekening worden gehouden door ruimer te indiceren dan men objectief gezien nodig acht en door bij de indicatie rekening te houden met wachtlijsten. In ieder geval 10% van de indicaties houdt rekening met het beschikbare aanbod door direct 'second best' zorg te indiceren, omdat de eerst aangewezen zorg niet direct leverbaar is²⁹. Het zeer geringe aantal klachten en bezwaren lijkt er daarbij op te duiden dat de zorgvrager niet

²⁸ Enerzijds worden instellingen gebudgetteerd, anderzijds worden de ziekenfondsen gebudgetteerd voor de uitvoering. Zie voor een uitgebreide toelichting onder andere de Zorgnota 2001.

²⁹ Planning en indicatie AWBZ voorzieningen, Algemene Rekenkamer (2000).

ontevreden is met de indicatiestelling. Het aantal klachten per RIO in 1999 bedroeg gemiddeld 5,5 (=0,074% van het gemiddeld aantal indicatiebesluiten per RIO). Het gemiddeld aantal beroepsprocedures per RIO bedroeg 0,8 (=0,01% van het gemiddeld aantal indicatiebesluiten per RIO). Een RIO gaf gemiddeld ruim 7.400 indicatiebesluiten af in 1999 (Schrijvers en Ravelli, 2001).

Countervailing power?

Momenteel is er geen partij die invloed heeft op het RIO en wel gebaat is bij een zuinig indicatiebeleid voor de AWBZ. Nu zijn, wegens de aanbodbudgettering, het RIO zelf alsmede de aanbieders zich ervan bewust dat meer zorg voor de een, leidt tot een langere wachttijd voor de ander, zodat het systeem zichzelf mogelijk enigszins corrigeert. Wordt de aanbodbudgettering wel losgelaten, maar de discretionaire ruimte bij de indicatiestelling niet ingeperkt, dan zou in de huidige rolverdeling bij de toegang nog minder zijn voldaan aan de voorwaarden voor beheersbaarheid. Het is dan ook duidelijk dat wanneer ervoor wordt gekozen de bovenstaand belichte subjectieve elementen in de indicatiestelling te behouden, bij de huidige institutionele vormgeving van de AWBZ de beheersbaarheid in het geding komt³¹.

De discretionaire ruimte en het vrijwillige karakter van het protocol bemoeilijken tevens het vergelijken (benchmarken) en controleren van RIO's omdat ze geen eenduidige producten kennen en ontnemen daarmee een belangrijk instrument om eventueel 'countervailing power' uit te oefenen.

2.6 Het RIO als uitvoeringsorganisatie

Over het functioneren van het RIO als organisatie in de zorgketen is reeds het nodige onderzoek gedaan. Daarnaast heeft de werkgroep zich door diverse interviews in het veld een beeld kunnen vormen van mogelijke knelpunten op dit terrein. Onderstaand wordt kort ingegaan op een aantal specifieke thema's: de bestuurlijke vormgeving, informatievoorziening en automatisering, financiering en begroting, personeel en opleiding en toezicht. Het is voor een goed functionerende indicatiestelling uiteraard van essentieel belang dat deze zaken goed geregeld zijn.

Bestuurlijke vormgeving

Het Zorgindicatiebesluit bepaalt dat alle regionale partijen³² vertegenwoordigd dienen te zijn in het RIO, maar het ZIB laat de bestuurlijke vormgeving, c.q. de rechtsvorm vrij. De meeste RIO's (72%) hebben gekozen voor een stichtingsvorm, 21,7% heeft een bestuurscommissie als onderdeel van een GGD (18%) of een gemeente (4%).

³¹ Zie ook Goudriaan (1998). Gesteld wordt dat bij een onafhankelijke indicatiesteller het belang van de patiënt zwaar zal wegen en er een prikkel is positief te indiceren. 'Countervailing power' is dan gewenst.

³² Het gaat hier om afgevaardigden van patiënten/consumentenorganisaties, zorgaanbieders, huisartsenorganisaties, ziekenfondsen en de gemeente(n) in het werkgebied van het RIO.

Circa 40% van de RIO's beschikt over een bestuursmodel met een Raad van Toezicht, een kwart van de RIO's beschikt over een model met een raad van Beheer en circa een vijfde over een mengvorm van beide.

In de tussenrapportage van de evaluatie van het ZIB³³ springen de complexe bestuursvormen onder een GR/GGD in het oog (1 RIO kende 8 besluitvormingslagen boven de directeur). Het merendeel van de RIO-directeuren heeft een voorkeur voor een stichting als rechtsvorm. Ook is de meerderheid voor een zgn. 'professioneel bestuur' c.q. een directie met bestuurlijke bevoegdheden onder een Raad van Toezicht, waarbij de leden van de RvT op afstand hun functie uitvoeren.

Regelmatig blijkt, zowel in de literatuur³⁴ als uit interviews, dat de rol van de gemeente een knelpunt vormt voor een onafhankelijke organisatie. De gemeente is financier van het RIO, verantwoordelijk voor de instandhouding van het RIO en veelal financier van de gemeentelijke voorzieningen waarvoor het RIO (deels) ook indiceert (o.a. de Wvg). Ook is de vertegenwoordiger vaak op gemeentelijk niveau betrokken bij aanpalende beleidsterreinen. Deze vertegenwoordiger zit dus vaak met 'meerdere petten' op in het bestuur, hetgeen een onafhankelijke indicatiestelling kan bemoeilijken. Ook de rol van de aanbieders in het bestuur wordt soms als problematisch ervaren (te veel een belangenorganisatie)³⁵. Tenslotte valt het RIO meestal onder meerdere gemeenten, hetgeen een efficiënte werkwijze verder kan belemmeren.

Informatievoorziening/automatisering

De Algemene Rekenkamer heeft in 2000 naar het functioneren van de RIO's en naar de informatievoorziening bij de RIO's in het bijzonder een onderzoek verricht. In algemene zin wordt de invoering van de indicatiestelling-nieuwe stijl positief beoordeeld. Aandachtspunten met betrekking tot de informatievoorziening waren evenwel:

- De informatie die het ministerie van VWS opvraagt is niet de juiste informatie om als basis voor een vraaggestuurde planning te dienen;
- De betrouwbaarheid van de informatie die de indicatiestelling oplevert is niet gewaarborgd (een groot deel van de indicaties heeft betrekking op 'second best' zorg);
- De Staatssecretaris van VWS heeft geen voorzieningen getroffen om de door de RIO's geleverde informatie in te zetten voor een vraaggestuurde planning.

In de interimrapportage van de evaluatie van het ZIB wordt met betrekking tot de automatisering het volgende geconcludeerd:

'Het gebruik van diverse automatiseringsprogramma's en de wisselende ervaringen daarmee wijzen erop dat de ICT nog beperkt is ontwikkeld. Het verzamelen van adequate beleidsinformatie per RIO, het onderling vergelijken ervan en het landelijk genereren van informatie over de zorgvragen worden hierdoor belemmerd' (p. 40).

³³ Schrijvers en Ravelli (2001)

³⁴ Zie o.a. Cap Gemini, Ernst & Young (oktober 2000).

³⁵ Schrijvers en Ravelli (2001).

Enige centrale sturing of facilitering ontbreekt dus vooralsnog. Mede hierdoor kan het RIO o.a. haar taak als leverancier van noodzakelijke informatie over de ontwikkeling van de werkelijke zorgbehoefte nog onvoldoende waarmaken. Inmiddels wordt echter onder regie van de Taskforce aanpak wachtlijsten gewerkt aan de totstandkoming van een AWBZ-brede zorgregistratie. Deze zorgregistratie, waarvoor het zorgkantoor verantwoordelijk is, beslaat de gehele keten van indicatiestelling tot zorgverlening. De gegevens van de RIO's over de vraag naar zorg maken hier onderdeel van uit. De registratie verschaft inzicht in de gestelde indicaties, de geleverde zorg en de wachtlijsten. In het rapport "De rol van het zorgkantoor" van juni 2001 constateert de Algemene Rekenkamer dat de AWBZ-brede zorgregistratie in opzet een goede basis vormt voor afstemming van vraag en aanbod en het voeren van een dynamisch wachtlijstbeheer.

Financiering en begroting

De gemeente is verantwoordelijk voor een adequate financiering van het indicatieorgaan. Hiertoe zijn middelen van het Rijk naar het gemeentefonds geboekt. Voor de indicatiestelling in de thuiszorg is structureel 72,5 mln gestort (1998), voor de indicatiestelling voor verpleeghuizen 11,9 mln (1988), voor de indicatiestelling voor verzorgingshuiszorg is het budget niet bekend. Daarnaast is er vanaf 2001 structureel 20 mln en in 2000 35 mln extra beschikbaar gesteld om de kwaliteit van de RIO's te verbeteren. Uit beschikbaar onderzoek en gesprekken met het veld blijkt dat nog steeds grote onduidelijkheid is over de vraag of dit voldoende is. Het SGB0-onderzoek *'werkwijze van regionale indicatieorganen'* (2000) heeft getracht vast te stellen hoeveel middelen er structureel benodigd zijn voor de indicatiestelling in de AWBZ. Hierop kon vanwege de enorme verschillen tussen RIO's geen goed onderbouwd antwoord worden gegeven; er was geen 'modelwerkwijze' vast te stellen. Tussen de 7 onderzochte RIO's waren meer verschillen dan overeenkomsten: verschillen in gehanteerde afhandelingsroutes, begroting, takenpakket, urgentie, mandatering etc (zie ook paragraaf 2.2). Een andere keuze op een van deze punten kan leiden tot substantiële wijzigingen in de bedrijfsvoeringskosten³⁶. Op het moment van onderzoek (2000) werkte het merendeel van de in het SGB0-onderzoek belichte RIO's met een budgetbegroting. Een dergelijke begroting noodzaakt, ten opzichte van een productbegroting, minder tot inzicht in werkwijze, kosten en prestaties. Een aantal van deze RIO's gaven dan ook aan op termijn op een productbegroting te willen over te stappen, waardoor afrekening op basis van het aantal indicaties kan plaatsvinden.

Uit onderzoek blijkt dat de doelmatigheid nog valt te verbeteren door inkorting van de doorlooptijden door gebruik te maken van uniforme 'beslisbomen', verlaging van het aantal uren per indicatie en schaalvergroting³⁷.

³⁶ Zo leidt mandatering er bijvoorbeeld toe dat er minder indicaties hoeven te worden uitgevoerd.

³⁷ Schrijvers en Ravelli (2001).

Personeel en opleiding

De aard van de personele bezetting verschilt niet veel tussen RIO's. Wel hebben sommige RIO's ondersteunende taken uitbesteed. Het personeelsbeleid is nog volop in ontwikkeling. De meeste RIO's hebben naast eigen medewerkers ook medewerkers die gedetacheerd zijn vanuit andere instellingen. Het gaat daarbij in het bijzonder om indicatieadviseurs. Dit kan ten koste gaan van de onafhankelijkheid, zelfstandigheid en het ontwikkelen van een eigen identiteit. Het blijkt dat met name de grotere RIO's voornamelijk eigen personeel hebben, hetgeen voor schaalvergroting pleit. Ook blijkt uit onderzoek³⁸ dat er op het terrein van scholing nog het een en ander te verbeteren valt.

Toezicht

De indicatiestelling wordt beschouwd als de start van het zorgproces en de basis voor het toekennen van zorg. Toch voorzien wet- en regelgeving niet in een of andere vorm van toezicht op de gehanteerde protocollen, de deskundigheid van medewerkers en de kwaliteit van de uitvoering³⁹. Ook is er niet in voorzien dat er toezicht wordt uitgeoefend op de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de door de RIO's verstrekte informatie over gestelde indicaties in het kader van de omschakeling naar en vraaggestuurde planning van zorgvoorzieningen.

2.7 Conclusies

De huidige vormgeving van de indicatiestelling legt sterkt de nadruk op integraliteit en het vormgeven van de concrete aanspraken door het RIO. Wordt voor een dergelijk model gekozen, is het van belang de overige waarden - objectiviteit en onafhankelijkheid - zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen, gegeven de keuze voor integraliteit.

In de huidige setting is het voor het vormgeven en uitwerken van de aanspraken in wet- en regelgeving gekozen voor een minimumvariant. Het ZIB en de AWBZ geven nauwelijks houvast. Daarbij is er geen protocol voorgeschreven. Te verwachten valt dan dat er een grote mate van discretionaire ruimte is in het oordeel van de indicatiesteller. Uit de beschikbare empirische gegevens en in opdracht van de werkgroep extern verricht onderzoek blijken dan ook enorme verschillen tussen de output en werkwijze van RIO's. De zogenaamde wachtlijstbrigade, die de aanpak van het terugdringen van de wachtlijsten volgt, komt tot een soortgelijk oordeel:

'De wachtlijstbrigade constateert te grote verschillen in de indicatiepraktijk vanwege het ontbreken van een wettelijk voorgeschreven protocol, een noodzaak tot opschaling van de RIO's en een niet altijd heldere taakomschrijving.'

De rapportage van de bevindingen van de wachtlijstbrigade en de reactie van de Staatssecretaris van VWS daarop, is als bijlage bij dit rapport opgenomen (bijlage 6.6). Gevolg van deze discretionaire ruimte is dat rechtsgelijkheid (gelijke gevallen krijgen een gelijke indicatie) nauwelijks te waarborgen is en dat er

³⁸ Zie o.a. het SGBO-onderzoek 'Werkwijze van Regionale Indicatieorganen, onderzoek onder 7 RIO's' (2000).

vanwege het grote subjectieve gehalte van de indicatiestelling mogelijk bij invloed van buiten optreedt. Deze kan in het huidige institutionele kader ten koste gaan van uitgavenbeheersing in de AWBZ. Ook kan worden opgemerkt dat er nog lang geen sprake is van een integrale indicatiestelling; in de meeste gemeenten is de indicatiestelling voor de Wvg –die van de diverse gemeentelijke regelingen op het terrein van zorg, wonen en welzijn de grootste raakvlakken met de AWBZ heeft- nog niet bij het RIO ondergebracht.

De grote ruimte die wet- en regelgeving laat voor het inhoudelijke proces van indicatiestelling geldt evenzeer voor de bedrijfsvoering; er zijn geen eisen gesteld aan takenpakket, rechtsvorm, opleiding, vorm van begroting, werkprocessen, informatievoorziening, automatisering en er is geen centraal toezicht. Dit is uiteraard mede het gevolg van het feit dat gemeenten in de eerste plaats verantwoordelijk zijn voor het bedrijfsmatig functioneren van het RIO. Gevolg is evenwel dat de bedrijfsvoering van RIO's enorm uiteenloopt en dat een benchmark op de bedrijfsvoering niet uit te voeren is. Hierdoor blijft het onduidelijk of de stortingen in het gemeentefonds voor de uitvoering van een kwalitatief hoogwaardige indicatiestelling voldoende zijn. Tenslotte wordt de onafhankelijkheid van het RIO mogelijk aangetast door het feit dat de gemeente vaak meerdere rollen vervult bij de indicatiestelling. Dit wordt ook in het veld vaak als (potentieel) knelpunt ervaren. Ook het feit dat het RIO vaak onder meerdere gemeenten opereert kan een slagvaardig beleid in de weg staan. Het feit dat de RIO's bedrijfsmatig niet optimaal functioneren heeft daarbij naar verwachting weer een negatief effect op de inhoud van de indicatiestelling; een goede bedrijfsvoering is een essentiële voorwaarde voor een goede indicatiestelling. In hoofdstuk 3 zullen beleidsopties voor de toekomst worden besproken.

³⁹ Zie o.a. : 'Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen', Algemene Rekenkamer, juni 2000.

3 Beleidsopties indicatiestelling

3.1 Inleiding

In de huidige situatie is ervoor gekozen geen strakke inhoudelijke eisen met betrekking tot de indicatiestelling in wet- en regelgeving vast te leggen. Hierdoor is het voor de indicatiesteller in principe mogelijk rekening te houden met het lokale voorzieningenbeleid en met de specifieke situatie van de cliënt. Nadeel is echter, zo bleek ook uit de praktijk, dat rechtsgelijkheid, rechtszekerheid en objectiviteit dan minder goed te garanderen zijn. Hierdoor neemt de potentiële subjectiviteit bij de indicatiestelling toe, hetgeen in de huidige institutionele context negatief kan zijn voor de beheersbaarheid van de AWBZ.

De vervolgvraag is dan hoe kan worden voorkomen dat de discretionaire ruimte van de indicatiesteller er toe leidt dat de indicatiestelling leidt tot ongelijkheid en/of dat de AWBZ onbeheersbaar wordt. Hiertoe staan in principe twee mogelijkheden open:

1. Te bezien hoe de subjectieve ruimte zelf bij de indicatiestelling zoveel mogelijk kan worden beperkt (objectiveren indicatiestelling; 3.2) en/of;
2. Gegeven het feit dat er waarschijnlijk altijd een subjectieve afweging plaatsvindt bij de indicatiestelling, valt te bezien of het mogelijk is het gebruik hiervan te 'sturen', zonder afbreuk te doen aan de randvoorwaarde van een onafhankelijke positionering van de indicatiesteller, door het inbouwen van 'countervailing power' (3.3).

In het eerste geval wordt de indicatiesteller door wet- en regelgeving sterker 'gedwongen' objectief te indiceren, in het tweede geval wordt getracht beheersbaarheid in het systeem te bouwen. Het is daarbij goed mogelijk dat uiteindelijk beide oplossingen tegelijkertijd aan te bevelen zijn, omdat de indicatiestelling nooit gevrijwaard zal zijn van subjectieve afwegingen. Tenslotte dient stil te worden gestaan bij de gewenste organisatie van de uitvoering (3.4).

3.2 Objectiveren indicatiestelling

Aan een grotere mate van objectiviteit, rechtszekerheid, rechtsgelijkheid bij de indicatiestelling en daarmee de facto een grotere mate van onafhankelijkheid en een betere beheersbaarheid kan worden tegemoetgekomen door het aantal door het RIO te maken afwegingen te verkleinen. Dit kan worden gedaan door aanpassingen in wet- en regelgeving en in het bijzonder door het voorschrijven van het gebruik van dwingende protocollen. Deze kunnen nooit alle specifieke situaties dekken en bovendien blijkt dat het voorschrijven van een protocol niet altijd inhoudt dat deze ook strikt wordt nageleefd⁴⁰. Wel kan een protocol bijdragen aan meer objectiviteit en door het uniformeren van de producten van de RIO's een gerichtere output-benchmarking van RIO's mogelijk maken.

Door de indicatiestelling in de toekomst in functionele termen te formuleren en niet, zoals nu, in aanbodtermen, kan de indicatiestelling zich beperken tot het stellen van de diagnose, zonder een passend

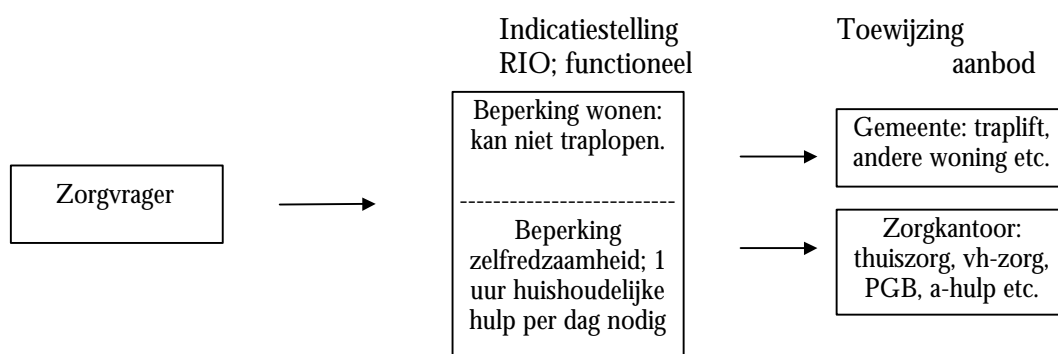
⁴⁰ Zoals bij de claimbeoordeling voor de WAO is gebleken; zie bijlage 6.5.

aanbod te formuleren. Hierdoor wordt, zoals eerder al gesteld, aan een van de essentiële voorwaarden van vraagsturing tegemoet gekomen. Omdat een analyse van de beperkingen en behoeften daarbij voor gelijke gevallen niet zou moeten verschillen van plaats tot plaats, hoeft een relatief dwingend protocol hier niet te botsen met bijvoorbeeld een specifiek (gemeentelijk) aanbodbeleid (de zorgplicht is voor iedere gemeente gelijk) en kan objectiviteit in een grotere mate dan nu worden gecombineerd met een integrale afweging in functionele termen.

Vervolgens dient de cliënt (PGB) of uitvoeringsorganisatie de functionele analyse te vertalen in een integraal voorzieningenaanbod aan de klant; de toewijzing. Voor de AWBZ zal dit het zorgkantoor, een (concurrerende) verzekeraar of de vrager (PGB) zijn, voor de Wvg de gemeente of mogelijk in de toekomst ook hier de cliënt⁴¹. Zoals gezegd wordt in veel gemeenten de Wvg nog niet (geheel) door het RIO geïndiceerd. Het huidige beleid is, zoals eerder al aan de orde was, echter gericht op een integrale indicatiestelling. De werkgroep onderschrijft de voordelen hiervan en gaat hier uit van de ideaaltypische situatie dat RIO's voor zowel AWBZ als (in ieder geval) Wvg indiceren. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op mogelijke inspanningen om de totstandkoming van een integraal indicatiebeleid te stimuleren.

Onderstaand schema verduidelijkt deze 'nieuwe' indicatiestelling:

Figuur 5: een functionele, integrale en objectieve indicatiestelling



De zorgvrager gaat naar het RIO voor al zijn hulpvragen op het gebied van AWBZ en (in ieder geval) Wvg. Het RIO beoordeelt of de zorgvrager 1) aangewezen is op fysieke woonvoorzieningen, een rolstoel of een vervoervoorziening, 2) aangewezen is op hulp, verzorging of verpleging uit hoofde van de AWBZ, of 3) beide.

In geval 1 of 2 wordt op basis van een landelijk protocol functioneel geïndiceerd, met als resultaat dan wel een AWBZ-aanspraak, dan wel een Wvg-voorziening. Functioneel, zodat gemeenten, respectievelijk zorgkantoor en cliënt beleidsvrijheid houden over respectievelijk het verstrekkingenpakket en het geprefereerde aanbod per geval. Dit kan door (in ieder geval voor de AWBZ aanspraken) aan de

functionele indicatie een bedrag te verbinden dat het maximum van de collectieve bijdrage is. De cliënt (PGB) of het zorgkantoor (PVB) zal vervolgens een zorgaanbod moeten samenstellen met dit budget. De rijksoverheid c.q. de gemeente (Wvg) is uiteraard vrij in het bepalen van nadere voorwaarden die in principe los staan van de indicatiestelling (waardebepaling, omslagpunten, eigen bijdrage, inkomensgrenzen, omvang pakket etc). Hier wordt in hoofdstuk 4 nader op ingegaan. Aldus worden integraliteit en objectiviteit van de indicatiestelling beter dan nu gecombineerd door de functiegerichte, diagnostiserende indicatiestelling strak te scheiden van de toewijzing van aanbod.

In geval 3 wordt beoordeeld dat zowel een Wvg-voorziening als AWBZ-zorg nodig is. De toewijzing geschiedt dan door enerzijds het zorgkantoor (of cliënt) en anderzijds de gemeente. Onderzocht moet worden of er dan sprake kan zijn van afwenteling binnen het RIO tussen AWBZ en Wvg op een relevante schaal en hoe dit op te lossen, bijvoorbeeld door een andere (bestuurlijke) organisatie. De werkgroep gaat er vooralsnog vanuit dat afwenteling van Wvg op AWBZ of vice versa bij de indicatiestelling niet op grote schaal aan de orde is.

Ook is het van belang dat de toewijzer wel toewijst; als de voorziening een complement is van de zorgcomponent dienen de klant en de indicatiesteller ervan uit te kunnen gaan dat beide componenten (op termijn) daadwerkelijk worden geleverd. Bij de toewijzing speelt het probleem van afwenteling of suboptimale afstemming tussen de diverse regelingen mogelijk een grotere rol dan bij de indicatiestelling. Zo kan de gemeente zich wellicht genoodzaakt zien een dure woonaanpassing te leveren, omdat er door een wachtlijst voor een persoon geen intramurale zorg beschikbaar is, waar hij eigenlijk voor is geïndiceerd. De gemeente en het zorgkantoor hebben in dit kader beide een wettelijke zorgplicht. Onderzocht moet worden of er sprake kan zijn van afwenteling of een gebrek aan samenhang tussen AWBZ en gemeentelijke voorzieningen op een relevante schaal en hoe dit op te lossen, bijvoorbeeld door een betere afbakening tussen de regelingen of door de zorgplicht van de gemeente nader te omschrijven en te bezien of het vrijwillige en adviserende karakter van het oordeel van het RIO voor de gemeente in de toekomst een probleem oplevert⁴². Dit is onderwerp van onderzoek in het kader van de follow-up van het IBO Wvg ('Zorg Lokaal') en zal hier dan ook niet verder worden behandeld.

Concluderend kan worden gesteld dat het voorschrijven van nadere regelgeving om de indicatiestelling te sturen, zoals een functioneel indicatie-protocol kan bijdragen aan een objectievere en daarmee de facto onafhankelijke indicatiestelling. Hierdoor kan rechtsgelijkheid beter worden gewaarborgd en is een gerichtere benchmarking van de output van RIO's mogelijk. Het geeft de wijze van indicatiestelling tevens een formele status en neemt zodoende een deel van de beoordelingsvrijheid van de RIO's weg. Door het protocol te richten op een functionele benadering kan tevens een groot deel van de spanning

⁴¹ De gemeente kan natuurlijk het RIO vragen voor haar ook voor concrete voorzieningen te adviseren, nadat de functionele indicatie is gesteld.

tussen integraliteit en objectiviteit worden weggenomen; de uniforme indicatiestelling is verenigbaar met een divers (regionaal) aanbodbeleid. De indicatiestelling is uniform en objectief. De vraag welk aanbod passend is bij de door het RIO geconstateerde gebreken is een zaak van de toewijzer bij verstrekking in natura (verzekeraar, gemeente) of van de cliënt bij een PGB. De indicatiestelling is persoonsgericht, de toewijzing van het aanbod mogelijk regionaal georiënteerd. In het protocol kunnen naast zorginhoudelijke criteria heldere richtlijnen worden vastgelegd over urgentiebepaling, afhandelingsroutes, hanteren van bandbreedtes, mandatering, mantelzorgbepaling, omslagpunten etc. In hoofdstuk 5 zullen nadere aanbevelingen voor de status en de inhoud van een protocol worden gedaan.

Een subjectieve afweging bij de indicatiestelling voor de AWBZ lijkt echter nooit geheel te vermijden; het is geen eenvoudige toets (zoals de toets of er recht bestaat op AOW dat bijvoorbeeld wel is) en er dient rekening te worden gehouden met cliëntspecifieke kenmerken. Regels kunnen dit nooit helemaal ondervangen. Ook zal er niet altijd geheel volgens de regels worden gewerkt, zoals blijkt bij de indicatiestelling voor de WAO (zie bijlage 6.5). Het is derhalve ook van groot belang hoe de indicatiesteller de altijd aanwezige discretionaire ruimte bij de beoordeling invult. Hier wordt in de volgende paragraaf nader op ingegaan.

3.3 Ontwikkelen ‘countervailing power’

In het vorige hoofdstuk is uiteengezet dat als er in de huidige situatie al belangen doorklinken in de beslissing van het RIO, deze waarschijnlijk vanuit de vrager, gemeente of verzekeraar komen die in het huidige systeem allen geen direct (financieel) belang hebben bij een beheerste ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven. Het is uit beheersmatig oogpunt dan ook van belang ‘countervailing power’ bij de indicatiestelling te organiseren. Nader ingegaan wordt op de volgende mogelijkheden: financiële prikkels bij de indicatiestelling (3.3.1), toezicht en visitatie (3.3.2) en benchmarking (3.3.3).

3.3.1 Financiële prikkels

In een AWBZ met een functionele indicatiestelling wordt - zoals eerder aan de orde kwam - de rol van het zorgkantoor of de zorgvrager bij de inkoop van zorg veel sterker, hetgeen ten koste gaat van de aanbiedersmacht in het huidige systeem met aanbodgerichte aanspraken. Om een doelmatige en vraaggerichte zorginkoop te garanderen is het dan van belang dat de cliënten en verzekeraars/zorgkantoren scherp onderhandelen met aanbieders van zorg. Voor de zorg in natura kan dat door de verzekeraar een financieel belang te geven bij een goede zorginkoop, bijvoorbeeld door aan de functionele indicatie op basis van wettelijke tarieven een maximumbedrag te koppelen en de verzekeraar vervolgens te prikkelen binnen dat budget zoveel mogelijk zorg voor een zo laag mogelijke prijs in te kopen. Onder andere in het kader van de modernisering van de AWBZ, in het vervolg op

⁴² 71% van de gemeenten neemt nu het advies van de externe indicatiesteller niet altijd over (3^e evaluatie Wvg), meestel omdat de aanbevolen voorziening niet past in het verstrekkingenbeleid of omdat er een goedkoper alternatief is.

'Zicht op Zorg' en het MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' en in de stelsel­discussie worden de mogelijkheden bezien om te komen tot meer financiële prikkels bij (concurrerende) verzekeraars. Hier zal dan ook worden volstaan met de constatering dat meer financiële prikkels in het systeem kunnen bijdragen aan een ander, vanuit beheersmatig oogpunt beter, inkoopgedrag.

De beheersbaarheid van de AWBZ-uitgaven kan verder worden verbeterd als de rol van het zorgkantoor c.q. de verzekeraar niet wordt beperkt tot de invulling van haar rol bij de zorginkoop, maar deze partij tevens een financieel belang krijgt bij de gevolgen van de indicatiestelling zelf en ook mogelijkheden heeft de indicatiestelling te beïnvloeden; het bundelen van bepalen en betalen, zoals dat bij elke privaatrechtelijke verzekering gewoon is⁴³. Zo wordt ook bij de beoordeling in hoeverre iemand is aangewezen op zorg rekening gehouden met beheersmatige overwegingen. Een mogelijk om dit te bewerkstelligen is de indicatiestelling bij het zorgkantoor c.q. de verzekeraar neer te leggen. Bij de Duitse tegenhanger van de AWBZ (de Pflegeversicherung) is dit bijvoorbeeld het geval⁴⁴. Ook kan ervoor worden gekozen de verzekeraar de indicatiestelling niet zelf te laten uitvoeren, maar wel de mogelijkheid open te laten dat hij de beslissing van het RIO kan beïnvloeden. Beide opties worden onderstaand nader toegelicht.

1 Verzekeraar stelt indicatie

19 december 2000 verklaarde de Centrale Raad van Beroep een beroep tegen een RIO in verband met een afwijzende beschikking van dit orgaan niet ontvankelijk. Daarmee oordeelde de rechter dat in formele zin het zorgkantoor, oftewel de verzekeraar, verantwoordelijk is voor de beslissing over de vraag of en in hoeverre een verzekerde zorg toekomt. Dit houdt in dat het oordeel van het RIO een advies is en geen besluit, de status die het Zorgindicatiebesluit daaraan toekent.

De praktische betekenis van deze uitspraak lijkt overigens klein (in tegenstelling tot de principiële betekenis). Wettelijk voorgeschreven adviezen -de uitspraak wijdt er een overweging aan - zijn voor de zorgverzekeraar als beslisser namelijk verplichte kost in die zin, dat hij zijn beslissing op het advies dient te baseren en bij een beslissing conform het advies daarvan in de motivering blijkt moet geven. Beslist hij anders, dan zal hij de afwijking moeten motiveren en daarbij zijn deskundigheid moeten stellen boven die van het wettelijk daartoe geroepen orgaan⁴⁵. In een situatie met een uitvoerder die een financieel belang heeft bij zuinig indicatiëgedrag kan het praktische belang van het verschil tussen een advies en een besluit echter aan belang winnen.

De vraag is dan of deze situatie dient te worden hersteld (het indicatieadvies wordt alsnog een besluit) of dat deze situatie (indicatieoordeel is advies) moet worden gehandhaafd, ook met een verzekeraar in het

⁴³ Of dit het geval is, is mede afhankelijk van de wijze waarop het zorgkantoor/de verzekeraar risicodragend wordt. Pas wanneer er ook financiële risico's over de omvang van de indicatie worden gelopen (bijvoorbeeld door bij een ex ante verdeelmodel niet na te calculeren op de hoeveelheid zorg) is er ook een prikkel om toe te zien op een zuinig indicatiëgedrag.

⁴⁴ Zie: HHM: Beheersingsaspecten van vraagsturing in de AWBZ, Enschede, Februari 2001;

⁴⁵ Zie: Van der Most (2001).

spel die een belang heeft bij een beheerste ontwikkeling van de AWBZ. Enerzijds is het uit beheersmatig oogpunt een goede zaak dat een partij die een belang heeft bij een beheerste ontwikkeling van de AWBZ de indicatie verricht, anderzijds kan een dergelijke vormgeving in strijd worden geacht met een onafhankelijke en integrale indicatiestelling. Door een zo objectief mogelijke indicatiestelling te waarborgen en door de mogelijkheid tegen een indicatiebesluit in beroep te kunnen gaan kan aan dit bezwaar enigszins tegemoet worden gekomen. Wel zal een integrale afweging met allerlei andere (gemeentelijke) regelingen nagenoeg onmogelijk worden als de indicatiestelling voor AWBZ-zorg bij de uitvoerder van de AWBZ wordt ondergebracht.

De Staatssecretaris van VWS heeft inmiddels laten weten de regelgeving te willen aanpassen opdat de status van het indicatieoordeel van het RIO alsnog die van een besluit wordt⁴⁶.

2 Verzekeraar kan besluit RIO aanvechten

Een minder vergaande optie is de mogelijkheid van beroep en bezwaar open te stellen voor verzekeraars. Ook kan ervoor worden gekozen de mogelijkheid om een 'second opinion' voor de verzekeraar in te voeren. De onafhankelijkheid in formele zin van het indicatieorgaan komt in deze optie niet op het spel te staan. Ook blijft een integrale afweging bij het RIO mogelijk. Nadeel is wel dat deze optie uit beheersmatig oogpunt wellicht minder scoort dan die waarin de verzekeraar verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en dat een in de toekomst concurrerende verzekeraar afhankelijk blijft van de indicatiestelling door een derde. Dit wordt echter deels teniet gedaan door de verzekeraar mogelijkheden te bieden het besluit van het RIO te laten heroverwegen en door de indicatiestelling verder te objectiveren.

3.3.2. Toezicht en visitatie

Er is, zo bleek in het vorige hoofdstuk, in wet- en regelgeving niets geregeld over de inhoud van het toezicht op de RIO's. Dit geldt zowel voor toezicht op de bedrijfsvoering als op de inhoud van de beoordeling (welke gehanteerde protocollen, hoe wordt daar in de praktijk mee omgegaan etc).

Voorgesteld kan worden dat er een orgaan verantwoordelijk wordt gesteld voor landelijk toezicht op de indicatiestelling in de AWBZ of dat er meer voorschriften komen voor de uitvoering van het toezicht door de gemeenten. Dit wordt des te meer van belang op het moment dat er meer (na te leven) voorschriften voor de indicatiepraktijk komen vanuit de centrale overheid. Daarnaast is het mogelijk de RIO's, zeker in de 'opstartfase', periodiek door te laten lichten door een onafhankelijke visitatiecommissie.

3.3.3 Benchmarking

Het onderling vergelijken van de RIO's kan uniformerend en disciplinerend werken voor de sector. Het biedt daarbij de overige belanghebbenden een instrument om de prestaties van RIO's met elkaar te vergelijken. De kwaliteit van de benchmark neemt naar verwachting toe naarmate de gehanteerde

⁴⁶ Zie: TK, 2000-2001, 24036 en 26631, nr. 225.

protocollen eenduidiger zijn (en daarmee de indicaties vergelijkbaarder worden). Er kan zowel op de inhoud van de indicatiestelling als op de bedrijfsvoering een benchmark plaatsvinden. Voorwaarde is wel dat de indicatieorganen periodiek van tevoren bepaalde informatie leveren. Deze informatie kan dan dienen voor een benchmark op output en bedrijfsvoering, maar ook om de werkelijke zorgbehoefte in de diverse regio's te kunnen monitoren.

3.4 Organisatie van de uitvoering

Om de integratie van de indicatiestelling voor de AWBZ met gemeentelijke regelingen en in het bijzonder de Wvg mogelijk te maken is besloten de RIO's bestuurlijk onder de gemeenten te positioneren. Daarmee werd tevens voorzien in een loket 'dicht bij huis'. Deze decentrale constructie heeft echter ook nadelen, zo is gebleken: er zijn geen landelijke eisen gesteld aan takenpakket, rechtsvorm, opleiding, vorm van begroting, werkprocessen, automatisering en er is geen centraal toezicht. Gevolg is dat de bedrijfsvoering van RIO's enorm uiteenloopt en dat een benchmark op de bedrijfsvoering (nog) niet uit te voeren is. Hierdoor blijft tevens onduidelijk of de stortingen in het gemeentefonds voor de uitvoering van de indicatiestelling voldoende zijn. Ook wordt de onafhankelijkheid van het RIO mogelijk aangetast door het feit dat de gemeente vaak meerdere rollen vervult bij de indicatiestelling. Dit wordt in het veld vaak als (potentieel) knelpunt ervaren. Door het decentraliseren van de indicatiestelling zonder nadere uniformerende voorschriften is tevens gebleken dat er grote verschillen zijn ontstaan in de indicatiestelling tussen RIO's, bijvoorbeeld door het ontbreken van een uniform voorgeschreven protocol, zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet.

De werkgroep ziet drie opties voor de toekomstige inrichting van het beheer van de RIO's: 1) onder de verantwoordelijkheid van gemeenten, maar met waarborgen voor meer uniformiteit en objectiviteit 2) centraliseren van de indicatiestelling onder een constructie als Zelfstandig Bestuurs Orgaan (ZBO) en 3) de indicatiestelling onderbrengen bij een concurrerende verzekeraar/risicodragend zorgkantoor. De voor- en nadelen van deze laatste optie zijn in de vorige paragraaf aan de orde geweest. Onderstaand worden de eerste twee opties nader toegelicht:

Huidige constructie met nadere voorschriften

De gemeente blijft verantwoordelijk voor de instandhouding van het RIO. De beleidsvrijheid bij het invullen van deze plicht wordt echter meer dan nu ingekaderd. Er kan een indicatieprotocol worden voorgeschreven, er kunnen eisen aan de begroting worden gesteld, er kunnen opleidingsvereisten worden neergelegd, er kan een orgaan worden ingesteld voor het uitoefenen van landelijk toezicht, er wordt een bepaalde hoeveelheid informatie vereist etc. Ook kan worden bezien of het mogelijk is nadere eisen aan de bestuurlijke context te stellen, omdat blijkt dat de huidige bestuursconstructie met name daar waar er geen sprake is van een RvT en de belangenpartijen (m.n. gemeente en aanbieders) weinig op afstand opereren, niet overal even werkbaar wordt ervaren.

Centraliseren indicatiestelling

Een andere optie is de indicatiestelling niet meer door gemeenten te laten uitvoeren. Als het RIO functioneel gaat indiceren kan meer vraagsturing worden geboden. De formulering van het aanbod wordt aan de cliënt of verzekeraar/zorgkantoor c.q. gemeente gelaten. Door de indicatie te functionaliseren kan de beleidsvrijheid van gemeente, zorgvrager of verzekeraar bij de toewijzing (formulering van het aanbod) vorm krijgen terwijl de wijze van indicatiestelling landelijk uniform kan worden vormgegeven; de beleidsvrijheid en mogelijkheid voor diversiteit en maatwerk zit in de bepaling van het geschikt geachte aanbod. De indicatiestelling is uniform en zo objectief mogelijk.

3.5 Conclusies

In hoofdstuk 2 is geconcludeerd dat er in wet- en regelgeving weinig is vastgelegd om een objectieve indicatiestelling te garanderen. Daarbij geldt dat een integrale afweging slechts in beperkte mate is gerealiseerd. De indicatiesteller heeft veel discretionaire ruimte bij de beoordeling van aanspraken. Deze conclusie lijkt ook door de empirie te worden bevestigd. Omdat de (financiële) belangen van de diverse partijen in de AWBZ-zorgketen niet in de eerste plaats beheersingsgericht zijn, kan hierdoor op termijn een probleem ontstaan. Ook in de bedrijfsvoering konden de nodige knelpunten worden gesignaleerd: de informatievoorziening is onvoldoende om de werkelijke zorgvraag te monitoren. Daarnaast zijn de werkwijzen dermate verschillend dat een goede vergelijking van RIO's onmogelijk is. Hierdoor is nog steeds niet duidelijk of het huidige budget voldoet. Tenslotte wordt de bestuurlijke context (en dan met name de rol van gemeenten en aanbieders) vaak als knelpunt ervaren.

In dit hoofdstuk is vervolgens beschreven wat mogelijke opties voor verbetering zijn. Hoofdstuk 5 bevat op basis van een afweging van de plussen en minnen van deze opties nadere aanbevelingen.

Een vraaggericht zorgsysteem is erbij gebaat dat de hulpvraag functioneel wordt gezien: aanspraken en de beoordeling daarvan door het RIO kunnen dan niet het aanbod 'voorsorteren'. Dit komt de keuzevrijheid ten goede. Een functionele indicatiestelling kan tevens van belang zijn voor de mogelijkheid een integrale afweging te koppelen aan een uniforme en objectieve beoordeling: ze staat los van de invulling van een specifiek (regionaal) aanbod. Hierdoor kan de functionele indicatiestelling in principe volgens een landelijk protocol geschieden en is rechtszekerheid en rechtsgelijkheid beter gewaarborgd, zonder dat dit ten koste gaat van de mogelijkheid een regionaal bepaald en op de persoon toegesneden aanbod te kunnen leveren. Ook kan van elk RIO dan bepaalde informatie worden gevraagd.

Dit is echter de helft van het verhaal: er is waarschijnlijk altijd ruimte voor subjectieve afwegingen: enerzijds regelt een protocol niet alles dicht voor complexe beoordelingen zoals die in de AWBZ voorkomen en anderzijds worden voorgeschreven protocollen niet altijd klakkeloos in zijn geheel

Verzorgde toegang

gehanteerd. Het kan daarom van belang zijn ook maatregelen te nemen om de indicatiesteller te prikkelen ook in de praktijk tot een zo objectief mogelijk oordeel te komen. Goede mogelijkheden hiertoe zijn de introductie van een risicodragende partij in de AWBZ die verantwoordelijk is voor de indicatiestelling, of in ieder geval invloed heeft op het RIO (bezwaar en beroep, second opinion), benchmarking van de output en de bedrijfsvoering van RIO's en het instellen van landelijk toezicht op de werkwijze van RIO's. Ook de verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering (productbegroting, opleiding, automatisering etc.) kan bijdragen aan een betere output.

Tenslotte is de vraag gesteld hoe de indicatiestelling het best kan worden georganiseerd. Geconcludeerd is dat er feitelijk 3 opties zijn: 1) indicatiestelling door een concurrerende verzekeraar dan wel risicodragend zorgkantoor, 2) indicatiestelling onder verantwoordelijkheid van de gemeenten met waarborgen voor meer objectiviteit en uniformiteit in de indicatiestelling of 3) indicatiestelling onder verantwoordelijkheid van een onder het Rijk functionerend ZBO.

Verzorgde toegang

4 Toegangsregulering

4.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken is gezien hoe kan worden bevorderd dat op een objectieve, integrale en onafhankelijke wijze wordt vastgesteld wanneer en in welke mate iemand op zorg is aangewezen, oftewel hoe de indicatiestelling moet worden geregeld. Dit is geen instrument om de uitgaven te beheersen. Het is er wel een voorwaarde voor.

Als de indicatiestelling goed functioneert kan het in een vraaggestuurd stelsel derhalve nog steeds voorkomen dat de AWBZ-uitgaven sterker groeien dan gewenst wordt geacht of was geraamd, omdat er gewoonweg veel mensen rechtmatig op zorg zijn aangewezen. De bepaling wanneer dit het geval is, acht de werkgroep een vraag die met name een politiek oordeel vergt. De werkgroep zal zich dan ook bij de beantwoording van de vraag welke vormen van toegangsregulering geschikt zijn om in een vraaggestuurd stelsel te komen tot beheersing van de macro-uitgaven⁴⁷ beperken tot het benoemen van de mogelijkheden die er op dit terrein zijn⁴⁸.

In principe kunnen de collectieve lasten uit hoofde van AWBZ-zorg bij de toegang worden beperkt door: minder voorzieningen te verzekeren (pakketaanpassingen); te zorgen dat minder mensen aanspraak kunnen maken op collectief gefinancierde zorg (beperking kring van verzekerden); het collectieve deel in de kosten per verstrekking te verminderen (eigen betalingen) en door het aanbod van zorg te maximeren op macroniveau (aanbodsturing).

Nader ingegaan wordt op de volgende mogelijkheden:

- Pakketaanpassingen (4.2)
- Aanpassingen eigen bijdrage systematiek (4.3)

De werkgroep achtte het niet opportuun de mogelijkheden tot een beperking van de kring van verzekerden te onderzoeken. Daarmee zou worden afgestapt van het karakter van de AWBZ als brede volksverzekering. Ook beheersing via aanbodbudgettering is naar de mening van de werkgroep op langere termijn geen geschikte vorm van toegangsregulering. De AWBZ wordt tot op heden gekenmerkt door een grote mate van aanbodbeheersing. In hoofdstuk 1 zijn de voor- en nadelen van een dergelijk systeem reeds belicht en is tevens opgemerkt dat het van belang is meer elementen van vraagsturing te realiseren.

4.2 Pakketaanpassingen

In algemene zin kan men zaken uit het verzekerde pakket schrappen, waardoor de collectieve uitgaven dalen. Zo kan ervoor worden gekozen de woonfunctie bij intramurale opname of bepaalde vormen van

⁴⁷ Zie taakopdracht, bijlage 6.3.

⁴⁸ Zie voor een uitgebreide (niet beperkt tot de toegang) uiteenzetting van de mogelijkheden de uitgaven in het eerste compartiment van de gezondheidszorg te beheersen o.a. HHM (2001).

zorg niet meer ten laste van de AWBZ te financieren⁴⁹. Omdat de stelsel­discussie nog volop loopt en dit onderwerp ook aan de orde zal komen in de follow-up van het IBO-Wvg, wordt hierop in dit rapport verder niet ingegaan. Wel zal worden ingegaan op de mogelijkheden de aanspraken te *begrenzen* door omslagpunten vast te stellen (4.2.1) en andere kwaliteitseisen op te nemen (4.2.2).

Het gaat in beide opties om het trekken van een kwaliteit­sgrens. Enerzijds gaat het om de vraag in hoeverre kostenoverwegingen doorslaggevend zijn bij de vraag welk alternatief wordt vergoed: wanneer wordt zorg aan huis te duur en wordt daardoor intramurale opname geïndiceerd omdat dat goedkoper is? Wat is het omslagpunt? Anderzijds gaat het om de vraag welke kwaliteit er per arrangement dient te worden vergoed, hetgeen bepalend is voor de intrinsieke kosten per product (hetgeen uiteraard weer effect heeft op het omslagpunt).

4.2.1 Hanteren van omslagpunten in aanspraken

De rechten die een individuele cliënt kan ontleen aan de AWBZ worden bepaald door de onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling zoals die in de AWBZ vorm moet krijgen. Bij die indicatiestelling wordt vastgesteld welk recht (zijnde zorg naar aard, inhoud en omvang) de cliënt tot gelding kan brengen. Daarbij wordt enerzijds rekening gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de betreffende cliënt (en zijn/haar omgeving) en anderzijds met de wensen en voorkeuren van die cliënt. Hierbij kan in bepaalde situaties echter een spanning ontstaan. De eigen wensen en voorkeuren van de cliënt kunnen op gespannen voet komen te staan met een doelmatige uitvoering van de AWBZ⁵⁰.

In het Zorgindicatiebesluit (artikel 11, lid 3) is bepaald dat tijdens het onderzoek in ieder geval onderzocht moet worden of aan de zorgbehoefte doelmatig - hetgeen niet hetzelfde is als *meest* doelmatig - voldaan kan worden door het verlenen van extramurale zorg (tenzij de kosten veel hoger zijn, wordt de voorkeur gegeven aan extramurale zorg). Bij de indicatiestelling zal dus allereerst worden bekeken of het mogelijk is dat de cliënt thuis wordt verzorgd.

Om de maatschappelijke kosten van zorg - gegeven het feit dat meer en meer naar extramurale oplossingen wordt gezocht - in de hand te houden kan er dan voor worden gekozen duidelijke omslagpunten in de AWBZ-aanspraken te definiëren. Dit vergemakkelijkt tevens de keuze van de indicatiesteller (een subjectieve afweging minder) en leidt zodoende tot een objectievere indicatiestelling.

Instrumenteel is het doelmatigheids­criterium op dit moment nauwelijks uit­gewerkt of geconcretiseerd. Een uitzondering hierop vormt de thuiszorg waarbinnen een maximum wordt gehanteerd van 3 uur zorg per dag. Met name op het gebied van kleinschalig geclusterde woonvormen is er nog weinig kennis

⁴⁹ Zie bijvoorbeeld ook SER (2000). Een pakketaanpassing hoeft overigens niet per se te leiden tot een daling van de collectieve uitgaven. Zo kan ervoor worden gekozen bepaalde delen uit de AWBZ over te hevelen naar het 2^e compartiment, waardoor de uitgave collectief gefinancierd blijft. Omdat de beheersing in het 2^e compartiment echter anders is georganiseerd (verzekeraarsbudgettering), kan dit wel weer indirect een besparing opleveren.

⁵⁰ Zie ook HHM (2001).

ontwikkeld over de kosteneffecten (vanwege de de-institutionalisering is dit een steeds belangrijker wordende groep cliënten in de AWBZ).

Verondersteld kan worden dat momenteel reeds subjectief en niet expliciet in enige mate rekening wordt gehouden met het doelmatigheids criterium. Een nadere uitwerking van dit criterium zal naar verwachting tot meer transparantie leiden. Dit instrument zal ten opzichte van de huidige uitgaven in de AWBZ wellicht niet tot een substantiële kostenreductie leiden maar is juist wel noodzakelijk in een vraaggestuurde AWBZ waarbij de voorkeur en keuzevrijheid van de cliënt een essentieel onderdeel zal zijn. Omslagpunten definiëren in feite de bovengrenzen van die keuzevrijheid.

Omslagpunten in de AWBZ

Als sprake is van een behoefte aan zeer intensieve zorg zal de levering hiervan in de thuissituatie minder doelmatig zijn dan bepaalde vormen van “geclusterd” wonen. Dat zou betekenen dat moet worden vastgesteld welke zorgvormen in welke infrastructuur als “minder doelmatig te leveren zorg” zijn te betitelen. Wat betreft de infrastructuur zouden de navolgende situaties kunnen worden onderscheiden: zelfstandig in de wijk, beperkt geclusterd wonen, grootschalig geclusterd wonen. Schematisch kan deze discussie als volgt worden weergegeven:

Tabel 4.1: omslagpunten in de AWBZ

Zorgproducten	Infrastructuur Zelfstandig in de wijk	<i>Kleinschalig geclusterd</i>	Grootschalig geclusterd
Beperkte huishoudelijke hulp			
Beperkte verzorging			
Beperkte verpleging			
Veel huishoudelijke hulp			
Veel verzorging	A		
Veel verzorging en verpleging	B	C	

Bron: Beheersingsaspecten van vraagsturing in de AWBZ, HHM (2001).

De cellen A, B en C zouden in dat geval te kostbaar zijn voor de AWBZ.

De reguliere kostprijs van deze zorgvormen ligt bij individuele dienstverlening eenvoudigweg te hoog, omdat de cliënt op een groot aantal momenten verdeeld over de dag zorg nodig heeft. Dit vereist een continue beschikbaarheid van personeel.

In wet en regelgeving zou het doelmatigheids criterium nader belicht en uitgewerkt kunnen worden, zodat hiermee expliciet rekening wordt gehouden tijdens de indicatiestelling.

Gekozen zou kunnen worden voor het uitgangspunt dat collectief de goedkoopste adequate zorg dient te worden gefinancierd, waarbij de cliënt zelf voor meer ‘franje’ kan kiezen, mits dit wordt gefinancierd met eigen middelen bovenop het PGB of PVB. Bepaald dient dan bijvoorbeeld te worden wanneer de kosten van thuiszorg die van geclusterd wonen overstijgen en vervolgens wanneer deze de kosten van verzorgingshuiszorg c.q. opname in een verpleeghuis overstijgen. Dit kan worden verdisconteerd in de

(functionele) indicatie⁵¹. De financier vergoedt van deze alternatieven (voor zover de alternatieven adequaat zijn) in ieder geval de goedkoopste. De klant kan uiteraard wel zelf 'bijbetalen' voor een duurder product. In het kader van het project 'Modernisering AWBZ' wordt reeds gewerkt aan de operationalisering van een dergelijk systeem van omslagpunten voor de waardebepaling van PGB's⁵².

Specifiek of integraal omslagpunt?

Voor een doelmatige inzet van collectieve middelen (dus niet beperkt tot de AWBZ) kan ervoor worden gepleit een zo integraal mogelijk omslagpunt⁵³ te hanteren: voor de keuze of iemand zorg aan huis vergoed kan krijgen of (de kosten van) intramurale opname wordt bijvoorbeeld ook meegewogen of er bij de keuze voor zorg aan huis ook een woonvoorziening of een maaltijdservice nodig is. Het probleem is echter dat het voorzieningenbeleid en dus het omslagpunt per gemeente en soms per geval kan verschillen en een integraal omslagpunt intra-extramuraal derhalve moeilijk ex ante is vast te leggen.

Ook kan ervoor worden gekozen de kosten van de voorgenomen daadwerkelijke toewijzing door het zorgkantoor (c.q. cliënt) resp. de gemeente (Wvg+AWBZ) bij elkaar op te tellen en bijvoorbeeld te confronteren met opname in een verzorgingshuis. Dit kan echter leiden tot verkeerde prikkels: hoe duurder de gemeente toewijst des te groter de kans dat intramurale opname van de persoon ten laste van de AWBZ wordt geïndiceerd en des te minder lasten heeft de gemeente. Ook levert het een extra administratieve last op en leidt deze benadering tot mogelijke forse verschillen in omslagpunten tussen regio's.

Een bijkomend probleem is dat het in de toekomst waarschijnlijk mogelijk wordt dat de cliënt in de AWBZ kan kiezen tussen zorg in natura en een PGB. Hij kan dit PGB ook inzetten voor duurdere zorg dan waarvoor hij is geïndiceerd door zelf bij te betalen. Omdat er echter geen integraal PGB is (een PGB voor AWBZ en gemeentelijke regelingen samen), is het lastig gemeentelijke voorzieningen mee te wegen in een omslagpunt: feitelijk beslist de vrager of de gemeentelijke voorziening meeweegt door al dan niet voor een PGB te kiezen. Zo kan ze met een AWBZ-PGB in de hand toch een woonvoorziening krijgen, ook al is dat bij elkaar duurder dan bijvoorbeeld opname in een verzorgingshuis. Ook dient zich bij een integraal omslagpunt, dat rekening houdt met zowel gemeentelijk als landelijk beleid, de vraag aan wie het omslagpunt vaststelt.

Hier wringt dus het feit dat zorg en gemeentelijke voorzieningen door verschillende partijen worden vormgegeven, gefinancierd en aangeboden, waardoor het moeilijk is de integrale kostengevolgen van een indicatie vast te stellen. Omslagpunten voor de AWBZ kunnen naar het zich laat aanzien redelijk eenvoudig worden bepaald en gehanteerd. Voor de beheersbaarheid op langere termijn van een vraaggerichte AWBZ lijkt dit ook noodzakelijk. Het vastleggen van integrale omslagpunten is in de huidige situatie niet goed mogelijk. Wellicht dat de uitkomsten van de onderzoeken in het kader van de

⁵¹ Dit kan door bijvoorbeeld rekening te houden met oplopende 'groepskortingen' naarmate de hoeveelheid geïndiceerde zorg toeneemt.

⁵² Zie TK, 2000-2001, 26631 en 25657, nr 14.

⁵³ Met integraal wordt hier bedoeld dat ook niet-AWBZ regelingen worden meegewogen in het omslagpunt.

follow-up van het IBO 'Zorg Lokaal', waarin de mogelijkheden tot een betere afstemming van lokale voorzieningen en de zorg alsmede een nadere invulling van de gemeentelijke zorgplicht en de indicatiestelling voor gemeentelijke diensten worden onderzocht, hierin verandering kunnen brengen. Overigens dient hierbij te worden bedacht dat het financiële belang en daarmee de toegevoegde waarde van omslagpunten bij de AWBZ (ca 35 mld) aanzienlijk groter is dan bijvoorbeeld bij de Wvg (ca 2 mld).

4.2.2 Kwaliteitseisen in aanspraken

Grenzen aan de kwaliteit van zorg voor de cliënt kunnen worden vormgegeven door door middel van het vastleggen van omslagpunten. Daarnaast is het uiteraard mogelijk de *intrinsieke* kosten van zorgproducten (de waardebeoordeling) te beïnvloeden door de geldende (minimum)kwaliteitseisen aan te passen. Bij de prijsstelling van zorgproducten, of het nu om verzorging, verpleging of begeleiding gaat, dienen veronderstellingen te worden gemaakt over de kwaliteit van de zorg: in de intramurale gehandicaptensector leidt een groepsomvang van 4 bijvoorbeeld tot hogere uitgaven dan een gemiddelde omvang van 7 personen. Dit heeft bijvoorbeeld gevolgen voor de huisvestingskosten en de personeelslasten per cliënt. Er dient bij de prijsstelling van zorg dus een keuze te worden gemaakt over de vraag tot welke kwaliteit iedereen in ieder geacht wordt toegang te hebben (een ieder zou vrij moeten zijn vrijwillig een betere kwaliteit te regelen, mits op eigen kosten).

Het op- dan wel neerwaarts bijstellen van deze norm, en daarmee het bijstellen van de geldende wettelijke (maximum) tarieven leidt tot hogere of lagere uitgaven en is derhalve een beleidsvariabele voor de beheersbaarheid van de AWBZ-uitgaven.

4.3 Eigen bijdragen AWBZ

In de AWBZ zijn eigen bijdragen opgenomen voor intramuraal verblijf, thuiszorg en psychotherapie. Op het gebied van intramuraal verblijf en thuiszorg bestaan daarbij subsidies persoonsgebonden budget met eigen bijdrage.

Binnen de AWBZ bestaan verschillende eigen bijdrageregelingen⁵⁴:

- Hoge eigen bijdragen intramurale voorzieningen
- Lage eigen bijdragen intramurale voorzieningen
- Inkomensafhankelijk gemaximeerde thuiszorgbijdragen

Onderstaande tabel geeft enig inzicht in de omvang en ontwikkeling van de eigen bijdragen in de AWBZ:

Tabel 4.2: Ontwikkeling eigen bijdragen AWBZ (absoluut en als % van de AWBZ-uitgaven)

	1998	1999	2000	2001
Eigen bijdragen AWBZ	3,532	3,391	3,424	3,522
Uitgaven AWBZ	28,19	29,59	31,98	34,95
EB als % uitgaven	12,5	11,5	10,7	10,1

Bron: zorgnota 2000 (1998), 2001, bedragen in mld guldens.

⁵⁴ Exclusief eigen bijdragen GGZ.

Opvallend is dat de eigen bijdragen een dalende tendens hebben. Dit kan worden veroorzaakt door de extramuraliseringstrend in de AWBZ; de extramurale eigen bijdragen zijn namelijk lager dan die van intramurale opname, voornamelijk vanwege het ontbreken van de woon- en hotelcomponent bij extramurale zorg. Opgemerkt kan hierbij worden dat een eigen bijdrage alleen verschuldigd is voor zorg met verblijf en voor thuiszorg, die tevens van toepassing is bij extramurale verzorgingshuiszorg of extramurale verpleeghuiszorg. Voor overig extra- en semimurale zorg is geen eigen bijdrageregeling van toepassing. Ook hierdoor kan de omvang aan eigen bijdragen dalen naar mate de extramuralisering toeneemt. Daarnaast zijn er recentelijk een aantal beleidsmaatregelen doorgevoerd die een neerwaarts effect op de eigen bijdragen hebben, zoals het afschaffen van de contributiebijdrage in de thuiszorg per 1 januari 1999 (conform het Regeerakkoord), de verlaging van de lage intramurale bijdragen per 1 juli 1999, de inkomensreparatie 65-plussers per 1 juli 1999, en de verruiming besteedbaar inkomen 65-minners per 1 juli 2000.

Voor een uitgebreide uiteenzetting van de verschillende eigen bijdragen in de ouderen- en gehandicaptenzorg wordt verwezen naar bijlage 6.4.

Doel eigen bijdragen

Het doel van de eigen bijdragen in de AWBZ is drieledig: 1) besparing: ter dekking van kosten die men sowieso maakt (bijvoorbeeld huisvesting en maaltijden in intramurale instellingen); 2) als medefinanciering van de zorg ter beperking van de collectieve lasten; en 3) als rem op het gebruik (vraagregulering).

Naar de omvang van deze laatste factor is al redelijk wat onderzoek gedaan, met zeer verschillende uitkomsten⁵⁵. In algemene zin kan men verwachten dat een hogere eigen bijdrage een prikkel geeft meer mantelzorg te consumeren alvorens een indicatie voor formele zorg aan te vragen. Men mag er daarbij van uitgaan dat de prijselasticiteit van de zorg groter wordt naarmate de noodzaak van de zorg afneemt. Zo kan men verwachten dat de prijselasticiteit van huishoudelijke hulp groter is dan die van opname in een zwakzinnigeninrichting of verpleeghuis. Over het te verwachten effect van een prijsstijging op de zorgconsumptie kan echter geen algemene uitspraak worden gedaan.

Een verhoging van de eigen bijdrage is in principe mogelijk (huidige eigen bijdragen beslaan zo'n 10% van de AWBZ-uitgaven) hetgeen zou leiden tot een lagere collectieve last. De eigen bijdrage moet echter wel in verhouding staan tot de draagkracht van de zorgvrager en mag er niet toe leiden dat de verzekerde zorg onbetaalbaar wordt voor bepaalde groepen.

In dit onderzoek zal de werkgroep zich niet in algemene zin uitlaten over de vraag of de eigen bijdrage verhoogd dan wel verlaagd zou moeten worden; dat wordt vooral een politieke keuze geacht. Wel kan nader worden stilgestaan bij een ontwikkeling die mogelijk tot een aanpassing van de eigen bijdragesystematiek in de toekomst kan leiden: het functionaliseren van aanspraken.

⁵⁵ Zie o.a.: Goudriaan (1998).

Het functionalisieren van aanspraken

Het beleid in de AWBZ is er op gericht op termijn te komen tot een functionele beschrijving van aanspraken, zodat er los van het aanbod kan worden geïndiceerd. In de huidige systematiek is de eigen bijdrage echter gebonden aan het aanbodarrangement: zorg met verblijf, zorg van een thuiszorginstelling etc. Met een functionele omschrijving van aanspraken vervagen deze grenzen en kan de eigen bijdrage in principe aan een functie te worden gekoppeld (bijvoorbeeld eigen bijdrage per uur verzorging, verpleging of verblijfdag). Er wordt immers niet meer op het aanbod gestuurd. De overgang op functionele aanspraken kan dan ook een wijziging van de grondslag voor eigen bijdragen inhouden. Wanneer de eigen bijdragen worden verbonden aan functies kan een evenwichtiger verdeling tussen extramurale en intramurale eigen bijdragen ontstaan.

Nu kan niet worden gesteld dat iemand in een verzorgingshuis meer of minder betaalt per uur verzorging dan iemand die thuiszorg ontvangt; de verzorgingshuiscliënt betaalt een totaalbijdrage die deels bestaat uit besparing (woon- en hotel functie) en deels uit medefinanciering van de zorgcomponent, maar niet één op één meer toe te delen is aan deze functies. Door meer harmonisatie in de eigen bijdragen worden deze ook minder gevoelig voor trends als extramuralisering en gedragseffecten.

In het kader van het project 'Modernisering AWBZ' wordt momenteel voor het extramurale zorgdeel een systeem met eigen bijdragen op functionele leest geoperationaliseerd⁵⁶.

4.4 Conclusies

Als de indicatiestelling goed functioneert kan het in een vraaggestuurd stelsel nog steeds voorkomen dat de AWBZ-uitgaven sterker groeien dan was geraamd, omdat er veel mensen rechtmatig op zorg zijn aangewezen. De bepaling wanneer dit het geval is, acht de werkgroep een vraag die met name een politiek oordeel vergt. De werkgroep heeft zich dan ook beperkt tot het benoemen van de mogelijkheden die er op het terrein van de toegangsregulering zijn om de collectieve uitgaven aan AWBZ-zorg te beheersen.

In principe kunnen de collectieve lasten uit hoofde van AWBZ-zorg bij de toegang worden beperkt door: minder voorzieningen te verzekeren (pakketaanpassingen); ervoor te zorgen dat minder mensen aanspraak kunnen maken op collectief gefinancierde zorg (beperking kring van verzekerden); het collectieve deel in de kosten per verstrekking te verminderen (eigen betalingen) en door het aanbod van zorg te maximeren via aanbodbudgettering.

De werkgroep achtte het niet opportuun de mogelijkheden tot een beperking van de kring van verzekerden te onderzoeken. Daarmee zou worden afgestapt van het karakter van de AWBZ als brede volksverzekering. Ook beheersing via aanbodbudgettering is naar de mening van de werkgroep op langere termijn geen geschikte vorm van toegangsregulering. De AWBZ wordt tot op heden gekenmerkt door een grote mate van aanbodbeheersing. In hoofdstuk 1 zijn de voor- en nadelen van een dergelijk systeem reeds belicht en is tevens opgemerkt dat het van belang is meer elementen van vraagsturing te realiseren.

⁵⁶ Zie: TK, 2000-2001, 26631 en 25657, nr 14.

Pakket

Op het terrein van het verzekerde pakket heeft de werkgroep zich geconcentreerd op de mogelijkheden om door begrenzing van de collectief gefinancierde kwaliteit van de verzekerde zorg het pakket af te bakenen. Zo kan door het ontwikkelen van omslagpunten ervoor worden gekozen slechts het goedkoopst adequate aanbod te financieren, om te voorkomen dat er een 'verpleeghuis om iemand heen wordt gebouwd'. Daarnaast kunnen door aanpassing van de (minimum) kwaliteitseisen, zoals de groepsgrootte bij dagbesteding, de kosten per product worden beïnvloed.

Eigen bijdragen

De eigen bijdragen beslaan zo'n 10% van de AWBZ uitgaven. Hier ligt dus nog een potentiële mogelijkheid de collectieve uitgaven te beperken. De eigen bijdrage moet echter wel in verhouding staan tot de draagkracht van burgers en er niet toe leiden dat de verzekerde zorg feitelijk onbetaalbaar wordt. Op het terrein van de eigen bijdragen is gebleken dat het systeem veel logischer kan worden opgebouwd dan nu het geval is wanneer er sprake is van een functionele indicatiestelling en daarmee in principe van een (formele) scheiding van wonen en zorg. Nu kan niet worden gesteld dat iemand in een verzorgingshuis meer of minder betaalt per uur verzorging dan iemand die thuiszorg ontvangt; de verzorgingshuiscliënt betaalt een totaalbijdrage die deels bestaat uit besparing (woon- en hotel functie) en deels uit medefinanciering van de zorgcomponent, maar niet één op één meer toe te delen is aan deze functies. Door meer harmonisatie in de eigen bijdragen worden deze ook minder gevoelig voor trends als extramuralisering en gedragseffecten.

5 Aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk doet de werkgroep, aan de hand van de in de vorige hoofdstukken uitgevoerde analyse, een aantal aanbevelingen voor de toekomst. Deze aanbevelingen zijn met name gericht op de vormgeving van de indicatiestelling, aangezien de werkgroep ervoor heeft gekozen op het terrein van de toegangsregulering geen normatieve uitspraken te doen.

Opgemerkt dient te worden dat met het weghalen van de indicatiestelling bij de aanbieders van zorg door de introductie van de regionale indicatie organen en de stimulering van een integraal indicatiebeleid een keer ten goede is gemaakt bij de indicatiestelling voor de zorg en dienstverlening voor ouderen en gehandicapten. Daarnaast zijn veel van de in de analyse benoemde problemen niet nieuw. Na een snelle introductie, die her en der spanningen heeft opgeroepen, wordt inmiddels veel inzet gepleegd om de gesignaleerde knelpunten tot een oplossing te brengen. In dit kader is met name het traject 'robuuste RIO's' van belang, waarin door diverse partijen wordt getracht te komen tot o.a. opschaling van het RIO-gebied, verbetering van scholing en automatisering, meer integraliteit in de indicatiestelling en een nadere uitwerking van functionele indicatieprotocollen.

Desalniettemin is nader beleid, dan wel een intensivering of herpositionering van het reeds ingezette beleid, naar het oordeel van de werkgroep nodig. Met name de gekozen benaderingswijze dat de indicatiestelling 'bottom up' (vanuit gemeenten) moet worden ontwikkeld, heeft naar het oordeel van de werkgroep tot veel verschillen tussen RIO's geleid. Verschuiving naar een meer uniformerende en objectiverende sturingsfilosofie is dan ook de kern van de aanbevelingen van de werkgroep.

De werkgroep is van mening dat de acties uit hoofde van het traject 'robuuste RIO's' en andere projecten die lopen op het terrein van de indicatiestelling en onderstaande aanbevelingen elkaar versterken: om zaken als protocollering, opschaling en invoering van productbegrotingen op uniforme wijze daadwerkelijk in te voeren is naar het oordeel van de werkgroep meer centrale sturing vereist. Voorkomen moet uiteraard worden dat beide trajecten elkaar frustreren of dat dubbel werk wordt verricht.

5.2 Veranderingstraject indicatiestelling

In de keten van de zorgverlening die gefinancierd wordt uit de AWBZ en de Wvg is het van belang dat de toegang bepaald wordt door een onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling. Zowel bij de indicatiestelling zelf als in de verhouding van het indicatieorgaan tot de organen die belast zijn met de toewijzing valt echter nog veel te verbeteren.

De aanbevelingen van de werkgroep richten zich op een versterking van dat deel van de keten waarin indicatie en toewijzing aan de orde is. Daarbij gaat het volgens de werkgroep vooral om een sterkere centrale aansturing van het begin van de keten. Dat moet er toe leiden dat de kwaliteit van het indiceren verbetert, adequate informatie wordt geleverd en in een transparante structuur verantwoording wordt afgelegd.

Om dit te bereiken is een planmatige aanpak vanuit het centrale beleidsniveau een vereiste. Dan vormt de bestaande bestuurlijke ordening echter een belemmering. Eerder heeft de werkgroep geschetst dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de RIO's problematisch kan zijn. Dit blijft een dilemma zolang een integrale (in relatie tot AWBZ en Wvg) en onafhankelijke indicatiestelling wordt nagestreefd. Theoretisch ligt de redenering voor de hand om het RIO tot een voorziening te maken die rechtstreeks onder verantwoordelijkheid van het Rijk valt. Gelet op de hectische ontwikkelingsgang die de RIO's in een korte periode hebben doorgemaakt, de verbeteringstrajecten die reeds in gang zijn gezet en het feit dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wvg is dit echter, zeker op korte termijn, niet aan te bevelen; veel van hetgeen de afgelopen jaren in gang is gezet zou tot stilstand kunnen komen. Op korte termijn verhoudt de bestuurlijke onrust die hiervan het gevolg kan zijn zich niet met de realisatie van de aanbevelingen van de werkgroep. De werkgroep kiest daarom voor een beheersbaar verandertraject.

Dit laat onverlet dat de werkgroep niet uitsluit dat een gecentraliseerde organisatie van de indicatiestelling op lange termijn noodzakelijk kan zijn. Dit is afhankelijk van de vraag in hoeverre de aanbevelingen in de huidige bestuurlijke omgeving kunnen worden waargemaakt. Ook de resultaten van de stelseldiscussie en de nadere beleidsbepaling inzake de Wvg (o.a. de follow-up van het IBO 'Zorg Lokaal') zijn hierbij van belang.

Wel vereist een dergelijk veranderingstraject krachtige sturing op centraal niveau. Gelet op de grote diversiteit van het huidige veld is het niet verantwoord de realisatie zonder nadere condities over te laten aan de gemeenten. De werkgroep, behoudens het werkgroeplid van SZW⁵⁷, stelt daarom voor dat er door de Staatssecretaris van VWS en de Minister van SZW op basis van een ministeriële beschikking voor bepaalde tijd een college wordt ingesteld dat de programmering van de aanbevelingen van de werkgroep voor zijn rekening neemt. Het college moet de voortgang van het verbeteringstraject sturen, monitoren en periodiek over de voortgang en eventuele knelpunten rapporteren aan de betreffende bewindspersonen. De financiering van dit college komt voor rekening van VWS en SZW⁵⁸. Het Programmeercollege dient te worden samengesteld uit personen uit de kring van VWS, SZW, de VNG, ZN en de LVIO en te worden geleid door een onafhankelijk voorzitter.

Het college moet op basis van de instellingbeschikking met gezag kunnen optreden om de implementatie van een integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling binnen een termijn van twee jaar te

⁵⁷ De werkgroepvertegenwoordiger van SZW heeft geen bezwaar tegen de instelling van een programmeercollege, maar acht het beleid van de indicatiestelling door RIO's en daarmee de instelling van een programmeercollege primair een verantwoordelijkheid van VWS. Omdat, vanuit de optiek van een integrale indicatiestelling, ook de indicatiestelling voor de Wvg een object van aandacht is van het college, zijn de overige werkgroepleden echter van mening dat betrokkenheid van de Minister van SZW wel gewenst is.

⁵⁸ Zie voetnoot 57.

realiseren. Het is daarbij van belang dat dit college wordt ondersteund door een uitvoerend projectteam om de door de IBO-werkgroep gedane aanbevelingen in de uitvoeringspraktijk te realiseren. Dit betekent dat ontwikkelings- en implementatietaken hand in hand moeten gaan en tevens dat er begeleidingscapaciteit is ter ondersteuning van de lokale/regionale uitvoering om de realisatie mogelijk te maken. Gewaakt moet worden voor vrijblijvendheid. De werkgroep beveelt daarom aan dat het college per half jaar aan bewindslieden rapporteert over haar eigen werkzaamheden en de feitelijke voortgang van het veranderingsproces op het niveau van de RIO's.

Na twee jaar zal het college zich een oordeel moeten vormen over de vraag of de ontwikkelingen zodanig voorspoedig zijn dat indicatiestelling voor AWBZ-zorg onder gemeentelijke verantwoordelijkheid houdbaar is. Volgens de werkgroep zullen er dan in ieder geval forse resultaten moeten zijn geboekt op de onderstaand beschreven terreinen.

Objectiviteit

Er dient naar het oordeel van de werkgroep een protocol te worden ontwikkeld op basis waarvan de zorgvraag functioneel kan worden benaderd. Dit protocol dient naast voor de indicatiestelling AWBZ, tevens zoveel mogelijk geschikt te zijn voor de indicatiestelling voor gemeentelijke regelingen op aanpalende terreinen en in ieder geval voor de indicatiestelling voor de Wet voorzieningen gehandicapten. Het gebruik van dit protocol dient naar het oordeel van de werkgroep voor aanvragen voor AWBZ-zorg door regelgeving te worden voorgeschreven⁵⁹. Het protocol bevat heldere normen over urgentie, geldigheidsduur, afhandelingroutes en bandbreedtes etc. Het voorschrijven van het protocol is voor de indicatiestelling voor de Wvg (en evt. andere gemeentelijke regelingen) nog niet aan de orde. Zo zijn gemeenten niet verplicht Wvg-aanvragen door het RIO te laten indiceren. Wel zal het programmeercollege, zoals gezegd, een eindoordeel moeten geven over de mate waarin er uniform en integraal wordt geïndiceerd. Aan de hand van dat oordeel alsmede de uitkomsten van de follow-up van het IBO 'Zorg Lokaal' zal moeten blijken of een verplichtstelling van de indicatiestelling voor de Wvg door RIO's, middels gebruikmaking van het daartoe opgenomen kapstokartikel in de Wvg, opportuun is. Dan kan er i.c. de Wvg ook gebruik worden gemaakt van een wettelijk voorgeschreven protocol, maar wordt in ieder geval de zorgvraag integraal benaderd. Vanuit de optiek van een integrale indicatiestelling is dus ook de indicatiestelling voor de Wvg een object van aandacht van het college.

De werkgroep is van mening dat het indicatieorgaan te allen tijde verantwoordelijk moet blijven voor de indicatiestelling in de AWBZ. Dit ook met het oog op de rechtszekerheid voor de cliënt. Dit betekent dat de totstandkoming van het indicatiebesluit altijd enige bureaucratie met zich meebrengt. Ter voorkoming van onnodig veel bureaucratie moet er echter wel voor worden gezorgd dat voor zeer simpele hulpvragen ook een simpele procedure kan worden gevolgd. Speelt voor deze hulpvragen daarbij dat indicatie en

⁵⁹ De staatssecretaris van VWS heeft inmiddels aangegeven de RIO's te willen verplichten tot het gebruik van een in ontwikkeling zijnde functioneel indicatieprotocol (TK, 2000-2001, 24036 en 26631, nr. 225).

hulpverlening tegelijkertijd kunnen plaatsvinden, is het voor de cliënt voordelig de indicatiestelling van deze hulpvragen te mandateren, waarbij het RIO wel verantwoordelijk blijft voor de indicatiestelling. Voordeel is dan dat de cliënt zich maar tot één organisatie hoeft te wenden voor zowel de indicatie als de zorgverlening. Criteria over afhandelingroutes en mandatering moeten in het voorgeschreven protocol worden vastgelegd. Er dient daarbij een afweging te worden gemaakt aan de hand van de verhouding tussen enerzijds de voordelen van een gedegen onafhankelijk en integraal oordeel en anderzijds de nadelen van bureaucratie. Het RIO dient de gemandateerde indicatiestelling steekproefsgewijs te controleren. Daarnaast is het denkbaar dat er andere creatieve vormen worden gevonden om de toetsende rol van de RIO's vorm te geven. Dit vereist in ieder geval een exacte registratie van verleende indicaties in een elektronisch systeem. Afstemming met het in ontwikkeling zijnde AWBZ-brede zorgregistratiesysteem is hiervoor een voorwaarde.

Ook heeft de werkgroep zich afgevraagd of en hoe mantelzorg te normeren in het indicatiebesluit. Mantelzorg is van grote betekenis in de zorg en laat zich moeilijk vatten in een afweging van in uren en is als zo danig moeilijk inpasbaar in de indicatiestelling; de weging van mantelzorg is bij uitstek een zeer specifieke (voor elk geval unieke) aangelegenheid. Normering kan er toe leiden dat in sommige gevallen in de indicatie wel uitgegaan wordt van mantelzorg, terwijl die er in werkelijkheid niet of in mindere mate is. Het opnemen van concrete normen kan anderzijds leiden tot het met de tijd (neerwaarts) aanpassen van deze normen en geeft de mantelzorger een vastgesteld 'maximum', waardoor er uiteindelijk misschien alleen maar minder mantelzorg wordt geleverd. Wel moet bij de indicatiestelling op een adequate manier rekening worden gehouden met de aanwezigheid van mantelzorg. Er kan er in het protocol een afwegingskader worden opgenomen, waardoor er meer eenduidigheid ontstaat. De werkgroep is echter wat huiverig over het opnemen van concrete normen.

Onafhankelijkheid

Het is de werkgroep gebleken dat de huidige bestuurlijke inbedding van de indicatieorganen een onafhankelijke indicatiestelling in gevaar kan brengen; met name de rol van de gemeente kan, gezien de vele belangen die ze vertegenwoordigt, een knelpunt opleveren. Derhalve zal moeten worden bezien welke nadere regels er, bijvoorbeeld middels een wijziging van het Zorgindicatiebesluit, kunnen worden gesteld aan de bestuurlijke vormgeving. De werkgroep acht het verstandig dat gemeenten, ook in lijn met mogelijke nadere regelgeving over de bekostigingswijze (zie onder), hun instandhoudingsplicht vormgeven in de vorm van een contract-relatie met de RIO's en de belangenpartijen (gemeente, aanbieders, cliëntorganisaties, verzekeraars) meer op afstand gaan sturen. De werkgroep acht een constructie met een professionele organisatie met een Raad van Toezicht hiertoe een geschikte modaliteit. Dit kan ook de problemen die voortkomen uit het feit dat veel RIO's onder meerdere gemeenten vallen mitigeren.

Verzorgde toegang

De werkgroep is van mening dat, omdat het ten koste zou gaan van zowel de (formele) onafhankelijkheid van het RIO als de mogelijkheid te komen tot een integrale afweging, het niet gewenst is dat de indicatiesteller financieel risico loopt over de inhoud van zijn oordeel. De indicatiestelling zou dus naar het oordeel van de werkgroep niet bij een risicodragende verzekeraar moeten worden neergelegd. Wel zou het naar het oordeel van de werkgroep, vanuit het oogpunt van een betere invulling van de discretionaire ruimte van de indicatiesteller, gewenst zijn dat er een partij in de AWBZ- zorgketen is die een financieel belang bij de indicatiestelling heeft en de mogelijkheid heeft het oordeel van het RIO op de proef te stellen (second opinion, bezwaar en beroep etc). Dit zou volgens de werkgroep een risicodragende verzekeraar/zorgkantoor kunnen zijn. Concreet zou dit betekenen dat de verzekeraar/het zorgkantoor uiteindelijk zowel risico zou moeten lopen over de 'p' (voor de inkoopfunctie) als de 'q' (voor de prikkel de besluiten van het RIO te toetsen). De wenselijkheid en mogelijkheid hiervan is in bredere zin onderwerp van de stelselbesluiting en afhankelijk van de beschikbaarheid van een zeer goed (en op basis van objectieve factoren) ex ante verdeelmodel.

Wel kan hier worden gesteld dat de beheersbaarheid van de AWBZ wordt verbeterd wanneer de verzekeraar een dergelijk belang heeft. Dit zou er tevens toe kunnen leiden dat de rechtmatigheidstoets van een zorgaanspraak door de verzekeraar, waarvan nu in de praktijk weinig terecht komt, weer consistent wordt uitgevoerd.

Integraliteit

Een belangrijke voorwaarde voor een goed indicatiebeleid, mede vanuit het oogpunt van de cliënt, is naar het oordeel van de werkgroep dat de indicatiestelling voor de diverse gemeentelijke regeling op het terrein van zorg, welzijn en wonen, maar in ieder geval de Wvg voor wat betreft de indicatiestelling onder de RIO's worden gebracht. Dit is in veel gemeenten nog niet of in onvoldoende mate gebeurd. Hier moet naar het oordeel van de werkgroep de komende 2 jaar dan ook nog veel progressie worden geboekt. Onder het kopje 'objectiviteit' is hierop al nader ingegaan.

Bedrijfsvoering en toezicht

Door opschaling van het werkgebied van RIO's en invoering van een uniforme bekostigingssystematiek op basis van een productbegroting, kan de doelmatigheid en de inzichtelijkheid van de bedrijfsvoering naar het oordeel van de werkgroep sterk worden verbeterd. Naast eventuele voordelen van schaal levert opschaling meer kansen voor een professionele organisatie met voornamelijk eigen medewerkers. Voor een gedegen en onafhankelijke indicatiestelling is het daarbij van belang dat de indicatieadviseurs een goede (standaard)opleiding krijgen. Invoering van een heldere bekostigingssystematiek leidt tot rust in het veld. Wel vereist dit een goede productbegroting en daarmee uniformere producten. Dit betekent dat er, ook om bedrijfsmatige redenen, nadere uniformerende richtlijnen nodig zijn over afbakening van takenpakket, mandatering, bandbreedtes etc, opdat er gelijke producten worden geleverd waaraan een

gelijk prijskaartje hangt. Dit levert tevens weer het voordeel dat op de bedrijfsvoering een goede benchmark kan plaatsvinden.

Er dient een minimale gegevensset te worden gedefinieerd en vastgesteld, waarover de RIO's periodiek rapporteren. Deze informatie moet voldoende kunnen zijn om een periodieke benchmark uit te voeren op de RIO's en om de werkelijke (functionele) zorgbehoefte per regio te kunnen monitoren, zodat een vraaggestuurde planning van het zorgaanbod mogelijk is. Periodiek zal er een benchmark moeten plaatsvinden op de bedrijfsvoering en output van de RIO's om enerzijds de kwaliteit en doelmatigheid te monitoren en anderzijds te bezien of de gewenste uniformering en objectivering zich ook uit in de afgegeven indicaties (meer rechtsgelijkheid).

Afwijkend indicatiegedrag moet zoveel mogelijk kunnen worden opgespoord en bijgebogen. De werkgroep acht in dit verband gebruikmaking van het instrument benchmarking essentieel. Ook kan er periodiek een aantal vignet-studies worden uitgevoerd om te bezien in hoeverre er objectief en op uniforme wijze wordt geïndiceerd.

Het college zal zich nader moeten buigen over de vraag welke beleidsinformatie RIO's moeten leveren om adequaat toezicht mogelijk te maken. De controle op het zorginhoudelijke deel van de indicatiestelling voor de AWBZ kan naar het oordeel van de werkgroep door de IGZ worden uitgevoerd⁶⁰. Het meer bedrijfsmatige en financiële toezicht op de RIO's is in principe een taak van de gemeente (o.a. door de gemeentelijke accountant), die het RIO immers financiert en een instandhoudingsplicht heeft voor het orgaan. Het programmeercollege draagt zorg voor 'beleidsmatig toezicht'. Het gaat hier om het monitoren van en het rapporteren over de implementatie van de bovengenoemde aanbevelingen. Ook dient ze te bezien hoe een dergelijke vorm van toezicht op langere termijn wordt vormgegeven.

5.3 Toegangsregulering

Als de indicatiestelling goed functioneert kan het in een vraaggestuurd stelsel uiteraard nog steeds voorkomen dat de AWBZ-uitgaven sterker groeien dan gewenst wordt geacht of was geraamd. De bepaling wanneer dit het geval is, acht de werkgroep een vraag die met name een politiek oordeel vergt. De werkgroep heeft zich dan ook beperkt tot het benoemen van de mogelijkheden die er op het terrein van de toegangsregulering zijn om de collectieve uitgaven aan AWBZ-zorg te beheersen.

In principe kunnen de collectieve lasten uit hoofde van AWBZ-zorg bij de toegang worden beperkt door: 1) minder voorzieningen te verzekeren (pakketaanpassingen); 2) ervoor te zorgen dat minder mensen aanspraak kunnen maken op collectief gefinancierde zorg (beperking kring van verzekerden); 3) het collectieve deel in de kosten per verstrekking te verminderen (eigen betalingen) en 4) door het aanbod van zorg te maximeren via aanbodbudgettering.

⁶⁰ Ook de Staatssecretaris van VWS heeft zich hier inmiddels voor uitgesproken (zie TK, 2000-2001, 24036 en 26631, nr. 225).

Verzorgde toegang

De werkgroep achtte het niet opportuun de mogelijkheden tot een beperking van de kring van verzekerden te onderzoeken. Daarmee zou worden afgestapt van het karakter van de AWBZ als brede volksverzekering. Ook beheersing via aanbodbudgettering is naar de mening van de werkgroep op langere termijn geen geschikte vorm van toegangsregulering. De AWBZ wordt tot op heden gekenmerkt door een grote mate van aanbodbeheersing. In hoofdstuk 1 zijn de voor- en nadelen van een dergelijk systeem reeds belicht en is tevens opgemerkt dat we steeds meer elementen van vraagsturing willen realiseren.

Pakket

Op het terrein van het verzekerde pakket heeft de werkgroep zich geconcentreerd op de mogelijkheden om door begrenzing van de collectief gefinancierde kwaliteit van de verzekerde zorg het pakket af te bakenen. Zo kan door het ontwikkelen van omslagpunten ervoor worden gekozen slechts het goedkoopst adequate aanbod collectief te financieren, om te voorkomen dat er een 'verpleeghuis om iemand heen wordt gebouwd'. De werkgroep acht het, gezien de toenemende vraagsturing, onvermijdelijk dat er dergelijke begrenzingen aan de keuzevrijheid in de AWBZ worden gesteld om het systeem beheersbaar te houden. Het lijkt op dit moment onmogelijk om integrale omslagpunten (in omslagpunt rekening houden met andere (gemeentelijke) regelingen, zoals de Wvg) te hanteren, omdat de beleidsbepaling en uitvoering van de overige (niet-AWBZ) regelingen veelal bij gemeenten ligt. Mogelijk brengen de uitkomsten van de follow-up van het IBO-Wvg hier verandering in.

Daarnaast kunnen door aanpassing van de (minimum) kwaliteitsnormen, zoals de normatieve groeps grootte in intramurale instellingen, de kosten per zorgproduct worden beïnvloed. Het staat de cliënt (met een PGB) uiteraard vervolgens vrij om een hogere kwaliteit zorg te realiseren, mits de meerkosten voor eigen rekening komen.

Eigen bijdragen

De eigen bijdragen beslaan zo'n 10% van de AWBZ uitgaven. Hier ligt dus nog een mogelijkheid de collectieve uitgaven te beperken. De eigen bijdrage moet echter wel in verhouding staan tot de draagkracht van burgers en er niet toe leiden dat de verzekerde zorg feitelijk onbetaalbaar wordt.

Op het terrein van de eigen bijdragen is gebleken dat het systeem veel logischer kan worden opgebouwd dan nu het geval is wanneer er sprake is van functionele aanspraken en daarmee in principe van een (formele) scheiding van wonen en zorg. Nu kan niet worden gesteld dat iemand in een verzorgingshuis een hogere of lagere eigen bijdrage betaalt per uur verzorging dan iemand die thuiszorg ontvangt; de verzorgingshuiscliënt betaalt een totaalbijdrage die deels bestaat uit besparing (woon- en hotel functie) en deels uit medefinanciering van de zorgcomponent, maar niet één op één meer toe te delen is aan deze functies. Door meer harmonisatie in de eigen bijdragen wordt de totale opbrengst aan eigen bijdragen ook minder gevoelig voor trends als extramuralisering.

Verzorgde toegang

6 Bijlagen

6.1 Gebruikte literatuur

- Algemene Rekenkamer: *Planning en indicatie AWBZ-voorzieningen*, Den Haag: juni 2000;
- Bakker, Delemarre, Mulder en Tiebout: *Werkwijze van Regionale Indicatieorganen. Onderzoek onder 7 RIO's*. Den Haag, SGB0/VNG (2000);
- De Boer, Goris en Schippers: *Indicatiestelling voor zorg en sociale zekerheid, een kritische beschouwing over assessmentprocedures*, NIZW/TNO-arbeid 2000;
- De Bont, Berendsen, Boonk en Van den Brink: *In de spreekkamer van de verzekeringsarts, een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling*, CTSV april 2000;
- De Bot en Livius: *Rapportage van een quick scan in twee zorgregio's, zicht op vernieuwing van de AWBZ*, Cap Gemini Ernst&Young oktober 2000;
- Buijs et al.: *Gelijke monniken verschillende kappen, variatie in indicaties voor thuiszorg* in: Medisch contact, 55, nr. 40, 6 oktober 2000.
- HHM: *Beheersingsaspecten van vraagsturing in de AWBZ*, Enschede, Februari 2001;
- Werkgroep Interdepartementaal Beleidsonderzoek Wet Voorzieningen Gehandicapten: *Zorg Lokaal*, Den Haag 2000;
- Goudriaan: *Subsidieregelingen of verzekeringsaanpakken in de AWBZ?*, IOO, Den Haag: december 1998;
- Ipso Facto & SGB0: *Een verstrekende Wet: eindrapport, Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten*, Den Haag: januari 2001;
- Schrijvers en Ravelli: *RIO het jongste kind, interimrapport van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit onder RIO directeuren*, Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek (UMCU) Utrecht 2001;
- Kabinetsstandpunt inzake het MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' en de 'Nota Aanspakken en uitvoeringsorganisatie AWBZ', T.K., vergaderjaar 1999-2000, 24036 en 26631, nr. 166;
- MDW-werkgroep AWBZ: *De ontvoogding van de AWBZ*, Den Haag 2000;
- MDW werkgroep vouchers en persoonsgebonden budgetten: *Vouchers en persoonsgebonden budgetten*, maart 2001;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; *Zicht op zorg*, Den Haag: 1999
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Indicatiestelling 'nieuwe stijl'*, brief aan de Tweede Kamer, 31 mei 2000;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Zorgnota 2000 en 2001*, SDU, Den Haag 1999 en 2000;

Verzorgde toegang

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer: *'Standpunt modernisering van de AWBZ en vereenvoudiging PGB'*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 26631 en 25657, nr. 14;
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer *'Modernisering AWBZ'*, Vergaderjaar 2000-2001, 24036 en 26631, nr. 225;
- SGBO: *quick scan Regionaal Indicatieorgaan Zwolle e.o., verbeteringen voor de toekomst*, Den Haag; december 2000;
- Most, J. van der: *Hoogste rechter doet belangrijke uitspraak*, in: CVZ.nl, februari 2001;
- Sociaal Economische Raad: *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, SER, Den Haag, 2000;
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (jaargang 1997, 447), besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen: *het Zorgindicatiebesluit*;
- Stimuleringsprogramma indicatiestellingsproject (Stip); *Periodieke inventarisatie indicatieorganen, de stand van zaken in mei 2000*; Enschede, 25 mei 2000.

6.2 Samenstelling van de werkgroep

J.F. Buurmeijer (voorzitter)

drs. M. Stal (Fin, secretaris)

mw. drs. H.F.M.E. Bader (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties)

mr. drs. P. Boone (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

drs. M. Crump (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid)

drs. P.G. van der Graaff (Ministerie van Economische Zaken)

dr. P.F. Hasekamp (Ministerie van Financiën)

drs. P.H.A.M. Huijts (Ministerie van Algemene Zaken)

mw. dr. I. Mulder (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid)

G.F. van Pijkeren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

drs. S.W.J.G. Schelberg (Vereniging Nederlandse Gemeenten)

6.3 De taakopdracht van de werkgroep 'Toegang tot zorg en indicatiestelling in de AWBZ'

Aanleiding

Voor mensen die vanwege ouderdom of handicap beperkingen ervaren in het dagelijkse leven, bestaan in Nederland meerdere collectieve voorzieningen. Te denken valt aan de AWBZ, Wvg en Welzijnswet voorzieningen.

De AWBZ bevat aanspraken op ouderenzorg (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg), gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. In 2000 zijn de AWBZ uitgaven ca. 32 mld. Met de Wvg voorzieningen is ca. 1,6 mrd gemoeid, met de Welzijnswetvoorzieningen is ca. 1 mrd gemoeid.

Deze voorzieningen zijn ieder op een eigen leest geschoeid. Een doelmatige ondersteuning van deze mensen vergt een goede onderlinge afstemming van deze voorzieningen. Ook voor de cliënt is het van belang dat hij/zij bij één loket terecht kan met zijn behoefte. Om dit te bereiken is de onafhankelijke objectieve integrale indicatiestelling in het leven geroepen.

Uitgaande van een bepaalde zorgbehoefte is een doelmatige uitvoering en afstemming van alle collectieve voorzieningen de beste weg om te komen tot kostenbeheersing. Een integrale indicatiestelling draagt hieraan bij.

Door middel van indicatiestelling wordt getoetst of een cliënt met een zorgvraag een beroep kan doen op voorzieningen uit hoofde van de AWBZ, Welzijnswet of Wvg. De indicatiestelling is dus bepalend voor de toegang tot de bestaande voorzieningen. Voor het grootste deel van de AWBZ voorzieningen geldt bovendien dat er sprake is van verzekeringsaanspraken. Recente jurisprudentie wijst uit dat deze aanspraken in beginsel juridische afdwingbaar zijn.

Deze indicatiestelling voor de AWBZ wordt voor het grootste deel worden uitgevoerd door Regionale Indicatie Organen (RIO's), die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

Gemeenten hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de indicering van gemeentelijke voorzieningen in het kader van de WVG en Welzijnswet (alleen de indicering voor woningaanpassingen boven de f 45.000,- zijn verplicht ondergebracht bij het RIO). In verband met de gewenste integraliteit van de indicatiestelling worden gemeenten gestimuleerd om de indicatiestelling onder te brengen bij de RIO's. Gemeenten doen dit ook in toenemende mate.

De RIO's zijn in 1997 opgericht en bevinden zich in een ontwikkelingsfase. De indicatiestelling moet volgens het huidige beleid aan drie eisen voldoen; onafhankelijkheid, objectiviteit en integraliteit.

De indicatiestelling wordt steeds belangrijker:

Verzorgde toegang

- Het indicatie advies bepaalt wat de zorgbehoefte is binnen het kader van de verschillende voorzieningen. Indicatiestelling in combinatie met de AWBZ aanspraken zijn bepalende factoren geworden voor de toegang tot AWBZ-zorg.
- Door het gemeentelijk beleid komt de indicering voor gemeentelijke voorzieningen in toenemende mate bij het RIO te liggen.
- De rechterlijke uitspraken over wachtlijsten thuiszorg en gehandicaptenzorg waarin gesteld wordt dat iemand met een indicatie voor zorg gerelateerd aan een AWBZ aanspraak een *recht* op zorg heeft binnen een redelijke termijn.
- De in het kader van de modernisering AWBZ door het kabinet nagestreefde vraagsturing in de AWBZ (en andere voorzieningen). De indicatiestelling valideert de vraag naar voorzieningen.
- De zorgkantoren moeten aan de zorgvraag in hun regio voldoen. De vastgestelde zorgbehoefte komt tot uitdrukking in de indicaties. De indicatie bepaalt de zorg waar men aanspraak op kan maken. De indicatiestelling is dus een belangrijke factor om tot een goede verdeling van de middelen te komen.
- De indicatiestelling op zichzelf is geen instrument om de macro-uitgaven voor de verschillende voorzieningen te beheersen (de indicatiestelling beoogt iedereen die zorg te geven, waar hij conform de aanspraken recht op heeft). In een vraaggestuurd stelsel worden de uitgaven beheerst door de toegang te reguleren. Hierbij valt te denken aan de omvang van het pakket, de normering van de wachttijden, hanteren omslagpunten bij aanspraken etc.
- Een goed functionerende indicatiestelling is echter wel onmisbaar om in een vraaggestuurd stelsel de macro-uitgaven te beheersen. Belangrijkste aandachtspunt hier is het voorkomen van een indicering door het indicatieorgaan die verder gaat dan de protocollen aangeven. De indicatiestelling dient zo te worden ingebed dat dit goed functioneren is gewaarborgd.

Probleemstelling

1. Hoe kan een goed functionerende, onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling worden gewaarborgd voor het geheel van collectieve voorzieningen in het kader van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg?
2. Welke instrumenten (toezicht, benchmarking, verantwoording etc.) zijn nodig om de doelmatigheid en objectiviteit van de indicatiestelling te waarborgen zonder de onafhankelijkheid ter discussie te stellen?
3. Hoe kan de indicatiestelling bijdragen aan een goede afstemming tussen de verschillende vormen van voorzieningen en een doelmatige voorzieningenverlening?
4. Hoe kan worden voorkomen dat de indicatiestelling leidt tot een onbeheersbaar stelsel van collectieve voorzieningen en welke vormen van toegangsregulering zijn in een vraaggestuurd stelsel geschikt om te komen tot beheersing van de macro-uitgaven?

Ad 1: Onder een goed functionerende (doelmatige) indicatiestelling wordt verstaan dat iedereen die op basis van objectieve criteria behoefte heeft aan AWBZ-zorg ook een bijpassende indicatie krijgt. Dit

betekent dat er niet meer en niet minder wordt geïndiceerd dan de objectieve zorgbehoefte. Deze vraag heeft dus geen betrekking op de problemen die optreden wanneer een goed functionerende indicatiestelling resulteert in aanmerkelijk grotere toe te wijzen zorgvraag dan aanvankelijk geraamd. Gegeven de 'pilot-status' van de indicatiestelling in de GGZ wordt het onderzoek beperkt tot de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.

Onderzoeksvragen

1. In hoeverre wordt in de huidige organisatie van de indicatiestelling (inclusief de nog op korte termijn door te voeren kwaliteitsslagen) gewaarborgd dat iedereen, die een objectief vaststelbare behoefte heeft aan collectief gefinancierde voorzieningen, ook een bijpassende indicatie krijgt?
2. In hoeverre worden de overige doelen (doelmatige indicering, afstemming van voorzieningen, doelmatige voorzieningenverstrekking) van de indicatiestelling gerealiseerd?
3. Wat is hierbij een goede verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk, gemeenten en zorgkantoren?
4. Welke instrumenten (toezicht, benchmarking, verantwoording etc.) zijn nodig om de doelmatigheid en objectiviteit van de indicatiestelling te waarborgen zonder de onafhankelijkheid ter discussie te stellen?
5. Welke andere organisatievormen zijn mogelijk om dit beter te waarborgen en in welke mate voldoen de verschillende varianten en de bestaande organisatie van de indicatiestelling door de RIO's aan de criteria objectiviteit, onafhankelijkheid, integraliteit en doelmatigheid?
6. Hoe integraal moet de indicatiestelling zijn? In hoeverre leidt een meer integrale indicatiestelling tot een grotere doelmatigheid? Daarbij kan gekeken worden naar Wvg, Wet REA, hulpmiddelen, WSW, maatschappelijke opvang, maatschappelijk werk en sociale activering.
7. Is de huidige rol van de gemeenten geschikt om de doelen van de indicatiestelling te realiseren?
8. Welke vormen van toegangsregulering zijn in een vraaggestuurd stelsel geschikt om te komen tot beheersing van de macro-uitgaven? Biedt de bestaande inbedding van het indicatie-orgaan voldoende waarborgen om de onbeheersbaarheid van de collectieve voorzieningen te voorkomen?
9. Welke rol kunnen protocollen, omvang van het pakket, de normering van de wachttijden en het hanteren van omslagpunten bij aanspraken spelen bij de toegangsregulering.

Onderzoeksaanpak

In het onderzoek zullen interviews met deskundigen in en buiten de AWBZ worden afgelegd. Daarnaast wordt literatuuronderzoek verricht.

Ervaringen met de indicatiestelling voor met AWBZ vergelijkbare zorg in andere landen en ervaringen met de beoordeling van verzekerde feiten in andere sectoren (inclusief particuliere verzekeringsmarkt) worden eveneens bij het onderzoek betrokken.

Deelnemers

VWS, FIN, SZW, BZK, EZ, AZ en VNG.

6.4 Eigen bijdrageregelingen in de AWBZ⁶¹

Hoge eigen bijdragen intramurale voorzieningen

Deze regeling geldt bij langdurige opname, voor alleenstaanden en voor gehuwden/samenwonenden indien beide partners zijn opgenomen.

In de AWBZ is aangegeven hoe de eigen bijdrage berekend moet worden. Aftrekposten die afhankelijk zijn van de situatie van de bewoner, o.a. onderhoudsuitkeringen en revalidatiekosten, mogen op het inkomen in mindering mogen worden gebracht. De hoge intramurale bijdrage is in de periode juli 2000 tot en met juni 2001 maximaal f 3.670,- per maand in een verzorgingshuis en maximaal f 3.350,- per maand in andere AWBZ-instellingen. De bijdrage bedraagt maximaal negentig procent van de aan het verzorgingshuis verleende subsidie. Het vrij besteedbaar inkomen vormt de bodem in het systeem. Dit is het bedrag dat bijdrageplichtigen in ieder geval over dienen te houden. De hoogte hiervan is vrijwel gelijk aan de hoogte van het bijstandszak- en kleedgeld. De hoogte van het bedrag aan bijstandszak- en kleedgeld wordt per 1 januari en per 1 juli aangepast aan de ontwikkelingen van het minimumloon. Ultimo 1998 waren er ruim 210.000 bijdrageplichtigen. De geraamde eigenbijdrageopbrengst in 2000 bedraagt circa f 3,1 miljard.

Lage eigen bijdragen intramurale voorzieningen

Deze regeling geldt bij kortdurend verblijf en bij langdurige opname indien de partner niet is opgenomen. Tabel 1 toont de inkomenstabel voor de lage intramurale eigen bijdragen die geldt voor de periode juli 2000 tot en met juni 2001. Het basisbedrag is f 220,- per maand. De inkomenstabel is gebaseerd op hetzelfde netto (besteedbaar) huishoudinkomen als bij de hoge bijdragen maar er is slechts één aftrekpost, kostwinnersverplichtingen.

Tabel 1 De omvang van de lage eigen bijdragen AWBZ, juli 2000 tot en met juni 2001

Bijdrageplichtig inkomen 1999	Bijdrage (gld per maand)
Tot f 29.386	220
F 29.386 – f 43.721	365
F 43.721 – f 72.871	550
F 72.871 – f 91.496	920
Vanaf f 91.496	1.155

Voor verstandelijk gehandicaptenzorg bestaat de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget (pgb) mits aan de subsidievoorwaarden wordt voldaan. De hoogte van de budgetcategorieën hangt hierbij af van de soort zorg die is geïndiceerd. Bij die budgetcategorieën waarbij verblijf is geïndiceerd en de verzekerde 18 jaar of ouder is, wordt ervan uitgegaan dat de verzekerde zelf een bedrag bijdraagt dat

⁶¹ Uit: Rapportage werkgroep 'inkomenspositie gehandicapten en chronisch zieken', Ministerie van SWZ, mei 2001.

Verzorgde toegang

gelijk is aan de intramurale eigen bijdrage AWBZ bij natura-zorg voor een verzekerde met een minimuminkomen. Het pgb-bedrag bij die categorieën is met een vergelijkbaar bedrag naar beneden aangepast. Ultimo 1998 waren er ruim 16.000 bijdrageplichtigen. De geraamde eigenbijdrageopbrengst in 2000 bedraagt f 70 miljoen.

Thuiszorgbijdragen

AWBZ-cliënten die een beroep doen op verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp bij de cliënt thuis. Thuiszorgcliënten betalen een bijdragen van f 10,- per uur (of delen van een uur) met een inkomensafhankelijk maximum per week. De maximaal verschuldigde eigen bijdragen thuiszorg liggen vast in tabellen. De maxima zijn afhankelijk van de hoogte van het belastbaar huishoudinkomen, de leeftijd en het type huishouden (zie tabel 2, geldt vanaf 1 januari 2001 tot 1 januari 2002). De bedragen in de eigenbijdrage-regeling thuiszorg gelden overigens ook voor de subsidie persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Elke vier weken maken ongeveer 320.000 cliënten gebruik van de thuiszorg. De geraamde eigenbijdrageopbrengst in 2000 bedraagt ruim f 210 miljoen.

Tabel 2 Maximale bijdragen thuiszorg per week (gld.), januari 2001 tot en met december 2001

Belastbaar inkomen (t-2) 65-plus	Belastbaar inkomen (t-2) 65-min	Alleenstaand	Samenw. Of Gehuwd
Tot f 25.580	Tot f 30.910	5	5
F 25.580 – f 33.045	f 30.910 – f 39.440	15	6,5
F 33.045 – f 37.310	f 39.440 – f 46.900	50	23
F 37.310 – f 42.640	f 46.900 – f 54.365	85	58
F 42.640 – f 51.165	f 54.365 – f 65.025	125	120
F 51.165 – f 83.145	f 65.025 – f 99.135	210	185
Vanaf f 83.145	Vanaf f 99.135	265	245

6.5 Indicatiestelling voor medische arbeidsongeschiktheid

Een verzekerde komt in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering als hij als gevolg van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk niet in staat is met arbeid datgene te verdienen wat gezonde personen met soortgelijke opleiding en ervaring met arbeid gewoonlijk verdienen. Daarbij gaat het om alle algemeen geaccepteerde vormen van arbeid waartoe de werknemer met zijn krachten en bekwaamheden in staat is.

De indicatiestelling (claimbeoordeling) voor de Waz, de WAO en de Wajong⁶² wordt uitgevoerd door onafhankelijke verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. De verzekeringsarts dient vast te stellen of er sprake is van een verminderde geschiktheid voor arbeid als rechtstreeks en objectief medisch vaststelbaar gevolg van ziekte of gebrek. De arbeidsdeskundige onderzoekt de bekwaamheden van de cliënt.

De indicatiestelling wordt zoveel mogelijk geobjectiveerd door richtlijnen en standaarden. Hiervan is het medisch arbeidsongeschiktheids criterium van het Lisv de belangrijkste. De kern van deze standaard is de eis om de consistentie van het geheel van stoornissen, beperkingen en handicaps te toetsen. Vervolgens worden de geconstateerde beperkingen vastgelegd in het zogenaamde belastbaarheidspatroon. Aan de hand van dit patroon dient de arbeidsdeskundige tenslotte met behulp van het Functie Informatiesysteem te bepalen welke functies de cliënt in theorie nog kan vervullen. Hieruit kan de resterende verdien capaciteit worden afgeleid.

De WAO claimbeoordeling is als toegangspoort gaan fungeren voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Binnen deze context is het van cruciaal belang dat eisen van rechtmatigeheid (zoals objectiviteit en uniformiteit) zoveel mogelijk worden gerealiseerd. Diversiviteit in werkwijzen is dan in feite een ongewenste ontwikkeling.

Uit onderzoek (De Bont et al (2000); De Boer et al (2000)) blijkt echter dat een ingewikkelde keuring als de WAO, met elke keer weer een uniek geval, nooit geheel te objectiveren is, maar tevens dat er ook duidelijke aanwijzingen zijn dat de WAO-keuring minder objectief is dan mogelijk zou zijn omdat keuringsartsen pragmatische oplossingen blijken te zoeken voor bepaalde knelpunten; alle instellingen gebruiken de diverse standaarden, het belastbaarheidsprofiel en het FIS op hun eigen wijze (De Boer et al (2000)). Zo wordt er door de uitvoeringsinstellingen veel nadruk gelegd op productiviteit van de artsen en de tijdigheid van beoordelingen, hetgeen vaak ten koste gaat van de grondigheid van de beoordelingen, vinden artsen het vaak moeilijk om op basis van een inconsistentie een claim te weigeren, worden herbeoordelingen vaak op basis van oude informatie (waardoor het resultaat gelijk blijft) verricht, vindt een deel van de artsen het onrechtvaardig om de uitkering aan te passen op basis van wijzigingen in het Functie Informatiesysteem, etc. Hoewel redelijk gereguleerd leidt dit er toe dat bij de indicatiestelling voor arbeidsongeschiktheid een redelijke mate van discretionaire ruimte die ook wordt benut door de indicatiesteller. Het is dus naast het zoveel mogelijk formeel objectiveren van de indicatiestelling van belang ervoor zorg te dragen dat de indicatiesteller ook in de praktijk de gewenste routes volgt.

⁶² WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, Waz: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, Wajong: Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten.

Verzorgde toegang

Verzorgde toegang

6.6 'Wachlijstgegevens V&V sector'; brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten Generaal
Postbus 20018
2500EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DVVO/ZA-U-2177535			
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Wachtnlijstgegevens V&V-sector		2	

1. Inleiding

Hierbij bied ik u aan de cijfers en de analyse van de wachtlijsten verpleging en verzorging 2001. De cijfers zijn het resultaat van onderzoek van de Taskforce wachtlijsten met als peildatum maart 2001. De gegevens zijn vergeleken met een peiling van mei 2000. De Taskforce voert sinds vorig jaar namens het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland de versnelde aanpak wachtlijsten uit. Hierover is al op 10 oktober en 15 december aan de Tweede Kamer gerapporteerd. Tevens bied ik u aan de bevindingen van de wachtlijstbrigade en mijn reactie hierop.

2. Wachtnlijsten verpleging en verzorging

De ontwikkeling van de wachtlijst moet worden afgezet tegen de ontwikkeling van de vraag naar zorg. De conclusie is dat de totale capaciteit als gevolg van de versnelde aanpak wachtlijsten groeit. Deze groeit zelfs sneller dan de vraag, zodat er voor het eerst een aantoonbare en stevige daling van de wachtlijsten verpleging en verzorging is te zien.

Stijgende vraag

Op basis van de huidige demografische ontwikkeling neemt het aantal mensen ouder dan 75 jaar jaarlijks toe met 2%. In 2000 zijn door de regionale indicatieorganen (RIO's) ongeveer 8% meer indicatiebesluiten opgesteld. Dit betekent een toename van circa 40.000 mensen met een positief indicatiebesluit. Voor een deel gaat het hier om een inhaalslag. Mensen melden zich als gevolg van de versnelde aanpak als nog aan voor indicatie. De achterstanden bij de RIO's zijn teruggebracht van 7800 naar 800, een daling van 90%.

Stijgende capaciteit

De stijging van de capaciteit is het eerst zichtbaar in de thuiszorg. In deze sector zijn de afgelopen twee jaar 25.000 mensen meer geholpen, een stijging van 8%. De capaciteitsuitbreiding in de intramurale zorg verloopt gezien bestaande procedures en benodigde bouwruimte trager. In het kader van de versnelde aanpak zijn echter 3500 plannen ingediend die de komende tijd een substantiële bijdrage zullen leveren aan de uitbreiding van de intramurale capaciteit.

Vorig jaar bleek uit de analyse dat de wachtlijsten voor de verschillende vormen van zorg nauw met elkaar verbonden zijn. Ik heb toen geconstateerd dat er een tekort aan intramurale

zorgcapaciteit is, die leidde tot een verstopping van de gehele zorgketen, en dat daarom zowel de verzorgingshuiscapaciteit als de verpleeghuiscapaciteit uitgebreid moet worden. Als onderdeel van de wachtlijstaanpak, wordt de voortgang met betrekking tot de realisatie van de 3500 initiatieven, de gerealiseerde extra capaciteit, gemonitord.

Dalende wachtlijsten

De wachtlijsten in de sector V&V zijn sinds mei 2000 gedaald van 102.000 naar 82.000 mensen, een daling van 20%. De daling vindt met name plaats in de zorg thuis (thuiszorg en extramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg). De wachtlijst voor de zorg thuis neemt af met 35%, van 54.000 naar 35.000 mensen.

Ondanks de stijging van de vraag is de wachtlijst voor verzorgingshuizen gedaald van 36.000 naar 35.500 mensen. De wachtlijst voor verpleeghuizen is gelijk gebleven. Het gaat hier om 11.500 mensen.

Positief is dat het aandeel van mensen op de wachtlijst dat toch een vorm van zorg ontvangt (overbruggingszorg) is gestegen van 50% naar 60%. Bij de wachtlijst verpleeghuiszorg is dat percentage gestegen van 75% naar 85%; bij de wachtlijst verzorgingshuiszorg van 55% naar 75%. Veruit het grootste deel van de mensen op de wachtlijst voor intramurale zorg ontvangt dus in ieder geval enige vorm van zorg. Bij de zorg thuis is het aandeel overbruggingszorg gelijk gebleven: circa 40%. In de thuiszorg staat het begrip overbrugging voor het leveren van minder uren zorg dan geïndiceerd.

Uit de voorlopige bevindingen van een pilotonderzoek komt naar voren dat 60% van de wachtenden op de wachtlijst voor verzorgingshuiszorg niet binnen een periode van 3 maanden in het verzorgingshuis willen worden opgenomen. Ik laat momenteel onderzoeken of de geboden overbruggingszorg voor veel van deze mensen eigenlijk geen 'first best' zorg is. Bij de Rio's zal onder de aandacht worden gebracht dat het niet gewenst is mensen uit voorzorg te indiceren.

Regionale verschillen

De daling van het aantal wachtenden is niet evenredig over Nederland gespreid. In zes regio's - verspreid over het land - is sprake van een grote daling. Daarentegen is in tien zorgkantorregio's, alle gelegen in de provincies Noord- en Zuid-Holland en Noord-Brabant, sprake van een stijging. Er is geen eenduidig verband tussen de totale beschikbare middelen in een zorgkantorregio en de daling van de wachtlijsten; naast de beschikbare hoeveelheid geld spelen ook andere factoren - zoals de arbeidsmarktsituatie en een doelmatige organisatie van de zorg - een rol. Dit maakt duidelijk dat benchmarkonderzoeken naar o.m. de doelmatigheid in de V&V-sectoren, zoals deze in het kader van de MJA afspraken zijn geïnitieerd, van groot belang zijn.

Nader onderzoek naar de regionale verschillen is nodig: per regio is een meerdimensionale benadering nodig om de wachtlijst transparant te maken en verder te kunnen aanpakken. De aanbeveling van de Taskforce om een conceptueel model te ontwikkelen dat wordt gevoed met gegevens vanuit bestaande registraties en onderzoeken, biedt daarvoor een goed aanknopingspunt.

Ook zal door de zorgkantoren als verantwoordelijken voor het contracteren van voldoende zorg, beoordeeld moeten worden in hoeverre de voorgenomen uitbreidingen op basis van de bestedingsplannen toereikend zijn. Daar waar dat niet het geval is, is het gegeven de zorgplicht van de zorgkantoren aan hen om met nadere uitbreidingsvoorstellen te komen.

Wachttijden

Uit de tweede wachtlijstmeting blijkt dat van de 100.000 mensen die 15 mei 2000 op de wachtlijst voorkwamen, er per 1 maart jl. nog circa 30.000 wachtenden zijn overgebleven. Ten aanzien van de wachttijden kan worden gemeld dat in de thuiszorg momenteel 27% binnen de zogenaamde Treeknorm wordt geholpen ten opzichte van 18% vorig jaar. In de verzorgingshuiszorg is dat gestegen van 10% naar 18%. De verpleeghuiszorg kent een daling van 23% naar 20%.

Hierbij moet overigens worden aangetekend dat de wachttijdmeting niet een volledig beeld geeft. Het betreft namelijk de wachttijden van mensen die op de wachtlijst staan. Iedereen die direct zorg krijgt en/of slechts een zeer korte tijd heeft moeten wachten op zorg, is in deze cijfers niet meegenomen. Indien deze mensen in de berekening van de gemiddelde wachttijd op zorg worden meegenomen, komt deze aanmerkelijk lager uit.

Ook het feit dat mensen overbruggingszorg krijgen kan er toe leiden dat men langer wacht, waarschijnlijk omdat de geboden overbruggingszorg in een aantal gevallen een adequaat alternatief voor opname vormt.

3. Conclusies en aanbevelingen

De hiervoor beknopt weergegeven resultaten van de tweede wachtlijstmeting rechtvaardigen de conclusie, dat de vorig jaar maart in gang gezette aanpak wachtlijsten resultaat begint af te werpen. Een aanpak waarin een drietal sporen zijn te onderscheiden. Ten eerste het realiseren van meer zorg. In de tweede plaats het opschonen van de wachtlijsten. En ten derde het verbeteren van de uitvoering van de AWBZ. Voor het eerst is er nu sprake van een meting, waarin de wachtlijsten van 15 mei 2000 en die van 1 maart 2001 vergeleken kunnen worden tot op het niveau van de regio, gemeenten en zorgaanbieders. Die cijfers laten niet alleen zien dat er meer zorg is geleverd, maar maken het ook mogelijk gericht in de komende tijd de wachtlijsten verder terug te dringen. Ondanks de groei van de behoefte aan zorg is de wachtlijst gedaald. Ik beschouw dat als een keerpunt, dat dankzij de inzet van talloze dienst- en hulpverleners, medewerkers van zorgkantoren en indicatieorganen en betrokkenen in de Taskforce, de Wachttijstbrigade en het MJA-platform is bereikt. De afgelopen periode heeft laten zien dat de wachtlijstproblematiek oplosbaar is door een geconcentreerde en intensieve aanpak in de regio en met steun vanuit het landelijk niveau. Om de wachtlijsten verder terug te dringen, is het nodig de komende tijd met dezelfde inzet en vasthoudendheid op de ingeslagen weg verder te gaan. In dat licht noem ik onderstaand een aantal onderwerpen, waarop in de komende maanden een aantal activiteiten ondernomen moet worden. Daarbij betrek ik ook de eerder genoemde bevindingen van de Wachttijstbrigade. De Wachttijstbrigade die zich in de komende periode ook zal richten op het volgen van de realisatie van de zorg op basis van de bestedingsplannen, zoals die in december vorig jaar zijn goedgekeurd.

Beschikbaarheid intramurale verpleeghuiscapaciteit

Voldoende beschikbare intramurale verpleeghuiscapaciteit blijft een knelpunt. Zonder uitbreiding van de capaciteit zal de gewenste inhaalslag niet worden gemaakt. Zoals ik elders reeds in deze brief heb aangegeven, verwacht ik van de uitvoering van de 3500 plannen, ook een substantiële uitbreiding van de intramurale capaciteit. Maar dat laat onverlet, dat ik de zorg van de Wachttijstbrigade op dit punt deel.

Indicatiestelling

De indicatiestelling lijkt nog te veel een voortzetting van de in het verleden in de kring van aanbieders gehanteerde indicatiepraktijk en dat leidt tot regionale verschillen. Naast het uniformeren door protocollen e.d., is het noodzakelijk de kennis en kunde van de indicatiestellers op een hoger niveau te brengen. Die professionalisering is van even groot belang als de genoemde protocollering. Het gegeven, dat voor verzorgingshuizen cliënten worden geïndiceerd, die voorlopig van die indicatie geen gebruik willen maken is niet alleen een uitdrukking van een gebrek aan uniformiteit, maar ook een onjuiste invulling van de claimbeoordeling, die voor de toegang tot de AWBZ vereist is.

In de vorm van het project 'Robuuste Rio's' is een ondersteuningstraject voor de verdere ontwikkeling van de Rio's in gang gezet. Schaalvergroting van de Rio's, één tot maximaal twee Rio's per zorgkantorregio, is een van de onderdelen van deze professionalisering. En ook de verbreding met de indicatiestelling voor de WVG maakt hiervan deel uit, omdat dat voor de integrale zorg- en dienstverlening voor de cliënt van groot belang is.

Het laatste halfjaar heeft de wachtlijstbrigade op mijn verzoek onderzoek gedaan naar het functioneren van de Rio's. De aandacht was daarbij vooral gericht op de in de praktijk ervaren knelpunten. De bevindingen van de wachtlijstbrigade komen overeen met gegevens die ook uit andere onderzoeken naar voren zijn gekomen. De wachtlijstbrigade constateert te grote verschillen in de indicatiepraktijk vanwege het ontbreken van een wettelijk voorgeschreven protocol, een noodzaak tot opschaling van de Rio's en een niet altijd heldere taakomschrijving. Het eerste punt vormt een onderdeel van de motie Van Vliet (24036, 26631, nr.196). Als reactie daarop heb ik de Kamer reeds toegezegd om bij wijziging van het Zorgindicatiebesluit het protocol wettelijk voor te schrijven.

Het in gang gezette project Robuuste Rio's richt zich op een verdere professionalisering van de indicatiestelling. Een van de onderdelen van dit project betreft de opschaling van de Rio's. Gemeenten kunnen extra financiële middelen ontvangen als zij meewerken aan een verdere opschaling van de Rio's. De eerste indrukken wijzen erop dat nogal wat gemeenten hiertoe bereid zijn.

Ook het afstoten van oneigenlijke taken (zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer) vormt een onderdeel van het Robuuste Rio project. Hierover worden met de zorgkantoren goede afspraken gemaakt die moeten leiden tot een verantwoorde overdracht van taken. Daarmee wint de taakstelling van de Rio's aan noodzakelijke helderheid.

Relevant in het kader van de wachtlijstbestrijding zijn de eerste resultaten die geboekt zijn bij het wegwerken van de achterstanden bij de Rio's. In mei 2000 zijn de werkvoorraden bij de Rio's in kaart gebracht. Toen bleek dat bij alle Rio's gezamenlijk 7519 indicatieaanvragen waren, die gemiddeld niet binnen zes weken werden afgehandeld.

Dat cijfer is terug gebracht naar gemiddeld 820. Dat betekent niet dat er geen termijnen meer worden overschreden, het gaat om de gemiddelde verwerkingstijd, maar wel dat er een forse vooruitgang is geboekt.

Na de zomer komen de resultaten van een aantal relevante onderzoeken ter beschikking. De integrale evaluatie van het zorgindicatiebesluit zal worden afgerond en de eindrapportage van de IBO werkgroep naar de toegang tot de AWBZ zorg zal beschikbaar zijn. De bevindingen en aanbevelingen van de wachtlijstbrigade zullen bij de standpuntbepaling hierover betrokken worden.

AWBZ-brede zorgregistratie

Ten aanzien van de AWBZ-brede Zorgregistratie verwacht de wachtlijstbrigade dat de implementatie van de structurele wachtlijstregistratie in de V&V-sector (fase 2 van het project) vertraging zal oplopen. De start van deze fase is voorzien op 1 juli a.s.. Tot op heden zijn er geen concrete aanwijzingen die erop duiden dat de startdatum niet gehaald wordt. Wel is sprake van een ambitieuze doelstelling, gegeven het feit dat deze sector wordt gekenmerkt door een groot aantal zorgaanbieders die allen een actieve bijdrage moeten leveren aan het registratietraject. Er wordt in de regio's, onder leiding van het zorgkantoor, met veel inzet gewerkt om alle zorgaanbieders én de indicatieorganen voor te bereiden op de nieuwe werkwijze. Op landelijk niveau is een overleg opgestart met de branche-organisaties van zorgaanbieders en indicatieorganen.

De wachtlijstbrigade waarschuwt voor het gevaar van monopolisering van informatie over de uitvoering van de AWBZ. Ik hecht eraan te onderstrepen dat het registratiesysteem in de regio is ingericht op de taken en functies die in het zorgproces kunnen worden onderscheiden (indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgrealisatie), niet op partijen die die functies vervullen. Daarnaast dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen de registratie-activiteiten in de regio (gericht op het beter inspelen op de individuele vraag naar zorg) en het op landelijk niveau bijeen brengen van beleids- en verantwoordingsinformatie. Het zorgkantoor is verplicht om aan het ministerie van VWS, i.c. het College voor Zorgverzekeringen, die informatie over de uitvoering van de AWBZ te verstrekken die gevraagd wordt, uiteraard binnen de beperkingen die wettelijke kaders op het gebied van privacy e.d. hieraan stellen. Van monopolisering van informatie zal dan ook geen sprake zijn. Momenteel wordt onderzocht hoe die informatievoorziening vanuit de zorgkantoren aan het ministerie op een snelle en verantwoorde wijze kan worden ingericht. Als van een centrale voorziening gebruik gaat worden gemaakt, dient aan alle waarborgen voor toegankelijkheid van gegevens en een adequaat beheer voldaan te worden.

Betrokkenheid MJA-partijen

De wachtlijstbrigade adviseert om de aanbieders en consumenten van zorg meer te betrekken bij de aanpak van de wachtlijstproblematiek. In het Platform MJA Verpleging & Verzorging zijn alle partijen betrokken. Hier is de grondslag gelegd voor het beleid. Vervolgens zijn in de regio's de partijen betrokken geweest bij het opstellen van de bestedingsplannen. Het spreekt voor zich dat nu de plannen geïmplementeerd moeten worden, partijen hierbij uitdrukkelijk betrokken zullen zijn.

Tenslotte

De aanpak wachtlijsten is ook voor de keuzevrijheid van de cliënt van grote betekenis. In dat kader sluit het terugdringen van de wachtlijsten goed aan bij de voornemens om nog dit jaar een forse stap te zetten in de richting van een vereenvoudigde AWBZ-brede pgb-regeling en het verruimen van het zorgaanbod.

De ambitie bij de aanpak van wachtlijsten is en blijft hoog. Er is nu een flinke stap gezet op de goede weg. Maar er zullen nog veel inspanningen nodig zijn om ons doel te bereiken, namelijk zorg voor alle burgers die daar recht op hebben binnen een aanvaardbare wachttijd. Dat zal ook de komende tijd een grote inzet vergen van alle betrokkenen, cliëntenorganisaties, zorgkantoren, zorgaanbieders, RIO's en niet in de laatste plaats de werknemers in de zorg. Er zijn al veel

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

6

Kenmerk

DVVO/Z-U-2177535

maatregelen in gang gezet, en op basis van de ervaringen die opgedaan worden zal ik waar nodig extra maatregelen nemen die nodig zijn voor de realisatie van de doelstellingen van het beleid.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Margo Vliegenthart