

Vergaderjaar 2009–2010

**30 597**

**Toekomst AWBZ**

**Nr. 116**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 november 2009

### **1. Inleiding**

Op 2 juli 2009 heeft de Tweede Kamer de motie-Wolbert<sup>1</sup> aanvaard. Daarin verzoekt zij de regering om «de Kamer voor 1 oktober 2009 een notitie te zenden met de visie op de toekomst van het CIZ, waarin helder staat aangegeven:

- welke (eind)doelen worden beoogd ten aanzien van de uiteindelijke omvang, de reikwijdte en de rechtspositie van het CIZ;
- welke invulling van rollen van de verschillende actoren wordt beoogd;
- op welke wijze de samenwerking en afstemming met gemeenten op het gebied van de Wmo, de samenwerking met andere indicatieorganen zoals op het gebied van WWB en onderwijs en de positie van professionals die mogen indiceren, zullen worden vorm gegeven;
- welke tijdpad wordt gehanteerd;
- in hoeverre er draagvlak is voor deze voornemens». In reactie op de motie heb ik laten weten deze te zullen uitvoeren en dat uiterlijk begin 2010 de verlangde notitie naar de Tweede Kamer zal sturen. Ik hecht er echter aan u, ter uitvoering van de uitspraak van de Kamer, voor de begrotingsbehandeling op hoofdlijnen te informeren over mijn (aanvullende) beleidsvoornemens met betrekking tot de indicatiestelling AWBZ en de toekomst van het CIZ.

### **2. Vertrouwen nu en in de toekomst**

In eerdere brieven<sup>2</sup> aan de Tweede Kamer heb ik laten weten dat mijn beleid er op gericht is om uit te gaan van vertrouwen. Niet alleen in de cliënt, maar ook in de zorgprofessional. Uit het huidige proces van indicatiestelling voor de AWBZ-zorg spreekt een zekere mate van wantrouwen naar de cliënt, de zorgprofessional en de -aanbieder vanwege het ervaren onnodig bureaucratische karakter. Het CIZ stelt, in hun ogen, niet alleen veel, maar vooral ook overbodige vragen, waarin naar «de bekende weg» wordt gevraagd. Het beantwoorden daarvan, zo is

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 30 597, nr. 85.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 145, Kamerstukken II 2007/08, 26 631, nr. 227 en Kamerstukken 2007/08, 26 631/30 597, nr. 268.

de klacht, kost hen veel ergernis en tijd. Tijd, die zij willen besteden aan hetgeen waarvoor zij ten diepste voor het zorgvak hebben gekozen: het zo goed mogelijk verplegen en verzorgen van mensen die aan hun zorg zijn toevertrouwd. Mijn beleid is juist daarop gericht: het centraal stellen van de cliënt in de zorg.

Niet door de indicatiestelling AWBZ af te schaffen. Een «wachter aan de poort van de AWBZ» is noodzakelijk om op grond van de wettelijke criteria te beoordelen of iemand gerechtvaardigd een beroep doet op deze zorg die door ons allen in solidariteit via collectieve (premie)middelen wordt opgebracht. Ik zie het als mijn dure plicht om vanuit die collectieve solidariteit de AWBZ zeker te stellen voor de meest kwetsbaren in onze samenleving, voor nu en in de toekomst. De cliënt is gebaat bij een indicatiestelling AWBZ die onafhankelijk, objectief en integraal plaats vindt, zo heb ik met de Kamer steeds benadrukt<sup>1</sup>. Dat is voor mij dan ook een harde randvoorwaarde bij het verder vereenvoudigen van het proces van indicatiestelling AWBZ. Aan het invullen van formulieren en het registreren van gegevens is dan ook nooit helemaal te ontkomen. Wel moet dat tot het strikt noodzakelijke worden beperkt.

### **3. Maatregelen tot vereenvoudiging indicatiestelling AWBZ tot nu toe**

Direct bij mijn aantreden heb ik bij het CIZ aangedrongen op vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ. Het CIZ heeft sinds 2007 een fors aantal stappen gezet. Ik doel op de pilots flexibilisering werkprocessen, de pilots met huisartsen en de pilots gedetacheerd werken in gezondheidscentra. Bij brief van 7 juli 2008<sup>2</sup> heb ik de Tweede Kamer daarover geïnformeerd. Daarnaast is het voor aanbieders en professionals ook mogelijk gemaakt om aanvragen langs digitale weg zorgvuldig, gemakkelijk en efficiënt in te dienen<sup>3</sup>. Voor de verdere vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ heeft dit tot de volgende uitgangspunten en aanbevelingen geleid:

#### *a. Actievere rol van aanbieders en professionals bij de indicatiestelling AWBZ*

Via een elektronisch formulier worden aanvragen voor een eenvoudige cliëntsituatie in de vorm van een pre-indicatieadvies bij het CIZ aangeleverd. Bij een consequent juist en volledig aanleveren, zouden deze aanbieders en professionals de status van «trusted partner» krijgen en zouden de pre-indicatieadviezen door het CIZ automatisch omgezet worden in een indicatiebesluit en nog slechts achteraf en steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Dit is vergelijkbaar met de wijze waarop mensen elektronische aangifte van de inkomstenbelasting bij de belastingdienst kunnen doen. Ook hier is het elektronisch aangifteformulier al zoveel mogelijk «voorgevuld» op basis van de gegevens van de aangifte van het jaar daarvoor en behoeven slechts nog mutaties te worden ingevuld. Dit levert aanmerkelijke (tijds)winst op: de cliënt wordt niet meerdere keren naar dezelfde gegevens gevraagd, de doorlooptijden van een aanvraag worden terug gebracht, de klant weet eerder waar hij aan toe is en de zorg kan sneller worden ingezet.

Voor wat betreft het gebruik van de elektronische formulieren voor de indicatiestelling AWBZ zullen alle betrokken partijen de komende periode nog wel een forse slag moeten maken in het volledig en correct aanleveren van de gegevens<sup>4</sup>. Dit is van belang voor de cliënt met het oog op de kwaliteit van de indicatiestelling en de rechtmatigheid van het indicatiebesluit. Om die reden zal het CIZ vooralsnog alle *eerste aanvragen*, zowel die in eenvoudige als complexe cliëntsituaties, zelf onderzoeken en registreren. Voor de aanbieders en professionals, maar ook de cliënten, zit

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 26 631, nr. 227.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2007/08, 26 631/30 597, nr. 268.

<sup>3</sup> Via de zogenaamde digitale aanmeldfunctionaliteit (AF).

<sup>4</sup> Ruim 25% van de getoetste indicatieadviezen bleek in de pilot incorrect te zijn.

het voordeel vooral bij de *aanvragen voor een herindicatie*. In circa 75–80% van het totaal aantal aanvragen gaat het om cliënten die al zorg ontvangen op grond van een eerder afgegeven indicatiebesluit. In die situatie kan gebruik worden gemaakt van een al «vooringevuld» elektronisch aanvraagformulier<sup>1</sup>. Dat levert voor alle partijen een forse tijdswinst op.

#### *b. Huisartsen en wijkverpleegkundigen*

Uit de pilots bleek dat huisartsen de werkwijze van de standaardindicatieprotocollen<sup>2</sup> en de spoedprocedure<sup>3</sup> waarden. Deze werkwijze bleek echter nog niet binnen alle huisartsenvoorzieningen «verinnerlijkt». Daar was dus nog winst te halen. Het CIZ heeft, in samenwerking met de LHV, die werkwijze gepromoot en gestimuleerd. Vorig jaar hebben huisartsen in hun praktijk een praktisch hulpmiddel daartoe ontvangen, dat zijn werking niet heeft gemist<sup>4</sup>. Overigens is ook duidelijk geworden dat veel huisartsvoorzieningen voor een praktische oplossing kiezen. Zij sturen de cliënt rechtstreeks door naar de (veelal lokale) zorgaanbieder, zoals bijvoorbeeld de plaatselijke thuiszorginstelling of het verpleeghuis, die vervolgens (met de cliënt) de elektronische aanvraag invult en naar het CIZ verzendt. Deze werkwijze past ook bij de rol van de wijkverpleegkundige. Zij is immers de spil in de zorg in de wijk en traditioneel de enige die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt en dus een schat aan kennis over de cliënt en zijn (sociale) situatie heeft. Ik zal de Kamer bij brief nader informeren over de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de motie-Hamer<sup>5</sup> en de ontwikkelingen op het gebied van de functie verpleging binnen de AWBZ.

#### *c. Gedetacheerd werken in gezondheidszorgcentra*

Het gedetacheerd werken van indicatiestellers van het CIZ in de grote gezondheidscentra leidt tot een bewustwording in de eerste lijn van de (mogelijkheden van de) AWBZ. Hun (fysieke) aanwezigheid in de gezondheidszorgcentra leidt tot een verbetering van de dienstverlening aan de cliënt, tot een vereenvoudiging en versnelling in het proces van indicatiestelling en tot een betere en snellere afstemming in de keten (van de eerste lijn). De doelstelling voor 2009 is om in 24 grote gezondheidscentra medewerkers van het CIZ te detacheren. In 18 centra is dat reeds het geval en 3 volgen binnenkort. Daarnaast zijn er gesprekken met 9 andere centra, waarmee de doelstelling voor dit jaar ruimschoots gehaald lijkt te worden.

#### *d. Geen overbodige vragen*

Tijdens werkbezoeken ontvang ik, ondanks de positieve uitkomsten van de pilots, toch regelmatig klachten van aanbieders en professionals over de bureaucratie die zij ervaren. Ik heb daarom:

- met het CIZ afgesproken dat zij het elektronisch aanvraagformulier met gebruikers dit jaar nog eens kritisch zullen doorlopen op overbodige vragen en waarnaar nodig zullen aanpassen;
- het CIZ gevraagd nog dit najaar een bijeenkomst met de zorgaanbieders, branches en ZN te organiseren waarin het gebruik van het elektronisch aanvraagformulier verder zal worden gepromoot en toegelicht;
- aan het CIZ gevraagd aanbieders en professionals ondersteuning te bieden bij het gebruik van het elektronisch aanvraagformulier.

Tegelijkertijd wil ik mij beraden op de wenselijkheid en de mogelijkheden om het gebruik van het elektronisch aanvraagformulier door aanbieders en professionals een formeel verplichtend karakter te geven. Voorts zal ik met het CIZ, gelet op de succesvolle uitkomsten van de pilots, verder werken aan het begrip «trusted partner». Ik wil met het CIZ

<sup>1</sup> Van de 873 505 positieve indicatiebesluiten in 2008 gaat het in bijna 75% van de gevallen (653 279) om bekende cliënten en dus om een herindicatie (Bron: Trenrapportage 2008 van het CIZ).

<sup>2</sup> Een eerste aanvraag kan ook worden afgehandeld als standaardindicatieprotocol (SIP). Dit is een werkwijze waarbij op basis van gerichte kernvragen bij bepaalde veelvoorkomende, eenduidige en veelal kortdurende zorgsituaties de inhoud van de indicatie (functie, klasse, activiteiten en geldigheidsduur) meteen kan worden bepaald, bijvoorbeeld: toedienen sondevoeding, stoma-verzorging en aan- en uittrekken steunkousen. Er is sprake van een eenvoudige aanvraag voor standaardsituaties die overal leidt tot dezelfde indicatie zonder dat een volledig onderzoek noodzakelijk is. De zorg kan direct worden ingezet. Het CIZ toetst deze aanvragen achteraf steekproefsgewijs. In deze situaties doet het CIZ geen volledig onderzoek. SIP's kunnen eenmaal verlengd worden door de aanbieder of professional.

<sup>3</sup> Er moet sprake zijn van «niet uitstelbare AWBZ-zorg». Die zorg kan op aangeven van de zorgprofessional of de zorgaanbieder door de laatste direct worden ingezet, zonder dat daar op dat moment een indicatiebesluit aan ten grondslag ligt. Dat formeel indicatiebesluit van het CIZ volgt binnen veertien dagen.

<sup>4</sup> Het aantal spoedaanvragen over 2008 vanuit de huisartsvoorziening betrof over 2008 ruim 15 000 en over 2009 tot en met september 2009 ruim 49 000.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2008/09, 31 700, nr. 15.

de acceptabele foutenmarges vaststellen en de criteria waaraan een zorgorganisatie moet voldoen om »trusted partner» te zijn. De succesvolle resultaten van de pilots worden zo in beleid omgezet.

#### **4. Verdere stappen in het vereenvoudigen van de indicatiestelling AWBZ**

Zoals uit het bovenstaande blijkt is er de afgelopen twee jaren vooruitgang geboekt in de vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ. Niettemin vind ik dat daarin versnelling moet worden gebracht en dat daar bovenop extra slagen kunnen worden gemaakt met de kennis die is opgedaan in de pilots. Ik zet daarbij in op de volgende stappen:

##### *a. Indiceren door aanbieders en professionals van specifieke cliëntgroepen*

In de AWBZ zijn mensen te onderscheiden met ernstige aandoeningen die daardoor voor intramurale zorg in aanmerking komen. Het gaat hierbij om mensen met bijvoorbeeld een zware lichamelijke en/of verstandelijke handicap, ernstige dementie, Huntington en om kinderen met een ernstige (terminale) ziekte. Bij die mensen is er geen enkele twijfel mogelijk over de geloofwaardigheid en de onbetwistbaarheid van die intramurale zorg. De AWBZ is bij uitstek voor deze groep kwetsbare cliënten bedoeld. Ik wil daarom dat het voor deze specifieke cliënten gegeven advies van de desbetreffende aanbieder of professional automatisch wordt opgevolgd door het CIZ, dat voor het formeel indicatiebesluit zorgt. Met het CIZ, de brancheorganisaties en cliëntenvertegenwoordigers wil ik de lijst van deze specifieke cliëntgroepen nader bespreken en met hen bepalen hoe aan dit beleidsvoornemen het beste praktisch vorm en inhoud gegeven kan worden.

##### *b. Onbepaalde geldigheidsduur van het indicatiebesluit*

Ik wil voorkomen dat de bovengenoemde specifieke cliënten een indicatiebesluit met een bepaalde geldigheidsduur krijgen en in het zicht van de expiratiedatum opnieuw een aanvraag voor een herindicatie moeten indienen<sup>1</sup>. Ik wil er vanaf dat bijvoorbeeld een zwaar verstandelijk gehandicapte en zijn verzorgers na vijf jaar wederom met al dan niet medische verklaringen moeten aantonen dat er nog steeds sprake is van een verstandelijke beperking en daarop gerichte zorg nog steeds nodig is. De noodzaak voor een aanvraag voor een herindicatie is in die gevallen een zinloze en daarmee overbodige exercitie en moet daarom geschrapt worden. Het indicatiebesluit voor de mensen met deze specifieke aandoeningen krijgt een onbepaalde geldigheidsduur. Vanzelfsprekend zal de desbetreffende wet- en regelgeving hiervoor moeten worden aangepast. Ik streef ernaar dit beleidsvoornemen uiterlijk met ingang van 2011 te effectueren. Wel zal nog een aanvraag moeten worden ingediend voor latere benodigde AWBZ-zorg waarin door het eerder afgegeven indicatiebesluit nog niet is c.q. kon worden voorzien (piepsysteem).

##### *c. Standaardindicaties voor veel voorkomende, eenduidige en veelal kortdurende zorgsituaties uitbreiden*

Bij het indiceren in standaardsituaties, zoals bijvoorbeeld wondverzorging, het toedienen van sondevoeding of het zwachtelen wordt efficiënt gebruik gemaakt van de bij de zorgaanbieder en professional aanwezige kennis over de cliënt<sup>2</sup>. De inhoud van de indicatie kan meteen worden bepaald en de zorg direct worden ingezet. Voor de aanbieder en de professional betekent het nog slechts een minimale registratie van gegevens, waarmee een forse bijdrage wordt geleverd bij het terugdringen van

<sup>1</sup> Op grond van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ heeft het indicatiebesluit een geldigheidsduur van maximaal 5 jaar.

<sup>2</sup> Er zijn per 1 januari 2009 drieëntwintig (medische) handelingen waarvoor een SIP van het CIZ kan worden toegepast. Van de 873 505 positieve indicatiebesluiten in 2008 werden er 165 550 afgegeven in de vorm van een SIP, dat is 19% van het totaal aantal positieve indicatiebesluiten (Bron: Trendrapportage 2008 van het CIZ).

de papieren rompslomp. Ik vind dan ook dat die praktische wijze van werken moet worden uitgebreid. Ik denk daarbij aan:

- kortdurende behandeling in de zorg voor verstandelijk gehandicapten;
- verblijf en behandeling in een (SGLVG-)behandelinstelling;
- opname in een specifieke behandelinstelling voor de ziekte van Huntington;
- persoonlijke verzorging voor mensen > 75 jaar en
- specifieke zorg voor doof-blinden.

*d. Verbreden van de actieve inzet van aanbieders en professionals bij het proces van indicatiestelling AWBZ*

Op basis van de indicatiegegevens over 2008 is geanalyseerd welke verdergaande stappen gezet kunnen worden in de actieve inzet van aanbieders en professionals in het proces van indicatiestelling AWBZ. Op grond daarvan zijn afgerond 430 000 unieke indicaties geïdentificeerd in dertien omschreven groepen cliënten met een duidelijke en langdurige chronische zorgbehoeften. Hieronder geef ik daarvan twee voorbeelden:

Voorbeeld 1: verpleging en persoonlijke verzorging.

Een man van 34 jaar is opgenomen in verband met chemotherapie bij een neurologische hersentumor. De man is vanwege de tumor momenteel slechtziend, heeft ademhalingsproblemen (waarvoor een saturatiemeter is geïndiceerd) en kan slecht lopen, tevens heeft hij tijdelijk nog een infuus. Omdat zijn echtgenote met vier jonge kinderen thuis is willen ze graag dat hun man en vader snel naar huis komt. Twee kinderen in het gezin hebben een verstandelijke handicap. Er is hulp nodig bij lichamelijke verzorging, controle en begeleiding op de ademhalingsproblemen en infuusverzorging. Er is persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding geïndiceerd.

Voorbeeld 2: zorgzwaartepakket verpleging en verzorging.

Cliënt B (1930) is 76 jaar oud en heeft een lichte vorm van dementie. Deze dementie uit zich in een verslechterd korte termijn geheugen en een verstoorde oriëntatie. Ten gevolge van ouderdomsgebreken neemt de mobiliteit van de cliënt af. Binnenshuis en buitenshuis beweegt de cliënt zich voort met een rollator. Buitenshuis is de cliënt niet verkeersveilig en kan zich zonder begeleiding dan ook niet buitenshuis voortbewegen. Door medicijngebruik heeft de cliënt een dunne huid. De cliënt heeft dan ook regelmatig wonden door stoten van lichaamsdelen waarvoorverpleegkundige zorg is vereist. Tevens heeft de cliënt oedemateuse benen.

Voor de aanvragen voor een indicatie van deze groepen cliënten wordt het stapsgewijs (een aanpak met een oplopende complexiteit) mogelijk gemaakt dat aanbieders en professionals middels een elektronische aanvraag een indicatie*advies* bij het CIZ aanleveren dat door het CIZ wordt omgezet in een indicatie*besluit*. Alleen nog steekproefsgewijs zal in die gevallen door het CIZ getoetst worden. Uiteindelijk betekent het dat van alle positieve AWBZ-indicaties, circa een half miljoen, eind 2011 op die wijze zal worden uitgevoerd<sup>1</sup>. Het CIZ kan dan zelf de regie nemen voor de meer arbeidsintensieve en tijdrovende indicatietrajecten. Deze zijn bijvoorbeeld noodzakelijk in complexe cliëntsituaties<sup>2</sup> als bijzondere (combinaties van) aandoeningen of belemmeringen aan de orde zijn, als een multidisciplinair team moet worden in geschakeld, als bijzondere informatie of onderzoek noodzakelijk is of als meer dan te verwachten zorg en zeer hoge budgetten aan de orde zijn.

*e. Zelfindicatie*

In eerdere brieven heb ik de Kamer laten weten dat ik (vormen van) zelfindicatie voor cliënten wil ontwikkelen op de wijze zoals mensen bijvoorbeeld ook zelf elektronisch aangifte van hun inkomstenbelasting kunnen doen bij de belastingdienst. Geldt in die gevallen de logica van één plus

<sup>1</sup> Uitgaande van het totaal aantal indicaties in 2008 (873505).

<sup>2</sup> Het onderscheid tussen een complexe of niet complexe (eenvoudige) aanvraag wordt niet alleen bepaald door het ziektebeeld/het soort handicap en de ernst van de beperkingen, maar door de complexiteit van de totale situatie van de cliënt waardoor een integraal onderzoek noodzakelijk is. Een complexe aanvraag is een aanvraag waarbij voor de beoordeling van de aard, inhoud en omvang van de AWBZ zorg zowel specifieke kennis nodig is van wet- en regelgeving als specifieke kennis van ziekten en beperkingen.

één is twee, bij indicatiestelling voor AWBZ-zorg ligt dat ingewikkelder. Hebben mensen zelf voldoende inzicht in hun aandoening en de daaruit voortvloeiende beperkingen? Welke zorg vanuit de AWBZ en in welke omvang kan daar het beste aan tegemoet komen? Het CIZ is gestart met het digitaliseren van het aanvraagformulier voor cliënten in de vorm van een elektronisch aanvraagformulier en ontwikkelt in samenwerking met cliëntenorganisaties een experimenteelprogramma dat in 2010 uit de startblokken komt om zelfindicatie door cliënten verder uit te bouwen met inachtneming van de verschillende cliënt- en risicoprofielen. Voor cliënten die daarvan gebruik willen maken, is zelfindicatie een mogelijkheid om zelf aan te geven welke zorg noodzakelijk is. Dat kan met name interessant en aantrekkelijk zijn als een aanvrager het voornemen heeft de zorg via een PGB geleverd te krijgen en er dus geen aanbieder bij de aanvraag voor een (her)indicatie is betrokken. Voor een goede werking van de AWBZ-keten (van toegang tot bekostiging) is toetsing en controle hierbij een belangrijk aandachtspunt. Vanzelfsprekend vergt zelfindicatie een zorgvuldige voorbereiding, waaronder het aanpassen en testen van de automatiseringssystemen alvorens tot daadwerkelijke uitvoering kan worden overgegaan.

## **5. Onderzoeken wie straks niet meer geïndiceerd hoeft te worden**

Naast de bovengenoemde beleidsmaatregelen tot vereenvoudiging van de indicatiestelling AWBZ wil ik verkennen welke maatregelen kunnen leiden tot een aanmerkelijke beperking van het aantal aanvragen voor een indicatie AWBZ. Zonder daarin uitputtend te willen zijn, denk ik bijvoorbeeld aan het vrijgeven van korte indicaties voor de functie verpleging en de functie behandeling. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het niet meer indiceren van mensen op hoge leeftijd die huis en haard willen verlaten en zelf verzoeken om opname. Vanzelfsprekend moet zorgvuldig onderzocht worden wat de gevolgen van deze verdergaande stappen zijn voor de kosten van de AWBZ en de beheersing daarvan in het belang van de premiebetaler<sup>1</sup>. Wat betekent dit bijvoorbeeld in relatie tot de aangrenzende domeinen van de Wmo, de jeugdzorg, de sociale zekerheid, het onderwijs? Wat betekent dit voor de cliënt? Welk werkzaamheden genereert dit bij de de zorgkantoren of wellicht straks de zorgverzekeraars? Wat betekent dit voor het PGB en voor de informatie(voorziening) binnen de AWBZ-keten en de bekostiging? Hoe om te gaan met de toetsing van voorliggende voorzieningen, zoals die nu geldt? Lastige vragen waarop nog antwoorden geformuleerd zullen moeten worden die zorgvuldig op de hand gewogen moeten worden alvorens tot zorgvuldige besluitvorming kan worden overgegaan. Ook zullen zulke verdergaande stappen pas daadwerkelijk gezet kunnen worden nadat deze zorgvuldig in pilots zijn uitgetest. Niettemin hecht ik eraan deze verdergaande stappen met het CIZ op hun wenselijkheid en haalbaarheid te onderzoeken en daarover ook in overleg te treden met branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties.

## **6. Overheveling kortdurende, op genezing gerichte zorg**

Ook wil ik hier voor de volledigheid nog noemen de overheveling van de intramurale somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. De minister en ik hebben de Kamer daarover in een gezamenlijke brief van 25 mei 2009<sup>2</sup> geïnformeerd naar de inhoud waarvan ik hier kortheidshalve wil verwijzen. Het zal helder zijn dat op het moment dat de overheveling van deze zorg zijn beslag heeft gekregen daarvoor ook geen indicatiestelling AWBZ door het CIZ meer aan de orde zal zijn.

---

<sup>1</sup> Mensen met een modaal inkomen (ca. € 132 000,- bruto per jaar) betalen nu jaarlijks bijna € 4 000,- aan AWBZ-premie.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2008/09, 30 597, nr. 66.

## **7. Omvang, reikwijdte en rechtspositie van het CIZ**

### *a. Inzet van het CIZ*

Het CIZ is per 1 januari 2005 van start gegaan. Sinds die tijd heeft het CIZ forse inspanningen gepleegd om van bijna tachtig RIO's tot één organisatie en een harmonisatie van de indicatiestelling te komen. Daarnaast heeft het CIZ een zorgvuldige uitvoering van de pakketmaatregel voortvarend opgepakt. Voor al die inspanningen past een woord van dank aan al die indicatiestellers van het CIZ die elke dag opnieuw consciëntieus de aanvragen voor AWBZ-zorg van mensen beoordelen. Het voorliggende pakket beleidsmaatregelen betekent voor het CIZ wederom een grote opgave om vanuit de opgebouwde expertise binnen de omvangrijke operationele organisatie door te groeien naar een kleinere effectieve organisatie. Die organisatie is dan vooral een toezichthouder op het indicatieproces, zoals dat wordt uitgevoerd door professionals en aanbieders, en die met die partijen blijft werken aan de verdere ontwikkeling van de indicatieprocedures en die in complexe cliëntsituaties de indicatie zelf stelt. Geen kleine opgave voor een organisatie die ondanks alle kritiek met betrokkenheid en zorgvuldigheid haar taak de afgelopen jaren heeft vervuld. Ik heb echter alle vertrouwen dat het CIZ in goed overleg met alle betrokken partijen hierin zal slagen.

### *b. Omvang en reikwijdte van het CIZ*

In het Coalitieakkoord voor deze kabinetsperiode is een rijksbrede taakstelling opgenomen, waarvan ook het CIZ haar deel zal moeten dragen. Ultimo 2011 zal het CIZ haar taken moeten uitvoeren met tenminste 418 fte minder ten opzichte van de personeelsformatie in 2008. Dit vereist een andere wijze van werken voor het CIZ die parallel loopt met de door mij gewenste en door het CIZ ingezette vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ. Zoals hiervoor aangegeven, streef ik uiteindelijk naar een CIZ dat steeds minder zelf het indicatieonderzoek doet en indicatiebesluiten afgeeft, maar dat zoveel mogelijk overlaat aan de cliënt, de aanbieder en de professional. Natuurlijk moeten daarbij de houdbaarheid van de AWBZ voor diegenen die op onbetwistbare AWBZ-zorg zijn aangevoerd en de positie van de cliënt geborgd zijn.

### *c. Rechtspositie CIZ*

Het CIZ is op dit moment een privaatrechtelijke rechtspersoon, een stichting. Op grond van het advies van de SER heeft het kabinet besloten het CIZ van «een stevige wettelijke en publieke verankering te voorzien»<sup>1</sup>. Een wetsvoorstel waarin het CIZ als een publiekrechtelijk ZBO wordt gepositieerd wordt voorbereid en de planning is er op gericht om dit voorstel met ingang van 2012 kracht van wet te laten krijgen. Daarnaast ben ik bezig om na te gaan of de uitvoering van de AWBZ neergelegd kan worden bij de zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden. Onlangs heb ik tijdens de relatiebijeenkoms van ZN over de toekomst van de AWBZ aangekondigd dat ik voornemens ben uiterlijk 1 april 2010 daarover een besluit te nemen. Ik verwijs hiervoor ook naar mijn brief aan de Kamer van 26 oktober 2009. Wanneer besloten wordt dat zorgverzekeraars de AWBZ zullen uitvoeren voor hun eigen verzekerden zal ik de gevolgen voor de indicatiestelling AWBZ en voor de rechtspositie van het CIZ nader bekijken.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2007/08, 30 597, nr. 15.

## **8. Stroomlijning indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid**

In een brief van 2 september 2009<sup>1</sup> hebben de minister en ik de Kamer geïnformeerd over onder andere de stand van zaken met betrekking tot de stroomlijning van indicatieprocessen in zorg en sociale zekerheid. Het gaat dan om mensen met een meervoudige problematiek die zijn aangewezen op voorzieningen vanuit verschillende domeinen i.c. die van zorg en sociale zekerheid. Zij moeten niet zelden dezelfde gegevens bij verschillende instanties aanleveren en zijn veel tijd kwijt met het aanvragen van de noodzakelijke voorzieningen. Reden waarom VWS, samen met SZW, heeft bekeken hoe dit anders en beter kan worden geregeld met minder administratieve lasten voor de cliënt en een betere dienstverlening. Dat heeft vorm gekregen in twee pilots bij de gemeenten Leeuwarden en Doetinchem in de periode maart 2008-mei 2009. In de pilots zijn de indicatieaanvragen van cliënten met meervoudige en complexe hulpvragen door UWV, UWV-werkbedrijf, gemeenten (Wmo) en CIZ gemeenschappelijk beoordeeld in plaats van door elke uitvoeringsorganisatie apart. Door deze werkwijze hebben cliënten minder vaak dezelfde informatie moeten aanleveren en blijken zij meer tevreden als ze geholpen worden in de gezamenlijke beoordeling. Bovendien kan door deze samenwerking een op de cliënt toegesneden pakket van voorzieningen proactief worden aangeboden. Deze resultaten zijn voor mij aanleiding om, in samenwerking met SZW, de Gezamenlijke Beoordeling verder vorm en inhoud te geven. De voorbereiding en de daadwerkelijke start op locatie kan begin volgend jaar plaatsvinden. In dat kader wil ik ook bekijken hoe de Wwb en het onderwijs, zoals in de motie van mevrouw Wolbert verzoekt, een plaats kunnen krijgen in één of meerdere van de locaties.

## **9. Draagvlak**

Vanzelfsprekend zal over dit pakket beleidsmaatregelen overleg plaatsvinden met branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties. Niet alleen om hen zo optimaal mogelijk te informeren, maar ook om te toetsen of de voorgenomen maatregelen op draagvlak in de sector kunnen rekenen gelet op de beoogde vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling voor AWBZ-zorg. Ik zal u hierover informeren in een brief die ik de Kamer in de zomer van 2010 zal sturen over de stand van zaken met betrekking tot mijn beleidsvoornemens voor verdere vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ.

## **10. Samenvatting**

Kort samengevat neem ik de volgende beleidsmaatregelen:

- voor mensen met bijvoorbeeld een zware lichamelijke en/of verstandelijke handicap, ernstige dementie, Huntington en om kinderen met een ernstige (terminale) ziekte (specifiek benoemde intramurale cliëntgroepen) zullen de indicatieadviezen voor AWBZ-zorg van de professionals en aanbieders van deze specifieke zorg automatisch door het CIZ worden gevolgd en (registratief) worden omgezet in een indicatiebesluit;
- voor diezelfde groep mensen, zal het indicatiebesluit een onbepaalde geldigheidsduur krijgen;
- voor standaardsituaties, zoals bijvoorbeeld wondverzorging, het toedienen van sondevoeding of het zwachtelen kan de zorg met een minimum aan administratieve lasten direct worden ingezet; het CIZ zal het aantal standaardsituaties verder uitbreiden;
- ik vind dat aanbieders en professionals, die consequent de volledige gegevens correct aanleveren, een actieve rol moeten krijgen in ook de meer complexe aanvragen (dertien cliëntgroepen met een duidelijke en langdurige chronische zorgbehoefte);

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2008/09, 29 515, nr. 295.



- het CIZ zal in samenwerking met cliëntenorganisaties een experimenterprogramma ontwikkelen en in 2010 starten om zelfindicatie door cliënten verder uit te bouwen met inachtneming van de verschillende cliënt- en risicoprofielen;
- verkend zal worden of en zo ja, welke AWBZ-zorg op termijn indicatievrij kan worden gemaakt, waarbij bijvoorbeeld gedacht kan worden aan het niet meer indiceren van mensen op hoge leeftijd die huis en haard willen verlaten en zelf verzoeken om opname;
- in 2012 zal de intramurale somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar het domein van de Zorgverzekeringswet worden overgeheveld;
- ik zal met het CIZ, in het licht van de succesvolle uitkomsten van de pilots, in het beleid verder invulling geven aan het begrip «trusted partner»;
- het elektronisch aanvraagformulier zal met aanbieders en professionals nog dit jaar kritisch worden doorgelopen op mogelijke overbodige vragen en waar nodig worden aangepast;
- het CIZ zal nog dit najaar een bijeenkomst met de zorgaanbieders, branches en ZN organiseren waarin de praktische werkwijze van het elektronisch aanvraagformulier verder zal worden gepromoot en toegelicht;
- ik zal mij beraden op de wenselijkheid en mogelijkheden om het gebruik van het elektronisch aanvraagformulier door aanbieders en professionals een formeel verplichtend karakter te geven;
- uiterlijk 1 april 2010 zal ik een besluit nemen over de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars in 2012 voor hun eigen verzekerden;
- de uitkomst van deze besluitvorming zal worden betrokken bij het wettelijk positioneren van het CIZ als een publiekrechtelijk ZBO in 2012;
- het CIZ zal ultimo 2011, ter uitvoering van de uit het Coalitieakkoord voortvloeiende taakstelling, met tenminste 418 fte ten opzichte van 2008 zijn gekrompen;
- in samenwerking met SZW zal ik het vervolg op de pilots Gezamenlijke beoordeling, zoals die in Leeuwarden en Doetinchem zijn gehouden, vorm en inhoud geven, waarin ook de Wwb en het onderwijs een plaats zullen krijgen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker